

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**, вып. 4.

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

Н. К. Тимашевъ. Къ вопросу о центробѣжныхъ волокнахъ заднихъ корешковъ спинного мозга и ихъ трофическихъ центрахъ.

Н. А. Глушковъ. Уходъ за безпокойными, неопытными и заразными душевно-больными по даннымъ русскихъ психіатрическихъ заведеній.

А. В. Симилойская. Къ вопросу о гистопатологическихъ измѣненіяхъ спинного мозга при его сдавленіи.

В. И. Рудневъ. Dementia praecox paranoïdes.

А. Э. Рейссъ. Къ патологической анатоміи и клиникѣ міастеніи.

В. П. Первушинъ. Къ учению о міопатіи (прогрессирующая мышечная дистрофія со свѣденіями мускулатуры).

Рефераты.

Хроника и смѣсь.

Дѣтенись 0-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическій Вѣстникъ.

К а з а н ь.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1 9 1 1.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Стр.

- Н. К. Тимашевъ. Къ вопросу о центробѣжныхъ волокнахъ заднихъ корешковъ спинного мозга и ихъ трофическихъ центрахъ . . . 777.
- Н. А. Глушковъ. Уходъ за безпокойными, неопрытными и заразными душевно-больными по даннымъ русскихъ психіатрическихъ заведеній 820.
- А. В. Симилейская. Къ вопросу о гистопатологическихъ измѣненіяхъ спинного мозга при его сдавленіи 853.
- В. И. Рудневъ. Dementia praecox paranoïdes 869.
- А. Э. Рейссъ. Къ патологической анатоміи и клиникѣ міастеніи 904.
- В. П. Первушинъ. Къ ученію о міопатіи (прогрессирующая мышечная дистрофія со свѣденіями мускулатуры) 949.

РЕФЕРАТЫ.

- Анатомія. Dr. K. Agadschanianz. Ueber die Kerne des menschlichen Kleinhirns. 986.—Нервные болѣзни. Н. Oppenheim. О длительныхъ головокруженіяхъ. 988.—F. Rose. Мышечная головная боль. 989.—Психіатрія. Seglas et Collin. Психическій шокъ. 990.—Терапія. М. Neuchaux. Опытъ съ сальварзаномъ при сифилисѣ центральной нервной системы. 990.—Schang. Лечение сальварзаномъ и пораженіе зрительнаго нерва. 991—Marinesco. Нѣкоторые результаты, достигнутые въ леченіи нервныхъ болѣзней примѣненіемъ «606». 991.—Изъ жизни психіатрическихъ учрежденій 992.

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

Къ вопросу о центробѣжныхъ волокнахъ заднихъ корешковъ спинного мозга и ихъ трофическихъ центрахъ *).

(Экспериментальное изслѣдованіе).

Н. К. ТИМАШЕВА.

25-12-11
Авторы, задававшіеся цѣлью гистологически доказать существованіе центробѣжныхъ заднекорешковыхъ волоконъ, приходили къ противорѣчивымъ результатамъ: одни такия волокна находили, другіе—нѣтъ. Задача моя и заключалась именно въ томъ, чтобы хоть на одномъ рядѣ животныхъ и притомъ путемъ только анатомическимъ выяснитъ себѣ этотъ вопросъ.

I

Л и т е р а т у р а.

Waller (1852) ¹⁾ перерѣзалъ у кошекъ задній корешокъ 2-го шейнаго нерва кнутри отъ межпозвоночнаго ганглія; спустя 10—15 дней послѣ этой операціи въ центральномъ отрѣзѣ перерѣзаннаго корешка, послѣ обработки послѣдняго осміемъ, онъ нашелъ до 3% нормальныхъ волоконъ.

*) Доложено въ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 6 апрѣля 1911 года.



Freud (1878) ²⁾ описалъ у *Petromyzon* нервныя волокна, проходившія сквозь спинальные ганглии и не вступавшія въ соединеніе съ биполярными ихъ клѣтками. Авторъ не могъ установить, какого происхожденія наблюдаемыя имъ волокна и гдѣ они оканчиваются.

Точно такія же волокна констатированы были Nansep'омъ (1886) ³⁾ у *Petromyzon* и миксинъ, а Retzius'омъ (1893) ⁴⁾ у *Amphioxus*, *Petromyzon*, 8 дневнаго эмбриона цыпленка и у эмбриона кошки.

Ramon у Cajal ⁵⁻⁶⁾ и Lenhossek ⁷⁾ въ 1889 году, независимо другъ отъ друга, работая по Golgi, у 4—5 дневныхъ цыплятъ находили въ переднихъ рогахъ спинного мозга клѣтки, посылающія свои аксоны въ задній корешокъ. Кромѣ того, послѣдній изъ этихъ авторовъ ⁸⁾ видѣлъ такія же клѣтки и у эмбриона *Pristiurus*.

Van Gehuchten (1893) ⁹⁻¹⁰⁾, констатируя заднекорешковые центробѣжныя волокна у 11 дневнаго цыпленка и у эмбриона форели, отрицаетъ существованіе такихъ волоконъ у собакъ.

Martin (1895) ¹¹⁾, примѣняя методъ Golgi, могъ съ ясностью наблюдать заднекорешковые центробѣжныя волокна у 12 дневнаго цыпленка, но не могъ найти ихъ у форели.

Joseph (1887) ¹²⁾ перерѣзалъ у кошки задній корешокъ 2-го шейнаго нерва внутри отъ межпозвоночнаго узла, по истеченіи 6—8 недѣль ихъ убивалъ и изслѣдовалъ какъ периферическій, такъ и центральный концы перерѣзаннаго корешка, примѣняя при этомъ *acid. osmicum* и фиксацію въ Müller'овской жидкости съ послѣдующей обработкой пикрокарминомъ, гематоксилиномъ и т. п. Результатъ, къ которому пришелъ авторъ, слѣдующій: периферическій отрѣзокъ среди общей массы нормальныхъ волоконъ содержитъ незначительное количество волоконъ перерожденныхъ, тогда какъ въ центральномъ отрѣзкѣ наблюдается явленіе обратное;

трофическіе же центры этихъ волоконъ находятся, по всей вѣроятности, въ спинномъ мозгу.

Изслѣдованія Joseph'a были провѣрены Singer'омъ и Münzer'омъ (1890)¹³), которые пришли къ совершенно противоположному результату. Именно, послѣ перерѣзки задняго корешка кнутри отъ межпозвоночнаго узла у молодыхъ собакъ и кошекъ, спустя 3—4 недѣли послѣ операціи и при обработкѣ матеріала по методу Marchi, эти авторы не могли отыскать перерожденныхъ волоконъ въ периферическомъ отрѣзкѣ.

Gabri (1895)¹⁴) производилъ ту же операцію у собакъ, оставлялъ оперированныхъ животныхъ жить 25 дней и матеріалъ также обрабатывалъ по методу Marchi. Авторъ пришелъ къ заключенію, что центробѣжныхъ волоконъ въ заднихъ корешкахъ не существуетъ.

Tarulli¹⁵), Bernard (1858)¹⁶) и Kahler (1884)¹⁷), работавшіе по этому же вопросу на млекопитающихъ животныхъ, также пришли къ отрицательному результату. Точно къ такому же результату пришелъ и Kölliker (1894)¹⁸), пытавшійся доказать существованіе заднекорешковыхъ центрофугальныхъ волоконъ у человѣка и млекопитающихъ.

Въ 1897 году Morat и Bonne¹⁹) сообщаютъ французской Академіи Наукъ о своихъ гистологическихъ изысканіяхъ по этому вопросу. Авторы перерѣзали задніе корешки между спиннымъ мозгомъ и узломъ въ поясничной и крестцовой областяхъ у собакъ. Спустя 8—106 дней послѣ этой операціи они убивали оперированныхъ такимъ образомъ животныхъ и матеріалъ обрабатывали 1⁰/₀ осміевою кислотою. Результатъ, къ которому пришли авторы, слѣдующій: центробѣжныя волокна въ заднихъ корешкахъ существуютъ, а трофическіе центры ихъ находятся, по всей вѣроятности, въ спинномъ мозгу.

Къ этому же году относятся и изслѣдованія Sherrington'a²⁰) надъ кошками и обезьянами, которымъ въ

шейной и грудной областяхъ онъ производилъ описанную выше операцію. Послѣоперационный періодъ равнялся 14—18 днямъ, а матеріалъ обрабатывался 5% растворомъ осміевой кислоты. Авторъ изслѣдовалъ центральные концы перерѣзанныхъ корешковъ и не могъ найти въ нихъ ни одного нормального волокна.

Kohnstamm (1900)²¹⁾, Scaffidi (1902)²²⁾ Dale (1901—1902)²³⁾, Kleist (1904)²⁴⁾ и Köster (1904)²⁵⁾, на основаніи своихъ экспериментовъ съ перерѣзкой заднихъ корешковъ между спиннымъ мозгомъ и узломъ, также пришли къ отрицательному результату. Первый изъ этихъ авторовъ Kohnstamm работалъ на млекопитающихъ животныхъ, примѣняя методъ Marchi.

Scaffidi произвелъ 3 эксперимента и изслѣдовалъ гангліозные концы перерѣзанныхъ корешковъ спустя 10 дней послѣ операціи.

Dale работалъ на хладнокровныхъ животныхъ (жабы) и изслѣдовалъ центральные и периферическіе концы перерѣзанныхъ корешковъ спустя 17—49 дней послѣ операціи, примѣняя 1% растворъ осмія.

Kleist оперировалъ на кроликахъ и кошкахъ, оставляя ихъ жить 3—6 мѣсяцевъ и примѣняя для обработки матеріала также осміеву кислоту.

Köster, работая на собакахъ и кошкахъ и изслѣдуя корешки ихъ по методу Marchi, говоритъ (стр. 20—21): „Существованіе центробѣжныхъ волоконъ въ заднемъ корешѣ рѣшительно представляется невѣроятнымъ по причинѣ типичнаго Waller'овскаго перерожденія всѣхъ волоконъ медулярнаго отрѣзка..... По прошествіи 8—14 дней я никогда не видѣлъ въ гангліозномъ отрѣзкѣ задняго корешка неперерожденныхъ волоконъ“.

Korczyński (1906)²⁶⁾ высказался въ томъ смыслѣ, что, повидимому, у высшихъ животныхъ центробѣжныхъ заднекорешковыхъ волоконъ нѣтъ. Авторъ этотъ основывался

на своихъ 4 экспериментахъ надъ обезьянами, у которыхъ онъ перерѣзалъ задніе корешки внутри отъ межпозвоночнаго узла, спустя 30 дней послѣ операціи изслѣдовалъ перерѣзанные корешки по способу Marchi и не могъ найти въ нихъ центробѣжныхъ волоконъ.

Въ 1906 году Roux и Heitz ²⁷⁾ опубликовали свои изслѣдованія надъ собаками и кошками, у которыхъ перерѣзали задніе корешки между спиннымъ мозгомъ и узломъ въ грудной, поясничной и крестцовой областяхъ. Оперированныхъ такимъ образомъ животныхъ они убивали въ промежуткѣ между 14 дн. и 1 годомъ послѣ производства указанного эксперимента. Добытый матеріалъ авторы обрабатывали реактивомъ Thomas-Hauser'a съ послѣдующей дополнительной окраской старымъ пикрокарминомъ. Roux и Heitz утверждаютъ, что въ заднихъ корешкахъ спинного мозга всегда имѣются волокна, направляющіяся центробѣжно. Эти волокна немногочисленны, почти всѣ малаго колица, лишь нѣкоторые изъ нихъ толще. Прослѣдить поэтому эти волокна въ медулярномъ отрѣзкѣ не всегда удается, т. е., теряясь въ массахъ распавшагося міелина, они часто ускользаютъ отъ глаза наблюдателя.

Среди работъ, вышедшихъ изъ лабораторіи проф. Н. А. Миславскаго, имѣются работы Быстренина (1904) ²⁸⁾, Чалусова (1908) ²⁹⁾ и Цыпкина (1910) ³⁰⁾. Авторы эти, занимаясь разрѣшеніемъ вопросовъ фізіологическаго характера, производили между прочимъ у животныхъ и перерѣзку заднихъ корешковъ внутри отъ межпозвоночныхъ ганглиевъ; изслѣдованные ими корешки обрабатывались осміевою кислотой.

Первый изъ авторовъ Быстренинъ въ периферическихъ отрѣзкахъ перерѣзанныхъ корешковъ (у собакъ и кошекъ) находилъ перерожденные волокна, а въ центральныхъ—неперерожденные (при срокѣ въ 13 и 14 дней). Трофическіе же центры центрофугальныхъ заднекорешковыхъ

волоконъ находятся, по предположенію автора, въ спинномъ мозгу.

Чалусовъ, работая на кошкахъ, пришелъ къ такому же результату съ той только разницей, что перерожденные волокна въ периферическихъ отрѣзкахъ и неперерожденные въ центральныхъ—были имъ наблюдаемы даже по истеченіи 262 дней послѣ производства эксперимента.

Цыпкинъ, констатируя у собакъ центрофугальныя заднекорешковые волокна на 14-ый и 21-ый дни послѣ операціи, не могъ ихъ открыть по истеченіи 7 дней.

Только что приведенный обзоръ литературы представленъ въ болѣе сжатомъ видѣ на таблицѣ I.

Т А Б Л И Ц А I.

Годъ	Авторы	Объектъ	Результатъ	Методика	Срокъ
1878	Freud.	Petromyzon.	+	Золочение.	
1886	Nansen.	Petromyzon, Myxine	+	Golgi.	
1890	Lenhossek.	Эмбр. Pristiurus.	+	Golgi.	
1893	Retzius.	Amphioxus, Petromyzon.	+	Golgi.	
1895	Martin.	Форель.	—	Golgi.	
1895	v. Gehuchten	Эмбр. форели.	+		
1890	Ramon y Cayal.	5 дн. цыпленокъ.	+	Golgi.	
1890	Lenhossek.	4 дн., 5 дн. цып.	+	Golgi.	
1893	v. Gehuchten	11 дн. эмбр. цыпл.	+		
1893	Retzius.	8 дн. эмбр. цыпл.	+		
1895	Martin.	12 дн. цыпленокъ.	+	Golgi.	
1901	Dale.	Жабы.	—	Acid. osmic.	17—49 дн.

Годъ	Авторы	Объектъ	Результатъ	Методика	Срокъ
1852	Waller.	Кошки.	+	Acid. osmic.	10—15 дн.
1858	Bernard.	Собаки.	—		
1884	Kahler.	Собаки.	—		
1887	Joseph.	Кошки.	+	Acid. osmic.	6—8 нед.
1890	Singer и Münzer.	Собаки, кошки.	—	Marchi.	3—4 нед.
1893	Retzius.	Эмбр. кошки.	+		
	Tarulli.		—		
1894	Kölliker.		—		
1895	Gabri.	Собаки.	—	Marchi.	25 дн.
1897	Morat et Bonne.	Собаки.	+	Ac. osmic.	8—106 дн.
1897	Sherrington.	Обе яны, кошки.	—	Ac. osmic.	14—18 дн.
1900	Kohnstamm.		—	Marchi.	
1902	Scaffidi.		—		10 дн.
1904	Kleist.	Кошки, кролики.	—	Ac. osmic.	3—6 мѣс.
1904	Köster.	Собаки, кошки.	—	Marchi.	8—14 дн.
1904	Быстренинъ	Собаки, кошки.	+	Ac. osmic.	13—14 дн.
1906	v. Gehuchten	Собаки.	—		4 нед.
1906	Korczynski.	Обезьяны	—	Marchi.	30 дн.
1906	Roux и Heitz.	Собаки, кошки.	+	Thomas-Hauser.	14—382 дн.
1908	Чалусовъ.	Кошки.	+	Ac. osmic.	13—262 дн.
1910	Цыпкинъ.	Собаки.	+	Ac. osmic.	14—21 дн.
1894	Kölliker.	Человѣкъ.	—		

Что же касается мѣстоположенія трофическихъ центровъ заднекорешковыхъ центробѣжныхъ волоконъ, то нѣкоторымъ авторамъ, какъ сказано выше, удавалось, при посредствѣ метода Golgi, видѣть въ переднихъ рогахъ спинного мозга кѣлки, посылающія свои аксоны въ задніе корешки. Наблюденія эти касаются спинного мозга только низшихъ позвоночныхъ, главнымъ образомъ, птицъ (Ramón y Cajal, Lephossek, v. Gehuchten, Retzius, Martin). Въ спинномъ же мозгу млекопитающихъ животныхъ и человѣка никому изъ авторовъ не удавалось видѣть такихъ кѣлокъ (только Retzius нашелъ ихъ у эмбриона кошки). Авторы, признающіе существованіе заднекорешковыхъ центробѣжныхъ волоконъ, высказываются лишь предположительно, что, по всей вѣроятности, трофическіе центры ихъ находятся въ спинномъ мозгу (Joseph, Morat и Vonne, Быстренинъ, Чалусовъ и др.).

Заднекорешковые центробѣжные волокна принадлежатъ, повидимому, къ симпатической нервной системѣ. Относительно же мѣстоположенія въ спинномъ мозгу центровъ п. sympathici авторы высказываются различно (таблица II).

Т а б л и ц а II.

А в т о р ы .	Мѣстополож. п. sympath. въ спинномъ мозгу.
Mott ³¹).	Промежут. лат. группа, солитарныя кѣлки.
Sherrington ³²).	Боковой рогъ.
Hoeben ³³).	Медіальная группа передняго рога, боковой рогъ.

А в т о р ы.	Мѣстополож. п. sympath. въ спинномъ мозгу.
Нyet ³⁴).	Центральн. и латер. группа передняго рога.
Onuf и. Collins ³⁵).	Парацентр. гр., боковой рогъ, промежут. зона.
Langley ³⁶).	Боковой рогъ.
Kölliker ³⁷).	Передне-внутр. группа, задній рогъ.
Gaskell ⁴³).	Clarke'овъ столбъ, задній рогъ.
Jacubowitz ³⁶).	Clarke'овъ столбъ.
Biedl ³⁸).	Боковой рогъ, передній рогъ.
Scaffidi ³⁹).	Боковой рогъ, передній рогъ.
Anderson ⁴⁰).	Боковой рогъ.
Herring ⁴¹).	Боковой рогъ.
Laignel-Lavastine ⁴²).	Боковой рогъ.
Brown-Séquard ³⁶).	Передніе столбы спинного мозга.
Schiff ³⁶).	Передніе столбы спинного мозга.
Pierret ³⁶).	Столбъ Clarke'а.
Remak ³⁶).	Задній рогъ.
Marinesko ³⁶).	Задній рогъ.
Владычко ^{36, 44}).	Боковой рогъ, задній рогъ, парацентр. гр.

II

Собственные изслѣдованія.

При своихъ изслѣдованіяхъ я интрадурально перерѣзалъ какой-либо задній корешокъ (произведено 10 опытовъ) одного изъ поясничныхъ нервовъ и часть, находящуюся между мѣстомъ перерѣзки и интервертебральнымъ ганглиемъ, изслѣдовалъ на Waller'овское перерожденіе, при чемъ, если находилъ тамъ перерожденные волокна, то считалъ, что центробѣжныя волокна въ данномъ случаѣ существуютъ. Я находилъ излишнимъ изслѣдовать центральный отрѣзокъ перерѣзаннаго корешка, такъ какъ отыскивать нормальныя волокна среди большой массы волоконъ перерожденныхъ чрезвычайно трудно, на что также указываютъ Roux и Heitz.

Вышеуказанное разногласіе авторовъ по вопросу о присутствіи заднекорешковыхъ центробѣжныхъ волоконъ у млекопитающихъ животныхъ заставило меня обратить особенное вниманіе на продолжительность срока послѣ эксперимента, на возрастъ животнаго, подлежащаго эксперименту, а также и на способы обработки корешковъ.

Я работалъ на старыхъ животныхъ (собакахъ), какъ на индивидуумахъ вполне развитыхъ. По мнѣнію Roux и Heitz, столь рѣзкая разница въ выводахъ различныхъ авторовъ могла зависѣть отъ того, на какомъ животномъ работалъ авторъ: на старомъ или молодомъ. При томъ же авторы эти указываютъ, что болѣе подходящими для такого рода экспериментовъ являются старыя животныя.

Разница въ методикѣ, примѣнявшейся авторами, также, возможно, играла роль въ этомъ разногласіи. Поэтому я и рѣшилъ использовать для своихъ изслѣдованій всѣ тѣ способы обработки матеріала, примѣняя которые, авторы дѣлали свои заключенія (acid. osmicum, реагентъ Thomas-Hauser'a: насыщенный водный растворъ сулемы, acid. osmi-

сум 1⁰/₀ аа, методъ Marchi). Кромѣ упомянутыхъ только что трехъ способовъ я примѣнилъ еще въ одномъ изъ моихъ опытовъ гистологическій методъ Mall'а. Послѣ тщательнаго изученія каждаго изъ этихъ четырехъ способовъ, я рѣшилъ пользоваться ими съ такимъ расчетомъ, чтобы, по мѣрѣ возможности, какой-либо изъ нихъ былъ контролемъ другого. Имѣя послѣднее въ виду, периферическій отдѣлъ перерѣзаннаго задняго корешка, по вынутіи его изъ трупа убитаго животнаго, я разрѣзала на 2—3 части и одну изъ нихъ обрабатывала однимъ способомъ, другую другимъ и т. д. Корешки я изслѣдовалъ начиная съ того срока, когда впервые можно уже обнаружить Waller'овское перерожденіе, т. е. спустя 3 дня, и кончая срокомъ въ 15 дней, т. е. днемъ, когда перерожденіе представляется наиболѣе выраженнымъ.

Что касается опредѣленія мѣстоположенія трофическихъ центровъ заднекорешковыхъ центробѣжныхъ волоконъ, то для этого мнѣ служили: 1) спинные мозги собакъ, у которыхъ я перерѣзала задніе корешки, и 2) спинные мозги собакъ, у которыхъ были перерѣзаны передніе корешки. Мозги эти изслѣдовались мною по методу Nissl'а (Toluidinblau), примѣнявшемуся въ двухъ модификаціяхъ—съ нагрѣваніемъ и въ видоизмѣненіи Lenhossek'a.

Техника упомянутыхъ здѣсь операций въ краткихъ словахъ заключалась въ слѣдующемъ. Въ поясничной области асептически вскрывался при помощи трепана позвоночный каналъ. При перерѣзкѣ задняго корешка вскрывалась спинномозговая оболочка и выступающія при этомъ волокна задняго корешка, будучи поддѣты на тонкій крючокъ, пересѣкались ударомъ ножницъ. Перерѣзка же переднихъ корешковъ производилась всегда экстрадурально. Заживленіе раны во всѣхъ произведенныхъ мною опытахъ происходило первичнымъ натяженіемъ.

Для того, чтобы убѣдиться въ томъ, что при производствѣ экспериментовъ не было наносимо какое-либо травми-

ческое поврежденіе мозгу и корешкамъ, мною былъ произведенъ слѣдующій контрольный опытъ. У собаки былъ вскрытъ съ лѣвой стороны вышеописаннымъ способомъ позвоночный каналъ, былъ обнаженъ мозгъ и лежащая около него пара корешковъ. Составляющіе эту пару передній и задній корешки были поддѣты на тонкій крючокъ и разъединены зондомъ, т. е. продѣланъ весь ходъ операціи за исключеніемъ перерѣзки корешка. Рана была обычнымъ образомъ зашита и зажила первичнымъ натяженіемъ. Сроку жизни равнялся 10 днямъ. Обнаженные корешки были обработаны реактивомъ Thomas-Hauser'a и изслѣдованы на Waller'овское перерожденіе. Какъ въ заднемъ, такъ и въ переднемъ корешкахъ оно отсутствовало. Сегментъ мозга, соотвѣтствующій этимъ обнаженнымъ корешкамъ, а также и выше—и нижележащіе сегменты были изслѣдованы по Nissl'ю: клѣтки оказались нормальными.

Измѣненія, наблюдаемыя мною въ клѣткахъ спинного мозга при перерѣзкахъ корешковъ, не могли зависѣть ни отъ дѣйствія на нихъ хлороформа, ни отъ трупныхъ измѣненій. Какъ показалъ Wright⁴⁵⁻⁴⁶), измѣненія нервныхъ клѣтокъ, обусловливаемыя дѣйствіемъ на нихъ Narcotica, никогда не держатся дольше 48 часовъ. Наконецъ, трупныя измѣненія должны быть исключены потому, что вскрытіе убитыхъ животныхъ производилось сейчасъ же послѣ ихъ смерти. А какъ показали изслѣдованія (Таворскій⁴⁷) и др.), послѣднія наблюдаются въ нервныхъ клѣткахъ животныхъ не ранее 24 часовъ послѣ смерти.

Опытъ первый.

Кобель средней величины, съ длинною желтою шерстью; вѣсъ 10400,0; жилъ 3 дня.

23/ш 1910. Захлороформированъ. Въ поясничной области, вдоль остистыхъ отростковъ позвонковъ, сдѣланъ кожный разрѣзъ. Въ лѣвой задней дужкѣ одного изъ поясничныхъ

позвонковъ произведено трепанаціонное отверстіе. Вскрыта твердая мозговая оболочка. Выступившія волокна задняго корешка поддѣты на крючокъ и перерѣзаны. Мускулатура сшита 2 этажами кѣтгутовыхъ швовъ, кожа—флорентійскими нитями.

24/ш. Свободно бѣгаетъ и охотно принимаетъ пищу.

26/ш. Убитъ черезъ проколъ сердца.

Аутопсія. Рана чиста, безъ гноя. Перерѣзаннымъ оказался задній корешокъ 4-го поясничнаго нерва лѣвой стороны. Окружающія мѣсто операціи части безъ особыхъ измѣненій.

Исслѣдованіе корешковъ.

Задній корешокъ 4-го лѣваго поясничнаго нерва (периферич. отдѣлъ).

Обработка осміемъ.

Среди массы нормальныхъ волоконъ находится 9 волоконъ, въ которыхъ констатируется Waller'овское перерожденіе.

Задній корешокъ 2-го лѣваго шейнаго нерва.
Перерожденныхъ волоконъ нѣтъ.

Задній корешокъ 8-го лѣваго груднаго нерва.
Перерожденныхъ волоконъ не обнаружено.

Исслѣдованіе мозга.

4-ый поясничный сегментъ.

Сторона операціи. Измѣненныя клѣтки въ незначительномъ количествѣ встрѣчаются во всѣхъ отдѣлахъ сѣраго вещества. Больше всего такихъ клѣтокъ въ задне-наружной и центральной группахъ передняго рога, боковомъ и заднемъ рогахъ.

Сторона противоположная. Измѣненныя клѣтки въ очень незначительномъ количествѣ встрѣчаются во всѣхъ отдѣлахъ сѣраго вещества. Больше всего такихъ клѣтокъ въ задне-наружной группѣ передняго рога, боковомъ и заднемъ рогахъ.

5-ый поясничный сегментъ.

Сторона операции. Измѣненныя клѣтки въ незначительномъ количествѣ встрѣчаются во всѣхъ отдѣлахъ сѣраго вещества. Больше всего такихъ клѣтокъ въ задне-наружной и центральной группахъ передняго рога, боковомъ и заднемъ рогахъ.

Сторона противоположная. Измѣненныя клѣтки въ весьма незначительномъ количествѣ встрѣчаются во всѣхъ отдѣлахъ сѣраго вещества. Больше всего такихъ клѣтокъ въ задне-наружной, центральной и задне-внутренней группахъ передняго рога, боковомъ и заднемъ рогахъ.

3-ий поясничный сегментъ.

<i>Сторона операции.</i>	}	Всѣ клѣтки нормальны.
<i>Сторона противоположная.</i>		

6-ой поясничный сегментъ.

Сторона операции. Измѣненныя клѣтки изрѣдка попадаютъ въ задне-наружную группѣ передняго рога и заднемъ рогѣ.

Сторона противоположная. Измѣненныхъ клѣтокъ нѣтъ.

2-ой поясничный сегментъ.

<i>Сторона операции.</i>	}	Измѣненныхъ клѣтокъ нѣтъ.
<i>Сторона противоположная.</i>		

8-ой грудной сегментъ.

<i>Сторона операции.</i>	}	Измѣненныхъ клѣтокъ нѣтъ.
<i>Сторона противоположная.</i>		

5-ый шейный сегментъ.

<i>Сторона операции.</i>	}	Измѣненныхъ клѣтокъ нѣтъ.
<i>Сторона противоположная.</i>		

Опытъ второй.

Кобель средней величины, съ короткою черною шерстью и бѣлыми пятнами на груди и животѣ; вѣсъ 10400,0; жилъ 6 дней.

25/п 1910. Захлороформированъ. Въ поясничной области сдѣланъ кожный разрѣзъ. Въ лѣвой задней дужкѣ одного изъ поясничныхъ позвонковъ произведено трепанаціонное отверстіе и интрадурально перерѣзаны выступившія волокна задняго корешка. Мускулатура сшита кѣгутowymi швами, кожа—флорентійскими нитями.

26/п. Ёсть. Свободно бѣгаетъ.

28/п. Stat. quo.

1/ш. Рана содержитъ незначительное количество суброчичной жидкости.

3/ш. Убить черезъ проколъ сердца.

Аутопсія. Рана чиста. Въ трепанаціонномъ отверстіи кусокъ сгустившейся крови. Края спинномозговой оболочки лежатъ свободно. Окружающія части уклоненій отъ нормы не представляютъ. Перерѣзанъ задній корешокъ 4-го поясничнаго нерва лѣвой стороны.

Исслѣдованіе корешковъ.

Задній корешокъ 4-го лѣваго поясничнаго нерва (периферич. отдѣлъ).

Обработка реагентомъ Thomas-Hauser'a.

Количество перерожденныхъ волоконъ 21. Остальныя волокна нормальны.

Обработка осміемъ.

Количество перерожденныхъ волоконъ 5.

Итого: среднее количество перерожденныхъ по Wal-
ley'у волоконъ 13.

И с л ѣ д о в а н і е м о з г а .

4-ый поясничный сегментъ.

Сторона операции. Въ передне-наружной, передне-внутренней, центральной и задне-внутренней группахъ передняго рога встрѣчается незначительное количество измѣненныхъ клѣтокъ.

Сторона противоположная. Измѣненныхъ клѣтокъ нѣтъ.

5-ый поясничный сегментъ.

Сторона операции. Во всѣхъ отдѣлахъ сѣраго вещества встрѣчаются измѣненные клѣтки. Больше всего ихъ въ задне-наружной и передне-наружной группахъ передняго рога; меньше—въ заднемъ рогѣ, области столба Clarke'a, области спаячныхъ клѣтокъ, центральной группѣ передняго рога и средней части сѣраго вещества.

Сторона противоположная. Во всѣхъ отдѣлахъ сѣраго вещества въ незначительномъ количествѣ констатируются измѣненные клѣтки. Чаще всего онѣ попадаются въ задне-наружной группѣ передняго рога.

3-ий поясничный сегментъ.

Сторона операции.

Сторона противоположная.

Всѣ клѣтки нормальны.

6-ой поясничный сегментъ.

Сторона операции.

Сторона противоположная.

Всѣ клѣтки нормальны.

2-ой поясничный сегментъ.

Сторона операции.

Сторона противоположная.

Всѣ клѣтки нормальны.

3-ий грудной сегментъ.

Сторона операции.

Сторона противоположная.

Всѣ клѣтки нормальны.

5-ый шейный сегментъ.

Сторона операции. }
 Сторона противоположная. } Всѣ клѣтки нормальны.

Опытъ третій.

Сука величины меньше средней, съ короткою желтою шерстью, съ черными полосами на спинѣ; вѣсъ 8400,0; жила 7 дней.

23/п 1910. Подъ хлороформнымъ наркозомъ въ поясничной области, въ лѣвой задней дужкѣ одного изъ поясничныхъ позвонковъ сдѣлано трепанационное отверстие, вскрыта dura mater и перерѣзаны волокна задняго корешка. Въ моментъ перерѣзки животное обнаруживало безпокойство. Рана зашита.

24/п. Ходить безъ прихрамыванія. Ёсть.

25/п. Общее состояніе вполне удовлетворительно.

26—27/п. Stat. quo.

1/ш. Убита черезъ проколъ сердца.

Autopsia. Рана чиста. Трепанационное отверстие затянуто фиброзной перепонкой, къ которой приросли кусочки мускулатуры. Вокругъ лежащія части безъ особыхъ измѣненій. Перерѣзанъ задній корешокъ 3-го лѣваго поясничнаго нерва.

Исслѣдованіе корешковъ.

Задній корешокъ 4-го лѣваго поясничнаго нерва (перифер. отд.).

Обработка реагентомъ Thomas-Hauser'a.

Перерожденные волокна встрѣчаются въ очень незначительномъ количествѣ.

Задній корешокъ 5-го лѣваго грудного нерва.

Перерожденныхъ волоконъ нѣтъ.

Задній корешокъ 6-го лѣваго шейнаго нерва.

Перерожденныхъ волоконъ нѣтъ.

Опытъ четвертый.

Сука съ короткою желтою шерстью; голова, животъ и концы лапъ бѣлые; вѣсъ 11000,0; жила 9 дней.

20/п 1910. Захлороформирована. Сдѣланъ кожный разрѣзъ въ поясничной части позвоночника. Мускулатура съ лѣвой стороны отсепарована. Въ лѣвой задней дужкѣ одного изъ поясничныхъ позвонковъ произведено трепанаціонное отверстіе, вскрыта dura mater, показавшіеся волокна задняго корешка перерѣзаны. Въ моментъ перерѣзки животное безпоясисто не обнаруживало. Рана зашита обычнымъ образомъ.

21/п. Ходить не хромя. Общее состояніе удовлетворительно.

23/п. Рана содержитъ незначительное количество сукровичной жидкости.

24—25/п. Stat. quo.

28/п. Сняты кожные швы. Prima intentio.

1/ш. Убита черезъ проколъ сердца.

Аутопсія. Мѣсто вскрытія спинномозговой оболочки зажило. Къ оболочкѣ приращены кусочки мускулатуры. Концы перерѣзаннаго корешка лежатъ свободно. Измѣненій въ окружающихъ мѣсто операциі частяхъ не констатировано. Перерѣзанъ задній корешокъ 4-го поясничнаго нерва лѣвой стороны.

Изслѣдованіе корешковъ.

Задній корешокъ 4-го лѣваго поясничнаго нерва (периферич. отд.).

Обработка реагентомъ Thomas-Hauser'a.

Перерожденныхъ по Waller'у волоконъ 67. Встрѣчается много волоконъ, мѣлиновая обкладка которыхъ представляетъ глубокія инцизуры. Бѣлая же часть волоконъ уклоненій отъ нормы не представляетъ.

Обработка осміемъ.

Перерожденныхъ по Waller'у волоконъ 94. Встрѣчаются иногда волокна съ инцизурами.

Итого: среднее количество перерожденных по Waller'у волоконъ 80.

Задній корешокъ 4-го праваго поясничнаго нерва.
Всѣ волокна нормальны.

Задній корешокъ 5-го лѣваго груднаго нерва.
Всѣ волокна нормальны.

Опытъ пятый.

Кобель средней величины, съ короткою черною шерстью; грудь и концы лапъ бѣлые; вѣсъ 10300,0; жилъ 10 дней.

8/1 1910. Подъ хлороформнымъ наркозомъ въ задней дужкѣ одного изъ поясничныхъ позвонковъ, съ лѣвой стороны, сдѣлано трепанационное отверстіе. Вскрыта dura mater. Выступившія волокна задняго корешка поддѣты на крючокъ и перерѣзаны. Въ моментъ перерѣзки животное обнаруживало безпокойство. Рана зашита обычнымъ образомъ.

9/1. Не двигается съ мѣста и не ѣстъ.

10/1. Ёстъ. Ёбѣгаетъ безъ прихрамыванія.

11/1. Stat. quo.

13/1. Перевязка. Рана содержитъ незначительное количество сукровичной жидкости.

16/1. Рана чиста. Сняты кожные швы. Prima intentio.

18/1. Убитъ черезъ проколъ сердца.

Аутопсія. Dura mater восстановлена; ганглиозный конецъ перерѣзаннаго корешка покрытъ скопленіемъ соединительной ткани и приросъ къ оболочкѣ. Измѣненій въ окружающихъ мѣсто операціи частяхъ не констатировано. Перерѣзанъ задній корешокъ 4-го лѣваго поясничнаго нерва.

Исслѣдованіе корешковъ.

Задній корешокъ 4-го лѣваго поясничнаго нерва (пери-ферич. отд.).

Обработка реагентомъ Thomas-Hauser'a.

Довольно значительное количество волоконъ, въ которыхъ наблюдается Waller'овское перерожденіе.

Обработка осмиемъ.

Много волоконъ, перерожденныхъ по Waller'y.

Итого: среднее количество перерожденныхъ по Waller'y волоконъ приблизительно составляетъ 5%, общего количества волоконъ корешка.

Задній корешокъ 4-го праваго поясничнаго нерва.
Всѣ волокна нормальны.

Опытъ шестой.

Кобель средней величины, съ длинною бѣлою шерстью; вѣсъ 11245,0; жилъ 12 дней.

30/хп 1909. Захлороформированъ. Въ задней лѣвой дужкѣ одного изъ поясничныхъ позвонковъ произведено трепанационное отверстіе и интрадурально перерѣзанъ задній корешокъ. Въ моментъ перерѣзки животное обнаруживало безпокойство. Рана зашита.

31/хп. Свободно бѣгаетъ. Ёсть.

2/І 1910. Походка нормальна. Общее состояніе вполне удовлетворительно.

3/І. Stat. quo.

7/І. Сняты кожные швы. Prima intentio.

10/І. Stat. quo.

11/І. Убитъ черезъ проколъ сердца.

Аутопсія. Перерѣзанъ задній корешокъ 3-го поясничнаго нерва лѣвой стороны. Ганглиозный конецъ этого корешка покрытъ скопленіемъ соединительной ткани. Dura mater возстановилась и на своей поверхности содержитъ кусочки приросшей къ ней мускулатуры. Особыхъ измѣненій въ окружающихъ мѣсто операціи частяхъ не обнаружено.

Исслѣдованіе корешковъ.

Задній корешокъ 3-го лѣваго поясничнаго нерва (периферич. отд.).

Обработка по Marchi.

Встрѣчается незначительное количество волоконъ, въ которыхъ констатируется Waller'овское перерожденіе. Встрѣ-

чается много волоконъ, о которыхъ нельзя сказать—перерождены они или нормальны. Остальные волокна—нормальны.

Задній корешокъ 3-го праваго поясничнаго нерва.
 Всѣ волокна нормальны.

Задній корешокъ 2-го праваго грудного нерва.
 Всѣ волокна нормальны.

И с л ѣ д о в а н і е м о з г а .

3-ій поясничный сегментъ.

Сторона операциіи. Центральная, задне-наружная и передне-наружная группы передняго рога содержатъ незначительное количество измѣненныхъ клѣтокъ. Передне-и задне-внутреннія группы клѣтокъ передняго рога нормальны. Очень рѣдко встрѣчаются измѣненные клѣтки въ боковомъ рогѣ, области спаечныхъ клѣтокъ, области столба Clarke'a и заднемъ рогѣ.

Сторона противоположная. Всѣ группы клѣтокъ содержатъ въ очень незначительномъ количествѣ измѣненные клѣтки.

4-ый поясничный сегментъ.

Сторона операциіи. Измѣненные клѣтки встрѣчаются во всѣхъ отдѣлахъ сѣраго вещества, исключая боковой рога. Больше всего ихъ содержатъ центральная и задне-наружная группы клѣтокъ передняго рога.

Сторона противоположная. Измѣненные клѣтки встрѣчаются въ очень незначительномъ количествѣ въ центральной, задне-наружной, задне-внутренней и передне-наружной группахъ передняго рога. Такія же клѣтки попадаютъ иногда въ области передней спайки и заднемъ рогѣ.

2-ой поясничный сегментъ.

Сторона операциіи.

Сторона противоположная.

Всѣ клѣтки нормальны.

5-ый поясничный сегментъ.

<i>Сторона операци.</i>	}	Всѣ клѣтки нормальны.
<i>Сторона противоположная.</i>		

1-ый поясничный сегментъ.

<i>Сторона операци.</i>	}	Всѣ клѣтки нормальны.
<i>Сторона противоположная.</i>		

2-ой грудной сегментъ.

<i>Сторона операци.</i>	}	Всѣ клѣтки нормальны.
<i>Сторона противоположная.</i>		

5-ый шейный сегментъ.

<i>Сторона операци.</i>	}	Всѣ клѣтки нормальны.
<i>Сторона противоположная.</i>		

Опытъ седьмой.

Кобель средней величины, съ длинною желтою шерстью; вѣсъ 10100,0; жилъ 12 дней.

23/хп. 1910. Подъ хлороформнымъ наркозомъ въ лѣвой задней дужкѣ одного изъ поясничныхъ позвонковъ сдѣлано трепанаціонное отверстіе и интрадурально перерѣзаны волокна задняго корешка. Въ моментъ перерѣзки животное обнаруживало беспокойство. Рана зашита обычнымъ образомъ.

24/хп. Бѣгаетъ и охотно принимаетъ пищу. Въ лѣвой задней конечности замѣтна легкая атаксія.

26/хп. Stat. quo.

28/хп. Въ ранѣ незначительное количество кровянистой жидкости. Общее состояніе вполне удовлетворительно. Въ походкѣ уклоненій отъ нормы не замѣчается.

30/хп. Сняты кожные швы. Prima intentio.

4/і 1911. Убитъ черезъ проколъ сердца.

Аутопсія. Перерѣзанъ задній корешокъ 4-го лѣваго поясничнаго нерва. Трепанаціонное отверстіе въ спинномозговомъ каналѣ затянуто фиброзною тканью. Dura mater возста-

новилаь. Центральнй и периферическй концы перерѣзаннаго корешка приросли къ оболочкѣ. Окружающія части нормальны.

Ислѣдованіе корешковъ.

Задній корешокъ 4-го лѣваго поясничнаго нерва (периферич. отд.).

Обработка реагентомъ Thomas-Hauser'a.

Костатируется незначительное количество волоконъ, перерожденныхъ по Waller'y.

Обработка по методу Mann'a.

Видно незначительное количество волоконъ, въ которыхъ вѣтки Шванновской оболочки сильно разбухли и стали поздраватыми.

Задній корешокъ 8-го лѣваго груднаго нерва.
Всѣ волокна нормальны.

Задній корешокъ 6-го лѣваго шейнаго нерва.
Всѣ волокна нормальны.

Опытъ восьмой.

Сука большой величины, съ свѣтло-желтою шерстью; конецъ морды и грудь бѣлые; вѣсъ 12125,0; жила 12 дней.

1/v 1910. Захлороформирована. Въ поясничной области, въ задней лѣвой дужкѣ одного изъ позвонковъ сдѣлано транспанационное отверстіе и интрадурально перерѣзанъ задній корешокъ одного изъ поясничныхъ нервовъ. Въ моментъ перерѣзки животное безпокойства не обнаруживало.

2/v. Какъ будто прихрамываетъ на лѣвую заднюю конечность. Ёсть.

3/v. Бѣгаетъ свободно.

5/v. Рана содержитъ незначительное количество кровянистой жидкости.

7/v. St. quo.

10/v. Prima intentio. Сняты кожные швы. Общее состояние вполне удовлетворительно.

13/v. Stat. quo. Убита черезъ проколъ сердца.

Auтопсия. Рана чиста. Отверстіе въ позвоночномъ каналѣ затянута фиброзною тканью. Оболочка срослась. Центральнѣйшій отрѣзокъ перерѣзаннаго корешка приращенъ къ оболочкѣ, периферическій тоже. Особыхъ измѣненій въ окружающихъ мѣсто операціи частяхъ не констатируется. Перерѣзанъ задній корешокъ 4 го лѣваго поясничнаго нерва.

Исслѣдованіе корешковъ.

Задній корешокъ 4-го лѣваго поясничнаго нерва (периферич. отд.).

Обработка реагентомъ Thomas-Hauser'a.

Количество волоконъ, перерожденныхъ по Waller'y, 8.

Обработка осміемъ.

Перерожденныхъ по Waller'y волоконъ 16.

Обработка по Marchi.

Перерожденныхъ по Waller'y волоконъ не констатировано. Встрѣчаются волокна, въ которыхъ наблюдается наслоеніе черныхъ массъ (?). Остальные волокна нормальны.

Итого: среднее количество перерожденныхъ по Waller'y волоконъ 12.

Передній корешокъ 4-го лѣваго поясничнаго нерва.

2 волокна, перерожденныхъ по Waller'y. Остальные волокна нормальны.

Задній корешокъ 4-го праваго поясничнаго нерва.

Всѣ волокна нормальны.

Передній корешокъ 4-го праваго поясничнаго нерва.

Перерожденныхъ волоконъ нѣтъ.

Передній корешокъ 3-го лѣваго поясничнаго нерва.

Есть незначительное количество волоконъ, перерожденныхъ по Waller'y.

Передній корешокъ 3-го праваго поясничнаго нерва.

9 волоконъ, перерожденныхъ по Waller'y.

Передній корешокъ 5-го лѣваго поясничнаго нерва.

1 волокно, въ которомъ констатировано Waller'овское перерождение.

Передній корешокъ 5-го праваго поясничнаго нерва.

Есть 2 волокна съ Waller'овскимъ перерождениемъ.

Опытъ девятый.

Кобель большой величины; свѣтло-желтая съ бѣлыми пятнами шерсть; вѣсъ 11200,0; жилъ 14 дней.

10/ш 1910. Захлороформированъ. Въ задней дужкѣ одного изъ поясничныхъ позвонковъ, слѣва, сдѣлано трепанационное отверстіе, вскрыта спинномозговая оболочка и перерѣзанъ задній корешокъ одного изъ поясничныхъ нервовъ. Рана зашита обычнымъ образомъ.

11/ш. Ходитъ безъ прихрамыванія. Ёсть.

13/ш. Изъ раны выпущено незначительное количество содержащейся тамъ кровянистой жидкости.

15/ш. Stat. quo.

18/ш. Сняты швы. Prima intentio.

20/ш. Общее состояніе вполнѣ удовлетворительно.

24/ш. Stat. quo. Убить черезъ проколъ сердца.

Аутопсія. Отверстіе въ спинномозговомъ каналѣ затянуто плотною фиброзною тканью, сросшеюся съ спинномозговой оболочкой. Центральныи и периферическіи отрѣзки перерѣзаннаго корешка лежатъ свободно. Окружающія мѣсто операціи части особенныхъ уклоненій отъ нормы не представляютъ. Перерѣзаннымъ оказался задній корешокъ 4-го лѣваго поясничнаго нерва.

Исслѣдованіе корешковъ.

Задній корешонъ 4-го лѣваго поясничнаго нерва (периферич. отд.).

Обработка реагентомъ Thomas-Hauser'a.

Перерожденныхъ по Waller'y волоконъ 6.

Обработка осміемъ.

Перерожденныхъ по Waller'y волоконъ 11.

Обработка по Marchi.

Waller'овское перерождение констатируется на очень незначительномъ количествѣ препаратовъ. Встрѣчаются волокна, покрытыя глыбками чернаго вещества, о которыхъ нельзя сказать ничего опредѣленнаго (перерождены эти волокна или нормальны). Остальныя волокна корешка нормальны.

Итого: среднее количество перерожденныхъ по Waller'y волоконъ 9.

Исслѣдованіе мозга.

4-ый поясничный сегментъ.

Сторона операціи. Въ нижней части этого сегмента имѣется нѣсколько измѣненныхъ клѣтокъ, расположенныхъ въ передне-наружной группѣ клѣтокъ передняго рога и заднемъ рогѣ.

Сторона противоположная. Въ передне-наружной группѣ передняго рога есть нѣсколько измѣненныхъ клѣтокъ.

5-ый поясничный сегментъ.

Сторона операціи. Во всѣхъ отдѣлахъ сѣраго вещества констатируется незначительное количество измѣненныхъ клѣтокъ. Больше всего такихъ клѣтокъ въ заднихъ отдѣлахъ передняго рога и заднемъ рогѣ.

Сторона противоположная. Въ передне-наружной группѣ передняго рога есть нѣсколько измѣненныхъ клѣтокъ.

3-й поясничный сегментъ.

<i>Сторона операци.</i>	}	Всѣ клѣтки нормальны.
<i>Сторона противоположная.</i>		

6-ой поясничный сегментъ.

<i>Сторона операци.</i>	}	Всѣ клѣтки нормальны.
<i>Сторона противоположная.</i>		

2-ой поясничный сегментъ.

Сторона операци. Въ верхней части этого сегмента встрѣчаются измѣненныя клѣтки въ передне - наружномъ отдѣлѣ передняго рога.

Сторона противоположная. Измѣненныхъ клѣтокъ нѣтъ.

3-й грудной сегментъ.

<i>Сторона операци.</i>	}	Всѣ клѣтки нормальны.
<i>Сторона противоположная.</i>		

5-ый шейный сегментъ.

<i>Сторона операци.</i>	}	Всѣ клѣтки нормальны.
<i>Сторона противоположная.</i>		

Опытъ десятый.

Сука средней величины; короткая черная шерсть; низъ живота и конецъ морды бѣлые; вѣсъ 9100,0; жила 15 дней.

7/iv 1910. Захлороформирована. Въ задней правой дужкѣ одного изъ поясничныхъ позвонковъ сдѣлано трепанационное отверстіе и интрадурально перерѣзанъ задній корешокъ одного изъ поясничныхъ нервовъ. Въ моментъ перерѣзки животное безпokoйства не обнаруживало. Рана зашита обычнымъ образомъ.

8/iv. Походка нормальна. Ёсть.

10/IV. Stat. quo. Рана чиста.

15/IV. Сняты кожные швы. Prima intentio.

17/IV. Stat. quo.

22/IV. Убита черезъ проколъ сердца.

Auтопсия. Трепанационное отверстіе въ позвоночномъ каналѣ затянута фиброзою тканью. Центральный отрѣзокъ перерѣзаннаго корешка приросъ къ спинномозговой оболочкѣ. Окружающія мѣсто операции части нормальны. Перерѣзанъ задній корешокъ 5-го праваго поясничнаго нерва.

Исслѣдованіе корешковъ.

Задній корешокъ 5-го праваго поясничнаго нерва (периферич. отд.).

Обработка реагентомъ Thomas-Hauser'a.

8 волоконъ, въ которыхъ констатируется Waller'овское перерожденіе.

Обработка по Marchi.

Перерожденныхъ волоконъ не обнаружено.

Передній корешокъ 5-го праваго поясничнаго нерва.

22 перерожденныхъ по Waller'y волокна.

Опытъ одиннадцатый.

Сука небольшая; короткая черная лохматая шерсть; конецъ морды и концы лапъ бѣлые; вѣсъ 6100,0; жила 12 дней.

26/IV 1910. Захлороформирована. Въ поясничной области, вдоль остистыхъ отростковъ позвонковъ сдѣланъ кожный разрѣзъ. Мускулатура отъ остистыхъ и поперечныхъ отростковъ позвонковъ, слѣва, отсепарована. Въ трехъ подрядъ лежащихъ заднихъ дужкахъ позвонковъ произведены 3 трепанационныхъ отверстія, черезъ которыя экстрадурально перерѣзаны 3 переднихъ корешка. Судорогъ въ моменты перерѣзокъ не замѣчалось. На мускулатуру наложены три этажа катгутовыхъ швовъ. Кожа зашита флорентійскими нитями.

27/IV. Параличъ лѣвой задней конечности. Хвостомъ двигаетъ. Не ѣстъ.

28/iv. Бств. Общее состояніе вполне удовлетворительно. Со стороны тазовыхъ органовъ уклоненій отъ нормы не замѣчается.

29/iv. Stat. quo.

30/iv. Ходить на трехъ ногахъ, волоча лѣвую заднюю конечность. Чувствительность на лѣвой задней конечности не разстроена. Рана содержитъ небольшое количество густоватой темнокрасной жидкости.

1/v. Ступаетъ иногда на лѣвую заднюю конечность. Ненормальностей со стороны тазовыхъ органовъ не наблюдается.

2/v. Stat. quo.

4/v. Лѣвая задняя конечность попрежнему парезована. Сняты кожные швы. Prima intentio.

7/v. Stat. quo.

8/v. Stat. quo. Убита черезъ проколъ сердца.

Auтомонія. Трепанационныя отверстія въ спинномозговомъ каналѣ затянуты соединительною тканью. Концы перерѣзанныхъ корешковъ слегка вздуты и нѣкоторые изъ нихъ приросли къ оболочкѣ мозга. Окружающія части особыхъ измѣненій не представляютъ. Перерѣзаны передніе корешки 3-го, 4-го и 5-го лѣвыхъ поясничныхъ нервовъ.

И з с л ѣ д о в а н і е м о з г а .

4-ый поясничный сегментъ.

Сторона операціи. Передне-внутренняя и передне-наружная группы клѣтокъ передняго рога содержатъ огромное количество измѣненныхъ клѣтокъ; лишь незначительная часть клѣтокъ этихъ группъ осталась нормальной. Другія группы клѣтокъ (задне-внутренняя, задне-наружная, центральная, спаечная, столбъ Сlark'e'a, клѣтки задняго рога) также иногда содержатъ измѣненные клѣтки. Измѣнены и нѣкоторые разсѣянные солитарныя клѣтки сѣраго вещества.

Сторона противоположная. Всѣ отдѣлы сѣраго вещества содержатъ незначительное количество измѣненныхъ клѣтокъ (больше всего ихъ въ переднемъ рогѣ).

5-ый поясничный сегментъ.

Сторона операціи. Во всѣхъ отдѣлахъ сѣраго вещества попадаютъ измѣненные клѣтки (больше всего ихъ въ перед-

нихъ отдѣлахъ передняго рога). Большая часть клѣтокъ нормальна.

Сторона противоположная. Во всѣхъ отдѣлахъ сѣраго вещества наблюдается незначительное количество измѣненныхъ клѣтокъ.

3-й поясничный сегментъ.

Сторона операций. Въ передне-внутренней и передне-наружной группахъ встрѣчается большое количество измѣненныхъ клѣтокъ. Лишь нѣкоторыя клѣтки этихъ группъ остались нормальными. Измѣненные клѣтки встрѣчаются и во всѣхъ остальныхъ отдѣлахъ сѣраго вещества, но въ весьма незначительномъ количествѣ.

Сторона противоположная. Измѣненные клѣтки въ незначительномъ количествѣ встрѣчаются во всѣхъ отдѣлахъ сѣраго вещества (больше всего ихъ въ переднихъ группахъ передняго рога).

6-ой грудной сегментъ.

<i>Сторона операций.</i>	}	Всѣ клѣтки нормальны.
<i>Сторона противоположная.</i>		

3-й шейный сегментъ.

<i>Сторона операций.</i>	}	Всѣ клѣтки нормальны.
<i>Сторона противоположная.</i>		

Опытъ двенадцатый.

Сука средней величины; короткая черная шерсть; шея бѣлая, концы лапъ бѣлые; вѣсъ 8800,0; жила 14 дней.

10/уш 1910. Захлороформирована. Въ поясничной области, вдоль остистыхъ отростковъ позвонковъ, произведенъ кожный разрѣзъ. Отъ остистыхъ и поперечныхъ отростковъ позвонковъ, слѣва, отсецарована мускулатура. Въ трехъ порядъ лежащихъ заднихъ дужкахъ произведены 3 трепанационныхъ отверстія, черезъ которыя экстрадурально перерѣзаны 3 переднихъ корешка. Послѣ этого мускулатура сшита кѣгутowymi швами. На уровнѣ произведенной операции, съ пра-

вой стороны, также отсепарована мускулатура и обнажены 3 подрядъ лежащихъ заднихъ дужки, въ которыхъ произведены трепанаціонныя отверстія. При посредствѣ послѣднихъ экстрадурально перерѣзаны 3 переднихъ корешка. Мускулатура сшита катгутовыми швами, а кожа флорентійскими нитями.

11/уш. Ползаетъ, волоча заднюю часть туловища. Ёсть. Чувствительность на заднихъ конечностяхъ не разстроена. Со стороны тазовыхъ органовъ уклоненій отъ нормы не замѣчается.

12—13/уш. Stat. quo.

14/уш. Ходитъ, слегка выпрямляя заднія конечности. Общее состояніе вполне удовлетворительно. Рана содержитъ небольшое количество кровянистой жидкости.

20/уш. Улучшенія въ походеѣ не замѣчается. Сняты кожные швы. *Prima intentio*.

23/уш. Ходитъ попрежнему съ слегка выпрямленными задними конечностями, держа послѣднія въ положеніи отведенія.

24/уш. Stat. quo. Убита черезъ проколъ сердца.

Auтопсія. Трепанаціонныя отверстія спинномозгового канала съ обѣихъ сторонъ затянуты фиброзною тканью. Центральные отрѣзки перерѣзанныхъ корешковъ булавовидно вздуты и лежатъ свободно. Периферическіе ихъ отрѣзки приросли къ оболочкѣ мозга. Въ окружающихъ мѣсто операціи частяхъ особыхъ измѣненій не обнаружено. Перерѣзаны передніе корешки 3-го, 4-го и 5-го поясничныхъ нервовъ обѣихъ сторонъ.

И з с л ѣ д о в а н і е м о з г а .

4-ый поясничный сегментъ.

Передне-внутреннія группы обѣихъ сторонъ содержатъ лишь незначительное количество нормальныхъ нервныхъ клѣтокъ. Большая же часть клѣтокъ ихъ подверглась полному хроматолизу.

Передне-наружныя группы обѣихъ сторонъ содержатъ незначительное количество нормальныхъ нервныхъ клѣтокъ. Большинство клѣтокъ этихъ группъ измѣнено.

Центральныя группы обѣихъ сторонъ содержатъ приблизительно около половины клѣтокъ, въ которыхъ тигролиза не наблюдается. Остальныя клѣтки измѣнены.

Задне-внутреннія группы обѣихъ сторонъ содержать, главнымъ образомъ, нормальныя кѣтки. Лишь незначительное количество послѣднихъ подверглось хроматолизу.

Задне-наружныя группы обѣихъ сторонъ содержатъ незначительное количество нормальныхъ нервныхъ кѣтокъ. Большинство кѣтокъ измѣнено.

Кѣтки боковыхъ роговъ обѣихъ сторонъ въ большей своей массѣ нормальны. Только незначительное ихъ количество подверглось хроматолизу.

Кѣтки заднихъ роговъ обѣихъ сторонъ содержатъ незначительное количество измѣненныхъ кѣтокъ. Большая же часть кѣтокъ нормальна.

Области столбовъ Clarke'a обѣихъ сторонъ и области кѣтокъ передней спайки также обѣихъ сторонъ содержатъ измѣненныя кѣтки въ очень незначительномъ количествѣ. Большинство же кѣтокъ нормально.

Средины сѣраго вещества обѣихъ сторонъ содержатъ иногда измѣненныя кѣтки.

5-ый поясничный сегментъ.

Правая сторона. Измѣненныя кѣтки встрѣчаются лишь въ передне-наружной группѣ кѣтокъ передняго рога (большинство же кѣтокъ этой группы нормально).

Левая сторона. Измѣненныя кѣтки въ незначительномъ количествѣ встрѣчаются только въ передне-внутренней группѣ, а также отчасти и въ передне-наружной. Остальныя кѣтки этихъ группъ и всѣ кѣтки другихъ группъ сѣраго вещества—нормальны.

3-ий поясничный сегментъ.

Правая сторона. Измѣненныя кѣтки въ незначительномъ количествѣ встрѣчаются только въ группахъ передняго рога. Большая же часть кѣтокъ передняго рога и всѣ кѣтки другихъ группъ сѣраго вещества—нормальны.

Левая сторона. Измѣненныя кѣтки и притомъ въ незначительномъ количествѣ встрѣчаются только въ группахъ передняго рога. Большая же часть кѣтокъ передняго рога и всѣ кѣтки остальныхъ отдѣловъ сѣраго вещества—нормальны.

4-ый грудной сегментъ.

Правая сторона. |
Левая сторона. | Измѣненныхъ клѣтокъ нѣтъ.

5-ый шейный сегментъ.

Правая сторона. |
Левая сторона. | Измѣненныхъ клѣтокъ нѣтъ.

Изъ приведенныхъ опытовъ видно, что въ периферическомъ отрѣзкѣ перерѣзаннаго задняго корешка наблюдается то или иное количество волоконъ съ ясно выраженнымъ Waller'овскимъ перерожденіемъ.

По даннымъ литературы, лишь нѣкоторые авторы производили подсчетъ количества центрофугальныхъ волоконъ въ заднихъ корешкахъ (Waller ¹⁾, Быстренинъ ²⁸⁾, Чалусовъ ²⁹⁾). Для полноты своихъ изслѣдованій я также производилъ, правда, не во всѣхъ случаяхъ, подсчетъ перерожденныхъ волоконъ, находимыхъ въ периферическомъ отрѣзкѣ (таблица III).

ТАБЛИЦА III.

С р о к ъ.	3 дн.	6 дн.	9 дн.	10 дн.	12 дн.	14 дн.	15 дн.
Среднее количество . .	9	13	80	5%	12	9	~

Само собою понятно, что нѣтъ пока основаній ставить въ прямую связь количество находимыхъ центробѣжныхъ волоконъ съ длительностью срока.

Методъ Marchi, примѣненный мною въ четырехъ изъ упомянутыхъ 10 опытовъ (опыты VI, VIII, IX, X), въ двухъ случаяхъ далъ совершенно отрицательный результатъ, въ то время какъ въ одномъ изъ этихъ двухъ случаевъ (VIII) пере-

рожденные волокна открывались реагентомъ Thomas-Hauser'a и осмиемъ, а въ *другомъ* (X)—реагентомъ Thomas-Hauser'a. Въ *одномъ* опытѣ (VI) методъ этотъ давалъ мѣстами довольно спутанную картину перерожденія, мѣстами довольно ясную. И лишь въ *одномъ* только случаѣ (IX) изъ упомянутыхъ четырехъ методъ этотъ далъ положительный результатъ при одновременномъ контролѣ его методами Thomas-Hauser'a и осмиемъ (табл. IV). Такимъ образомъ, методъ Marchi для обнаруженія центробѣжныхъ волоконъ въ периферическомъ отрѣзкѣ задняго корешка является способомъ мало-надежнымъ. Послѣ этого, можетъ быть, и имѣется нѣкоторая доля вѣроятности въ предположеніи, что методъ Marchi и является одною изъ причинъ, почему всѣ авторы (см. табл. I), работавшіе по этому методу, пришли по вопросу о присутствіи центробѣжныхъ волоконъ въ заднихъ корешкахъ въ отрицательному результату.

Реагентъ Thomas-Hauser'a былъ примѣненъ мною въ *восьми* (опыты II, III, IV, V, VII, VIII, IX, X) изъ произведенныхъ 10 опытовъ съ перерѣзкой задняго корешка и во всѣхъ этихъ случаяхъ онъ открылъ въ периферическомъ отрѣзкѣ перерожденные волокна. Въ *пяти* (II, IV, V, VIII, IX) изъ упомянутыхъ 8 опытовъ контролемъ этого способа изслѣдованія былъ осмій, который подтвердилъ существованіе перерожденныхъ волоконъ въ периферическомъ отрѣзкѣ; въ *трехъ* случаяхъ контролемъ его былъ методъ Marchi, давшій, какъ сказано было выше, въ *одномъ* случаѣ (IX) положительный результатъ, а въ *двухъ* другихъ (VIII, X) отрицательный; въ *одномъ* случаѣ (III) реагентъ Thomas-Hauser'a былъ примѣненъ безконтрольно и, наконецъ, въ *одномъ* случаѣ (VII) контролемъ его былъ методъ Mann'a (табл. IV).

Методъ Mann'a (VII) открылъ типичную картину измѣненія миелиновыхъ массъ въ центрофугальномъ волокнѣ. Подъ микроскопомъ можно съ достаточною ясностью наблюдать,

какъ клѣтки Шванновской оболочки сильно увеличились въ объемѣ и стали поздраватыми.

Т А Б Л И Ц А IV.

Опыты.	Срокъ.	М е т о д и к а.			
		Thom.-Hans.	Ac. osm.	Marchi.	Mann.
I	3 дн.		+		
II	6 дн.	+	+		
III	7 дн.	+			
IV	9 дн.	+	+		
V	10 дн.	+	+		
VI	12 дн.			+	
VII	12 дн.	+			+
VIII	12 дн.	+	+	—	
IX	14 дн.	+	+	+	
X	15 дн.	+		—	

Заканчивая описаніе перерожденныхъ волоконъ, находящихся въ периферическихъ отрѣзкахъ перерѣзанныхъ заднихъ корешковъ, я, руководствуясь закономъ Waller'a, считаю себя въ правѣ признать ихъ за центробѣжныя.

Въ двухъ изъ упомянутыхъ 10 опытовъ, я обратилъ вниманіе на то, въ какомъ состояніи находятся передніе корешки при перерѣзкѣ задняго. Въ первомъ (VIII) изъ упомянутыхъ двухъ опытовъ оказалось слѣдующее: въ соответствующемъ перерѣзанному заднему переднемъ и въ выше-и нижележащихъ переднихъ корешкахъ обѣихъ сторонъ наблюдалось незначительное количество перерожденныхъ по Waller'у волоконъ. Въ другомъ (X) изъ изслѣдованныхъ мною

случаевъ такія же волокна были найдены также въ соответствующемъ перерезанному заднему переднемъ. Указанное явление наблюдали и другіе авторы (Braeunig ⁴⁸⁻⁴⁹), Быстрининъ ²⁸), Чалусовъ ²⁹).

Кромѣ переднихъ корешковъ, мною было обращено также вниманіе на то, нѣтъ ли какихъ-либо измѣненій въ заднемъ корешкѣ, расположенномъ противоположно перерѣзанному заднему. Изъ 4 изслѣдованныхъ мною случаевъ (IV, V, VI, VIII) ни въ одномъ изъ нихъ не удалось констатировать перерожденныхъ волоконъ.

Наконецъ, въ большинствѣ изъ упомянутыхъ здѣсь опытовъ мною было предпринято изслѣдованіе заднихъ корешковъ шейнаго и грудного отдѣловъ. При изслѣдованіи ихъ на Waller'овское перерожденіе, я не обнаружилъ въ нихъ ничего ненормальнаго.

Установивъ присутствіе центробѣжныхъ волоконъ въ заднихъ корешкахъ спинного мозга, я сдѣлалъ попытку уяснить себѣ мѣстонахожденіе ихъ трофическихъ центровъ. Известно, что перерѣзка или же просто нарушеніе цѣлости осевоцилиндрическаго отростка уже къ концу вторыхъ сутокъ ведетъ къ хроматолизу той клѣтки, которая является его трофическимъ центромъ. Но констатировать тигролизъ по прошествіи 15—20 дней послѣ указанного поврежденія обыкновенно уже не удается. Имѣя сказанное въ виду, я, послѣ перерѣзки задняго корешка, въ соответствующемъ ему сегментѣ мозга, а также отчасти въ выше- и ниже лежащихъ сегментахъ предполагалъ найти, между 3—15 днями послѣ указанной операціи, измѣненныя клѣтки. Для этой цѣли мнѣ служили спинные мозги четырехъ собакъ, у которыхъ я перерѣзалъ по одному заднему корешку, а въ периферическихъ отрѣзкахъ послѣднихъ было находимо, какъ уже было сказано, то или иное количество перерожденныхъ волоконъ. У этихъ собакъ (опыты I, II, VI, IX), на изслѣдованныхъ

мною серіяхъ срѣзовъ каждаго сегмента съ перерѣзаннымъ соответствующимъ ему заднимъ корешкомъ, я нашелъ слѣдующее. На оперированной сторонѣ во всѣхъ группахъ клѣтокъ среди нормальныхъ встрѣчалось сравнительно незначительное количество клѣтокъ измѣненныхъ. Больше всего такихъ клѣтокъ наблюдалось въ группахъ передняго и задняго роговъ, значительно меньше въ области столба Слагкеа, группѣ спаечныхъ клѣтокъ, боковомъ рогѣ и въ серединѣ сѣраго вещества. На сторонѣ противоположной измѣненныя клѣтки встрѣчались въ тѣхъ же группахъ, но только количество ихъ было еще меньше. Въ выше-и нижележащихъ сегментахъ во всѣхъ указанныхъ группахъ обѣихъ сторонъ также наблюдались измѣненныя клѣтки, но только въ значительно меньшемъ количествѣ, при чемъ преобладающими по количеству содержащихся въ нихъ такихъ клѣтокъ были передній и задній рога. При изслѣдованіи шейнаго и грудного отдѣловъ спинного мозга въ этихъ четырехъ случаяхъ измѣненныхъ клѣтокъ не оказалось.

Можемъ ли мы считать всѣ указанныя измѣненныя клѣтки трофическими центрами заднекорешковыхъ центробѣжныхъ волоконъ? Брауниг⁴⁸⁻⁴⁹⁾ предполагаетъ, что послѣ перерѣзки заднихъ корешковъ измѣняются клѣтки переднекорешковыя, такъ какъ при подобныхъ экспериментахъ онъ находилъ въ переднихъ рогахъ спинного мозга измѣненныя клѣтки. (Аналогичное явленіе констатировали также Warrington⁵⁰⁻⁵¹⁾, Lapinsky⁵²⁾ Pesker⁵³⁾, но съ этимъ не согласны наблюденія Spiller'a⁵⁴⁾, Кнарре⁵⁵⁾, Корсзунски'аго⁵⁶⁾ и Викеlesa⁵⁷⁾). Если принять во вниманіе только что приведенное предположеніе Браунига, то мы должны отнести измѣненныя клѣтки къ трофическимъ центрамъ не только заднекорешковыхъ волоконъ, но и переднекорешковыхъ, столбовыхъ и комиссуральныхъ.

Чтобы нѣсколько точнѣе локализовать трофическіе центры заднихъ корешковъ, я поставилъ опыты съ перерѣз-

кой переднихъ корешковъ. Въ одномъ опытѣ я перерѣзала три подрядъ лежащихъ переднихъ корешка одной стороны, въ другомъ — три подрядъ лежащихъ переднихъ корешка обѣихъ сторонъ.

При изслѣдованіи среднего сегмента въ первомъ изъ этихъ опытовъ (XI) оказалось слѣдующее. На сторонѣ, соответствующей операціи, большинство клѣтокъ передняго рога измѣнено. Измѣнены также нѣкоторыя клѣтки области спаячныхъ клѣтокъ, области столба Clarke'a, а также разсѣяныя клѣтки задняго рога и средней части сѣраго вещества. На противоположной операціи сторонѣ во всѣхъ упомянутыхъ отдѣлахъ также встрѣчаются измѣненные клѣтки, только въ значительно меньшемъ количествѣ.

Среди оставшихся въ переднемъ рогѣ нормальныхъ клѣтокъ несомнѣнно имѣлись клѣтки посылающія свои аксоны черезъ переднюю спайку въ противоположный передній корешокъ. Для исключенія этихъ клѣтокъ мнѣ послужилъ другой экспериментъ — двухсторонняя перерѣзка переднихъ корешковъ (опытъ XII).

При изслѣдованіи среднего изъ оперированныхъ такимъ образомъ сегментовъ мозга оказалось слѣдующее. На обѣихъ сторонахъ микроскопическая картина представилась почти въ одномъ и томъ же видѣ. Передне-внутренняя, передне-наружная и задне-наружная группы клѣтокъ передняго рога почти сплошь были заполнены измѣненными клѣтками. Лишь очень незначительная часть ихъ осталась нормальной. Центральная и задне-внутренняя группы содержали въ среднемъ около половины нормальныхъ клѣтокъ. Большая же ихъ часть была измѣнена. Боковой рогъ, задній рогъ, область спаячныхъ клѣтокъ, область столба Clarke'a и средняя часть сѣраго вещества содержали лишь незначительное количество измѣненныхъ клѣтокъ.

Трофическимъ центромъ какихъ волоконъ являются клѣтки, оставшіяся нормальными послѣ перерѣзки переднихъ

корешковъ? Несомнѣнно, онѣ могутъ принадлежать какъ комиссуральнымъ волокнамъ, какъ столбовымъ, такъ равно и заднекорешковымъ.

Такимъ образомъ, на основаніи своихъ опытовъ съ перерѣзкой заднихъ и переднихъ корешковъ, я въ правѣ заключить, что трофическіе центры центробѣжныхъ заднекорешковыхъ волоконъ не могутъ быть пока исключены ни изъ одного отдѣла сѣраго вещества спинного мозга обѣихъ сторонъ, но меньше всего основанія ихъ предполагать въ передне-внутренней, передне-наружной и задне-наружной группахъ клѣтокъ передняго рога, въ которыхъ если они и находятся, то лишь въ очень незначительномъ количествѣ.

Основываясь на вышеприведенныхъ экспериментальныхъ данныхъ, я считаю возможнымъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Въ заднихъ корешкахъ у собакъ существуютъ центробѣжныя волокна.

2. Количество центробѣжныхъ заднекорешковыхъ волоконъ у собакъ представляется весьма ничтожнымъ и едва ли превышаетъ 5% общаго количества волоконъ задняго корешка.

3. При перерѣзкѣ задняго корешка въ соотвѣтствующемъ ему переднемъ той же стороны, а также въ выше-и нижележащихъ переднихъ корешкахъ обѣихъ сторонъ наблюдается то или иное количество перерожденныхъ по Waller'у волоконъ.

4. Для обнаруженія присутствія центробѣжныхъ волоконъ въ периферическомъ отрѣзкѣ перерѣзаннаго задняго корешка методъ Marchi является не вполне пригоднымъ.

5. Трофическіе центры заднекорешковыхъ центробѣжныхъ волоконъ пока не могутъ быть исключены ни изъ одной клѣточной группы сѣраго вещества, но меньше всего основанія ихъ предполагать въ переднихъ и наружныхъ отдѣлахъ переднихъ роговъ спинного мозга.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ выразить искреннюю благодарность глубокоуважаемому учителю прив.-доц. Алексѣю Васильевичу Оаворскому за предложенную имъ тему, а также за его руководство и совѣты, которыми я пользовался при выполненіи настоящей работы.

Директору клиникъ, глубокоуважаемому учителю проф. Ливерію Осиповичу Даръшевичу, приношу мою искреннюю благодарность за полное его ко мнѣ вниманіе и за разрѣшеніе работать въ лабораторіи завѣдуемой имъ клиникѣ.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Waller. Examen des altérations qui ont lieu dans les filets d'origine du nerf pneumogastrique et des nerfs rachidiens, par suite de la section de ces nerfs au dessus de leurs ganglions. Comptes rendus de l'Académie des Sciences. T. 34, 1852, p. 842.

2. Freud. Ueber Spinalganglien und Rückenmark des Petromyzon; Sitzungsber. der K. K. Akad. der Wiss., Wien., 1878, Bd. 78, Abt. 3 p. 81.

3. Nansen. The structure and combination of the histological elements of the central nervous system; Bergens Museums Aarsberetning, p. 163, 1886.

4. G. Retzius. Biolog. Untersuchungen, N. F. V, 1893, p. 52.

5. Ramon y Cayal. Sur l'origine et les ramifications des fibres nerveuses de la moelle embryonnaire. Anat. Anz., Jahrg. V, 1890, p. 85.

6. Ramon y Cayal. A quelle époque apparaissent les expansions des cellules nerveuses de la moelle épinière du poulet? Anat. Anz. V, 1890, p. 613.

7. Lenhossek. Ueber Nervenfasern in den hinteren Wurzeln, welche aus dem Vorderhorn entspringen. Anat. Anz., Jahrg. V, p. 360.

8. Lenhossek. Beobachtungen an den Spinalganglien und dem Rückenmark von Pristiurus-embryonen. Anat. Anz. 1892, Jahrg. VII.

9. Van Gehuchten. Les éléments moteurs des racines postérieures. *Anat. Anz.*, Jahrg. VIII, 1893, p. 215.
10. Van Gehuchten. *Anatomie du système nerveux*, 4 éd, 1906, p. 388.
11. Martin. Contribution à l'étude de la structure interne de la moelle épinière chez le poulet et chez la truite. *La cellule*. 1895.
12. Joseph M. Zur Physiologie der Spinalganglien. *Arch. für Anat. u. Physiol., Physiol. Abth.*, 1887, p. 296.
13. J. Singer u. E. Münzer. Beiträge zur Anatomie des Centralnervensystems, insbesondere des Rückenmarkes. *Deutsch. d. mathem.-naturw. Klasse d. K. Akad. d. Wissensch.*, Bd. 57, Wien, 1890, p. 569.
14. G. Gabri. A propos des cellules radiculaires postérieures de v. Lenhossek et Ramon y Cayal. *Arch. Italiennes de Biologie*. T. XXVI, 1896, p. 115.
15. CM. № 27.
16. Bernard. *Système nerveux*, I, 1858.
17. Kahler. *Prager med. Wochensch* p. 302, 1884.
18. *Neurologische Centralblatt*, Feb. 5, 1897.
19. Morat et Bonne. Les éléments centrifuges des racines postérieures médullaires. *Comp. Rend de s. d. l'Acad. de Sciences*. V. CXXV, p. 126—128.
20. Sherrington. On the Question whether any fibres of the mammalian dorsal (afferent) spinal root are of intraspinal origin. *The Journal of Physiology*, 1897, XXI, p. 208.
21. Kohnstamm. Zur Theorie des Reflexes von hinter. Wurzel auf hintere Wurzel. *Centralblat. f. Physiol.*, 1900, XIV B., № 18, crp. 458—459.
22. Scaffidi. *Policlinico*, 1902, sulle questione de la presenza di fibre efferenti nelle radici posteriori.
23. Dale. Observations chiefly by the degenerations method, on possible fibres in the dorsal nerve roots of the toad and frog. *Journ. of Physiol.* Vol. XXVII 4/5, 1901—1902, p. 350.
24. K. Kleist. Experimentell-anatomische Untersuchungen über die Beziehungen der hinteren Rückenmarkswurzeln zu den Spinalganglien. *Wirchows Archiv für pathologische Anat. und Physiol.*, 1904, B. 175, p. 381.
25. Köster. Zur Physiologie der spinal Ganglien und

der trophischen nerven sowie zur pathogenese der tabes dorsalis. Leipzig. 1904.

26. Kopeczynski. Experimentelle Untersuchungen aus dem Gebiete der Anatomie und Physiologie der hinteren Spinalwurzeln. Neurol. Centralbl. 1906. p. 297.

27. I. Ch. Roux et I. Heitz. De l'influence de la section experimentales des racines postérieures sur l'état des neurones périphériques. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. T. XIX. 1906.

28. Быстренинъ. Путь сосудорасширительныхъ волоконъ сѣдалищнаго нерва. Казань. 1904.

29. Чалусовъ. Къ вопросу объ отношеніи п. depressoris къ сосудосуживающему и сосудорасширяющему центрамъ. Казань. 1908.

30. Цыпкинъ. Къ вопросу о сшиваніи периферическихъ нервовъ и заднихъ корешковъ спинного мозга. Казань. 1910.

31. Mott. The bi-polar cells of the spinal cord and their connections. Brain. Vol. 13. 1890.

32. Sherrington. On pilo-motor nerves. The Journ. of Physiol. V. 12—13, 1892.

33. Hoebe. Over een centrum oculospinale. Dissertatie. Utrecht. 1896.

34. Hyet. De Gevolgen der Exstirpatie von het Ganglion colli supremum nervi sympathici voor het centrale zenuwstelsel. Amsterdam. 1898.

35. Onuf and Collins. Experimental researches on the central localisation of the sympathetic with a critical review of its anatomy and physiology. Arch. of Neurol. and Psychopath. New.-York. 1900.

36. Владычко. О локализациі сосудодвигательныхъ центровъ въ спинномъ мозгу у человека. Обозр. псих., неврол. и эксп. психол., № 8, 1910.

37. Kölliker. Handbuch der Gewebelehre, II, s. 125.

38. Biedl. Ueber die Centra der Splanchnici. Wiener klin. Wochenschr. 1895, s. 904.

39. Scaffidi. Rol. Accad. med. di Roma. T. 28. 1902.

40. Anderson. The nature of the lesions which hinder the development of nerve cells and their processes. The Journal of Physiology. Vol. 22, 1902. The constituents of the

hypogastric Nervens. The Journ. of Physiology. Vol. 17. 1894.

41. Herring. The spinal origin of the cervical sympathet. nerv. The Journal of Physiology. Vol, 29. 1903.

42. Laignel-Lawastine. Revue neurol. 1904, p. 885.

43. Lapinsky und Cassirer. Ueber den Ursprung des Halssympathicus im Rückenmark. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. XIX, 1901.

44. Владычко. Къ патологіи спинного мозга при склеродерміи. Унив. Извѣстія Унив. св Влад., 1907.

45. Wright. The action of ether and chloroform on the neurons of rabbits and dogs. Journ. of physiology. Vol. XXVI, p. 34.

46. Wright. The action of ether and chloroform on the cerebral and spinal neurons of dogs. Ebenda. Vol. XXVI, p. 362.

47. Оаворскій. Матеріалы къ вопросу о патолого-анатомическомъ измѣненіи спинного мозга при сдавленіи его. Казань. 1901.

48. Braeunig. Ueber Chromatolyse in den Vorderhornzellen des Rückenmarkes. Arch. f. Anat. und Physiol., Phys. Abth., 1903, стр. 251.

49. Braeunig. Ueber Degenerationsvorgänge im motorischen Teloneuron nach Durchschneidung der hinteren Rückenmarkswurzeln. Arch. f. Anat. u. Physiol., Phys. Abth., 1903, стр. 480.

50. Warrington. On the structural alterations observed in nerve cells. Journ. of Physiology, Vol. XXIII, p. 112.

51. Warrington. Further observations on the structural alterations in the cells of spinal cord following various lesions. Ebenda. Vol. XXV, p. 462.

52. Lapinsky. Arch. f. Psychiatrie, Bd. 42, 1907.

53. Pesker. Les alterations des neurofibrilles dans les cellules nerveuses sous l'influence de la section des racines sensitives, L'Encéphale. № 11, p. 496.

54. Spiller. Journ. of nerv. and mental diseale. 1900.

55. Knappe. Zieglers Beiträge. 1901.

56. Копczyński. Polnisches Arch. f. biolog. Wissenschaft. Bd. 3, 1907.

57. Bikeles. Zur Kenntnis der retrograden Veränderungen nach Durchschneidung vorderer (event. auch hinterer) Wurzeln. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Bd. 40, 1910.

Уходъ за безпокойными, неопрытными и заразными душевно-больными по даннымъ русскихъ психіатрическихъ заведеній¹⁾.

Н. А. ГЛУШКОВА.

Цѣль настоящаго нашего доклада является во первыхъ желаніе подѣлиться съ товарищами впечатлѣніями и мыслями, навѣянными на насъ осмотромъ различныхъ русскихъ психіатрическихъ учрежденій, поэтому мы постараемся отгѣнить здѣсь тѣ учрежденія, которыя на насъ произвели наибольшее впечатлѣніе и которыя по нашему мнѣнію должны быть осматрѣны товарищами, которымъ также придется ѣхать въ научную командировку, во вторыхъ мы беремъ на себя смѣлость сдѣлать попытку предложить вниманію товарищей тѣ мѣропріятія, которыя по нашему разумѣнію еще необходимы при уходѣ за безпокойными, неопрытными и заразными больными нашей Лечебницы.

Остановимся на II-й части нашего доклада—на уходѣ за безпокойными, неопрытными и заразными душевно-больными.

Тема „уходъ за безпокойными, неопрытными и заразными душевно-больными“ предложена нами не случайно; боль-

¹⁾ Извлеченіе изъ доклада о командировкѣ въ засѣданіи врачей Казанской Окружной Лечебницы.

шинствомъ практическихъ психіатровъ рѣшеніе этого вопроса считается наиболѣе запутаннымъ и сложнымъ, вотъ поэтому мы и разсчитывали, что командировка для осмотра психіатрическихъ учрежденій и въ особенности знакомство съ тѣми или другими мѣропріятіями проведенными у себя солидными представителями практической психіатріи тѣхъ или иныхъ взглядовъ, того или другого направленія, поможетъ хотя бы отчасти разобраться въ рѣшеніи нѣкоторыхъ сложныхъ вопросовъ по уходу за упомянутыми душевно-больными.

Предлагаемыя мѣропріятія, не представляя чего-либо новаго или оригинальнаго, могли бы лишь пополнить уже существующую въ К. О. Л. систему ухода за безпокойными, неопрятными и заразными душевно-больными, почему предлагаемыя мѣропріятія и не охватываютъ со всѣхъ сторонъ вопроса объ уходѣ за названными больными.

Мой докладъ не будетъ носить строгой системы, я коснусь всего лишь вкратцѣ и буду очень признателенъ, если кто-либо изъ товарищей, чѣмъ-либо заинтересовавшись изъ моего доклада, предложитъ поподробнѣе изложить то, чѣмъ мнѣ удалось его заинтересовать,

Прежде чѣмъ коснуться самого ухода за безпокойными, неопрятными и заразными душевно-больными, я нѣсколько позволю остановить ваше вниманіе на профилактикѣ, на мѣрахъ предупрежденія, если только можно такъ выразиться, безпокойства, неопрятности и заразы среди душевно-больныхъ. Дѣло въ томъ, что по нашему мнѣнію самый то уходъ за безпокойными, неопрятными заразными душевно-больными прежде всего долженъ складываться изъ мѣръ предупреждающихъ безпокойство, неопрятность и заразу среди душевно-больныхъ и уже затѣмъ только идетъ терапія podobныхъ состояній.

Да не покажется Вамъ страннымъ положеніе, изъ котораго я буду исходить; я хочу сказать, что буйныхъ, безпокойныхъ, неопрятныхъ и заразныхъ душевно-больныхъ не

должно быть... Мы должны проникнуться той мыслью, что буйство, беспокойство, неопрятность, зараза среди душевно-больных—должны быть исключеніемъ, а не правиломъ; этотъ, *modus vivendi*, коимъ беспокойство, неопрятность, зараза считается необходимой принадлежностью учрежденія, долженъ быть выведенъ изъ благоустроенныхъ психіатрическихъ больницъ. Я, конечно, уже предугадываю напередъ ваше возраженіе... Но представьте, что это вовсе ужъ не утопія; мы конечно, можетъ быть никогда не искоренимъ, беспокойство, неопрятность и заразу среди нашихъ душевно-больныхъ, но мы можемъ добиться того или другого минимума, значительнаго сокращенія числа случаевъ беспокойства, неопрятности и заразы среди душевно-больныхъ, а уже и въ этомъ будетъ прогрессъ и наша заслуга. Конечно я имѣю въ виду лишь общія мѣропріятія, а не тотъ или иной исключительный случай беспокойства спутаннаго эпилептика, неопрятности паралитика въ исходномъ стадіи и т. д. и т. д.

Какими же мѣрами мы должны предупреждать беспокойство, неопрятность и заразу среди душевно-больныхъ. На первомъ мѣстѣ я бы поставилъ составленіе извѣстнаго кадра опытнаго надзирательскаго и служительскаго персонала по уходу за душевно-больными, т. е. я говорю объ организаціи курсовъ при Казанской О. Л. для надзирательскаго и служительскаго персонала, чтобы обезпечить себѣ постоянный притокъ опытныхъ по уходу за душевно-больными служащихъ. Разрѣшите сказать нѣсколько словъ объ организаціи этого дѣла. По нашему, прежде всего, должно согласиться съ тѣмъ положеніемъ, что вся тяжесть и громадная доля отвѣтственности въ уходѣ за душевно-больными лежитъ на надзирательно-фельдшерскомъ и служительскомъ персоналѣ—этотъ персоналъ стоитъ ближе всего къ больному. Чѣмъ выше стоитъ въ умственномъ и нравственномъ отношеніи этотъ персоналъ, тѣмъ выше стоитъ данное заведеніе въ уходѣ за своими душевно-больными, тѣмъ болѣе увѣренности и гаран-

ти у насъ врачей, что больной не будетъ обиженъ, не проваляется въ грязи, во время будетъ накормленъ и напоенъ. Какъ же добиться этого?

Здѣсь требуется умѣніе, особый тактъ, настойчивость въ проведеніи желаемыхъ начинаній, такъ какъ добиться всего можно лишь при долгомъ, систематическомъ проведеніи тѣхъ или другихъ реформъ.

Во-первыхъ прежде всего должна быть организація въ самомъ приѣмѣ надзирательско-фельдшерскаго и служительскаго персонала.

Во-вторыхъ—долженъ быть какъ можно скорѣе выдвинутъ вопросъ объ организаціи курсовъ для надзирательскаго, а затѣмъ уже впослѣдствіи, и служительскаго персонала.

Въ третьемъ должно быть повышено первоначальное жалованіе, на которое поступаютъ сидѣлки хотя бы до 6—7 р. и служители до 7—8 р. въ мѣсяцъ.

Въ-четвертыхъ—на врачебный персоналъ должны быть возложены не только визитаціи и обходъ больныхъ, но и организація бесѣдъ, объясненій, занятій съ надзирательскимъ персоналомъ.

И уже когда, въ этомъ направленіи соорганизованная, пройдетъ первая партія надзирателей и надзирательницъ—эти надзиратели и надзирательницы подъ общимъ руководствомъ ординаторовъ должны начать воспитаніе и обученіе служительскаго персонала. При чемъ по окончаніи одного года должно производиться нѣчто вродѣ экзаменовъ на старшаго служителя и сидѣлку съ соотвѣтствующимъ жалованьемъ.

Остановлюсь нѣсколько подробнѣе на нѣкоторыхъ изъ вышеприведенныхъ положеній.

1) Должна быть организована приѣмная коммиссія для вновь поступающихъ, состоящая изъ помощника директора, одного старшаго и одного младшаго ординаторовъ (въ этомъ нѣтъ ничего новаго—это уже было въ Казанской Окружной

Лечебницѣ). Эта комиссія производитъ нѣчто вродѣ экзамена вновь поступающимъ, опредѣляетъ ихъ годность и по рѣшеніи большинствомъ голосовъ приема на службу вновь поступающаго, помощникомъ директора представляется для санкціи приема Директору.

2) Должны быть организованы и проведены въ законномъ порядкѣ курсы для надзирательскаго персонала. Вкратцѣ организація курсовъ должна состоять въ слѣдующемъ.

Приемная комиссія представляетъ къ зачисленію въ кандидаты не менѣе 10 чел.—6 муж. и 4 женщ. Эти 10 кандидатовъ пользуются казеннымъ столомъ и общей комнатою по 2 по 3 въ каждой. Должна быть выяснена и подробно разработана программа занятій. Читаются лекціи, ведутся собесѣдованія и практическія занятія, какъ врачами, такъ и дирекціей. Лекторы должны получать опредѣленную плату за лекціонные часы, для чего въ смѣту по специальнымъ средствамъ Правленіемъ Лечебницы вносится ежегодно извѣстная сумма по статьѣ, наприм., 10—улучшенія быта пенсіонеровъ Лечебницы (пріобрѣтеніе научныхъ пособій и проч.).

Кандидаты допускаются въ отдѣленія, работаютъ въ отдѣленіяхъ, но подъ наблюденіемъ надзирательскаго персонала. Какихъ-либо самостоятельныхъ функцій по уходу за больными они не несутъ. Черезъ полгода производится экзамены особой комиссіей, и тѣ кандидаты, которые сдали успѣшно экзамены, зачисляются въ число помощн. надз. съ жалованіемъ 15 руб. въ мѣсяцъ, не сдавшіе—или остаются снова кандидатами или совсѣмъ увольняются. По окончаніи года производится выпускной экзаменъ.

Важно, чтобы курсы давали дипломъ или свидѣтельство объ успѣшномъ окончаніи курсовъ при К. О. Л. Этотъ дипломъ, возможно, въ дальнѣйшемъ и будетъ давать преимущество передъ другими при поступленіи даже и въ другія психіатрическія лечебницы, а съ другой стороны эти дипломы, конечно привлекали бы кандидатовъ и давали такимъ

образомъ нашей лечебницѣ возможность подбирать наиболѣе солидный персоналъ.

Получившіе дипломъ допускаются въ самостоятельной службѣ въ отдѣленіяхъ и занимаютъ мѣста или надзират., съ окладомъ въ 35 руб., или помощ., съ окладомъ въ 25 руб.. Конечно, прохожденіе годичнаго курса необходимо и для существующаго уже въ лечебницѣ надзирательско-фельдшерскаго персонала. Особенное вниманіе должно быть обращено на распредѣленіе времени для лекцій и для практическихъ занятій. Намъ особенно интересовали курсы и программы занятій при другихъ лечебницахъ; эти курсы намѣчаются, какъ въ Окружныхъ, такъ и въ земскихъ психіатрическихъ лечебницахъ, функціонируютъ они напр., при Пантелеймоновской больницѣ у д-ра Смѣлова, въ Сиворицахъ у д-ра Кащенко и др.

Изъ мѣръ, предупреждающихъ безпокойство, я поставилъ бы на первомъ мѣстѣ:

1) борьбу со скученностью больныхъ.

При той скученности, при томъ однообразіи, монотонности времяпрепровожденія, при той неустойчивости настроенія, дисгармоніи душевнаго чувства нашихъ больныхъ—мы уже а priori должны ожидать наибольшаго числа случаевъ безпокойства.

Мы привѣтствуемъ попытки нашей дирекціи бороться со скученностью и, конечно, ждемъ отъ этого самыхъ благихъ результатовъ. А пока долженъ быть болѣе строго регистрируемъ и проведенъ въ широкомъ масштабѣ постельный режимъ.

Затѣмъ идетъ:

2) открытіе мастерскихъ для больныхъ; въ этомъ направленіи также, насколько намъ извѣстно, уже сдѣланы шаги. Среди мастерскихъ я на первомъ бы мѣстѣ поставилъ ткацкую мастерскую—здѣсь громадный спросъ на матеріалъ внутри лечебницы, да и среди больныхъ женщинъ, крестьянъ-

ночь, всегда найдется подходящий составъ работницъ. Далѣе идутъ сапожная мастерская, столярная, обойная мастерская для выработки шпатель изъ каната, для мытья половъ (вмѣсто мытья теперешними щетками), щетокъ для мытья плиточнаго пола и панелей, переплетная, кулевая, и затѣмъ я еще предложилъ бы мастерскую специально для набивки волосяныхъ матрацевъ, и матрацевъ для неопрятныхъ больныхъ (о тѣхъ матрацахъ мы скажемъ подробнѣе ниже). Было бы весьма желательна организація, хотя бы въ лѣтнее время, плиточной мастерской для выработки плитокъ для половъ.

3) Врачебная организація внѣшнихъ работъ.

Врачами долженъ организоваться и подбираться кадръ работающихъ больныхъ. Но что самое главное, — работами больныхъ вѣдалъ бы врачъ, назначенія больныхъ на работы производились бы врачомъ, у котораго ежедневно имѣлся бы, наприм., къ вечерней визитаціи планъ и объемъ необходимыхъ работъ на слѣдующій день отъ смотрительскаго персонала.

4) Развлеченіе больныхъ.

Долженъ быть организованъ постоянный оркестръ и хоръ изъ среды больныхъ и служащихъ лечебницы. Желательны, конечно, и возрожденіе кружка любителей драматическаго искусства, желательно также, чтобы завѣдующій оркестромъ и хоромъ былъ бы и регентомъ въ церкви. Приглашенія различныхъ артистовъ изъ города должно являться лишь въ видѣ исключенія, для разнообразія.

Особенное вниманіе я бы обратилъ на скорѣйшее приобрѣтеніе кинематографа для лечебницы. Кинематографы уже есть во многихъ психіатрическихъ больницахъ, а въ Московской Окружной больницѣ кинематографъ лучше многихъ городскихъ кинематографовъ. На организацію кинематографа еще можно смотрѣть, какъ на пропаганду здравыхъ понятій среди широкой публики о жизненности пси-

хіатрическихъ больницъ путемъ сниманія и печатанія лентъ изъ повседневной жизни нашихъ больницъ. Такого рода организація измѣнила бы тѣ взгляды на „сумашедшіе дома“ которые существуютъ у большей части „публики“.

Для развлеченій больныхъ у насъ также, на сколько намъ извѣстно, предполагается устройство зала въ новомъ предполагаемомъ корпусѣ для спокойныхъ больныхъ, но я опять таки предложилъ бы не откладывать въ долгій ящикъ устройство уже существующаго пансіонерскаго зала (одно другому не мѣшаетъ). Необходимо залъ соединить аркой съ послѣдними двумя комнатами, т. е. расширить существующія двери. Это расширение въ двухъ стѣнахъ не такъ ужъ страшно и неудобноисполнимо,—арка устраивается или на рельсахъ или посредствомъ бетоннаго желѣза и при таковомъ устройствѣ пробиваніе стѣнъ практикуется и въ фундаментахъ стѣнахъ. У насъ тогда былъ бы дивный залъ и для кинематографа, и для концертовъ. Желательна организація въ самомъ широкомъ масштабѣ лѣтнихъ и зимнихъ развлеченій больныхъ на воздухѣ въ видѣ групповыхъ игръ—въ мячъ, лапту, катанье съ горъ, на конькахъ, на лыжахъ и пр.

Изъ мѣръ, предупреждающихъ неопрятность я на первомъ планѣ поставилъ бы опять таки внушеніе, какъ надзирательскому, такъ и служительскому персоналу, что неопрятность больного есть недосмотръ со стороны ухаживающаго персонала,—событіе въ отдѣленіи, и разъ случаи неопрятности у насъ регистрируются, то предполагается, что каждый отдѣльный случай неопрятности долженъ разбираться. Здѣсь необходимо, чтобы надзирательскій персоналъ проявилъ особенную настойчивость въ достиженіи опрятности среди, такъ называемыхъ, „неопрятныхъ больныхъ“. Такіе больные какъ можно меньше должны лежать въ постели въ слабыхъ отдѣленіяхъ днемъ, больныхъ нужно поднимать, приучая ихъ къ

опрятности и т. д. т. д.

Изъ мѣръ, предупреждающихъ заразу среди душевно-больныхъ, на первомъ мѣстѣ стоитъ устройство заразнаго барака. Въ этомъ направленіи въ нашей лечебницѣ также уже дѣлаются шаги и устройство заразнаго барака уже принципиально рѣшено. Далѣе идетъ изоляція туберкулезныхъ больныхъ, при чемъ должно быть организовано въ широкомъ масштабѣ примѣненіе реакціи на туберкулинъ для ранняго распознаванія туберкулеза, т. е. при трудности установки ранняго діагноза туберкулеза посредствомъ изслѣдованія легкихъ, а потому невозможности изолировать заразу въ самомъ началѣ—реакція съ туберкулиномъ въ той или иной формѣ могла бы сослужить большую пользу.

Что касается самаго заразнаго барака, то мы стоимъ за устройство заразнаго барака съ двумя туберкулезными палатами и двумя отдѣльными комнатами въ мужскомъ и съ одной туберкулезной палатой—одной отдѣльной комнатной въ женскомъ баракѣ. Мы пока лишь мечтаемъ объ отдѣльныхъ туберкулезныхъ баракахъ, т. е. постройка ихъ—дѣло будущаго, да и большой вопросъ нужно ли строить таковыя, можетъ быть и тутъ главную роль играетъ профилактика. Бояться зараженія туберкулезныхъ больныхъ наприм., рожей или рожистыхъ больныхъ туберкулезомъ и въ тоже время не бояться зараженія рожистаго больного, наприм. дизентеріей,—объ этомъ г-да говорить не приходится.

При заразномъ баракѣ въ больницѣ Александра III имѣются туберкулезныя палаты и заразный баракъ функционируетъ уже нѣсколько лѣтъ—все дѣло въ извѣстной строгой изоляціи туберкулезныхъ больныхъ, рожистыхъ, дизентерійныхъ и пр. Говорить же о необходимости изоляціи туберкулезныхъ больныхъ не приходится, такъ какъ К. О. Л. была одной изъ первыхъ лечебницъ, поднявшихъ открыто вопросъ о необходимости борьбы съ туберкулезомъ въ лечебницахъ

для душевно больныхъ. Д-ръ *Топорковъ*, въ своемъ докладѣ ¹⁾ о необходимости борьбы съ туберкулезомъ въ лечебницахъ душевно-больныхъ, говоря о распространенности туберкулезной заразы въ русскихъ психіатрическихъ учрежденіяхъ, приходитъ къ выводу, что $\%$ туберкулезныхъ больныхъ въ нѣкоторыхъ лечебницахъ достигаетъ почтенной цифры 35. Д-ръ *Игнатьевъ* ²⁾ считаетъ средній $\%$ смертности отъ туберкулеза въ русскихъ психіатрическихъ больницахъ равнымъ приблизительно 20, авторъ предполагаетъ, что среди душевно-больныхъ въ 5, а вѣрнѣе въ 6 разъ больше больныхъ туберкулезомъ, по крайней мѣрѣ въ тяжелой формѣ его, чѣмъ среди населенія Россіи.

Въ нашемъ сборникѣ—отчетѣ ³⁾ вопросу о распространеніи туберкулеза среди душевно-больныхъ К. О. Л. уделено много вниманія въ таблицахъ, діаграммахъ, графическихъ изображеніяхъ, гдѣ наглядно представлено какою громадной $\%$ причинъ смертности приходится на долю туберкулеза—до 25 $\%$.

Призывая къ борьбѣ съ туберкулезомъ среди душевно-больныхъ, д-ръ Н. Н. *Топорковъ* признаетъ единственной радикальной мѣрой борьбы съ бугорчаткой въ психіатрич. лечебницахъ—строгую изоляцію туберкулезныхъ больныхъ. Въ видѣ временной мѣры авторъ предлагаетъ принять болѣе или менѣе систематически и настойчиво рядъ палліативныхъ мѣръ въ борьбѣ съ туберкулезомъ и тщательную регистрацію случаевъ туберкулеза и распространеніе заразы въ психіатрическихъ лечебницахъ.

Въ нашей же лечебницѣ и впервые проведены палліативныя мѣры—отведены отдѣльныя палаты для туберкулезныхъ больныхъ. Конечно, эти палліативныя мѣры едва-ли

¹⁾ Докладъ въ засѣданіи СПб. О—ва психіатровъ 10 мая 1903 г.

²⁾ Цит. по докладу д-ра *Топоркова*.

³⁾ Казанская Окружная Лечебница. Сборникъ отчет. Изд. 1911. Казань.

сыграють какую либо роль въ ограниченіи распространенія заразы, но основаніе, положено—изоляция признава желательной и необходимой. Было бы болѣе чѣмъ странно и непонятно, если бы при постройкѣ заразнаго барака К. О. Л. измѣнила свои принципиальные взгляды на борьбу съ туберкулезомъ среди душевно-больныхъ

Заканчивая о профилактикѣ заразы среди душевно-больныхъ, я не могу не сказать о необходимости обмыванія вновь поступающихъ больныхъ при приѣмной комнатѣ, такъ какъ обыкновенно вся зараза прямо попадаетъ въ отдѣленіе. Необходимо отвести сосѣднюю комнату съ приѣмной, гдѣ теперь служительская комната 2 сред. отдѣленія, подъ ванную комнату, т. е., перенести ванну изъ одной комнаты 2 сред. отдѣленія въ другую комнату того же отдѣленія. Тогда бы больные принимались въ теперешней приѣмной комнатѣ раздѣвались, а затѣмъ поступали бы въ ванную комнату, обслуживаемую служителями 2 сред. и оттуда, въ чистомъ видѣ уже въ отдѣленія. Этой ванной при тщательной дезинфекціи ея могло бы пользоваться и 2 сред. отдѣленіе. Да и необходимо вообще дезинфицировать ванны послѣ даже подозрительныхъ больныхъ, (сыпи, поносы и пр.), обжигая ихъ или обтирая денатурированнымъ спиртомъ, а затѣмъ растворомъ 5% карболки. При такомъ уходѣ конечно возможно сократить число случаевъ зараженія рожею и дизентеріею. Необходимо имѣть во всѣхъ отдѣленіяхъ кипяченую воду для питья, въ закрытыхъ цистернахъ; намъ особенно понравился типъ такой цистерны, въ видѣ никелированнаго цилиндра, съ приспособленіемъ для стока воды во внутрь красивой тумбочки, на которой утверждёнъ самый цилиндръ—въ Московской Окружной Лечебницѣ. Необходимо въ слабыхъ и безпокойныхъ отдѣленіяхъ имѣть нѣсколько комнатъ съ потолкомъ и стѣнами, окрашенными масляными красками, для успѣшной дезинфекціи и мытья комнатъ.

Наконецъ, нужно поспѣшить организаціей прачечнаго дѣла, тѣмъ болѣе, что въ этомъ направленіи уже у насъ въ лечебницѣ много сдѣлано. Мы интересовались этимъ дѣломъ и говорили съ инженеромъ, который поставилъ прачечную въ Тульской психіатрической больницѣ, а въ Покровско-Мещерской, этотъ инженеръ предлагалъ свои услуги и для организаціи механической прачечной и для нашей лечебницы.

Изъ мѣръ, съ одной стороны предупреждающихъ безпокойство среди душевно-больныхъ, а съ другой стороны устранивающихъ уже развившееся безпокойство я обратилъ бы Ваше вниманіе на слѣдующія: Постельный режимъ, длительныя ванны, тепло-влажныя обертыванія, сепарація, наркотизація, изоляція.

О психо-терапии я пока умолчу. Настаивать на какомъ-либо одномъ мѣропріятіи, напримѣръ, на постельномъ режимѣ, и отказаться, наприм., отъ длительныхъ ваннъ, по моему это значитъ создавать извѣстный шаблонъ тамъ, гдѣ на первомъ мѣстѣ должна стоять строгая индивидуализація каждаго отдѣльнаго случая. Намъ приходилось видѣть больницы, гдѣ намъ съ гордостью говорили, что у нихъ нѣтъ изоляціи больныхъ, а при осмотрѣ оказывалось, что десятки больныхъ были „камзолированы“, т. е., находились въ горячечныхъ рубашкахъ или находились въ отдѣльныхъ комнатахъ, гдѣ дверь не запиралась, но подпиралась мебелью или держалась двумя-тремя рослыми служителями, такъ чтобы оставалась щель, въ которую больной могъ просовывать голову, руки. Дѣйствительно въ такихъ учрежденіяхъ изоляціи нѣтъ, но есть значительно худшее, чѣмъ изоляція.

Мы стоимъ за строгую индивидуализацію каждаго отдѣльнаго случая, и при той массѣ безпокойныхъ, опасныхъ въ томъ или другомъ отношеніи больныхъ, которые поступаютъ отовсюду, напримѣръ, изъ земскихъ психіатрическихъ больницъ, съ предупрежденіями объ особенной опасности, представляемой тѣмъ или другимъ препровождаемымъ боль-

нымъ, въ виду этого мы не считаемъ пока возможнымъ совершенно отказаться и отъ изоляціи и отъ наркотическихъ. Но на первомъ мѣстѣ мы ставимъ постельный режимъ и длительныя ванны, на второмъ мѣстѣ—тепловлажныя обертыванія и сепарацію и уже, какъ исключеніе, изоляцію и наркотики.

Постельный режимъ.

Что касается постельнаго режима, то этотъ методъ леченія не есть что-либо новое въ психіатріи—имъ пользовались въ той или иной мѣрѣ всегда и уже при самомъ началѣ появленія домовъ для душевно-больныхъ—слабыхъ больныхъ держали въ постели, возбужденныхъ и буйныхъ также укладывали въ постели, правда, предварительно связавъ ихъ ¹⁾).

Цѣлый рядъ выдающихся клиницистовъ-психіатровъ, какъ наприм. *Griesinger, Krafft-Ebing, Th. Ziehen, С. Корсаковъ, Hebel, Kraepelin* и др. упоминаютъ о постельномъ режимѣ, вырабатываютъ показанія и противопоказанія къ нему, отмѣчаютъ положительныя и отрицательныя его стороны.

Въ нашей русской литературѣ впервые заговорилъ о постельномъ режимѣ д-ръ *А. В. Тимофѣевъ* ²⁾), сообщившій въ послѣдствіи и свои наблюденія надъ проведеніемъ постельнаго режима—*Bettbehandlung*—въ больницѣ Александра III на Удѣльной ³⁾).

Въ 1895—1896 г. д-ръ *Говсѣевъ* ⁴⁾) сдѣлалъ доклады о постельномъ режимѣ душевно-больныхъ и подѣлился цѣлымъ рядомъ своихъ наблюденій надъ проведеніемъ этого метода

¹⁾ *Л. В. Трапезниковъ*. О постельномъ содержаніи душевно-больныхъ. Обзор. Психіатр. 1898 г.

²⁾ *А. В. Тимофѣевъ*. О леченіи душевно-больныхъ въ кроватяхъ. Арх. Психіатр. т. XIX 1892.

³⁾ *А. В. Тимофѣевъ*. Къ вопросу о пользованіи душевно-больныхъ въ кровати. Обзор. Психіатр. 1896 г.

⁴⁾ *Л. А. Говсѣевъ*. Постельный режимъ при леченіи душевно-больныхъ. Обзор. Психіатр. 1896 г.

въ практикѣ психіатрическихъ больницъ. При чемъ авторъ, обобщая свои наблюденія относительно постельнаго режима, говоритъ, что примѣненіе этой системы—ухода дало результаты, которые поистинѣ можно назвать блестящими, эта новая система, добавляетъ авторъ, открываетъ собою эру въ практической психіатріи.

Въ 1896 же году, изъ больницы Александра III на Удѣльной, д-ромъ *Левчаткинымъ*¹⁾ дѣлается сообщеніе о постельномъ содержаніи душевно-больныхъ, гдѣ авторъ совершенно объективно высказывается относительно положительныхъ и отрицательныхъ сторонъ этого метода и обращаетъ вниманіе на тѣ нежелательные результаты и самую обстановку насильственного удерживанія душевно-больныхъ въ постеляхъ, которыми сопровождается настойчивое, насильственное проведеніе этого метода въ психіатрической практикѣ.

Въ концѣ 1896 г. проф. *Бехтеревъ* въ научномъ собраніи СПб. клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней сдѣлалъ сообщеніе о постельномъ содержаніи душевно-больныхъ²⁾. Авторъ прежде всего возстаетъ противъ шаблоннаго примѣненія постельнаго режима, требуетъ для его примѣненія опредѣленныхъ указаній, строгой индивидуализаціи и обращаетъ особенное вниманіе на то, чтобы при пріученіи больныхъ къ лежанію въ постеляхъ не должны быть примѣняемы ни насильственные мѣропріятія, ни наркотики.

Такъ или иначе одни авторы видятъ въ постельномъ режимѣ чуть-ли не панацею для леченія всѣхъ формъ психическихъ заболѣваній³⁾, другіе—дѣлаютъ извѣстныя ограниченія, часть авторовъ допускаетъ все для насильственнаго удерж-

¹⁾ В. И. *Левчаткинъ*. Постельное содержаніе душевно больныхъ какъ вспомогательный терапевтическій приемъ. Обзор. Психіатр. 1896 г.

²⁾ В. М. *Бехтеревъ*. О постельномъ содержаніи душевно-больныхъ. Обзор. Психіатр. 1897 г.

³⁾ Цит. по *Грапезникову*. Ibidem.

живанія больныхъ въ постеляхъ, другая часть увѣряетъ, что лежаніе больныхъ должно быть добровольнымъ, приучать къ постели можно лишь ласками и уговорами, наконецъ, одни авторы видятъ въ проведеніи постельнаго режима въ психіатрической практикѣ извѣстнаго рода *restraint*, другіе— „последній лозунгъ вѣковой борьбы за свободу и человѣческія права душевно-больныхъ“ ¹⁾).

Чѣмъ больше накоплялось наблюденій надъ примѣненіемъ постельнаго режима въ практикѣ психіатрическихъ больницъ, тѣмъ точнѣе и точнѣе устанавливались показанія и противопоказанія въ проведеніи постельнаго режима въ психіатрическихъ больницахъ.

Такъ д-ръ *Трапезниковъ* путемъ цѣлаго ряда наблюденій приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ ²⁾).

1) „Постельный режимъ, какъ врачебный методъ, не есть какая-либо новостъ въ психіатріи, а методъ леченія давно извѣстный.

2) Постельный режимъ, примѣняемый поголовно ко всѣмъ вновь поступающимъ больнымъ съ насильственнымъ удержаніемъ въ кровати при помощи ухаживающаго персонала и иными способами, громаднѣй шагъ назадъ въ дѣлѣ содержанія душевно-больныхъ.

3) Теоретическое положеніе о раствореніи буйныхъ больныхъ при постельномъ режимѣ въ массѣ спокойныхъ на на практикѣ ведетъ часто къ совершенно обратному результату.

4) Постельный режимъ, повидимому, непримѣнимъ къ параноикамъ, которые при этомъ чувствуютъ себя большею частью гораздо хуже.

5) Во время постельнаго режима вѣсь больныхъ падаетъ, не сопровождаясь параллельнымъ улучшеніемъ въ психической сферѣ.

¹⁾ А. Н. Бериттейнъ. Врачъ 1896.

²⁾ Л. В. Трапезниковъ. Ibidem стр. 251.

6) Постельный режимъ способствуетъ усиленному занятію онанизмомъ.

7) Суточное количество часовъ сна у постельныхъ больныхъ въ общемъ увеличивается, но иногда съ ущербомъ для ночного сна.

8) На количество даваемымъ больнымъ narcotica постельный режимъ вліяетъ мало.

9) Стулъ какъ будто чаще задерживается при постельномъ содержаніи, чѣмъ при обыкновенномъ.

10) Постельный режимъ, повидимому, уменьшаетъ число случаевъ нападеній больныхъ другъ на друга и на прислугу и дѣлаетъ буйныя отдѣленія психіатрическихъ заведеній болѣ тихими.

11) Наилучшій способъ примѣненія постельнаго режима у буйныхъ и безпокойныхъ больныхъ—это въ отдѣльныхъ незатворяющихся камерахъ и при томъ безъ всякаго насилія.

12) Показаніе къ укладыванію больныхъ въ постели должно быть въ каждомъ случаѣ строго индивидуализировано⁴.

Наконецъ проф. В. П. Осиповъ послѣ разсмотрѣнія всей литературы вопроса и путемъ цѣлаго ряда собственныхъ наблюденій пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ¹⁾:

1) „Постельное содержаніе оказываетъ различное вліяніе на психическое состояніе больныхъ; на однихъ оно дѣйствуетъ благопріятно, для другихъ оно безразлично, для третьихъ—вредно; если больной подвергается ему охотно, если оно не оказываетъ вреднаго вліянія на его сонъ и больной не теряетъ много въ вѣсѣ, можно надѣяться, что оно ему будетъ полезнымъ. При противныхъ условіяхъ я считаю его противопоказаннымъ.

¹⁾ В. П. Осиповъ. Терапевтическое значеніе постельнаго содержанія душевно-больныхъ. Обзор. Птихіатр. 1898 стр. 444.

2) При постельномъ содержаніи часто наступаетъ паденіе вѣса больного, которое приходится отчасти объяснить постояннымъ пребываніемъ въ постели.

3) Постельное содержаніе не улучшаетъ сна и не исключаетъ примѣненія снотворныхъ средствъ.

4) Постельное содержаніе ухудшаетъ отпаиванія кишечника.

5) Больные такъ привыкають къ постели, что переведенные на обычный режимъ, ищутъ случая полежать днемъ, а нѣкоторые первое время просятъ уложить ихъ снова.

6) Не слѣдуетъ слишкомъ долго подвергать больныхъ постельному содержанію, а при первой возможности слѣдуетъ переводить ихъ на обычный режимъ.

7) Уходъ за неопрятными больными и присмотръ за больными вообще при постельномъ содержаніи легче.

8) Онанизмъ предотвращается при постельномъ режимѣ труднѣе.

9) Всѣ мои больные подчинялись постельному содержанію безъ всякаго насилія, а нѣкоторыя очень охотно.

Во второй работѣ проф. В. П. Осипова¹⁾ выводы автора относительно постельнаго режима еще болѣе детализированы.

Такимъ образомъ, хотя методъ постельнаго содержанія и считался въ началѣ своего распространенія въ психіатрическихъ заведеніяхъ чуть-ли не послѣднимъ словомъ терапіи при душевныхъ заболѣваніяхъ, позднѣйшими работами этого вопросъ заключенъ въ должныя рамки и ему отведено лишь подобающее мѣсто въ общей сокровищницѣ нашихъ знаній.

Что касается проведенія постельнаго режима въ К. О. Л., то мы думали-бы, что постельный режимъ у насъ заслуживалъ бы еще большаго распространенія, нужна лишь строгая его организація и проведеніе въ тѣхъ же отдѣленіяхъ, гдѣ

¹⁾ *Онг-жес*. Постоянное содержаніе душевно-больныхъ, его примененіе и терапевтическое значеніе.—Обозрѣніе Психіатріи. 1900. № 8, 9, 10, 11.

онъ проводится и сейчасъ, но въ трехъ видахъ: въ однихъ палатахъ въ формѣ, такъ сказать, постоянного, строгаго постельнаго режима, въ другихъ палатахъ—въ формѣ смѣшаннаго, такъ сказать, постельнаго режима. И наконецъ, проведеніе постельнаго режима по отдѣльнымъ комнатамъ—нашимъ изоляторамъ.

Длительныя ванны.

На нихъ остановимся нѣсколько подробнѣе. Первые указанія на успѣхъ леченія длительными ваннами мы находимъ у французскихъ авторовъ. *Пинель* (1844 г.)¹⁾ считаетъ теплыя ванны, продолжающіяся даже до нѣсколькихъ дней, основаніемъ терапіи острой параной; *Бэлларжэ*, *Тюкз* рекомендуютъ такія ванны въ состояніи рѣзкаго маниакальнаго возбужденія. *Эскироль* указываетъ на хорошее снотворное вліяніе продолжительныхъ теплыхъ ваннъ, считаетъ ихъ лучшимъ средствомъ побороть начинающееся возбужденіе душевно-больныхъ. Вопросъ о длительныхъ ваннахъ какъ будто затѣмъ теряетъ интересъ и лишь послѣднее десятилѣтіе прошлаго столѣтія интересъ къ длительнымъ теплымъ ваннамъ снова оживился подъ вліяніемъ энергичной пропаганды этого метода проф. *Крепелиномъ*. Многолѣтній опытъ примѣненія длительныхъ ваннъ позволилъ *Крепелину* рекомендовать этотъ способъ для леченія возбужденія душевно-больныхъ.

Наша литература, касающаяся систематическаго примѣненія длительныхъ ваннъ, пока еще не велика.

*В. И. Левчаткинъ*²⁾ опубликовалъ цѣлый рядъ наблюденій надъ систематическимъ примѣненіемъ и проведеніемъ въ психіатрической практикѣ длительныхъ ваннъ въ больницѣ въ *Leubus'ѣ*, въ Силезіи у *W. Alter'a*. *В. И. Левчаткинымъ*

¹⁾ Цитир по д-ру *В. М. Гаккебушъ*. Докладъ отечественныхъ психіатровъ. Харьковск. Медицинскій Журналъ. 1910 г.

²⁾ *В. И. Левчаткинъ*. Тепловлажныя обертыванія и непрерывныя ванны въ психіатрической практикѣ. Юбилейный сборникъ трудовъ по психіатріи и невропатологіи, посв. *В. М. Бехтереву*. Т. II СПб. 1903.

подробно изложена самая техника длительныхъ ваннъ, показанія и приведенъ цѣлый рядъ наблюденій, гдѣ авторъ, указывая на благотворное вліяніе длительныхъ ваннъ на безпкойныхъ, буйныхъ и опасныхъ душевно-больныхъ, горячо рекомендуетъ ихъ для широкаго пользованія. Я увѣренъ, что товарищи знакомы съ этими наблюденіями и не стоитъ повторять то, что имъ уже извѣстно.

Примѣненіе длительныхъ ваннъ лишь недавно начинаетъ проникать въ психіатрической обиходъ русскихъ больницъ, появляется цѣлый рядъ систематическихъ наблюденій надъ дѣйствіемъ длительныхъ ваннъ на безпкойныхъ душевно-больныхъ. Въ прошломъ году горячимъ защитникомъ длительныхъ ваннъ выступилъ на III-мъ сѣздѣ отечественныхъ психіатровъ д-ръ В. М. Гаккебушъ изъ Харькова ¹⁾. Авторъ началъ систематически примѣнять длительныя ванны въ психіатрическомъ отдѣленіи Харьковской губернской земской больницы съ 1907 г., въ 1908 г. въ этой больницѣ уже стало функционировать особое отдѣленіе, особый залъ для длительныхъ ваннъ.

Я не стану подробно останавливаться на устройствѣ самого зала, ваннъ и прочихъ приспособленій, скажу лишь, что температура воды для длительныхъ ваннъ употребляется 27—28°R., имѣется одинъ общій смѣситель, продолжительность ваннъ—смотря по состоянію больного, отъ 2 до 24 часовъ въ сутки, а наибольшее время проведенное отдѣльнымъ больнымъ въ ваннѣ безъ перерыва—3 сутокъ. Наибольшая частая продолжительность ваннъ—8—10 часовъ. Такія ванны съ перерывами дѣлались однимъ и тѣмъ же больнымъ подрядъ цѣлыми недѣлями и даже мѣсяцами, особенно въ тяжелыхъ случаяхъ маниакальнаго возбужденія, при маниакально-депрессивномъ психозѣ и прогрессивномъ параличѣ. Вода въ ваннахъ мѣняется часто, приблизительно черезъ 2—3 часа. Длительныя ванны назначаются больнымъ, неподдающимся

¹⁾ Ibidem

постельному содержанію, и которыхъ пришлось бы удерживать въ постели силой, такъ какъ изоляціи больныхъ въ Харьковской больницѣ, дѣйствительно нѣтъ. Хотя авторъ и говорить ¹⁾, что больные въ ваннахъ не покрываются простынями, не лишаются свободы движеній, но при личномъ посѣщеніи этихъ отдѣленій съ ваннами я видѣлъ, что больные не только закрываются простынями, но простынями довольно плотно удерживаются посредствомъ полотенецъ, прикрѣпленнымъ къ простынямъ ко дну ванны. Я говорилъ по этому поводу съ д-ромъ *Гаккебушъ* и онъ согласился, что иногда дѣйствительно этого завязыванія простыней нельзя избѣжать и что *Крепелинъ* также неотказывается иногда отъ подобнаго приема. (Судя по рисункамъ приложеннымъ къ статьѣ *В. И. Левчаткина*, авторъ также примѣнялъ закрытіе ваннъ простынями, прикрѣпленными къ краю ваннъ).

Путемъ цѣлаго ряда изслѣдованій д-ръ *Гаккебушъ* пришелъ къ убѣжденію, что примѣненіе длительныхъ ваннъ не отражается существенно на вѣсѣ больныхъ, на температурѣ ихъ тѣла, но возбуждаетъ ихъ аппетитъ, вызываетъ продолжительный сонъ, при чемъ больные во время примѣненія длительныхъ ваннъ потребляютъ пищу въ большемъ количествѣ противъ остальныхъ, что стоитъ въ связи съ доказаннымъ экспериментально повышеніемъ обмѣна веществъ подѣ влияніемъ длительныхъ ваннъ, такъ что авторъ обращаетъ вниманіе на исчезновеніе въ отдѣленіи въ теченіи цѣлаго года случаевъ кормленія больныхъ черезъ зондъ, въ то время какъ до введенія длительныхъ ваннъ при томъ же составѣ больныхъ кормленіе черезъ зондъ приходилось примѣнять очень часто. Весьма облегчаютъ длительныя ванны уходъ за возбужденными паралитиками, делириками, при возбужденіи больныхъ, страдающихъ старческимъ психозомъ; при психо-

1) Отд. оттискъ изъ Харьковскаго Медицинскаго Журнала 1910 г. стр. 5.

захъ истощенія отмѣчаются особенно благотворныя вліянія этихъ ваннъ. При особенно рѣзкомъ сопротивленіи больныхъ приходилось отказываться отъ длительныхъ ваннъ, но такіе случаи рѣдки. Значительное успокоеніе, позволявшее прекращать ванны, наступаетъ черезъ разные сроки, иногда оно совсѣмъ не наступаетъ, но самое возбужденіе протекаетъ въ болѣе легкой формѣ, устранивающей необходимость насильнаго удерживанія больныхъ. Авторъ дѣлаетъ расчетъ ваннъ въ безпокойныхъ отдѣленіяхъ, предлагая одну ванну на 6 больныхъ. Авторъ обращаетъ особенное вниманіе на уходъ за тѣми больными, у которыхъ уже имѣются пролежни или образованіе которыхъ можно ожидать—длительныя ванны оказываютъ поразительные успѣхи въ смыслѣ заживленія уже развившихся пролежней или предупрежденія развитія новыхъ. Такіе больные помѣщаются на простынѣ помѣщенной въ ваннѣ вродѣ гамака. На основаніи всего этого авторъ стоитъ за скорѣйшее введеніе этихъ длительныхъ ваннъ въ обиходъ психіатрическихъ больницъ. Знакомясь съ послѣдними отчетами русскихъ психіатрическихъ заведеній, легко убѣдиться, что длительныя теплыя ванны вводятся уже во многихъ психіатрическихъ учрежденіяхъ, напримѣръ въ Нижегородской больницѣ, Самарской больницѣ и особенно въ больницѣ Всѣхъ Скорбящихъ въ Петербургѣ, гдѣ еще болѣе горячимъ поклонникомъ и пропагандистомъ является старшій врачъ этой больницы д-ръ С. А. Сухановъ. Въ своей только-что вышедшей работѣ „Современная психіатрическая техника“¹⁾, авторъ на основаніи своего опыта говоритъ, что сонъ у возбужденныхъ больныхъ улучшается при примѣненіи длительныхъ ваннъ, такъ что совсѣмъ исчезаетъ нужда въ примѣненіи снотворныхъ, а возбужденіе крайне безпокойныхъ больныхъ настолько слабѣетъ, что не требуется назначенія различныхъ успокаи-

¹⁾ С. А. Сухановъ. Современная психіатрическая техника оболоч. въ 0—во психіатровъ въ СПб. Русскій Врачъ № 11. 1911 г.

вающихъ средствъ. Длительныя теплыя ванны при цѣлесообразномъ пользованіи ими ведутъ въ рѣзкому пониженію случаевъ неопрятности, рѣзкому уменьшенію числа нападеній больныхъ другъ-на-друга, на окружающихъ, къ рѣзкому ослабленію разрушительной дѣятельности душевно-больныхъ—битья стеколъ, рванья бѣлья, порчи мебели и проч. Авторъ приходитъ въ выводъ, что при постельномъ режимѣ, сочетанномъ съ длительными теплыми ваннами, можно забыть объ изоляціи. При личномъ осмотрѣ больныхъ Всѣхъ Скорбящихъ, которая какъ разъ была любезно демонстрирована *С. А. Сухановымъ*, мы торопились посмотреть на безпкойныя отдѣленія и, откровенно говоря, даже были поставлены въ неловкое положеніе, когда, находясь въ безпкойномъ женскомъ отдѣленіи, спрашивали гдѣ помѣщается безпкойное отдѣленіе въ больницѣ Всѣхъ Скорбящихъ и просили показать это отдѣленіе. Дѣйствительно безпкойное отдѣленіе, гдѣ въ широкомъ масштабѣ проводятся д-ромъ *С. А. Сухановымъ* длительныя ванны не носятъ того специфическаго вида, который бросается въ глаза въ большинствѣ буйныхъ и въ безпкойныхъ отдѣленіяхъ больницъ.

Все изложенное и заставляетъ насъ предложить и для нашей лечебницы скорѣйшую организацію длительныхъ ваннъ. Мы предложили бы устроить ванныя комнаты въ безпкойныхъ мужскихъ и женскихъ отдѣленіяхъ въ переднемъ корридорѣ, рядомъ съ помѣщеніями служительскаго персонала, на мужской половинѣ число ваннъ должно быть до 8, а на женской—6.

Тепло-влажныя обертыванія.

Я не стану злоупотреблять вниманіемъ товарищей, описывая процедуру обертываній. Д-ръ *Сухановъ*, говоря объ разсматриваемой нами гидротерапевтической процедурѣ¹⁾, ука-

¹⁾ *С. А. Сухановъ. Ibidem* Отд. отт. стр. 9.

зываетъ на то, что какъ бы ни защищали цѣлесообразность этой процедуры, какимъ бы флагомъ ни прикрывалась она, въ ней все же есть нѣкоторое сходство съ прежними мѣрами стѣсненія: она больше, чѣмъ многое другое противорѣчитъ идеѣ no-restraint'a; но далѣе авторъ говоритъ, что можетъ быть было бы крайностью сказать, что этотъ гидротерапевтический приѣмъ долженъ быть оставленъ въ психіатрической практикѣ, но все-таки область примѣненія должна быть сужена.

Д-ръ *Левчаткинъ*¹⁾, разбирая вопросъ о примѣненіи тепло-влажныхъ обертываній, полемизируя съ противниками тепло-влажныхъ обертываній, видящихъ въ нихъ restraint, соглашается, что дѣйствительно „отрицательной стороной даннаго терапевтическаго способа является механическое стѣсненіе, несомнѣнно имѣющее мѣсто при обертываніи, но это стѣсненіе, добавляетъ авторъ, имѣется и при длительныхъ ваннахъ и вообще абсолютно идеальнаго no-restraint'a у душевно-больныхъ въ заведеніи нѣтъ. Поэтому стремленіе современныхъ врачей психіатровъ, насколько возможно приблизить больничный обиходъ душевно-больныхъ къ идеальному no-restraint'у, есть несомнѣнное выраженіе благородныхъ чувствъ гуманности по отношенію къ паціентамъ—гуманности, долженствующей быть руководящимъ началомъ въ дѣятельности каждаго врача-психіатра; но при практическомъ проявленіи этой гуманности трудно держатся какого-либо одного абсолютнаго положенія и, какъ это часто бываетъ при рѣшеніи практическихъ вопросовъ приходится думать, что истина занимаетъ золотую середину“. Авторъ далѣе говоритъ, что тепло-влажные обертыванія могутъ быть очень хорошимъ терапевтическимъ средствомъ по отношенію къ душевно-больнымъ, проявляющимъ болѣе или менѣе сильное психическое и двигательное возбужденіе, не говоря уже о могущихъ быть у такихъ больныхъ кромѣ того какихъ-либо хирургическихъ

¹⁾ В. И. *Левчаткинъ*. Ibidem. Отд. отт. Стр. 63.

осложненіяхъ или наклонностяхъ къ членовредительству и пр.¹⁾ Вотъ придерживаясь этихъ точекъ зрѣнія наши тепло-влажныя обертыванія еще болѣе должны бы быть приближены къ по-restraint. Различные авторы, напр. и *В. И. Левчаткинъ*, говоря о техникѣ обертыванія, заявляетъ, что лишь въ случаяхъ сильнаго безпокойства допускается закалываніе англійскими булавками или зашиваніе по краю простыни, т. е. обертываніе съ зашиваніемъ или съ закалываніемъ могутъ быть допускаемы какъ исключительный случай, а не какъ система.

Вообще же зашиванія или закалыванія англійскими булавками должны быть или совсѣмъ оставлены, или примѣнялись бы лишь въ самыхъ экстренныхъ, исключительныхъ случаяхъ примѣненія хирургическаго restraint, который въ свою очередь долженъ быть сведенъ на-нѣтъ и понимаемъ лишь въ самомъ узкомъ смыслѣ. Я увѣренъ, что можно добиться, примѣненія только обертыванія, а не зашиванія или закалыванія. Для этого только нужно спить 4—5 простынь и спеленать ими больного, какъ пеленаютъ младенца, такого обернутого мокрою простынею больного нужно положить въ опратную постель, съ простынею, подушкой и одѣяломъ и закрыть или, вѣрнѣе, закутать сверху теплымъ отдѣяломъ. Въ такомъ состояніи больной долженъ пробыть 2—5 часовъ, а затѣмъ долженъ быть развернутъ, осмотрѣнъ и если нужно снова завернуть хотя бы еще на 2 часа, если же больной раньше развернется самъ, пусть еще разъ надзиратели или надзирательницы обернутъ его и только. При длительныхъ ваннахъ эти обертыванія еще болѣе упрощаются, помогая прибѣгать то къ обертываніямъ, то къ длительнымъ ваннамъ.

Крепелингъ, судя по послѣднему изданію его руководства²⁾, пользуется обертываніями въ своей клиникѣ, назначая

¹⁾ *В. И. Левчаткинъ*. Ibidem. Отд. отт. Стр. 56.

²⁾ Цитир. *С. А. Сухановъ*. Психіатрическая клиника, Русскій Врачъ, № 11, 1911. Отд. отт. стр. 20.

общія влажныя обертыванія на короткое время, не болѣе 2-хъ часовъ.

Такимъ образомъ тепло-влажныя обертыванія, примѣняемые только что описаннымъ способомъ, дѣйствительно хоть нѣсколько сглаживаютъ тяжелое впечатлѣніе, болѣе отвѣчаютъ идеѣ по-restraint, приучаютъ и ухаживающій персоналъ, и самихъ больныхъ видѣть въ этой процедурѣ указаннаго типа терапевтическое воздѣйствіе.

С е п а р а ц і я .

Сепараціей называется помѣщеніе больного въ отдѣльную комнату, при чемъ у комнаты или совѣмъ нѣтъ двери, или дверь отворена, но больному не позволено выходить изъ комнаты, т. е. выражаясь по нашему это—система открытаго изолятора. Эта система должна, по нашему мнѣнію, вытѣснить нашу изоляцію, гдѣ больной отрѣзанъ, если и не совѣмъ отъ отдѣленской жизни, то находится какъ бы за толстыми перегородками, при чемъ надзоръ за изолированными больными, если не сводится совѣмъ на нѣтъ, то во всякомъ случаѣ приучаетъ ухаживающій персоналъ видѣть въ изоляціи способъ отдѣлаться отъ непріятнаго больного. При сепараціи же больной не отрѣзывается отъ отдѣленской жизни, да и ухаживающій персоналъ сепарація заставляетъ удваивать свой надзоръ за больными, такъ какъ за сепарированнымъ больнымъ приходится наблюдать, и дѣлать это не только удобно, но и необходимо, ибо иначе сепарацію иной разъ и провести вовсе нельзя ¹⁾.

И з о л я ц і я .

Къ изоляціи большинство психіатровъ относится отрицательно. Д-ръ *Сухановъ*, отождествляя изоляцію со смиреннымъ камзоломъ, говоритъ ²⁾, что обѣ эти системы, т. е.

¹⁾ С. А. Сухановъ. Ibidem. Отд. отт. стр. 4.

²⁾ С. А. Сухановъ. Ibidem. Отд. отт. стр. 3.

камзолы и изоляція, вели несомнѣнно въ тому, что число возбужденныхъ больныхъ было велико; при этомъ способъ обращенія съ больными наблюдалось одичаніе, появленіе у нихъ непріятныхъ припадковъ—ссоры, непріятности, порчи вещей, нападеніе другъ на друга, на ухаживающій персоналъ, что въ общемъ давало большой процентъ несчастныхъ случаевъ.

Д-ръ *Левчаткинъ* ¹⁾, проводя параллель между постельнымъ режимомъ и изоляціей, говоритъ, что если при проведеніи постельнаго содержанія у безпокойнаго больного и пришлось помучиться (въ истинномъ значеніи этого слова) зато въ послѣдующемъ онъ остается тутъ же у всѣхъ на глазахъ, а не спрятаннымъ, куда не каждый разъ заглянуть, а тѣмъ болѣе войдутъ, и гдѣ извращеннымъ дѣйствіямъ больного, какъ обмазываніе испражненіями, копрофагія и проч. дается полная свобода. Въ нашей лечебницѣ изоляція безусловно должна быть уменьшена, примѣняться какъ можно рѣже, сепарація постепенно должна замѣнить изоляцію при примѣненіи въ широкомъ масштабѣ постельнаго режима, длительныхъ ваннъ и кратковременныхъ тепло-влажныхъ обертываній только-что указаннаго типа. Говоря о постельномъ режимѣ, длительныхъ ваннахъ и обертываніяхъ въ безпокойныхъ отдѣленіяхъ, я, какъ уже говорилъ, представляю палату со строгимъ постояннымъ постельнымъ режимомъ на нашемъ обычномъ мѣстѣ, рядомъ въ комнатѣ налѣво—залъ для обертываній, и на переднемъ корридорѣ рядомъ со служительскимъ персоналомъ—залъ съ длительными ваннами, корридоры должны быть совсѣмъ освобождены отъ больныхъ, а въ большинствѣ нашихъ изоляторовъ должны такимъ образомъ проводится постельный режимъ и сепарація. Двери у нѣкоторыхъ изоляторовъ могутъ быть или совсѣмъ сняты или сдѣланы наполовину стеклянными. Говоря объ изоляторахъ, упомяну о рѣшеткахъ на дворѣ въ видѣ ящиковъ на окнахъ. По нашему, ихъ просто

¹⁾ В. И. Левчаткинъ. Обзорніе Психіатріи 1896г., стр. 906.

забыли убрать, такъ какъ на складахъ разнаго старья лечебницы уже имѣются такія гдѣ-то снятыя рѣшетки. Упомяну также о дверяхъ большинства отдѣленій и въ частности о дверяхъ нашихъ изоляторовъ и я предложилъ бы вашему вниманію ручки раковинообразнаго, такъ сказать „психіатрическаго типа“, эти ручки просты, красивы и „психіатричны“. Пользуясь случаемъ и говоря объ изоляторахъ, упомяну о контрольных часахъ центрального типа. Устройство ихъ таково, что ежедневно въ кабинетѣ директора, въ особомъ аппаратѣ на кружкахъ бумаги фиксируются всѣ помѣтки дежурныхъ, которые они дѣлаютъ въ различныхъ отдѣленіяхъ; это особенно важно для изоляціонныхъ или, какъ намъ бы хотѣлось скорѣе видѣть, сепараціонныхъ комнатъ. Мы видѣли эти часы въ лечебницѣ у *Бернштейна* въ Москвѣ.

Н а р к о т и з а ц і я.

Что касается наркотизаціи и вообще успокаивающихъ средствъ, то къ нимъ прибѣгаютъ все меньше и меньше при безпокойствѣ душевно-больныхъ, и у насъ также должно быть обращено вниманіе на это. Изъ сильно дѣйствующихъ за послѣднее время въ нѣкоторыхъ больницахъ прибѣгаютъ въ случаяхъ сильнаго возбужденія больныхъ къ скополамину съ морфіемъ; ампуллы съ скополаминомъ и морфіемъ продаются уже въ готовомъ видѣ. Остальныя наркотическія средства примѣняются рѣже.

Въ больницѣ Всѣхъ Скорбящихъ по заявленію д-ра *С. А. Суханова* бромъ, не говоря уже о другихъ успокаивающихъ, выписывается въ безпокойное отдѣленіе очень рѣдко.

Д-ръ *В. И. Левчаткинъ*, приводя свои наблюденія надъ больными въ лечебницѣ д-ра *Alter'a*¹⁾, говоритъ, что д-ръ *Alter* гидротерапіи у душевно-больныхъ въ формѣ непре-

¹⁾ *В. И. Левчаткинъ. Ibidem. стр. 60, 62.*

рывныхъ ваннъ и тепло-влажныхъ обертываній придаетъ безусловно преимущественное значеніе передъ изоляціей и медикаментнымъ длительнымъ наркозомъ. Благодаря гидротерапіи весь расходъ narcotica за вторую половину 1902 г. въ пансіонатѣ выразился лишь въ двухъ шприцахъ scopolamini hydrobrom., въ 2 инъекціяхъ морфія и 8,0 chloral hydrat. Благодаря ваннамъ и тепло-влажнымъ обертываніямъ, общій уровень настроенія больныхъ отмѣчался наибольшимъ спокойствіемъ, повышался % работоспособности, безусловно не утробалась медикаментная терапія, стала отсутствовать изоляція: „годами совершенно нелюдимые, недоступные и нечистоплотные субъекты превратились въ спокойныхъ, веселыхъ коечныхъ больныхъ, а въ иныхъ случаяхъ представлялась возможность сдѣлать изъ нихъ довольно спокойныхъ членовъ общественнаго круга“.

Перехожу къ уходу за неопрятными больными.

Я уже упоминалъ, что при соотвѣтствующей профилактикѣ число неопрятныхъ душевно-больныхъ можетъ быть значительно сокращено. Что же касается безнадежныхъ случаевъ, то тутъ прежде всего надо начинать съ самой постели больного. Безусловно необходимо видоизмѣнить самый типъ матраца для неопрятнаго больного. Наши матрацы мало пригодны для этой цѣли. Въ неопрятныхъ отдѣленіяхъ всегачи чувствуется недостатокъ въ матрацахъ, матрацы, не успѣвають набивать, да и количество соломы, идущей на матрацы, колоссально. Необходимо матрацы составлять изъ трехъ частей; при неопрятности обыкновенно мѣняется средняя часть. Представьте нашъ обыкновенный матрацъ, но только втрое короче въ длину. Вотъ и все. Такихъ маленькихъ матрасиковъ на кровать полагается три. Экономія громадная во всемъ. И $\frac{1}{3}$ такого матраца какъ разъ будетъ подходить на нашу маленькую кровать для дѣтей. Я уже говорилъ раньше, что необходимо, чтобы эти матрацы набивались въ особомъ помѣщеніи, чтобы организовано было въ родѣ мастерской посредствомъ уже извѣст-

наго обученія кадра больныхъ. Далѣе, необходимо въ широкомъ масштабѣ, особенно въ слабыхъ отдѣленіяхъ, провести употребленіе бѣлыхъ влеченій, при употребленіи которыхъ накладывается лишь простыня, а не матрацъ. Затѣмъ разъ навсегда необходимо устроиться съ неопрятнымъ бѣльемъ. Половину своей службы я провелъ въ неопрятныхъ отдѣленіяхъ и потому знаю, что въ неопрятныхъ отдѣленіяхъ чувствуется недостатокъ въ бѣльѣ, т. е. при теперешнемъ расходѣ бѣлья въ этихъ отдѣленіяхъ необходимо самое уже меньшее имѣть четыре смѣны, а то и больше. При извѣстной организаціи можно обойтись и двумя съ половиной смѣнами. По моему, необходимо бѣлье лишь замоченное простирывать въ самихъ отдѣленіяхъ, какъ это дѣлается въ нѣкоторыхъ псих. больницахъ, наприм. у Александра III, въ Сиворицахъ и др. и высушивать въ отдѣленскихъ сушилкахъ, если же бѣлье запачкано—пускать его въ прачечную. Для этого необходимо одну ванну въ видѣ плиточнаго или цементнаго бассейна разъ навсегда употреблять для мытья замоченнаго бѣлья, сушилки же наши должны быть передѣланы. Сушилки должны быть свѣтлы, съ особенно интенсивной вентиляціей, особенно хороши сушилки въ больницѣ Александра III въ видѣ красивыхъ люточныхъ шкафовъ. Все грязное бѣлье лучше всего должно сохраняться (нѣсколько часовъ) въ желѣзныхъ сундукахъ на колесикахъ, нѣчто въ родѣ тачки для мусора съ высокими бортами или люкахъ, или, такъ какъ у насъ вводится—подъ лѣстницами или въ корридорахъ между отдѣленіями въ указаннаго типа тачкахъ, при условіи сохраненія строжайшей чистоты въ такихъ чуланахъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ корридоры быстро загрязняются и будутъ зловонны. Эти тачки прямо и увозятся въ прачечную.

Говоря о вентиляціи неопрятныхъ отдѣленій я бы поставилъ на первую очередь вопросъ о вентиляціи вообще въ Лечебницѣ и въ неопрятныхъ отдѣленіяхъ въ частности. По моему необходимо вопросъ о вентиляціи вообще въ Лечебницѣ передать въ руки спеціалиста, а что же касается неопрат-

ныхъ отдѣленій, т. е. слабыхъ и безпокойныхъ, то мы беремъ на себя смѣлость, не дожидаясь общей повѣрки вентиляціи въ Лечебницѣ выдѣлить неопрятныя отдѣленія и ввести отдѣльное устройство вентиляціи упрощеннаго типа въ самихъ отдѣленіяхъ. Скажу въ нѣсколькихъ словахъ. Обыкновенно въ какихъ-либо комнатахъ, находящихся въ противоположныхъ концахъ отдѣленій, устраиваютъ батареи (какъ напр. у насъ въ сушилкѣ), при чемъ въ той и другой комнатѣ окно, по желанію, можетъ быть открываемо; батареи нагрѣваются, благодаря этому образуется тяга, воздухъ, устремляясь въ окно первой комнаты или прямо поступаетъ въ отдѣленіе или по вентиляціоннымъ ходамъ (у насъ они готовы), обходить все отдѣленіе, попадаетъ въ другую комнату съ батареями и выходитъ въ отворенное окно второй комнаты, образуется нѣчто въ родѣ, незамѣтнаго и, конечно, неощутимаго сквозняка изъ нагрѣтаго воздуха. Чтобы повысить вентиляціонную способность второй комнаты, устраиваютъ эту комнату на чердакѣ, приспособляютъ тамъ особаго рода флюгеры, такъ называемые эксгаустеры. Мельчайшія детали этого могутъ быть разработаны специалистомъ, но намъ необходимо скорѣе приступить къ рѣшенію этого вопроса. Говоря о неопрятныхъ больныхъ, я хотѣлъ бы предложить видоизмѣнить и самую систему обмыванія неопрятныхъ больныхъ. Обыкновенно ведутъ больного въ ванную комнату, садятъ въ ванну, въ которой на треть воды, такъ какъ перемѣть десятки неопрятныхъ больныхъ, наливая 2 раза хотя бы до половины ванну не хватить ни горячей воды, ни времени. Вотъ по этому я предложилъ бы въ неопрятныхъ отдѣленіяхъ въ ванныхъ комнатахъ, имѣть души съ небольшими бачками около котловъ, вода будетъ всегда подогрѣта; больной становится подѣ душъ и обмывается въ ваннѣ въ стоячемъ положеніи мочалкой, а не сидитъ въ водѣ испачканной собственными испражненіями, да и служащему персоналу удобнѣе и легче обмывать испач-

ванные мѣста больного въ стоячемъ положеніи. Эти души можно приспособить къ тѣмъ ваннымъ бассейнамъ, въ которыхъ производится обмываніе и неопратныхъ слабыхъ больныхъ, объ обмываніи которыхъ я сейчасъ скажу. Эти души имѣть хорошо и въ рабочихъ отдѣленіяхъ, гдѣ больные могли бы освѣжаться и приводить себя въ надлежащій видъ послѣ различныхъ земляныхъ и пр. работъ. Для неопратныхъ слабыхъ больныхъ, не могущихъ ходить, должны быть заведены металлическія рамы ввидѣ носилокъ съ ножками, на которыхъ натянуты переплеты въ видѣ сѣтки широкихъ полосокъ широкой тесьмы; больной кладется на эти импровизированныя носилки и прямо на носилкахъ опускается въ ванну—бассейнъ, о которомъ я только-что говорилъ. Эти ванны—бассейны хорошо бы имѣть хотя бы по одной въ отдѣленіи. Эта ванна дѣлается изъ керамиковыхъ бѣлыхъ глазированныхъ плитокъ (на манеръ изразцовъ) или дѣлается изъ цемента и обходится въ Казани не болѣе 50—60 руб. (мѣдная стоитъ около 90 руб.). Такія ванны—бассейны красивы и удобны, для обмыванія больныхъ.

Въ видахъ экономіи, чистоты и опрятности въ большинствѣ неопратныхъ отдѣленій вмѣсто бѣлыхъ дорогихъ скатертей на обѣденные столы вводится—линолеумъ подъ узоръ скатерти; онъ врѣзывается въ крышку стола, какъ сукно на письменномъ столѣ. Такіе столы съ линолеумомъ опрятны практичны и красивы.

При разговорѣ о ваннахъ, душахъ, организаціи прачечной и особенно длительныхъ ваннъ я убѣжденъ, что у Васъ, знающихъ хорошо нашъ обиходъ въ этомъ направленіи за послѣдніе годы, безусловно долженъ возникнуть вопросъ, откуда же брать столько воды, когда иногда и мыться нечѣмъ...

Это обстоятельство я имѣю въ виду. Если кто-либо изъ Васъ бесѣдовалъ въ городѣ со знатоками водопроводнаго дѣла, то Вы узнаете что пока не отыщется новыхъ источни-

ковъ воды, мы все чаще и чаще будемъ сидѣть безъ воды. Едва ли мы что выиграемъ, если это дѣло городъ возьметъ въ свои руки. Тутъ необходимо снова затратить миллионы, нужно отыскать новыхъ предпринимателей и т. д. т. д. Самъ городъ уже проявилъ извѣстную инициативу въ этомъ направленіи—для поливки улицъ проведена магистраль изъ оз. Кабана, (эта магистраль кажется приспособляется для электрической станціи). Многіе заводы, фабрики, бани стараются компенсировать недостатокъ водопроводной воды рѣчной или водой изъ оз. Кабана.

У насъ подъ руками р. Казанка. Если мы воспользуемся нынѣшнимъ лѣтомъ и посредствомъ рабочихъ рукъ нашихъ больныхъ начнемъ проводить магистраль отъ р. Казанки, а затѣмъ поставимъ насасывающій и поднимающій воду насосъ въ каменной будкѣ на нижнемъ огородѣ, то мы обезпечены водой на десятки лѣтъ и такого положенія, когда мы сидѣли буквально по нѣскольку дней безъ капли воды—не придется переживать. Представляя Вашему вниманію подобный проектъ, я запасаюсь, конечно, и всѣми необходимыми свѣдѣніями по этому вопросу. Архитекторъ подробно высчиталъ и разработалъ въ деталяхъ проектъ подачи воды съ р. Казанки на участокъ, гдѣ строятся казармы, при чемъ магистраль должна пройти мимо нашей лечебницы. Стоимость такого сооруженія, считая земляныя работы (а они намъ ничего не будутъ стоить) и устройства насоса на берегу р. Казанки, будетъ стоить около 5 тыс. рублей, если же у насъ къ осени будетъ электрическая станція, то при электрической энергіи, намъ это сооруженіе будетъ стоить около 4 тыс. руб. да изъ этой суммы нужно вычесть стоимость земляныхъ работъ. У г-на П. имѣется подробная смѣта, планъ самыхъ работъ и, что особенно важно, имѣется на виду необходимая партія трубъ, которая можетъ быть приобрѣтена по сходной цѣнѣ. Этотъ расходъ, конечно, будетъ санкціонированъ и Губернаторомъ и въ Министерствѣ и если мы ежегодно мучаясь,

платимъ по 8 тысячъ въ годъ водопроводному обществу, то имѣя свою воду для прачечной, для паровиковъ, для клозетовъ, ваннъ проч., мы понизили бы этотъ расходъ больше чѣмъ вдвое; черезъ $1\frac{1}{2}$ —2 года наше сооруженіе окупить само себя. Конечно, надъ этимъ слѣдуетъ подумать и какъ можно скорѣе приступить къ работамъ.

Говоря о такомъ широкомъ примѣненіи ваннъ и о хронической недостаткѣ воды, мнѣ невольно, по ассоціаціи, вспоминаются наши, такъ называемые, потопаы и тѣ ихъ ужасныя послѣдствія. Меня этотъ вопросъ всегда занималъ, и вотъ мнѣ удалось въ Москвѣ у одного фабриканта въ его конторѣ найти то, что я искалъ. Я говорю объ особой системѣ крана гдѣ вода идетъ сильной струей лишь тогда, когда нажата кнопка; прекративъ нажатіе кнопки, тѣмъ самымъ прекращаемъ доступъ воды. Такіе краны никелированы, очень красивы и стоятъ всего лишь 1 руб. 25 коп. за штуку. Примѣнивъ эти краны въ верхнихъ этажахъ, мы избавились бы отъ этихъ ужасныхъ потоповъ.

Говоря объ уходѣ за неопытными больными и имѣя въ виду лишь слабыя отдѣленія, я хотѣлъ бы еще упомянуть о введеніи сепараціонныхъ комнатъ съ обычными рамами но лучше съ корабельными стеклами, могущихъ служить пока въ видѣ сепаратора въ слабыхъ отдѣленіяхъ. Врачамъ, заведующимъ слабыми и безпокойными отдѣленіями, всегда бросаются въ глаза тѣ несчастные больные, которые по слабости должны бы жить въ слабыхъ отдѣленіяхъ, но ввиду ихъ безпокойства и отсутствія длительныхъ ваннъ нѣтъ возможности держать ихъ въ слабыхъ отдѣленіяхъ (обычно паралитики и др.). Вотъ такихъ то больныхъ и приходится изъ одного отдѣленія въ другое, повѣда больной не ослабѣетъ и не обонуется уже въ слабомъ отдѣленіи, для этихъ то больныхъ, а ихъ очень много, необходимо имѣть хотя бы одну комнату сепараціоннаго типа въ слабыхъ отдѣленіяхъ.

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

Къ вопросу о гистопатологическихъ измѣненіяхъ спинного мозга при его сдавленіи.

(Предварительное сообщеніе).

А. В. СИМИЛЕЙСКОЙ.

О гистопатологическихъ измѣненіяхъ спинного мозга при его сдавленіи имѣется сравнительно обширная литература, но характеръ процесса, который возникаетъ при этомъ и обуславливаетъ весь ходъ гистопатологическихъ измѣненій, остается до сихъ не выясненнымъ.

По характеру матеріала всю литературу, по данному вопросу, можно раздѣлить на три отдѣла. Въ первый и самый обширный изъ нихъ войдутъ тѣ изслѣдованія спинного мозга, когда сдавленіе его вызвано было туберкулезными массами, или злокачественною опухолью. Патологическій процессъ здѣсь протекаетъ иначе. Онъ будетъ развиваться подъ вліяніемъ двухъ факторовъ: механическаго момента и быть можетъ токсина, вызванныхъ опухолью, или инфекціей—при туберкулезѣ. При такомъ условіи гистопатологическія измѣненія нужно разсматривать, какъ результатъ взаимодѣйствія обоихъ факторовъ и выдѣлить вліяніе одного изъ нихъ является невозможнымъ. Матеріалъ, полученный путемъ такихъ изслѣдованій, не можетъ дать данныхъ для выясненія процесса, который возникаетъ въ спинномъ мозгу при чисто механическомъ сдавленіи его.

Къ второму отдѣлу относятся работы, направленные къ изслѣдованію спинного мозга при сдавленіи его доброкачественными опухолями. Этотъ отдѣлъ работъ могъ бы дать богатый матеріалъ къ выясненію вопроса, но изслѣдованія въ нихъ ограничились разработкой вторичныхъ перерожденій проводящихъ путей различныхъ системъ спинного мозга, или выясненіемъ клиническихъ симптомовъ и не касались гистопатологическихъ измѣненій, вызванныхъ сдавленіемъ. Больше матеріала для выясненія вопроса даетъ третій отдѣлъ—работы экспериментальныя. Экспериментальныя работы очень подробно разобраны въ трудѣ д-ра Оаворскаго „Материалы къ вопросу о патолого-анатомическомъ измѣненіи спинного мозга при его сдавленіи“, а потому долго останавливаться на нихъ мы не будемъ.

Первый, примѣнявшій опытъ для сдавленія спинного мозга, былъ Kahler. Чтобы вызвать сдавленіе, онъ впрыскивалъ стерильный воскъ подъ твердую мозговую оболочку. Изслѣдованіе мозга производилъ въ разные сроки. Черезъ нѣсколько часовъ, приблизительно отъ 6—13-ти, онъ уже наблюдалъ набуханіе осевыхъ цилиндровъ и распадъ міелиновыхъ оболочекъ. Сосуды и невроглія остаются въ это время нормальными. Черезъ нѣсколько дней начинаютъ распадаться осевые цилиндры и появляются продукты распада ихъ и отдѣльные фрагменты. Въ сѣромъ веществѣ нервныя клѣтки набухаютъ и мѣняютъ окраску. Черезъ нѣсколько недѣль на мѣстѣ распада разрастается гліозная ткань. Воспалительныхъ явленій Kahler не наблюдалъ. По его мнѣнію сдавленіе дѣйствуетъ механически, вызывая застой лимфы въ щеляхъ между клѣтками ткани. Измѣненія носятъ дегенеративный характеръ и обуславливаются нарушеніемъ питанія.

Д-ръ Блюменталь производилъ опыты на собакахъ. Онъ сдавливалъ спинной мозгъ при помощи ламинаріи, которую вводилъ въ полость позвоночнаго канала. При этомъ онъ наблюдалъ дегенеративныя измѣненія въ бѣломъ веществѣ. Слѣ-

довъ восполенія не нашелъ. Патологическій процессъ онъ объясняетъ механическимъ моментомъ.

Д-ръ Розенбахъ и Щербакъ производили давленіе спинного мозга кусочками стерильнаго серебра, которые вводили въ полость позвоночнаго канала черезъ трепанаціонное отверстіе. Рана въ большинствѣ случаевъ заживала вторичнымъ натяженіемъ. Это обстоятельство заставляетъ съ большой осторожностью относиться къ ихъ выводамъ. При изслѣдованіи спинного мозга они нашли: расширение сосудовъ, утолщеніе ихъ стѣнокъ и незначительный инфильтратъ въ периваскулярныхъ пространствахъ. Въ нервной ткани измѣненія заключались въ набуханіи осевыхъ цилиндровъ, въ распадѣ протоплазмы нервныхъ клѣтокъ и въ помутнѣніи ядра и ядрышка. Изъ другихъ измѣненій слѣдуетъ отмѣтить разроженіе нервоглии, образованіе полостей и щелей въ сѣромъ веществѣ спинного мозга, около которыхъ скопился инфильтратъ. Нужно замѣтить, что измѣненія наблюдались и въ тѣхъ случаяхъ, когда конфигурація мозга оставалась нормальной. Всѣ измѣненія, не смотря на наличность инфильтрата около сосудовъ, авторы относятъ къ дегенеративнымъ и объясняютъ застоємъ лимфы.

Enderlen сдавливалъ спинной мозгъ кусочкомъ бузины. Измѣненія ограничивались мѣстомъ сдавленія и имѣли дегенеративный характеръ. Главной причиной ихъ онъ считаетъ воспаленіе.

Послѣдніе опыты въ этомъ направленіи были произведены д-ромъ Та ворскимъ и изложены имъ въ вышеупомянутой работѣ. При изслѣдованіи спинного мозга черезъ два дня послѣ операціи наблюдался различный по интенсивности распадъ хромофилей въ протоплазмѣ нервныхъ клѣтокъ. Ядро и ядрышко оставались нормальными. Набуханіе осевыхъ цилиндровъ, расширение мелкихъ сосудовъ и петель нервоглии дополняютъ картину гистопатологическихъ измѣненій по прошествіи двухъ сутокъ послѣ сдавленія. Черезъ недѣлю распадъ

протоплазмы въ нервныхъ клѣткахъ увеличивается, въ нѣкоторыхъ изъ нихъ появляются вакуолы, протоплазматическіе отростки дѣлаются толще, но короче. Ядро иногда теряетъ границы и сливается съ протоплазмой. Ядрышко остается почти всегда нормальнымъ. Поражаются всегда мелкія нервныя клѣтки, точную локализацию которыхъ установить нельзя. Въ незначительномъ количествѣ нервныхъ клѣтокъ, въ которыхъ распадъ наблюдается сильнѣе, замѣчаются слѣды фагоцитоза. Роль фагоцитовъ берутъ на себя гліозныя клѣтки. Въ бѣломъ веществѣ мозга происходитъ распадъ мѣлиновыхъ оболочекъ и осевыхъ цилиндровъ. На одномъ—изъ прилагаемыхъ рисунковъ авторъ описываетъ набухшее нервное волокно съ вѣдряющимися въ него клѣтками невроглии, что по общему виду напоминаетъ мѣлофагъ, который при существовавшихъ въ то время методахъ окраски, установить было нельзя. Реакція со стороны сосудовъ выражалась увеличеніемъ ихъ количества, утолщеніемъ стѣнокъ и незначительнымъ лейкоцитозомъ. Всѣ измѣненія выражены сильнѣе на мѣстѣ сдавленія. Главное значеніе въ процессѣ, по мнѣнію автора, принадлежитъ разстройству лимфообращенія, что вызываетъ нарушеніе питанія тканей.

Изъ обзора приведенной литературы видно, что процессъ, возникающій при сдавленіи спинного мозга оцѣнивался авторами различно и оцѣнка ихъ производилась иногда, не согласуясь съ характеромъ гистопатологическихъ измѣненій. Этотъ фактъ можно объяснить тѣмъ, что опредѣленнаго понятія о полномъ объемѣ гистологическихъ измѣненій въ нервной ткани, которыя развиваются при воспаленіи, въ то время не было, такъ что было очень трудно гистологически отличить дегенеративный процессъ отъ воспаленія.

Общую гистологическую картину воспаленія въ нервной системѣ далъ *Alzheimer*. Онъ разсматриваетъ процессъ съ точки зрѣнія *Conheim* а. *Conheim* считаетъ воспаленіе, какъ реакцію сосудовъ на раздраженіе. Раздраженіе вызываетъ измѣ-

неніе стѣнокъ сосудовъ и тѣмъ способствуетъ трансудаціи плазмы крови и эмиграціи лейкоцитовъ въ стѣнки сосудовъ и въ окружающую ткань. Гистологически воспаленіе по *Conheim*'у выражается расширеніемъ сосудовъ и инфильтраціей стѣнокъ ихъ и окружающей ткани лейкоцитами. *Alzheimer* дополняетъ *Conheim*'а, опредѣляя присутствіе въ инфильтратѣ лимфоцитовъ и *Plasmazellen*. Последніе элементы, по его мнѣнію, играютъ болѣе значительную роль въ воспаленіи. Гистологически воспаленіе по *Alzheimer* есть инфильтрація стѣнокъ сосудовъ и периваскулярныхъ пространствъ форменными элементами крови и присутствіе въ инфильтратѣ патологическихъ элементовъ, къ которымъ онъ относитъ *Plasmazellen*. Къ инфильтраціи сосудовъ присоединяется гиперплазія ихъ.

Nissl даетъ послѣдовательное развитіе гистопатологическихъ измѣненій при воспаленіи. Первымъ моментомъ начала воспаленія онъ считаетъ расширеніе сосудовъ и эмиграцію лейкоцитовъ. Но этотъ моментъ скоро проходящій. Лейкоциты быстро распадаются, такъ что къ концу первыхъ сутокъ въ инфильтратѣ, остаются лишь единичные экземпляры. Продукты ихъ распада дѣлаются въслѣдствіи добычею фагоцитовъ. *Nissl* не останавливается на значеніи лейкоцитовъ при воспаленіи, онъ отмѣчаетъ только, что фагоцитарная дѣятельность ихъ ничтожна и значеніе темно. Къ концу первыхъ сутокъ въ инфильтратѣ появляются лимфоциты, которые быстро вытѣсняють лейкоцитовъ и составляютъ необходимый гистологическій элементъ воспаленія. Позднѣе въ лимфоцитахъ присоединяются *Plasmazellen*. Возникновеніе и развитіе *Plasmazellen* *Nissl* объясняетъ по *Marschalko*.

По *Marschalko* онѣ имѣють гематогенное происхожденіе и развиваются изъ лимфоцитовъ черезъ постепенное измѣненіе протоплазмы; онъ наблюдалъ иногда ихъ переходныя формы.

Plasmazellen впервые описалъ *Unna*. Онъ считаетъ ихъ

за элементы соединительной ткани. Развитие ихъ происходитъ путемъ гипертрофіи одной стороны кѣтки и превращеніемъ протоплазмы ея въ зернистую массу.

Marschand считаетъ болѣе правильнымъ признать происхождение ихъ изъ моноклеарныхъ лейкоцитовъ.

Schottlaender признаетъ происхождение Plasmazellen изъ лейкоцитовъ и лимфоцитовъ одновременно.

Максимовъ допускаетъ возникновеніе при патологическихъ условіяхъ изъ кѣтокъ соединительной ткани Wanderzellen, которыя вмѣстѣ съ лимфоцитами и даютъ начало Plasmazellen.

Исслѣдованія *Nissl*'я подтверждаютъ мнѣніе *Marschalko*. *Nissl* наблюдалъ Plasmazellen всегда вмѣстѣ съ лимфоцитами; въ то время когда остаются единичные лейкоциты. Plasmazellen наблюдаются иногда въ крови далеко отъ мѣста воспаления, прежде появленія ихъ въ инфильтратѣ. Эти наблюденія дали основаніе *Nissl*'ю утверждать, что Plasmazellen имѣютъ гематогенное происхожденіе и возникаютъ изъ лимфоцитовъ. Почти одновременно съ появленіемъ Plasmazellen начинается гиперплазія сосудовъ, а нѣсколько позднѣе появляются измѣненія въ гліозной ткани, которыя выступаютъ иногда на первый планъ при дальнѣйшемъ теченіи процесса. Вмѣстѣ съ пролифераціей сосудовъ *Alzheimer* и *Nissl* наблюдали появленіе Stäbchenzellen. *Nissl* признаетъ, что Stäbchenzellen возникаютъ изъ кѣтокъ adventitiae и intimae. Развитие Stäbchenzellen изъ кѣтокъ сосудовъ *Nissl* доказываетъ тѣмъ, что онѣ развиваются въ зависимости отъ пролифераціи сосудовъ, и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сильнѣе пролиферація ихъ Stäbchenzellen встрѣчаются въ большомъ количествѣ; онѣ располагаются параллельно сосудамъ и часто прилегаютъ очень тѣсно къ кѣткамъ ихъ; при этомъ ядро морфологически едва отличается отъ кѣтокъ сосудовъ.

Cerletti полагаетъ, что часть Stäbchenzellen при окраскѣ по *Nissl*'ю принадлежитъ кѣткамъ сосудовъ. Такое заключеніе онъ вывелъ изъ слѣдующаго опыта: препаратъ окраши-

валъ по *Nissl*'ю и замѣчалъ локализацию *Stäbchenzellen*, затѣмъ препаратъ окрашивался уже по *Mann*'у. При этой окраскѣ на мѣстѣ *Stäbchenzellen* получались клѣтки сосудовъ. Но *Cerletti* признаетъ и эктодермальное происхождение *Stäbchenzellen*. Ему удалось наблюдать переходныя формы между ними и гліозными клѣтками.

Stäussler наблюдалъ *Stäbchenzellen* при быстромъ разрощеніи гліозной ткани, гдѣ онѣ располагались группами, по преимуществу въ тѣхъ мѣстахъ, въ которыхъ пролиферація гліозной ткани была сильнѣе выражена, или онѣ располагались по направленію волоконъ гліозной ткани. Онъ наблюдалъ ихъ также при дегенеративныхъ процессахъ, гдѣ не было намека на гиперплазію сосудовъ и воспаленіе, напр. при склерозѣ.

Achucarro при изслѣдованіи головного мозга при бѣшенствѣ наблюдалъ *Stäbchenzellen*, содержащія пигментъ и капельки жира.

Ulrich, изслѣдуя различныя формы *dementiae*, наблюдалъ нѣкоторое различіе въ строеніи *Stäbchenzellen*, что онъ ставитъ въ зависимость отъ ихъ происхожденія. По его взгляду, *Stäbchenzellen* могутъ возникать изъ разныхъ элементовъ. Въ зависимости отъ степени участія ткани въ патологическомъ процессѣ онѣ могутъ развиваться изъ клѣтокъ гліозной ткани и изъ сосудовъ и появляются въ равной степени, какъ при воспаленіи въ связи съ пролифераціей сосудовъ, такъ и при заболѣваніяхъ дегенеративнаго характера, которыя не имѣютъ ничего общаго съ пролифераціей сосудовъ и воспаленіемъ, но гдѣ рядомъ съ измѣненіемъ въ нервной ткани происходитъ измѣненіе и въ невроглии. Вопросъ о значеніи *Stäbchenzellen* при воспаленіи остается открытымъ.

Основываясь на изслѣдованіяхъ школы *Alzheimer*'а и *Nissl*'я можно съ большою точностью по гистологическимъ даннымъ опредѣлить участіе воспаленія при различныхъ заболѣваніяхъ центральной нервной системы.

Главная цѣль нашихъ изслѣдованій и заключается въ томъ, чтобы пользуясь новыми гистологическими методами, выяснить характеръ гистопатологическихъ измѣненій и значеніе воспаленія при механическомъ сдавленіи спинного мозга.

Матеріалъ для нашихъ изслѣдованій получался путемъ эксперимента на собакахъ. Съ цѣлью вызвать сдавленіе спинного мозга черезъ трепанаціонное отверстіе въ полость позвоночнаго канала вводился кусочекъ стерильной ламинаріи, величиною приблизительно въ два миллиметра. Трепанаціонное отверстіе дѣлалось въ области верхнихъ поясничныхъ позвонковъ съ лѣвой стороны, у мѣста соединенія остистаго отростка съ тѣломъ позвонка. Ламинарія вводилась осторожно пинцетомъ нѣсколько ниже трепанаціоннаго отверстія. Клиническіе симптомы развивались быстро: приблизительно часовъ черезъ 6 можно было наблюдать парезъ мускулатуры лѣвой задней ноги и повышеніе на ней колѣннаго рефлекса. На другой день парезъ усиливался и развивалось пониженіе болевой чувствительности на задней ногѣ противоположной стороны. На вторые сутки въ нѣкоторыхъ опытахъ наблюдалось повышеніе колѣннаго сухожильнаго рефлекса, а иногда парезъ на правой ногѣ. Въ продолженіи приблизительно 4 сутокъ всѣ симптомы усиливались, затѣмъ въ продолженіи нѣкотораго времени оставались въ одномъ положеніи, потомъ постепенно начинали ослабѣвать. Всего сдѣлано нами четыре опыта и одинъ контрольный. Животныя убились черезъ 10 дней. При вскрытіи позвоночнаго канала, на томъ мѣстѣ, гдѣ лежала разбухшая ламинарія, обыкновенно въ области лѣваго бокового столба, замѣчалось небольшое вдавленіе. Сосуды на мѣстѣ сдавленія слегка расширены, твердая мозговая оболочка представляется набухшей, какъ бы отечной. Выше и ниже сдавленія оболочка и сосуды быстро приходятъ въ норму. Для микроскопическаго изслѣдованія, кромѣ мѣста сдавленія, брались кусочки изъ другихъ отдѣловъ спинного мозга: шейной части, грудной, поясничной

выше и ниже сдавленія. Въ контрольномъ опытѣ животное было убито черезъ двое сутокъ. Контрольный опытъ мы сдѣлали въ виду послѣднихъ изслѣдованій *Forster'a*, который, впрыскивая китайскую тушь въ вещество головного мозга, наблюдалъ измѣненія со стороны сосудовъ, имѣющія характеръ воспаленія, только въ продолженіе трехъ сутокъ, въ теченіе этого времени наблюдались *Plasmazellen*, а въ послѣдствіе измѣненія сосредоточивались въ гліозной ткани. Чтобы исключить эту возможность, вскрытіе сдѣлано было нами черезъ 2 дня послѣ операціи. Препараты спинного мозга обрабатывались по слѣдующимъ методамъ: по методу *Nissl'a*, по методу *Mann'a*, по методу *Mallory*, по методу *Unna* по методу *Herxheimer'a*.

При микроскопическомъ изслѣдованіи по *Nissl'ю* твердая мозговая оболочка нѣсколько утолщена на счетъ форменныхъ элементовъ ткани самой оболочки. Сосуды въ ней нѣсколько расширены, но стѣнки сосудовъ не утолщены, клѣтки ихъ остаются нормальными, гиперплазіи не наблюдается.

При окраскѣ по методу *Unna* *Plasmazellen* въ стѣнкахъ сосудовъ и въ окружающей ткани отсутствуютъ. Мягкія оболочки нормальны. Конфигурація мозга нѣсколько измѣнена. Въ области боковыхъ столбовъ, на мѣстѣ, гдѣ лежала ламинарія, получается небольшая выемка. Въ сѣромъ веществѣ задній рогъ, лежащій ближе къ ламинаріи, нѣсколько отодвинутъ въ противоположную сторону. Наблюдаемые при этомъ патологическія измѣненія не ограничиваются мѣстомъ сдавленія, а распространяются, хотя на незначительное разстояніе, за его границы. Нужно замѣтить, что въ части мозга, лежащей ниже сдавленія, измѣненія выражены нѣсколько рѣже, чѣмъ въ части, лежащей выше сдавленія. Въ грудной и шейной частяхъ измѣненій не наблюдается.

При изслѣдованіи бѣлаго вещества спинного мозга по методу *Herxheimer'a* ясно наблюдаются капельки жира, расположенныя въ гліозныхъ клѣткахъ.

По методу *Mallory* въ бѣломъ веществѣ замѣчаются сильныя измѣненія въ мѣлиновыхъ оболочкахъ, которыя распадаются на отдѣльные фрагменты, или превращаются въ капельки жира. Мѣстами совершенно нормальные осевые цилиндры на большомъ протяженіи лишены мякотной оболочки и окружаются только распавшимися мѣлиновыми массами. Осевые цилиндры нерѣдко дѣлаются извилистыми, набухаютъ, принимая иногда значительныя размѣры. Часть ихъ распадается на отдѣльные фрагменты, но они сохраняютъ всегда нормальную окраску. Вообще нужно замѣтить, что окраска въ дегенеративныхъ нервныхъ волокнахъ измѣняется очень мало даже въ тѣхъ случаяхъ, когда осевой цилиндръ распадается. Очень часто отдѣльные фрагменты осевыхъ цилиндровъ окружаются капельками превратившагося въ жиръ мѣлина и въ такой формѣ поглощаются гліозными клѣтками. На мѣстѣ распада группируются гліозныя клѣтки, среди которыхъ преобладаютъ перерожденные формы. Очень часто встрѣчаются гліозныя клѣтки съ большимъ пузырьковатымъ ядромъ и большимъ скопленіемъ протоплазмы, часто протоплазма ихъ распадается, образуются отдѣльныя глыбки, среди которыхъ едва замѣтно выдѣляется, обращенное въ красный цвѣтъ ядро. Около распавшихся гліозныхъ клѣтокъ скопляются новыя гліозныя клѣтки, поглощающія продукты ихъ распада. Кромѣ того, иногда гліозныя клѣтки соединяются въ группы, образуя мѣлофаги. На мѣстѣ распада встрѣчаются въ большомъ количествѣ *Gitterzellen* въ различныхъ стадіяхъ развитія. Наблюдаются и вполне развитыя *Körnchenzellen*, которыя располагаются на мѣстахъ распада. Скопленія ихъ въ окрестности сосудовъ не замѣчается. Описанныя измѣненія сильнѣе выражены въ боковыхъ столбахъ одноименной стороны.

При окраскѣ по методу *Mann*'а *adventitia* и *intima* сосудовъ нормальны, клѣтки ихъ сохраняютъ обычную форму; гиперплазія сосудовъ отсутствуетъ, перавискулярныя пространства не расширены.

По методу *Unn*'а Plasmazellen и лимфоцитовъ не наблюдается.

Дегенеративный процессъ распространяется и на сѣрое вещество спинного мозга, но измѣненія здѣсь незначительны. Всѣ измѣненія сосредоточиваются по преимуществу въ протоплазмѣ нервныхъ клѣтокъ и заключаются въ распадъ хромофилей на отдѣльныя глыбки. Распадъ начинается съ периферіи, или въ одномъ изъ проплазматическихъ отростковъ и ограничивается въ большинствѣ случаевъ периферіей клѣтки; но иногда распадъ распространяется на всю клѣтку, такъ что нормальная протоплазма остается въ видѣ узкой полоски вокругъ ядра. Рѣдко въ протоплазмѣ наблюдаются вакуолы. Протоплазматическіе отростки часто распадаются, оставшіеся дѣлаются толще, но короче. Около распавшихся нервныхъ клѣтокъ, группируются въ большомъ количествѣ гліозныя клѣтки, среди которыхъ можно замѣтить явленіе фагоцитоза. Поражаются исключительно мелкія клѣтки, лежащія въ разныхъ отдѣлахъ. Измѣненія со стороны ядра незначительны. Рѣдко оно смѣщается къ периферіи. Ядрышко остается нормальнымъ. Присутствія Stäbchenzellen не наблюдается, не наблюдается и увеличенія клѣтокъ неврогін.

По методу *Mann*'а стѣнки сосудовъ и здѣсь не представляютъ уклоненій отъ нормы: клѣтки ихъ не измѣнены, гиперплазія отсутствуетъ, периваскулярныя пространства не расширены.

По методу *Unn*'а замѣчается отсутствіе Plasmazellen и лимфоцитовъ въ стѣнкахъ сосудовъ и въ периваскулярныхъ лимфотическихъ пространствахъ.

Большой интересъ заслуживаетъ спинной мозгъ собаки предоставленный въ наше распоряженіе изъ патологической лабораторіи ветеринарнаго института проф. *Boll*. Сдавление его было вызвано хондромой, расположенной въ верхней части поясничныхъ позвонковъ. Случай хроническій, установить точно время продолженія болѣзни было нельзя. Клиническіе симп-

томы выражались параллеліей заднихъ конечностей. Спинной мозгъ на мѣстѣ сдавленія представлялся совершенно плоскимъ. Гистопатологическія измѣненія спинного мозга въ общемъ здѣсь сходны съ измѣненіями въ нашихъ опытахъ, но выражены сильнѣе и равномернѣе во всѣхъ частяхъ спинного мозга. При окраскѣ по методу *Nissl*'я, можно замѣтить, что дегенеративный процессъ не ограничивается мелкими нервными клѣтками, а распространяется и на крупныя клѣтки передняго рога. Въ протоплазмѣ клѣтокъ, кромѣ распада хромофилий, замѣчается скопленіе липохромнаго пигмента. Иногда это скопленіе ограничивается периферіей, въ другихъ случаяхъ пигментъ скопляется въ такомъ количествѣ, что занимаетъ почти всю протоплазму клѣтки. Нерѣдко протоплазма нервныхъ клѣтокъ мѣняетъ окраску и превращается въ равномерную сѣроватую массу, въ которой трудно отличить ядро. *Stäbchenzellen* не наблюдаются.

По методу *Mallory* можно установить особенность и со стороны *Körnchenzellen*: ихъ наблюдается гораздо болѣе по количеству и чаще онѣ встрѣчаются въ стадіи распада. Кромѣ того иногда *Körnchenzellen* располагаются вокругъ сосудовъ. Нервные волокна представляютъ болѣе сильную степень распада и часто мѣняютъ окраску. Можно прослѣдить, какъ набухшее извитое нервное волокно дѣлается блѣднѣе, нормальный синеватый цвѣтъ постепенно ослабѣваетъ и переходитъ въ желтовато-розоватый.

По методу *Mann*'а измѣненій со стороны сосудовъ не наблюдается: стѣнки ихъ нормальной толщины, клѣтки *advent.* и *intima* не измѣняютъ форму, гиперплазіи не наблюдается.

По методу *Unn*'а можно установить, что *Plasmazellen* и лимфоциты въ стѣнахъ сосудовъ и периваскулярныхъ пространствахъ отсутствуютъ.

По методу *Herxheimer*'а можно замѣтить жировыя капельки, расположенныя въ бѣломъ веществѣ мозга.

Изъ приведенныхъ гистопатологическихъ измѣненій можно

заклѣчить, что эти измѣненія имѣють чисто дегенеративный характеръ, происходятъ по эктодермальному типу, при энергичномъ участіи вѣтокъ гліозной ткани, которая поглощаютъ и ассимилируютъ продукты распада. Нормальное состояніе стѣнокъ сосудовъ, выражавшееся въ отсутствіи измѣненій со стороны вѣтокъ advent. и intim., въ отсутствіи пролифераціи ихъ, въ отсутствіи Plasmazellen и лимфоцитовъ въ стѣнкахъ сосудовъ и въ переваскулярныхъ пространствахъ, даетъ основаніе утверждать, что воспаленіе не имѣетъ мѣста въ патологическомъ процессѣ, возникающемъ въ спинномъ мозгу при его сдавленіи и, что выше описанныя измѣненія вызываются механическимъ моментомъ, при чемъ отсутствіе расширенія петель невралгіи и отсутствіе увеличенія периваскулярныхъ пространствъ говорятъ за то, что дегенеративный процессъ не можетъ обуславливаться застоемъ лимфы, а вызывается скорѣе недостаткомъ питанія тканей.

Въ заключеніе приношу глубокую признательность и благодарность профессору *Ливерію Осиповичу Даркшевичу* за разрѣшеніе работать въ лабораторіи завѣдуемой имъ клиники.

Лаборанту клиники приватъ-доценту *Алексѣю Васильевичу Оваторскому*—за данную имъ тему и общее руководство работой.

Профессору ветеринарнаго института *Карлу Генриховичу Болъ* за предоставленный въ мое распоряженіе препаратъ спинного мозга.

ЛИТЕРАТУРА.

1. *Achucarro*. Zur Kenntnisis der path. Histologie der Zentralnervensystems bei Tollwut. Histol. und histopath. Arbeiten. Alzheimer und Nissl. Bd. 3. H. 2.

2. *Alzheimer*. Histol. Studien zur Differential. Diagnose der progressiven Paralyse. Histol. und histopath. Arb. Nissl 1904 r. Bd. I.

3. *Berger*. Degeneration der vorderhornzellen des Rückenmarks bei Dementiae paral. Monatsschrift. f. Psychiatr. und. Neural. Bd. 3.

4. *Campbel*. Über die Umwandlung des Nervengewebes in eine egenartige homogene Substanz. Histol. und histopath. Arbeiten. Alzheimer und Nissl. Bd. 2. 1908.

5. *Cerletti*. Zur Stäbchenzellenfrage. Folia neuro-biolog. 1910.

6. *Cerletti*. Different. Färbung Adventit. —kerne des normalen Nervengeebes und ihre Bedeutung für d. Histopathologie. Folia neuro-biol. 1909.

7. *Cerletti*. Die Gefässvermerung im Zentralnervensystem. Histol. und. histopath. Arbeiten. Alzheimer und Nissl.

8. *Блюменталь*. Труды физико-медицинского общества 1888 г. № 8. Цитировано. Работа д-ра Оаворскаго.

9. *Ders*. Über den Abbau des Nervengewebes. Zeitschrift für. Psychiatr. Refer.

10. *Ders*. Zur Stäbchenzellenfrage. Folia neurobiol.

11. *Ders*. Zur Histol. Stud. zur Different. diagn. der progr. Paral.

12. *Alzheimer*. Beitr. Zur Kenntnis der pathol. Neurgl. und ihrer Beziehung. zu den Abbauvorg. im Nervengeweb. Histol. und histopath. Arbeit. Alzh. und Nissl.

13. *Eisath*. Über norm. und pathol. Histologie der menschl. Neuroglia. Monatsschrift für Psych. und Neurol. Bd. 22. H. 1—3.

14. *Fvensen*. Beiträge zu den normal. Anatomie der Hirngefäße. Histol. und. histopath. Arbeit. Alzh. und Nissl. Bd. 2.

15. *Enderlen*. Über Stichverletz. des Rückenmarks. D. Zeitschrift. für. Chirurgie 1895 г. S. 201.

16. *Forster*. Experiment. Beiträge Zur Lehre der Phagozytose der Hirnrindenelemente. Histol. und histopath. Arbeiten Alzh. und Nissl. Bd. 2.

17. *Friedmann*. Zur Lehre insbesondere zur pathol. Anatomie der nicht eitrig Encephalit. Zeitschrift für Nervenheilk. Bd. 14.

18. *Held*. Über den Bau der Neuroglia
19. *Fankhauser*. Zur Kenntniss der protoplasmat. Glia. Journal für Psych. und, Neurolog. Bd. 17.
20. *Klemensiewicz*. Entzündung. Eine monogr. Skizz. aus dem Gebiet. der patholog. Physiolog.
21. *Kahler*. Über die Verender., welche sich in Folge einer geringgr. Compression entwickeln. P. Zeitschr für Heilkunde III 1882.
22. *Lafora*. Beitr zur Histopath. des Rückenmarks bei der Dement. arterioscl. und senil. Monatsschr. für Psych. und. Neurol. B.—19. H.—1 1911.
23. *Mayr*. Einige versuche über den physikal. Bau der Nervenzellen.
24. *Marschalko*. Zur Plasmazellenfrage. Zentral Blatt für allg. Patholog. und pathol. Anatomie. Bd. 10.
25. *Maximov*. Experimentelle Untersuch über die entzündl Neubild. von Bindegew. Beiträge zur pathol. Anatom. und zur allg. Pathol.
26. *Marschand*. Der Process der Wundenheil. Stuttgart. 1901.
27. *Merzbacher*. Untersuchung. über die Morphol. und Biolog. der Abraumzellen im Zentralnervensyst Hist. und histopath. Arbeit. Alzh. und Nissl. Bd.—3. H.—2.
- *Nissl*. Über einige Beziehung. Zwiesch. der Glia und dem gefässappar. Archiv. für Psych. Bd. 36.
28. *Nissl*. Über einig Beziehung zwiesch Nervenzellenerkrankung und gliosen Erscheinung. bei verschiedenen Phychos. Archiv für Psychiatr.
29. *Nissl*. Zur Histopathologie der paralyt. Rindenerkrankung. Hist. und. Histopath. Arbeit. Alzh. und Nissl.
30. *Perusini*. Über Klinisch und histolog eigenart psych. Erkrpank. des Später Lebensalters. Hist. und histopath. Arbeit. Alzh. und Nissl. Bd.—3. H.—2.
31. *Perusini*. Über Gliabilder mittel. Bielschowsky Neurofibrillenmethode. Neurolog. Centralbl. № 22. 1910.
32. *Ranke*. Gewebesverend. im Gehirn luetisch. Neugebor. Neurolog. Centralblatt. 1907.

33. *Ranke*. Beitrag. Zur Lehre von der Meningit. tubercul. Hist. histopath. Arbeit. Alzh. und Nissl. Bd. 2.

34. *Schröder*. Zur Lehre von der acut. hämorrh. Polien-cephalitis Superior. (vernicke). Histol. und histopath. Arbeit. Alzheimer und Nissl. Bd. 2.

35. *Schröder*. Einführung. in die Histologie und Histopathologie des Nervensystems. Vorlesungen.

36. *Schmaus*. Patholog. Anatomie des Rückenmarks.

37. *Spielmeyer*. Eine besond. Form von famil. amaurot. Jtiodie. Hist. und Histopath. Arbeit. Alzheimer und Nissl. Bd. 2.

38. *Sträussler*. Die histopath. verender. des Kleinhirns bei der progress. Paralyse mit Berücksicht. klin. verlauf. und der Differentialdiagn. Jahrb. f. Psych. Bd.—27. H.—1—2.

39. *Simchowicz*. Histol. Studien über di senil. Dement. Histol. und. histopath. Arbeiten. Alzheimer und Nissl.

40. *Unna*. Über Plasmazellen. Monatschrift für prakt. Dermat. Bd. 12.

41. *Ulrich*. Beitr. zur Kenntn. der Stäbchenzell. im centralnervensyst. Monatsschrift für Psych. und Neurol.

42. *Θаворскій*. Матеріалы къ вопросу о патолого-анатомическомъ измѣненіи спинного мозга при сдавленіи его.

43. *Щербакъ и Розенбахъ*. О тѣневыхъ измѣненіяхъ спинного мозга вслѣдствіи сдавленія его. Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи. 1890 г. 1 стр. 1. Цитировано. Работа д-ра Θаворскаго.

44. *Wickmann*. Weitere Studien über Poliomyelitis acuta. Ein Beitrag zur Kenntnis der Neuronophag. und. Körnchenzellen. D. Zeitschr. für Nervenheilk. Bd. 38 H. 5—6.

45. *Weigert*. Beiträge zur Kenntnis der normal. menschlich. Neuroglia. Frankfurt. 2895 jahr.

Dementia praecox paranoides.

Психологическое изслѣдованіе.

В. И. РУДНЕВА.

Б. приватъ-доцента Новороссійскаго Университета,

директора Саратовской психіатрической лечебницы.

Параноидная форма прогрессирующаго слабоумія (*dementia paranoïdes*) была впервые выдѣлена *Kraepelin'*омъ ¹⁾, который этимъ именемъ обозначилъ небольшую группу случаевъ, отличающихся быстрымъ развитіемъ совершенно нелѣпыхъ и безсвязныхъ идей преслѣдованія и величія и необыкновенно раннимъ, сопровождающимся явленіями умѣреннаго возбужденія, переходомъ въ стойкое состояніе спутанности. Она представляетъ нѣкоторое родство съ *dementia praecox* и кататоніей, но развивается въ болѣе старшемъ возрастѣ, иначе протекаетъ и кончается. Послѣдующая литература о параноидной формѣ прогрессирующаго слабоумія не обширна.

Бехтеревъ ²⁾ указываетъ на то, что *Крепелинъ*, устано-

¹⁾ *Kraepelin*. Психіатрія. Р. II. 1898 г. 148—149 стр.

²⁾ *Бехтеревъ* см. *Розенбаха*. Объ отношеніи дем. праекохъ къ другимъ формамъ душевн. разстр. Обзор. Псих. № 4—1908.

вившій форму *dementiae paranoides*, нашелъ ее только въ 3 случаяхъ на 60 тысячъ больныхъ

Нарбутъ ¹⁾ увѣренъ въ томъ, что существованіе параноидной формы (*dementiae paranoides*) возбуждаетъ у самого *Крепелина* нѣкоторое сомнѣніе.

Юдинъ ²⁾ въ статьѣ о параноидной деменціи полагаетъ, что точныхъ и опредѣленныхъ границъ между отдѣльными подгруппами ранняго слабоумія провести не представляется возможнымъ. Въ моей работѣ будетъ идти рѣчь не о *dementia paranoides*, а о *dementia praecox paranoides*, т. е. о преждевременномъ слабоуміи, сопровождающемся чертами, напоминающими параною: бредомъ величія, бредомъ преслѣдованія, символизмомъ и пр. на ряду съ характерными симптомами для преждевременнаго слабоумія. Параноидная форма *dementiae praecox* дѣйствительно существуетъ и должна быть выдѣлена въ особую подгруппу преждевременнаго слабоумія, а также указано отношеніе ея къ *dementia paranoides* *Крепелина* и къ самой параноѣ. Эта форма, вѣроятно, наиболѣе способствовала укоренѣнію взгляда нѣкоторыхъ авторовъ о принадлежности паранои къ преждевременному слабоумію (*Specht*, *Сухановъ* и др.) взглядъ, съ которымъ врядъ ли можно согласиться.

Въ литературѣ относительно *dementia praecox paranoides* мы имѣемъ недавно вышедшую работу *Kölpin'a* ³⁾; въ ней авторъ говоритъ, что на 100 случаевъ *dementiae praecox* онъ встрѣтилъ 39 случаевъ параноидной формы, которую можно раздѣлить на 3 группы, отличающіяся тѣмъ, что въ первыхъ двухъ группахъ бредъ систематизированъ, а въ 3-й

¹⁾ *Нарбутъ*. Тамъ же.

²⁾ *Юдинъ*. Современная психіатрія. 1909. Май, реф. Обзор. Псих. 1909—625.

³⁾ *Kölpin*. Ueber dem. praecox insbesond. paranoid. Form. derselb. Alg Zeitschr. f. Psych. 65 bd 1908.

быстро развивается слабоуміе при слабой систематизаціи бреда. Кромѣ того, въ первой группѣ интеллектъ долгое время сохраняется, а во второй выступаетъ на первый планъ нелѣпная система бреда.

Kölpin полагаетъ, что для параноидной формы *d. praecox* болѣе подходило бы названіе диссоціативной деменціи (*dissociative demenz*), такъ какъ при ней наблюдается диссоціація чувствъ и представленій, но мнѣ кажется, что если уже говорить о диссоціаціи, то какъ объ умственномъ процессѣ, противоположномъ нормальному, который характеризуется синтезомъ; при *dementia praecox paranoïdes*, какъ я докажу, существуетъ именно діализъ—разложеніе понятій и даже обыкновенныхъ словъ.

При изслѣдованіи моего случая было обращено особенное вниманіе на воображеніе больного. Относительно *dementia praecox* *Rene Masselon*¹⁾ замѣтилъ, что больные обладаютъ ничтожнымъ воображеніемъ, я подтвердилъ это изслѣдованіемъ кататонической формы преждевременнаго слабоумія²⁾; что касается параноидной формы, то здѣсь также разстроено воображеніе, выступаетъ слабость его, какъ выраженіе общаго слабоумія субъекта, но въ очень оригинальной формѣ.

Больной В. П. поступилъ въ Одесскую психіатрическую больницу 19 26/хп 02 г. Въ скорбномъ листѣ д-ромъ Штейнгаусомъ отмѣчено слѣдующее: „П. 26 лѣтъ, холостъ, дворянинъ, онанистъ, сознаніе ясное, галлюцинаціи и бредъ отрицаетъ. За два дня до поступленія 24/хп выбилъ стекло въ магазинѣ Баржанскаго, мотивируя это тѣмъ, что онъ желалъ попасть въ участокъ; ему ѣсть нечего, онъ хочетъ заработать-

¹⁾ *R. Masselon*. L'affaiblissement intell. dans la demence prec. L'année. Psych. 1907 г.

²⁾ *Рудневъ*. Кататоническая форма преждевременнаго слабоумія. Отчетъ Одесск. псих. больницы 1908 г.

вать хлѣбъ себѣ честнымъ трудомъ, а ему этого не даютъ: онъ человѣкъ одинокій, сирота, протекціи у него нѣтъ. Онъ обращался къ градоначальникамъ З. и Ш. требовалъ мѣста; такъ какъ онъ не имѣетъ собственности, то ему должны предоставить возможность заниматься честнымъ трудомъ, онъ долженъ былъ бы собственно выбить стекло З. и Ш. „лучше быть преступникомъ, чѣмъ валяться въ мусорномъ ящикѣ“. Раньше онъ служилъ въ имѣніи конторщикомъ, и не могъ продолжать служить тамъ, гдѣ ему не довѣряютъ, онъ можетъ быть не уживчивымъ, но онъ не можетъ лстить, не можетъ потакать чужимъ капризамъ. Такимъ людямъ трудно приходится жить. Къ нему съ дѣтства относились несправедливо, хотя онъ учился хорошо, и въ силу глубины своего сиротства дома онъ убивалъ самого себя.

20/хп. Считаетъ себя совершенно здоровымъ, увѣренъ, что всѣ люди поступали съ нимъ, какъ скоты.

30/хп. Повидимому, б-ого не очень тяготитъ обстановка, онъ не обнаруживаетъ ни малѣйшаго желанія чѣмъ нибудь заниматься, относится къ своему положенію довольно безразлично. Въ отдѣленіи держится всегда особнякомъ, ни съ кѣмъ не заговариваетъ, замѣтна нѣкоторая рисовка, проглядываютъ нѣкоторыя параноическія черты.

4/iv. Выписанъ изъ б-цы.

1/7. Снова разбилъ стекло въ магазинѣ Баржанскаго и опять попалъ въ больницу.

2/vш. Будучи въ церкви, гулялъ по ней, подарилъ букетъ цвѣтовъ дѣвочкѣ, которая пѣла въ хорѣ, но отрицаетъ это, говоря, что служителя лгутъ, клеветаютъ на него. Замѣмѣчаетъ вообще несправедливое отношеніе къ нему со стороны окружающихъ.

21/vш. Пишетъ стихи, содержаніе которыхъ убогое.

1/ix. Вдругъ впалъ въ возбужденіе, вымазался грязью, билъ ванщика, кусалъ всѣхъ.

21/ix. Снова находится въ возбужденномъ состояніи, билъ служителей, ругалъ ихъ скотами.

23/ix. Измазалъ себѣ лицо, голову и руки экскрементами, предварительно ходилъ по пататѣ, задумавшись и улыбаясь.

26/ix. Ночью набросился на спящаго служителя, ударилъ его по головѣ желѣзной палкой отъ кровати и сталъ душить. Отрицалъ нападеніе, шутилъ, казался взволнованъ.

27/ix. Пѣлъ патріотическія пѣсни, говоря, что находится въ мѣстѣ пытки.

28/ix. Высказываетъ предположеніе, что вода въ ваннѣ отравлена, обнаруживаетъ параноическія идеи преслѣдованія. Увѣряетъ, что много сдѣлалъ для Россіи, государя, общества.

17/xi. Врачей называетъ мучителями, подозрителенъ.

17/v Полный мутацизмъ. 1906 г. 2/xп. Обвиняетъ, что ему владутъ отравленную слюну въ ротъ. 1908 г. Ежедневно требуетъ бумаги, пишетъ разныя безсмысленныя прошенія, жалобы“.

О мышленіи больного.

Больной выражаетъ на бумагѣ свои мысли, и это обстоятельство позволяетъ проникнуть въ процессъ его мышленія и прослѣдить весь ходъ его. Мы сначала приведемъ образцы его писаній, а потомъ сдѣлаемъ выводъ.

Изъ анамнеза извѣстно, что еще съ 16 лѣтъ онъ чувствовалъ въ себѣ поэтическое призваніе, воображалъ себя поэтомъ и писателемъ, посылалъ въ редакцію свои стихотворенія и рассказы, но ихъ возвращали ему съ насмѣшкой. Онъ можетъ написать въ день безчисленное количество стиховъ, изъ которыхъ мы приведемъ нѣсколько отрывковъ: стихотвореніе „Апельсинъ“.

„А п е л ь с и н ь“

(кустомъ иль деревомъ растеть).

„Апельсинъ первѣе желтый
Съ составомъ цвѣта—первѣй желтый
Шкарлупой пахнущей порось
И семена въ мякишѣ вкусно
Вкусъ сладкій кисло мягковато
Создавшись формой апельсинъ.
Пріятнымъ поцѣлуемъ міру
Родился трудъ молча другое...
Что существуетъ апельсинъ
Что человекъ добрѣй и злѣй
Шумитъ иль тихимъ молчаливымъ

Врагомъ ли или не врагомъ
 Союзнымъ или не союзнымъ
 Ударомъ или поцѣлуемъ
 Гдѣ пароходъ тебя что везъ
 Иль везъ тебя по сушѣ морѣ
 Иль иначе тебя везли
 Иль иначе тебя несли
 И цѣла ли твоя подвода
 Побитая и нѣтъ иль есть
 Гдѣ тѣ тебя что собирали
 Гдѣ тѣ тебя, грузили что
 Гдѣ тѣ тебя сгружали что
 Гдѣ тѣ тебя взяли въ магазинъ
 Гдѣ тѣ тебя брали что въ складъ
 Гдѣ тѣ тебя желаютъ ѣсть
 Гдѣ тѣ тебя ѣдятъ всѣхъ болѣ
 Гдѣ тѣ тебя ѣдятъ всѣхъ менѣ
 Гдѣ тѣ тебя не знаютъ вѣчно
 Какой барышъ ты составляешь
 Для фермера и для рабочихъ
 Какихъ монетъ ты перешолъ
 Границы государствъ земныхъ.
 Какъ допустить всѣхъ въ апельсинамъ
 Останется ли много штукъ
 Иль не останется ни штуки
 И апельсинъ мараешь много
 И сильно ли мараешь жизнь
 Прожить не ѣвши апельсинъ
 Прожить тебя съѣдая мало
 Прожить тебя съѣдая много“.

„Г. Одесса. Іюня восьмого дня, одна тысяча девятьсотъ восьмого года. В. Поповъ“.

Стереотипія („гдѣ тѣ тебя“), обычная для его стихотвореній, въ особенности выразилась въ его произведеніи „мои картины“ въ словѣ („пріятно“).

„М о и к а р т и н ы.“

Пріятно слышать и видать
 Пріятно слушать обоняньемъ

Приятно чувствомъ осязать
 Приятно кушать помѣщаться
 Приятно службой управлять
 Приятно царствовать народомъ
 Приятно умирать утратясь
 Приятны формы гимназистовъ
 Приятны формы гимназистовъ
 Приятны формы всѣхъ учениковъ.
 Приятно видѣть женщинъ—жизнь
 Приятно видѣть жизнь мужчинъ
 Приятно видѣть все приятно
 Приятно видѣть не себя
 Приятно видѣть и себя
 Приятно видѣть небеса
 Приятно видѣть землю воду
 Приятно видѣть даже грязь
 Приятна анатомія
 Приятна физика—приятно
 Приятна химія—законъ
 Приятна математика
 Приятные законы Бога
 Приятная исторія
 Приятна астрономія
 Приятно видѣть моря жизнь
 Приятно видѣть жизнь не моря
 Приятно видѣть всѣ науки
 Приятно видѣть на низу

95 стихъ. Приятно видѣть на верху“ и т. д.

Иногда авторъ—поэтъ старается о римѣ, наримѣрь:

„Она моя сестра и мать
 Родная бабушка и вбратъ
 Ее молчаніемъ какъ мать
 Не зная какъ тебя рождать
 И какъ тебя рождала мать
 Которую могутъ назвать
 Какъ иначе и какъ считать
 Мою Одессу и не звать
 Какъ видный бергъ иногда
 Далекій, ближе невсегда

Я ночь уснулъ, жизнь свѣта день
Смѣнилась какъ морская лѣнь“.

Что касается прозаическихъ произведеній больного, то они не уступаютъ стихамъ, больной даетъ слѣдующее описаніе:

„Надъ нами небесный сводъ, двери голубаго неба, покрывающей какъ грибокъ, подъ которымъ всѣ находятся и все находится на землѣ—день видный нами и освѣщаемый солнцемъ то есть виднымъ намъ приблизительно размѣра человѣческой головы—свѣтящимся существованіемъ, движущимся какъ намъ кажется, существуя о лицѣ земли, движущейся вокругъ своей оси и вокругъ солнца; вокругъ своей оси день и ночь, утромъ и вечеромъ. День свѣтъ, ночь тьма. Порой день ясный, видный намъ однимъ солнцемъ, по голубому небу, порой солнце движется между облаками и въ облакахъ. На землю отъ облаковъ собравшихся водъ надъ землею падаетъ дождь. Облака въ дождь разряжаются силою электричества соединеніемъ двухъ силъ положительнаго и отрицательнаго электричества, являя молніи свѣтъ искру по небу ломанной чертой, углами соединенную или другую черту, какъ существуетъ о существѣ и громъ“.

О личности больного.

Больной опредѣляетъ себя слѣдующимъ образомъ: „я считаю себя царемъ и Богомъ, я считаю себя лицомъ о лицѣ чиновниковъ и офицеровъ вообще всѣхъ земного шара, потомственнымъ дворяниномъ, царь, тотъ кто избранъ мною и кто мнѣ служить. Мое отношеніе къ Богу—вѣчное витаніе справедливости, промыселъ, пресѣченіе зла. Я специалистъ, сыщикъ столовъ, старшинство столоначальниковъ земного шара“. Такъ опредѣлилъ себя больной на вопросъ, кто онъ такой. Свое величіе больной изобразилъ символически, на рисунокѣ и написалъ: „изображать точно. Факсимиле мученика XX двадцатое столѣтіе и вѣчность. Баронъ, Графъ, Потомственный дворянинъ, великій князь, Столбовой дворянинъ и Прочее и Прочее Василий Дмитріевичъ Поповъ“ (см. таблицу рисунковъ).

Нелѣпныя идеи величія проявляются у больного также въ его рукописяхъ; перечисляя свои званія онъ выражается такъ:

„Мои адъютанты: Наполеонъ Бонапартъ мой бывшій сторожъ гробницы, царствующій домъ Р. Имперіи бывшій мой дворникъ.

Я великій князь Кавказскій—мѣсто посадъ Бирзула.

Я атаманство Малороссіи.

Я слѣдопытъ.

Мое атаманство о храмѣ святой Троицы.

Я основаніе города Карачова.

Я судья города Карачова.

Мои имѣнія и шкафы въ моихъ имѣніяхъ“.

На просьбу написать о своемъ могуществѣ, больной изобразилъ слѣдующее: „Я всемогущъ, сознаю о вѣчномъ, о правдѣ и о витаніи справедливости. Я слабъ о житіи св. Серафима. Могущество мое—двери земного шара, молчаливость, смерть. Законы земного шара и всего, что я вижу надо мной, вѣчное изображеніе другого лица, молча о своемъ существованіи есть молчаніе. Мои планы меньше дѣйствительной жизни, дѣйствительная жизнь и жизнь въ увеличенномъ видѣ. Я все цѣлюю своимъ существомъ человѣка, первенства и раздѣленія, мои планы первенство, такъ какъ они есть, острые и мягкіе, твердые, молча о своемъ существованіи, это всей дырой вселенной кромѣ человѣка и всего живого и неживого, которое не молчитъ. Мои планы союзные, острые, твердые, въ меньшему и не меньшему—кому остры и тверды. Мои планы нѣтъ и есть“. Свое величіе больной ежедневно проявляетъ, какъ громкимъ голосомъ, крича и браня всѣхъ и все, такъ издавая письменные приказы слѣдующимъ лицамъ: 1) министру внутреннихъ дѣлъ. „На Югѣ Россіи существуютъ разныя поселенія иностранцевъ, съ высоты моей фамиліи приказываю не существовать иностранцамъ на Югѣ; 2) Херсонскому губернатору: „въ Одесской психиатрической больницѣ состоялась духовно-нравственная печеристка Императора Р. Имперіи; 8) Епископу Мемнону „О евангеліяхъ“; 4) жандармскому полковнику, городскому головѣ, прокурору и прочимъ лицамъ разныя приказанія.

На вопросъ, сколько личностей чувствуетъ въ себѣ больной, полученъ отвѣтъ:

„Личность одну, естественный, правильный подборъ мужчинъ“.

Вопросъ: какихъ?

„Званіе дворянина“.

Вы Богъ?

„Да, я царь и Богъ, 4 евангелиста, въ началѣ бѣ слово и слово бѣ къ Богу и Богъ бѣ слово“.

Это къ вамъ относится?

„Да ко мнѣ“.

Какимъ образомъ царь, Богъ, великій князь Кавказскій, гетманъ Малороссіи, судья г. Карачова, основаніе г. Карачова соединяются въ одномъ вашемъ лицѣ?

„Личность одна дворянинъ, я старый замокъ, какъ святое житіе въ лицѣ императора“.

Сколько у васъ душъ?

„Если согласить о лицѣ лицо, одна душа, при мнѣ присутствуетъ крестьянинъ Поповъ, т. е. много душъ всѣхъ мѣщанъ и крестьянъ, я жизнь земнаго шара, 20 столѣтіе, весь земной шаръ 20 столѣтія о моемъ житіи“.

Душа у васъ одна?

„Душа одна, Духа святаго, иже отъ отца исходящаго“.

Можетъ быть вы сынъ Божій?

„О сущей Богородицѣ сынъ Божій“?

Вы Иисусъ Христосъ?

„Да, разновидность папы римскаго, я намѣстникъ Христа“.

Кромѣ идей величія, у больного существуютъ также идеи преслѣдованія, которыя онъ излагаетъ въ запискѣ слѣдующимъ образомъ:

„Насилія надо мной бѣднымъ творятся, евреи меня унижаютъ и оскорбляютъ, презираютъ потому, что я не еврей.... нѣсколько лѣтъ я нахожусь въ насиліи, оставаясь живъ послѣ насилій, угнетеній, оскорбленій, оплеваній и побитій. Почему я нахожусь въ психіатрической лѣчебницѣ, какъ душевно-больной? Меня дѣлаютъ какимъ то совершенно негоднымъ, никому не нужнымъ, опредѣляя меня, душа моя собачья, я собака ожетаевая, кому то для чего то нужно, на мнимость, ложь, дѣлаютъ меня, душу мою собакой, меня собакой; когда мнѣ нужно освободиться изъ психіатрической больницы, принимаютъ всѣ мѣры задержать меня, самое главное дѣлаютъ какое то насиліе надъ натурой, даже не похожее на раздраженіе, я начинаю браниться на кого попало, и на царя; меня могутъ убить, задушить, повѣсить,

застрѣлить, отравить... Меня дѣлають важнѣйшимъ сыщикомъ, ко мнѣ нельзя прикоснуться, я при важнѣйшихъ исполненіяхъ, повелитель всѣми, и священникъ церкви подчиняется мнѣ, мнѣ не выдають дѣйствительной обуви, мнѣ не выдають одежды“.

Больной говоритъ о своихъ врагахъ, объ электричествахъ, дѣйствующемъ на него въ стѣнахъ б-цы, онъ чувствуетъ, какъ отъ окружающихъ его душевно больныхъ ему передается злоба. Враговъ своихъ онъ называетъ такъ: „враждебныя мнѣ, ущербныя формы, законы и тоже, тоже о лицѣ лицо ущерба“. На него дѣйствуетъ электричество „смѣсю силъ природы стихій, положительная сила и отрицательная, электричество производитъ во мнѣ артеріальное и венозное движеніе“.

О воображеніи больного.

На вопросъ, имѣеть ли б-ой воображеніе, сказалъ: „да, имѣю“, но при воображеніи на заданныя темы, далъ слѣдующіе отвѣты:

„море—воображаю молчаливостью, о жизни сознаю себя вольнымъ“;

„лѣсъ—воображаю человѣкомъ“;

„человѣка—воображаю палкой. Все изображается другимъ и тишиною“;

„городъ—воображаю грудьми мужчинъ и женщинъ“;

„пожаръ—воображаю гніеніе, горѣніе, присутствіе заднепроходнаго, живого существа“;

„школу—воображаю тишину и смерть, яйца жизни“.

Такъ какъ б-ой умѣеть срисовывать окружающіе предметы, то его просили нарисовать что-нибудь изъ собственной фантазіи самостоятельно, и онъ изобразилъ нѣсколько прямыхъ линій и подписалъ: „фантазія, палки есть линіи, разнообразность свѣчей“.

Болѣе ничего не могъ нарисовать изъ собственной фантазіи. На слѣдующій день послѣ настоящей просьбы нарисовалъ кругъ съ нѣсколькими пересѣкающимися хордами и черточками на верху круга, и подписалъ: „фантазія въ психіатрической лечебницѣ на слободѣ Романовкѣ о стесненіи меня; 26 черточекъ и 19 черточекъ число дней мѣсяца,

двѣнадцать частей эллипсиса—двѣнадцать мѣсяцевъ. Все что есть мною написано, опредѣлять наличностью и не наличностью труда, а критиковъ гласности и печати критиковъ“.

Изъ дальнѣйшихъ рисунковъ б-го оказывается, что фантазія его имѣетъ свои особенности, въ ней можно замѣтить стереотипію, а также символизмъ, о которомъ будетъ сказано ниже. Стереотипія фантазіи заключается въ томъ, что б-ой въ одинъ и тотъ же день, напримѣръ, нарисовалъ 9 рисунковъ, которые не требовали отъ него напряженія ума, а представляли довольно простыя изображенія или, вѣрнѣе, повтореніе одного и того же импульса: ломаная, волнистая линія, кресты, сходящіяся въ центрѣ, одинаковые овалы, круги переплетающіеся, два лица (см. таблицу рисунковъ).

Рисунокъ, изображающій два лица, имѣетъ внизу подпись „дубъ и сѣченіе котлетъ“. Какимъ образомъ въ головѣ у б-го составилъ такой сюжетъ, трудно сказать, но этотъ рисунокъ и его обозначеніе отчасти можетъ объяснить отвѣты б-го на вопросы, какъ онъ что нибудь себѣ воображаетъ, напр. его отвѣтъ, что лѣсъ онъ воображаетъ человѣкомъ, человѣка палкой и пр. „все изображается другимъ“. Такъ и въ данномъ рисункѣ, дубъ онъ воображаетъ человѣкомъ смотрящимъ направо, а сѣченіе котлетъ человѣкомъ, смотрящимъ налѣво. Въ рисунокѣ двуликаго (Януса) сказалась обычная для б-ого стереотипія.

Отказываясь въ началѣ нарисовать что-нибудь изъ своей фантазіи, б-ой теперь каждый день исписываетъ цѣлыя тетради рисунками. Т. обр. стереотипія его проявляется какъ въ рисункахъ, такъ и въ самомъ желаніи рисовать ихъ, при этомъ онъ обязательно символизируетъ каждый рисунокъ: такъ, нарисовавъ пирамиду, (см. таблицу рисунковъ) окруженную нулями, онъ подписалъ „рисунокъ Маруса“; нарисовавъ букву S, оканчивающуюся двумя хвостиками, подписалъ: „рисунокъ. Воспитанникъ Одесскаго городского сиротскаго дома, что въ Ботаническомъ саду“. Соединивъ два S вмѣстѣ, подписалъ: „казарменная ѣда Одесской Городской психіатрической лечебницы, что на слободѣ Романовѣ и соусъ“.

Изобразивъ двѣ перекрещивающихся прямыхъ линіи съ 4 параллелограммами, подписалъ: „рисунокъ Плохая память“. Нарисовавъ три прямоугольника, заключающихся одинъ въ

другомъ, добавилъ: „рисунокъ. Гимназистка, дѣвочка, ученица вообще“. На рисунокъ, изображающемъ четырехугольники, соприкасающіеся однимъ угломъ, подписалъ: „золото, пожаръ“. Помѣстивъ два треугольника другъ противъ друга, подписалъ: „двоеточіе“. Изображая безчисленное количество рисунковъ подобнаго рода, б-ой послѣ каждаго рисунка помѣщалъ стихотвореніе на ту же тему. Въ этихъ стихахъ обнаруживалась также стереотипія, тотъ же наборъ словъ или повтореніе однихъ и тѣхъ же фразъ.

Стереотипія проявлялась и въ рисункахъ, исполненныхъ б-ымъ на заданныя ему темы. Такъ ему предложено было нарисовать домъ, и онъ дѣйствительно изобразилъ его съ огромнымъ количествомъ оконъ и подписалъ: „домъ означаетъ о наличности труда, существованіе оконъ, дверей и всего существованія“. На тему „садъ“ нарисовалъ два лица, окруженныхъ двумя вѣтвями, одно лицо человѣческое, другое лицо — животнаго. Лечебницу изобразилъ въ видѣ двухъ прямоугольниковъ, а душевно-больного въ видѣ квадрата съ надписью „душевно-больные многими рисунками“.

На тему царь нарисовалъ три угла и на просьбу объяснить рисунокъ, отвѣтилъ: „психологія царя, какъ легкость существованія, неприкосновенность. Связь угла и обозначаетъ царя“. Б-ой совершенно правильно скопировалъ нѣсколько рисунковъ изъ журнала „Нива“, но иногда при копированіи измѣнялъ рисунокъ, онъ могъ также срисовывать съ натуры. Изъ обзорѣнія всѣхъ его рисунковъ замѣчаемъ вообще стереотипію, символизмъ, правильное изображеніе нѣкоторыхъ предметовъ, копированіе по художеству превосходитъ его фантазію, т. е. *творческое воображеніе его слабо, извращено.*

Объ ассоціаціяхъ у больного.

Вопросъ: какихъ вы знаете животныхъ?

Отвѣтъ: „животныхъ, имѣющихъ отправление жизни задняго прохода“.

В.: назовите этихъ животныхъ.

О.: „съ самаго маленькаго животнаго, полужелтокрылаго вша, бациллы, бактеріи, микробы видные и не видные, простому зрѣнію, надъ всѣми царь птицъ орелъ, а животныхъ

не летающихъ левъ, суша, морскихъ—акула и китъ самыя крупныя“.

В.: какіе вы знаете цвѣты?

О.: „цвѣты неба—звѣзды, солнце, луну“.

В.: развѣ это цвѣты?

О.: „да цвѣты“.

В.: какіе вы знаете растенія?

О.: „Растеніе—трудъ, пирей, камышъ, камень, дубъ“:

В.: какихъ знаете насѣкомыхъ?

О.: „жуки, мухи, черви“.

В.: развѣ червякъ насѣкомое?

О.: „червякъ насѣкомое, имѣетъ насѣчки на своемъ существованіи“.

В.: какихъ знаете птицъ?

О.: „канарейку, воробей, сорокопутъ, орелъ, курица, утка, индюшка, гуси, голуби“.

В.: какіе знаете цвѣты?

О.: „розы, цинія, петунія, левкой, георгины, петушиный гребень, настурція“.

В.: почему же раньше при словѣ цвѣты вы говорили о небѣ?

О.: „такъ, должны быть цвѣты на небѣ, должны быть также какъ и на землѣ, лицо о лицѣ должны быть видны“.

В.: прошу васъ объяснить мнѣ выраженіе, которое вы часто употребляете, „лицо о лицѣ“.

О.: „лицо о лицѣ прежде всего человѣка, затѣмъ лицо о лицѣ набойна и слѣлать другую набойну, издѣліе одной формы, издѣліе другой такой же формы, законъ Символь-Вѣры о жизни, лицо о лицѣ—жизнь человѣческая“.

Ассоціаціи по слуху.

Предложивъ больному сказать, какія ассоціаціи появлялись при произнесеніи ему словъ, получили слѣдующіе отвѣты:

Августѣйшій—отвѣтъ: „первенство, полугласность“.

Аврора—„первенство, первенство“.

Автоматъ—„первенство, первенство“.

Автономія—„первенство, выкормленность“.

Авторъ—„первенство, твердость“.

Агентъ—„первенство, твердость“.

Акваріумъ—„первенство, твердость“.
 Аккомпанировать—„первенство, ненадежность“.
 Агрономія—„первенство, выкормленность“.
 Адвокатъ—„первенство, твердость“.
 Администраторъ—„первенство, твердость“.
 Адмираль „первенство, твердость“.
 Адресъ—„первенство, твердость“.

Такъ какъ больной стереотипно повторялъ одни и тѣже слова, то у него спрошено: что вы отвѣчали? и полученъ отвѣтъ: „отвѣчалъ въ своемъ сознаніи“.

О чѣмъ я у васъ спрашивалъ?
 „Отвѣчалъ сознаніемъ на вопросы“.

На другой день въ присутствіи д-ра Ш. больной далъ слѣдующіе отвѣты:

Венера—„форма, законъ“.
 Дерево—„дѣло, рожденіе“.
 Перо—„поцѣлуй, дыра, твердость“.
 Тетрадь—„ненадежность, положеніе“.
 Докторъ—„твердость, дѣло“.
 Адъ—„первенство, дѣло“.
 Домъ—„дѣло, полугласность“.
 Поцѣлуй—„поцѣлуй, твердость земли, зараженіе“.
 Конфекта—„красота, первенство“.
 Здѣсь также замѣтна стереотипія ассоціацій.

Относительно вообще *ассоціацій*, нужно сказать, что у больного онѣ находятся *въ довольно большомъ количествѣ и обусловлены его памятью*. Такъ, въ его запискахъ можно замѣтить, что цѣлые классы предметовъ у него ассоціированы довольно прочно; перечисляя, напр., штатъ прислуги, которая должна быть въ имѣніи его, онъ называетъ довольно много должностей; говоря о хозяйственныхъ постройкахъ, онъ также употребляетъ много названій; описывая больницу, онъ перечисляетъ медицинскій персональ и т. д. Въ этомъ отношеніи ассоціаціи его нисколько не отличаются отъ ассоціацій здороваго субъекта, но при перечисленіи ассоціацій по слуху, какъ мы видѣли, у б-го обнаруживается обычная для него стереотипія.

О символизмѣ у больного.

Больной иногда употребляетъ символы, понятные только ему одному, но по просьбѣ онъ охотно объясняетъ ихъ. Такъ, напр., онъ нацарапалъ на предплечіи двѣ буквы, точку и тирѣ:

С. О.—

При этомъ объяснилъ, что буква С обозначаетъ слово „сыщица“; буква О.— „дыра, женскій, дѣтородный органъ“, а точка и тире обозначаютъ телеграфные знаки. Въ общемъ же все это обозначаетъ его „гербъ“. Въ частности буква О обозначаетъ его бабушку Ольгу, а также „яму—житія считаю унижительной“.

Второй символъ больной представилъ въ слѣдующемъ видѣ: (см. таблицу рисунковъ).

„Кто—кто—яло——“.

? .

Этотъ символъ онъ объяснилъ такъ:

- „1) кто—промыселъ;
- 2) кто—меньшая сила промысла;
- 3) кто—разновидность зла, пресѣченіе;
- 4) яло—не о лицѣ подобіе Бога;
- 5 и 6)  то— то—молитва къ Богу и смерть человѣка;
- 7) вопросительные знаки—знаки чести. Честь опредѣляется временно, монополіей, шкваликомъ. Считаю монополию казенной своей собственностью“.

Третій символъ, надпись на стѣнѣ, слѣдующій: „насиленные настроенія по отношенію Малыты, Скуратова и Бориса Годунова“. Для объясненія сказалъ: „исторію смотрите, такъ прямо, какъ есть лицо о лицѣ, я опредѣлил свою невмѣняемость“.

Четвертый символъ заключаетъ множественное опредѣленіе его личности, начертанное на стѣнахъ больницы въ видѣ слѣдующихъ изрѣченій:

„а) сынъ юродивый“. Объясненіе, данное на словахъ слѣдующее: „дѣло за М..... губернатору объ избраніи мною, русскимъ императоромъ, юродиваго имѣнія Захариади“.

б) „Сынъ не—на“.—„Перечистка государя императора и „матери его“.

с) „Сынъ Красенко“.—Перечистка меня и графа Шувалова о гербѣ льва“:

д) „Сынъ Шувалова“.—„Обозначаетъ наличность дѣлъ моихъ“.

е) „Прошу не давать писать на землѣ“.

„Нахожусь подъ настроеніемъ, не могу писать, насильственное настроеніе“.

ф) „Я сумасшедшій“.—„О молитвѣ нѣмцевъ въ Россіи“.

г) „Молчаніе“.—„Отнятіе насилія, я живу какою то странною жизнью. Я живу въ Россіи для очистки всякаго смуты“.

Всѣ эти символы опредѣляютъ личность б-ого. Символизмъ играетъ значительную роль въ мышленіи б-ого, воображеніи, въ разговорахъ и, вообще, во всей его жизни. Часто онъ самъ заводитъ бесѣду о знакахъ и обращаетъ на нихъ вниманіе врача.

Имѣя нѣсколько рубцовъ на тѣлѣ; онъ считаетъ ихъ знаками своего „святого житія“.

Указывая на шрамъ на пальцѣ и шрамъ на плечѣ и сгибая руку такъ, что одинъ рубецъ находится противъ другого, онъ видитъ въ этомъ указаніе на свое пребываніе въ психиатрической больницѣ: „это моя цѣль, мое личное я, жизнь больницы“.

Что касается своего герба, то онъ даетъ ему и другое объясненіе:

С. О.—

С. обозначаетъ „Святой, сумасшедшій“.

О. „женскій членъ“.

. „Точка“.

— „Собацій стултусъ“.

При объясненіяхъ герба, въ которомъ заключаются половыя особенности, онъ заканчиваетъ просьбой: „прошу не уступая собакамъ имѣть слученіе съ женщиной съ цѣлью осѣменѣнія“. Изобразивъ печатныя буквы русской азбуки, и подписавъ „въ русской азбукѣ тридцать пять буквъ“ б-ой на верху ея помѣстилъ слѣдующую надпись: „Весьма важно.

Правая рука Литовско-Польскаго короля, Польскаго царя, по психологіи, какъ соль“, и далѣе стихотвореніе:

„О чемъ шумите вы народныя вѣти, зачѣмъ анаемой грозите вы Россіи“.

Лермонтовъ.

На просьбу дать объясненіе всему этому, сказалъ: „это на мотивъ Лермонтова, это все на вопросъ земного шара, на сколько проклята Россія, о литературѣ земного шара“.

Подписавъ свою фамилію подъ азбукой, 6-ой долженъ былъ сдѣлать переносъ буквъ; на мѣстѣ тире онъ поставилъ звѣздочку и внизу подписалъ: „весьма важно. Перенесеніе мощей Николая Мирликійскаго Чудотворца“.

На вопросъ, почему перенесеніе отнесъ къ Николаю Чудотворцу, сказалъ: „перенесеніе буквъ обозначаетъ приобщеніе таинствъ въ храмѣ, изъ чаши приобщеніе тѣла Христова“. На вопросъ, почему обозначилъ психологію, какъ соль, сказалъ: „самое меньше о проявленіи благоволенія, промисла, святая соль“.

Символизмъ больного сказывается также въ объясненіи имъ того, что онъ каждый день воспринимаетъ, напр., онъ видитъ на стѣнѣ написанную другимъ больнымъ фразу: „2-й сотни здѣсь былъ казакъ Донскаго полка Констант. Ив.“. По этому поводу нашъ пациентъ подаетъ слѣдующее письменное заявленіе: „эта надпись означаетъ двадцать шестой номеръ, мой 26 номеръ въ Одесскомъ городскомъ сиротскомъ домѣ, что въ Ботаническомъ саду; 2-й—я былъ Поповъ II-й. Начать считать сначала написанное на стѣнѣ отдѣльно цифру и буквы—двадцать шесть—мой номеръ, просчитавъ 26 получается остановка на буквѣ Н въ словѣ Донскаго; буква Н означаетъ слово собственнаго имени Николай, начало цифры 2-й означаетъ Николай II-й Императоръ и Самодержецъ Всероссійскій. Мой номеръ въ Одесскомъ городскомъ сиротскомъ домѣ 26 означаетъ 26 лѣтъ царствованія Императора Александра II. Буква двадцать шестая Н означаетъ написанное мною сочиненіе „нѣтъ“, врученное въ ноябрѣ мѣсяцѣ служителю Н. и существованіе такого поведенія русскаго царства—вызовъ русскаго царя Бориса Годунова: Бори(са) Году(нова). Бори—борьба, са.—сокращенное

сажа, Годунова=году-нова". Умъ б-ого имѣетъ наклонность къ своеобразному объясненію всякихъ знаковъ.

О настроеніи больного.

О своемъ настроеніи б-ой написалъ слѣдующее: „я настроенъ всегда отдѣльно, надо мной все не олицѣ моей дыры, моего храма, кромѣ людей такихъ же, какъ и я.

Настроеніе мое молчать, я настроенъ жизнью движенія моего артеріальнаго и венознаго, и міръ настроенъ обо мнѣ, о моемъ настроеніи своимъ настроеніемъ. Настроеніе мое оставить жизни сѣмена, своего законнаго права, своего осѣменѣнія, я удовлетворенъ, дѣльное плодовое рожденіе жизни“.

О памяти больного.

На просьбу написать что либо о своей памяти, б-ой представилъ слѣдующее: „моя память—я себя помню. Дѣтство—я проснулся въ саду—цвѣтущемъ деревьями—и резеда цвѣтущая.—Моя память—вода—переездъ черезъ воду—въ повозкѣ—семействомъ, моя память—остановка въ лѣсу—семействомъ—перебираясь куда то откуда то изъ экономіи въ экономію. Моя память—имѣніе Сергѣя Ивановича Гаюса-Маркова; моя память—будочникомъ жизнь—помню—моя память пастухомъ жизнь, моя память—коленіе шпаль на щепки, моя память—постройка моста на желѣзной дорогѣ, моя память—поступленіе въ сиротскій домъ,—окончаніе сиротскаго дома, моя память—не выдержалъ экзамена въ учительской семинаріи,—моя память—поѣздка въ городъ Херсонъ, второй разъ,—поступленіе въ фельдшерскую школу,—оставленіе фельдшерской школы съ перваго класса—моя память—парканскіе хутора—тираспольского уѣзда,—вся жизнь происходитъ въ Херсонской губерніи. Моя память какъ увѣженіе и аромать цвѣтовъ, перемѣшана грязью, воровствомъ, безпріютностью, битье меня и я бьющій другихъ. Я въ сумасшедшемъ домѣ, сумасшедшій, въ городѣ Одессѣ, что на слободѣ Романовѣ. 12 іюля 1908 г. Дворянинъ В. Д. Поповъ“.

О сознаніи и самосознаніи больного.

На просьбу написать что-либо о сознаніи и самосознаніи своемъ, б-ой изобразилъ слѣдующее: „мое сознаніе тишина,—какъ и всѣхъ сознаніе. Сознаніе находится со мной, какъ плугъ находится съ землей. Знаніе мое—я окончилъ нѣшнее учебное заведеніе, шестиклассное образовательное училище, при Одесскомъ городскомъ сиротскомъ домѣ, что въ ботаническомъ саду,—выпускъ 1894 года,—поведеніе пять минутъ за то, что поймалъ крадущихъ ѣду, и другое поведеніе учительскаго педагогическаго совѣта и остальной службы сиротскаго дома, то есть сиротскій домъ пять минутъ поведеніе поставилъ самъ себѣ, а не мнѣ. Я ученикъ слабый, считаю себя ко всѣмъ, я яма, въ которую бы не свалился кто, спорящій со мной о годности жизни и о научности средняго и высшаго учебнаго воспитанія. Какъ ученикъ сиротскаго дома я жизнь свою сознаю переходомъ изъ перваго во второй классъ перешолъ—каникулы. Ученикамъ сиротскаго дома, которые имѣютъ поступать въ среднія учебныя заведенія—каникулы—поступать и третій, четвертый классъ каникулы, перешелъ годность и знаніе, какъ два года въ одномъ классѣ, больше у меня силы остальныхъ классовъ сиротскаго дома, какъ крошки и соль на столѣ. Самосознаніе мое отдѣльное житіе—одного на земномъ шарѣ, чести императора. 12 іюля 1908 г. Дворянинъ В. Д. Поповъ“. На вопросъ, сознательнъ ли б-ой, онъ отвѣтилъ: „сознательный, слабый, сознаніе у меня отличное, я всегда себя сознаю, что если я считаю себя слабымъ, то по отношеніи меня можно не признавать себя слабымъ“.

Вопросъ: у васъ есть самосознаніе?

Отвѣтъ: „да, самого себя“.

В.: Какъ вы себя признаете?

О.: „дворянинъ, защита Россіи“.

Въ другой разъ на вопросъ, какъ признаетъ самого себя, отвѣтилъ: „самого себя сознаю совершенно здоровымъ, подчиняюсь общему закону перемѣнъ, сознаю держать лицо о лицѣ самого себя“.

О разсужденіи больного.

Примѣромъ разсужденія б-ого можетъ служить толкованіе имъ какихъ-нибудь словъ. Напр., онъ потребовалъ, чтобы было записано объясненіе фамиліи „Каульбарсъ“ такимъ образомъ: „ка—утка; уль—смерть, человекъ, неблагонадежность; барсъ—животное изъ поэмы Лермонтова“. Относительно фамиліи надзирателя Лемпицкаго, котораго онъ называетъ Олимпицкій, представилъ слѣдующее письменное разсужденіе: „поведеніе всѣмъ словамъ опредѣляетъ одинъ за всѣхъ надзиратель Олимпицкій: Олимпъ—гора, на которой проживали греческіе боги; ицки евреи; опредѣляетъ вся суть то, чтобы не существовали евреи. Особенное значеніе о существованіи евреевъ; ицъ—неправильное опредѣленіе родительнаго падежа множественнаго числа ицки—ицъ; и означаетъ союзъ, ц—небо означаетъ пониженіе и повышеніе—неба горизонтъ; кій означаетъ кій—пониженіе и повышеніе кія во время билліардной игры. 21 іюля 1908 г. Дворянинъ В. Д. Поповъ“.

Фамилію „Дрозднесъ“ разлагая, повидимому, на части, опредѣляетъ такъ „дѣло твердость, дѣло розъ, дѣло несъ“ „Д(роз) д(несъ)“.

Это разсужденіе больного при опредѣленіи какого-нибудь слова, представившагося ему случайно. Но у него замѣчается еще слѣдующее явленіе: постепенное измѣненіе какой-нибудь мысли. Напр. относя къ себѣ часть фразы, заключающей слова „Бориса Годунова“, о которой онъ часто говорилъ раньше, б-ой однажды заявилъ; что „Бориса Годунова“ означаетъ слѣдующее: „бори—борьба отъ слова бороться, а са—первый слогъ отъ слова сажа и потому необходимо говорить—Бори—сажа Годунова“.

Т. обр. изъ двухъ словъ получилось три съ совершенно другимъ значеніемъ, а въ дальнѣйшемъ еще новое измѣненіе смысла при разложеніи Годунова на два слова: годъ и новый. Больной часто разсуждаетъ въ этомъ духѣ и свои мысли излагаетъ на бумагѣ. Голова его работаетъ довольно много: онъ пишетъ стихи, повѣсти, приказы, разсужденія и срисовываетъ картины. Толчкомъ для его мысли является всякій видимый предметъ, всякое слово, попадающее ему на глаза. Во всемъ онъ видитъ *скрытый смыслъ*, который и старается *выяснить*. Какъ идетъ его мысль?

Вращается она на небольшомъ кругѣ предметовъ, матеріаломъ ея являются событія изъ прошлой жизни б-ого, его обрывки прежнихъ знаній, а спеціальная окраска мыслямъ придается его преобладающимъ бредомъ. Онъ, собственно, разсуждаетъ о нѣсколькихъ излюбленныхъ своихъ темахъ и, читая ежедневно его рукописи, можно понять, что онъ хочетъ сказать, тогда какъ человѣку, незнающему его, многое изъ его разсужденій покажется совершенно не понятнымъ, тѣмъ болѣе, что его *слогъ* особенный, и онъ употребляетъ много непонятныхъ словъ.

Слѣдующія мысли наиболѣе занимаютъ б-ого: 1) онъ не понимаетъ, почему онъ находится въ психіатрической б-цѣ. Онъ дворянинъ, защита Россіи, и пр. пр. какое то отношеніе къ нему имѣетъ царь, который заставляетъ его быть въ б-цѣ; 2) ему необходимо соответствующее помѣщеніе изъ 4 комнатъ съ 2 служителями, чтобы онъ могъ читать, писать и заниматься вообще; 3) онъ подвергается различнымъ преслѣдованіемъ; 4) себя считаетъ великимъ человѣкомъ, святого житія, потомкомъ Бориса Годунова и пр.; 5) испытываетъ насильственное настроеніе.

О чувствахъ больного.

На вопросъ, какія испытываетъ чувства, б-ой отвѣтилъ: „чувства? сознаніе существованія, т. е. преимущественно желаю писать, учиться иностраннымъ языкамъ, рисовать.

В.: вы испытываете радость?

О.: „равнодушенъ къ радости“.

В.: испытываете печаль?

О.: „печальный вообще“.

В.: тоску?

О.: „тоска сознаетъ бездѣліе палача современной жизни“.

В.: испытываете любовь?

О.: „любовь?—ѣду сознаю любовь“.

В.: вы любите, значить, поѣсть?

О.: „да, только люблю ѣсть“.

В.: испытываете злостъ?

О.: „злостъ зараженъ“.

В.: вы сердиты?

О.: „о нѣтъ, но есть какая то сила, которая противъ натуры влечетъ, заставляетъ вести себя“.

Жестокость больного проявилась въ особенности въ томъ, что онъ ночью набросился на служителя спящаго, и разрубилъ ему голову желѣзной палкой отъ кровати; послѣдствіемъ этого удара была со временемъ смерть этого служителя. Въ настоящее время б-ой издаетъ приказы, въ которыхъ онъ при-суждаетъ къ смертной казни всѣхъ служащихъ б-цы и даже всѣхъ душевно-больныхъ за неосвобожденіе его отсюда. Онъ напоминаетъ распоряженіе своего прототипа Баварскаго короля Людвига II, который издалъ приказъ: „выколоть членамъ комиссіи глаза и содрать шкуру живьемъ“ ¹⁾).

Галлюцинацій у б-го, поовидимому, нѣтъ, но иллюзіи есть; эти послѣднія относятся исключительно къ половому чувству, а также обонянію. Онъ почти всегда говоритъ о coitus'ѣ, о запахахъ, которые ощущаетъ. О половой жизни своей онъ подалъ записку, въ которой написалъ, что у него очень рано проявилось половое чувство, и онъ имѣлъ сношеніе съ дѣвочками Sine ejaculatione, онъ также имѣлъ сношеніе съ животными, собаками. Въ отрочествѣ днемъ и ночью занимался онанизмомъ. Относительно половыхъ иллюзій, пишеть слѣдующее: „мнѣ передаютъ ощущеніе въ задній проходъ coitus'a, какое то ощущеніе“. Часто занимается она-низмомъ, послѣ чего испытываетъ раздраженіе, которое онъ называетъ насильственнымъ настроеніемъ. Слышитъ иногда, какъ сосѣдъ угрожаетъ ему coitus'омъ *per anus*.

Сопоставляя результатъ изслѣдованія всѣхъ сторонъ душевной жизни больного, мы находимъ слѣдующее: память б-ого, повидимому, безъ особыхъ измѣненій, онъ многое помнитъ изъ прошлой жизни; его перцепція можетъ быть названа правильной: онъ воспринимаетъ, какъ и здоровый, вѣроятно, въ зависимости оттого, что у него именно сохранилась память.

¹⁾ Проф. Ковалевскій. Психіатрическіе эскизы. 1897—42.

Все, что дается ему извне, и не требует съ его стороны особой умственной работы, совершается такъ же, какъ и у здороваго субъекта, но лишь только начинаетъ работать его умъ, когда онъ начинаетъ разсуждать, сейчасъ же обнаруживается слабость, убожество его мышленія. Начиная съ его стихотвореній и кончая послѣднимъ разсужденіемъ, вездѣ обнаруживается слабость его умственной дѣятельности, онъ не умѣетъ правильно разсуждать. Это неправильное разсужденіе сказывается прежде всего на понятіи о собственной личности. Сохраняя основное ядро ея благодаря памяти, онъ вслѣдствіе неправильнаго разсужденія приписываетъ себѣ такія качества, которыхъ въ сущности не имѣетъ, но онъ совершенно сознателенъ. Итакъ, изъ всего анализа психическаго состоянія мы заключаемъ о разстройствѣ у б-ого способности правильно мыслить и правильно умоваключать, хотя онъ правильно все воспринимаетъ. У б-ого *ослаблена способность мыслящая, т. е. разсудокъ*.

По мнѣнію *Канта* разсудокъ есть способность сужденія, способность мышленія. Мышленіе есть познаніе черезъ понятія. *Кантъ* разсуждаетъ слѣдующимъ образомъ: „самодѣятельность нашего мышленія требуетъ синтеза, а синтезъ есть результатъ воображенія“ ¹⁾.

Слѣдовательно, при мышленіи субъекта играетъ огромную роль воображеніе. У нашего б-ого, какъ мы видѣли воображеніе разстроено въ высокой степени. О чемъ бы онъ ни началъ разсуждать, сейчасъ же видно измѣненіе этой драгоценной способности, присутствіе которой, какъ говоритъ *Кантъ*, люди часто совершенно не сознаютъ въ себѣ.

Констатируя измѣненіе умственной дѣятельности, мы заключаемъ о разстройствѣ ея и по его волевымъ проявленіямъ, которыя сказываются, напр., въ характерѣ письма. Въ раз-

¹⁾ *Кантъ*. Критика чистаго разума. Р. II. 1902 г. 87—93.

сужденіяхъ б-ого, въ его стихахъ часто обнаруживается стереотипія. Въ особенности стереотипія сказалась въ его стихотвореніи „пробужденіе отъ сна“ (см. табл. рис.). Написавъ сразу 5 тысячъ стиховъ, онъ стереотипно повторялъ въ нихъ нѣсколько одинаковыхъ словъ. Его волевое проявленіе служило отраженіемъ ума въ данную минуту. *Автоматичность воли зависѣла отъ автоматичности мышленія.*

Болѣзнь является экспериментомъ, который природа сама устраиваетъ надъ человѣкомъ и даетъ возможность наблюдателямъ проникнуть въ тайники человѣческой души. Рѣчь, которая служить внѣшнимъ выраженіемъ процессовъ мысли, только благодаря болѣзни (афазія) могла быть подвергнута анализу. Душевные болѣзни, касающіяся внутренней стороны психической жизни, должны способствовать выясненію механизма душевной дѣятельности. Всегда является вопросъ, какимъ же образомъ можно понять и объяснить душевное состояніе больного. Для этого мы должны глубоко проникнуть въ психическую дѣятельность паціента, чтобы понять тѣ законы, которымъ подчиняется душевное заболѣваніе. Объяснить душевную болѣзнь чрезвычайно трудно, вотъ почему въ учебникахъ мы имѣемъ большею частью описаніе душевныхъ болѣзней, тогда какъ объясненіе ихъ обыкновенно не дается, а представляется каждому составлять на этотъ счетъ собственное мнѣніе. Въ самые послѣдніе годы однако въ психіатрической литературѣ можно отмѣтить стремленіе психіатровъ къ психоанализу душевныхъ заболѣваній. На первомъ планѣ въ э томъ отношеніи стоятъ работы *Freud'a*, старающагося ввести свой методъ изслѣдованія б-ого, благодаря которому можно объяснить причину душевнаго расстройства и даже благодаря этому методу и оказать терапевтическое воздѣйствіе на болѣзнь. Методъ этотъ заключается въ томъ, что путемъ ряда вопросовъ, задаваемыхъ больному, врачъ знакомится съ состояніемъ, предшествовавшимъ заболѣванію, открываетъ тѣ идеи, которыя послужили исходной точкой душевнаго заболѣванія, и нахо-

доть, т. сказать, ключъ душевнаго разстройства. Методъ этотъ не всегда даетъ положительные результаты, иногда совершенно не удается добиться какихъ-либо результатовъ, и его можно примѣнить только по отношенію къ извѣстному роду душевныхъ болѣзней.

Если нельзя бываетъ рѣшить вопроса, какъ и почему началось душевное заболѣваніе, то мы всетаки обязаны подвергнуть анализу тѣ данныя, которыя получили и разсмотрѣть законы, которымъ подчиняется психическая жизнь душевно-больнаго. Всѣ психическіе процессы у него мы должны сравнить съ процессами нормальнаго, здороваго человѣка и посмотреть, въ чемъ же заключается разница. Какое измѣненіе претерпѣли нормальныя функціи мозга, чтобы дать патологическую реакцію. Чтобы отвѣтить на эти вопросы, необходимо призвать на помощь психологію и философію.

Въ чемъ будетъ заключаться, собственно, объясненіе душевнаго разстройства. Для этого необходимо отыскать въ психической дѣятельности больнаго такія отклоненія отъ нормы, которыя бы сдѣлали намъ понятными происшедшія измѣненія. Если взять примѣръ изъ обычной жизни, то при порчѣ какой-нибудь машины, мы объясняемъ себѣ эту порчу тѣмъ, что какой-либо винтъ или колесо испорчены, а потому и произошло разстройство. Эту аналогію отчасти можно распространить и на человѣческій мозгъ, который знаменитый фізіологъ *Стъченовъ*¹⁾ назвалъ самой причудливой въ мірѣ машиной, и психическіе процессы, какъ напр. произвольныя движенія, страшно запутанными явленіями. Сравненіе мозга съ машиной въ особенности выступаетъ при объясненіи нервныхъ заболѣваній, когда страдаютъ извѣстныя области мозга, представляющія своеобразные механизмы, порча которыхъ и локализація опредѣляются съ большою точностью. Но не такъ

¹⁾ *Стъченовъ*. Психологическіе этюды. Рефлексы головного мозга. 1873 г.

легко обстоит дѣло съ психическими локализаціями, и хотя говорятъ также о механизмѣ душевной дѣятельности, но этимъ хотятъ только выразить мысль, что и душевная дѣятельность также должна заключаться во взаимной зависимости психическихъ процессовъ, протекающихъ опредѣленнымъ, одинаковымъ образомъ при извѣстныхъ условіяхъ.

Если бы намъ удалось доказать, что психическіе процессы у больного носятъ механическій или какъ выражаются автоматическій характеръ, то этимъ мы значительно разъяснили бы себѣ картину болѣзни, понявъ, что высшая дѣятельность, характеризующаяся произвольнымъ характеромъ психическихъ процессовъ, отсутствуетъ у больного; въ этомъ же послѣднемъ случаѣ, когда мозгъ работаетъ предоставленный самому себѣ, онъ можетъ дать такія проявленія, которыя не заключаютъ въ себѣ дѣятельности разума или ума, а будутъ представляться совершенно безумными, неразумными, бессмысленными, Является всегда вопросъ, не представляется ли душевное заболѣваніе таковымъ, что теряются ранѣе высшія функціи, а потомъ уже нисшія. Можно утвердительно отвѣтить на этотъ вопросъ: высшія функціи, какъ болѣе сложныя, теряются раньше, чѣмъ нисшія. Относительно болѣзней памяти ¹⁾ имѣются наблюденія, что забываются событія приобрѣтенная позже, при амнестической афазіи теряются ранѣе существительныя, чѣмъ глаголы, ранѣе абстрактныя, чѣмъ конкретныя понятія. Относительно воображенія извѣстно, что эта сложнѣйшая функція мозга разстраивается при душевныхъ болѣзняхъ.

Умозаключеніе больного можетъ совершаться только относительно простыхъ явленій, болѣе же сложные процессы совершаются съ трудомъ или даже совсѣмъ невозможны.

¹⁾ Ribot. Болѣзни памяти. Р. II.

Самосознаніе теряется ранѣе сознанія, которое, какъ доказалъ еще *Гегель* ¹⁾, есть высшая ступень самосознанія.

Личность измѣняется такимъ образомъ, что исчезаютъ ея высшіе ингредиенты, а остаются высшіе. Все это наблюдается у нашего б-ого. Такъ какъ у него значительно измѣнена личность, то остановимся болѣе подробно на этомъ обстоятельствѣ. У б-ого существуетъ два міра, среди которыхъ онъ живетъ: міръ дѣйствительности и міръ его выдумокъ. Въ первомъ случаѣ онъ совершенно правильно ориентированъ, онъ знаетъ, кто онъ таковъ, гдѣ находится, гдѣ былъ раньше, кто его училъ и т. д. Все это у него основано на памяти, которая при сравненіи съ памятью здороваго человѣка, не кажется особенно измѣненной, можетъ быть, немного ослабленной. Формальное сознаніе его сохранено: онъ отдаетъ себѣ отчетъ во всѣхъ внѣшнихъ событіяхъ, и окружающихъ его лицахъ; онъ знаетъ, что находится въ психіатрической больницѣ, его окружаютъ сумасшедшіе, каждый день онъ бесѣдуетъ съ д-ромъ и пр.

Воспріятіе его правильно: онъ читаетъ, пишетъ, рисуетъ, срисовываетъ, исполняетъ приказанія, самъ предъявляетъ требованіе и пр. Второй міръ, среди котораго живетъ б-ой, есть имъ самимъ созданный, который получился вслѣдствіе дальнѣйшаго неправильнаго толкованія всего, что его окружаетъ. Но всему тому, что онъ знаетъ и помнитъ, онъ присочинилъ много другого. Прежде всего онъ расширилъ собственное я: въ прежней личности прибавилъ новыя. Въ своей личности, т. е., скорѣе въ собственномъ названіи, онъ ориентированъ правильно, онъ совершенно точно, стереотипно подписывается подъ каждымъ стихотвореніемъ, подъ каждымъ нарисованнымъ имъ рисункомъ: „дворянинъ В. Д. Поповъ“ и никогда не подпишется иначе; вмѣстѣ съ тѣмъ, какъ мы перечислили,

¹⁾ *Hegel*. См. Куно-Фишера. Гегель. Р. П. 1901 г.

онъ имѣетъ идеи величія, видитъ въ себѣ олицетвореніе многихъ личностей, начиная отъ Бога и кончая судьей г. Карачова. Его собственная личность, повидимому, признается имъ наиболѣе существенной, такъ какъ ея онъ держится постоянно, тогда какъ остальные опредѣленія проскальзываютъ въ его запискахъ, его поведеніи, или же онъ даетъ ихъ, когда ему предлагаютъ вопросъ по поводу этого.

Спрашивается, какимъ образомъ необходимо объяснить себѣ такое множество личностей, соединенныхъ больнымъ въ собственной персонѣ. У параноиковъ, какъ извѣстно существуетъ трансформация личности, происходящая на почвѣ истолкованія ими переживаемыхъ событій. Считая себя преслѣдуемыми, слыша голоса и пр., параноики въ концѣ концовъ приходятъ къ заключенію, что ихъ преслѣдуютъ потому, что ихъ желаютъ извести, они принадлежатъ къ знатнымъ людямъ и т. д. они считаютъ себя царями, королями и пр. Получается извѣстная система бреда. У нашего б-ого идеи величія зависятъ, наоборотъ, отъ недостатка критическаго отношенія къ себѣ, отъ слабоумія. Его величіе лишено извѣстной системы: онъ Богъ и старшинство столоначальниковъ, онъ судья и слѣдопытъ, онъ начальникъ офицеровъ, у него имѣнія и шкафы въ этихъ имѣніяхъ, онъ основаніе г. Карачова, цари и короли служили у него дворниками.

Здѣсь умѣстно коснуться вопроса о личности вообще и ея патологическихъ измѣненій, основъ личности и причинъ уклоненія личности у нашего б-ого.

По *Тэню* ¹⁾ „я есть рядъ событій и послѣдовательныхъ состояній, ощущеній, образовъ, понятій, воспріятій, воспоминаній, волненій, желаній, связанныхъ между собою, вызванныхъ измѣненіями тѣла“. Оно есть экстрактъ внутреннихъ событій, мыслимый составъ, элементы котораго могутъ пор-

¹⁾ *Тэнъ*. Объ умѣ и познаніи 343—Р. II. 1894 г.

таться, и тогда окончательное произведеніе выходитъ уродливымъ.

Ribot ¹⁾, рассматривая органическія, аффективныя и интеллектуальныя условія личности приходитъ къ заключенію, что личность есть результатъ двухъ основныхъ факторовъ: устройства тѣла съ выражающими его стремленіями и чувствами и памяти.

Кантъ ²⁾ опредѣляетъ личность, какъ то „что сознаетъ количественное тождество себя самого въ различное время“.

На основаніи изученія душевно-больныхъ можно притти къ заключенію, что однимъ изъ самыхъ главныхъ факторовъ личности является воображеніе въ томъ смыслѣ, какой придавалъ ему *Кантъ*, а именно не только въ смыслѣ репродуктивной способности, но и продуктивной. Чувство, воображеніе и апперцепція, по мнѣнію *Канта*, есть три субъективныхъ способности познанія. Воображеніе слѣпая, хотя и необходимая функція души, которую мы очень рѣдко сознаемъ и безъ которой мы не имѣли бы никакого познанія. Это есть синтетическая способность“.

„Основная способность человѣческой души, лежащая въ основѣ всякаго познанія а priori, она составляетъ связующее звѣно между чувственностью и разумомъ. Общій чувствительный міръ, являющійся сознанію какъ данный, данъ ему черезъ силу воображенія. Репродуктивное и интеллектуальное воображеніе обусловливаютъ чистое сознаніе. Единство апперцепціи (я) по отношенію къ синтезу силы воображенія есть разумокъ. Вѣдь, неизмѣнно остающееся я (чистой апперцепціи) составляетъ коррелятъ всѣхъ нашихъ представленій ³⁾“. Несомнѣнно, что у нашего больного существуетъ

¹⁾ *Ribot*. Болѣзни личности. Р. П. 1886. г.

²⁾ *Кантъ*. Критика чистаго разума. Р. П. 1902 г.

³⁾ *Кантъ* Куно-Фишера. Исторія новой философіи. Р. П. 425—1901 г.

это „я“, которое является выраженіемъ единства его аперцепціи, т. е. тождества, испытываемыхъ имъ сознаній; это свое тождество онъ постоянно выражаетъ какъ словомъ „я“, такъ и своей подписью, которую онъ охотно помѣщаетъ подъ каждымъ стихотвореніемъ, рисункомъ, каждой строкой, написанной имъ. Можно сказать, что понятіе о своемъ „я“ у него существуетъ постоянно, не только его не покидаетъ, но безпрестанно заявляетъ ему о себѣ. Физиологическая основа его личности безъ измѣненій; его чувства дѣйствуютъ правильно: онъ видитъ, слышитъ, обоняетъ, осязаетъ, какъ здоровый. Въ этомъ можно было быть увѣреннымъ и раньше, такъ какъ указаній на разстройство чувствъ не было. Онъ говоритъ „я усталъ, я хочу ѣсть, писать, мнѣ нужна комната и пр“. У него нѣтъ разстройствъ физиологическихъ, которыя бы служили причиной измѣненія его личности.

Что касается аффективныхъ основъ личности, то въ его отвѣтахъ можно найти нѣкоторые указанія на измѣненія его аффективной стороны: онъ заявилъ, что онъ вообще печаленъ, равнодушенъ къ радости, испытываетъ только удовольствіе ѣды, бываетъ злобенъ, испытываетъ нѣкоторое чувство принужденія „насильственное“ настроеніе по его выраженію.

Всѣ эти измѣненія его аффективной стороны однако не настолько выражены, чтобы имъ приписать измѣненія его личности, хотя несомнѣнно они должны вліять на его *настроеніе*, которое иногда даетъ большія *колебанія* въ смыслѣ злобнаго самочувствія. Но и это измѣненіе его аффективной стороны также не вліяетъ на измѣненіе его личности; замѣчая свое настроеніе, онъ однако не можетъ объяснить его, онъ только удивляется своему самочувствію, оно не старается истолковать своего настроенія. Такимъ образомъ, и со стороны аффективной мы не можемъ найти данныхъ для объясненія его многообразной личности. Итакъ, остается обратиться къ его интеллектуальной сторонѣ и поискать въ ней объясненія, если только оно возможно. Не есть ли весь его

бредъ о своей личности результатъ неправильнаго его умозаключенія. Если мы это докажемъ, тогда намъ необходимо рассмотретьъ, почему же это заключеніе неправильно.

Что такое умозаключеніе и какой способности ума оно обязано?

Въ „психологіи умозаключенія“ *Binet*¹⁾ находимъ точное указаніе на то, что „самые простѣйшіе выводы, какъ и самыя высокія обобщенія происходятъ отъ сліянія и группированія образовъ“. Короче сказать, воображеніе при умозаключеніи играетъ самую важную роль. Отсюда прямой выводъ, который мы дѣлаемъ, а именно: если *разстроено воображеніе, умозаключеніе будетъ неправильно*, мало того, вся психическая жизнь будетъ отличаться отъ нормальной во всѣхъ отношеніяхъ. Изъ отвѣтовъ больного можно было убѣдиться въ томъ, насколько у него разстроено воображеніе. Это обстоятельство играетъ огромную роль въ измѣненіи его личности. Не будучи въ состояніи правильно воображать, онъ также не въ состояніи и представить, вообразить того, что онъ самъ говоритъ о себѣ, и не можетъ исправить своего неправильнаго умозаключенія. Тѣмъ не менѣе, хотя у б-ого разстроено воображеніе, его умъ продолжаетъ свою работу, но она является въ высшей степени странной. Способность памяти, наличность ассоціативной дѣятельности у б-ого существуетъ, способность выражать свои мысли словами также сохранилась, и вотъ мы наблюдаемъ, если можно такъ выразиться, извѣстный весьма сложный механизмъ, который продолжаетъ работать, но эта работа утратила свои хорошія качества, вмѣсто творческой она стала какой-то слабой, механической. *Кантъ* указалъ на то, что безъ воображенія невозможно и познаніе. Дѣйствительно, на нашемъ б-омъ можно убѣдиться въ томъ, что познаніе міра для него не существуетъ,

¹⁾ *Binet*. Психологія умозаключенія. Р. П. 1889—133.

у него также отсутствует и познаніе самого себя. Хотя онъ считаетъ себя „великимъ поэтомъ“, но онъ не можетъ замѣтить всей пустоты своихъ жалкихъ стихотвореній. Онъ считаетъ себя Богомъ и царемъ и въ одно и тоже время, старшимъ столоначальникомъ или судьей.

Что его бредъ о своей личности есть результатъ неправильнаго умозаключенія, можно прослѣдить изъ того, какъ онъ составляетъ его ежедневно. Напр., при разговорѣ о Богѣ, онъ считаетъ себя Богомъ, и произноситъ относящійся къ нему текстъ „въ началѣ бѣ слово и слово бѣ въ Богу и Богъ бѣ слово“. Вспоминая о Малороссіи, онъ дѣлаетъ заключеніе, что онъ гетманъ Малороссіи. Говоря о деньгахъ, онъ оцѣниваетъ себя въ 20 милліоновъ, психіатрическую больницу считаетъ своей собственностью и пр. При этомъ умозаключеніе его часто зависитъ отъ внѣшнихъ ассоціацій. Нарисовавъ рисунокъ, 3 фрукта, онъ отъ слова 3 переходитъ къ слову „трение“ и разсуждаетъ на эту тему. Переносъ буквъ—есть перенесеніе мощей и пр. Мысли б-ого имѣютъ внѣшнюю связь, они самостоятельно появляются и исчезаютъ. Мышленіе совершается особымъ образомъ; здѣсь не происходитъ нормальнаго процесса, когда въ центрѣ находится основная мысль, а вокругъ нея группируются другія, имѣющія къ ней непосредственное отношеніе, а наоборотъ, главная мысль забывается, а приобрѣтаетъ значеніе какая-нибудь совершенно посторонняя связь. У б-ого существуетъ качественное измѣненіе психической дѣятельности, ослабленіе ея. Когда ослабляются высшія функціи, всегда, какъ правило, наступаетъ дѣятельность нисшихъ центровъ, которая носитъ постоянно характеръ автоматизма. У нашего б-ого можно отмѣтить моменты въ его умственной дѣятельности, когда автоматизмъ достигаетъ высшаго пункта въ т. наз. стереотипіи: она отмѣчена въ рисункахъ, въ стихахъ, въ ассоціаціяхъ по слуху, въ символахъ, въ поведеніи, бредѣ и пр.

Кромѣ стереотипіи, которая уже весьма ясно выдаетъ свой автоматическій характеръ, мнѣ кажется, всю психическую дѣятельность б-ого, которая не находится подъ контролемъ разума, можно и должно считать автоматичной.

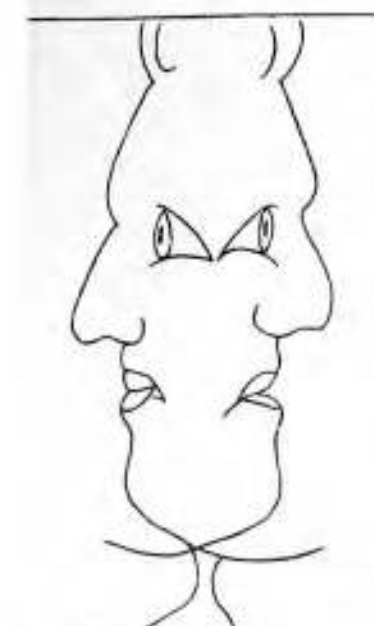
Автоматизмъ мышленія необходимо также признать въ способности или наклонности б-ого къ анализу, къ *разложению представляющихся ему объектовъ, словъ, фразъ, изреченій*. Въ имени Бориса Годунова онъ находитъ особый смыслъ при разложеніи. Онъ разлагаетъ имя на части, какъ человѣкъ, желающій выдумать или разрѣшить шараду: первый слогъ обозначаетъ одно, второй другое и т. д.

Такимъ образомъ *автоматизмъ, наклонность къ разложению, распаденію* характеризуютъ дѣятельность больного мозга. *Не синтезъ какъ у здороваго, а діализъ.*

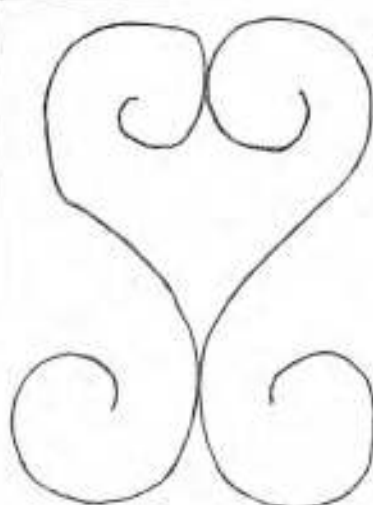
У б-ого, несмотря на видимую продуктивность работы (кишй исписанной бумаги), творчества нѣтъ. Его умъ вертится, какъ бѣлка въ колесѣ, въ заколдованномъ кругѣ, обочку котораго онъ не можетъ прорвать. Высшіе умственные процессы для него не возможны, онъ ничего не можетъ создать. Слабость воображенія б-ого, какъ продуктивнаго, такъ и репродуктивнаго, сказывается во всей силѣ. Мнѣніе *Канта*, что воображеніе есть одна изъ главнѣйшихъ функцій мозга, вполне подтверждается на слабоумныхъ. Повидимому, эта высшая функція мозговой коры находится въ тѣхъ ассоціативныхъ центрахъ, которые заключаютъ понятія. Всѣ геніи отличаются необыкновенной способностью творческаго воображенія: поэты, писатели, художники. У больного *творчества нѣтъ*, и на первый планъ выступаетъ *автоматическая дѣятельность*. У него существуетъ качественное измѣненіе психики. При потерѣ воображенія афатике производятъ впечатлѣнія слабоумныхъ; у животныхъ отрицается воображеніе ¹⁾.

¹⁾ Джэмеъ. Психологія. Р. II. 1898 г.—303 стр.

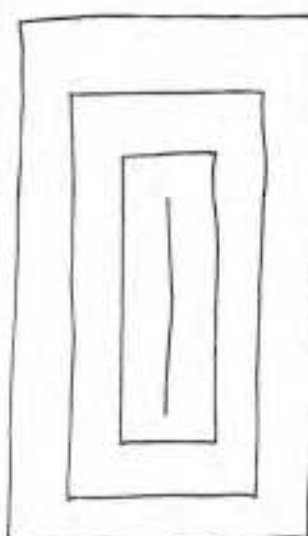
Dementia praecox paranoides.



Дубъ
Висунокъ
Сименіе
компаніе

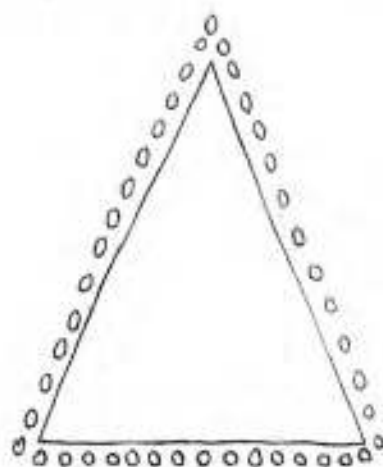


Назаренная тогда Одесской
показатрической лечебницы
и оуеу.

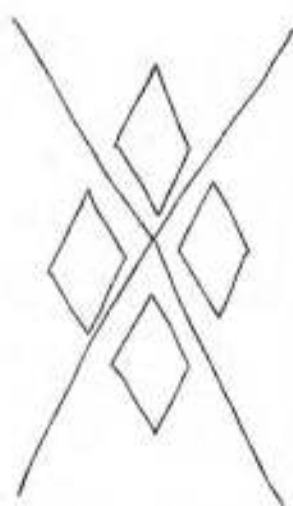


Тилназиетка, дубонка
вообщу

Фантазія и на памяти



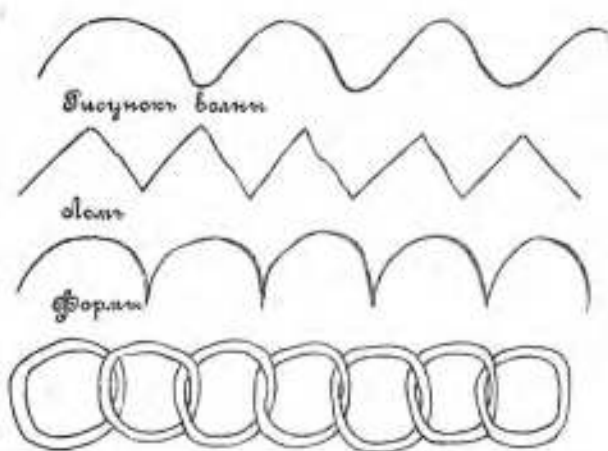
Висунокъ Маруса



Висунокъ наокая память



Висунокъ дворянского
эписто

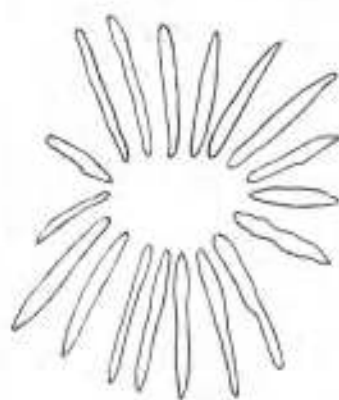


Висунокъ волны

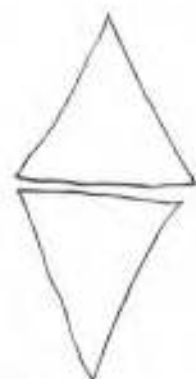
Осан

Форми

Висунокъ на даки тедю



Висунокъ змѣи эписто



Двоеточіе



Висунокъ воспитанника



Висунокъ дѣла

230. Пробужденіе день сто одиннадцатъ
звонъ звонокъ чтобъ подыматься
Пробужденіе день сто двѣнадцатъ
звонъ звонокъ чтобъ подыматься
Пробужденіе день сто тринадцатъ
235. звонъ звонокъ чтобъ подыматься
Пробужденіе день сто четырнадцатъ
звонъ звонокъ чтобъ подыматься
Пробужденіе день сто пятнадцатъ
звонъ звонокъ чтобъ подыматься
240. Пробужденіе день сто шестнадцатъ
звонъ звонокъ чтобъ подыматься
Пробужденіе день сто семнадцатъ
звонъ звонокъ чтобъ подыматься
Пробужденіе день сто восемнадцатъ
245. звонъ звонокъ чтобъ подыматься
Пробужденіе день сто девятнадцатъ
звонъ звонокъ чтобъ подыматься
Пробужденіе день сто двадцатъ
звонъ звонокъ чтобъ подыматься
250. Пробужденіе день сто двадцъ одинъ
звонъ звонокъ чтобъ подыматься
Пробужденіе день сто двадцатъ два
звонъ звонокъ чтобъ подыматься
Пробужденіе день сто двадцатъ три
255. звонъ звонокъ чтобъ подыматься
Пробужденіе день сто двадцатъ четъ
звонъ звонокъ чтобъ подыматься
Пробужденіе день сто двадцатъ пятъ
звонъ звонокъ чтобъ подыматься
260. Пробужденіе день сто двадцъ шесть
звонъ звонокъ чтобъ подыматься
Пробужденіе день сто двадцатъ семъ
звонъ звонокъ чтобъ подыматься
Пробужденіе день сто двадцатъ восе
265. звонъ звонокъ чтобъ подыматься

кто-кто-кто
а
ш.
к
д
т
у
2.20.2
С.О.

Факсимиле мученика XX стол



Баронъ, Графъ, Потомствен-
ный дворянинъ, Великій князь
Стодольной дворяннѣ и Прочее
прочея Василій Дмитриевичъ
Почовъ.

Въ заключеніе можно сдѣлать слѣдующіе выводы:

- 1) существованіе параноïдной формы преждевременнаго слабоумія не подлежитъ сомнѣнію;
- 2) она соединяетъ въ себѣ симптомы параноï и dementia praecoxis;
- 3) мышленіе при ней автоматично съ характеромъ стереотипіи; разсудокъ слабый;
- 4) личность при ней многообразна;
- 5) воображеніе разстроено, ослаблено, извращено;
- 6) ассоціаціи, обусловленныя памятью, въ значительномъ количествѣ, но слуховыя стереотипны;
- 7) символизмъ при ней выраженъ весьма ярко;
- 8) автоматизмъ, наклонность въ разложенію, распаденію понятій и словъ: не синтезъ, а діализъ характеризуютъ параноïдную форму преждевременнаго слабоумія.

Къ патологической анатоміи и клиникѣ міастеніи.

Д-ра А. Э. РЕЙССА.

Болѣзнь, носящая названіе *міастеніи* или *міастеническаго паралича*. стала извѣстною около 35 лѣтъ.

Въ 1877 году *Wilks* описалъ случай бульбарнаго паралича, проявлявшагося страбизмомъ, расстройствомъ глотанія и рѣчи, затрудненіемъ дыханія. При вскрытіи въ центральной нервной системѣ не было найдено никакихъ анатомическихъ измѣненій.

Въ 1878-омъ и 79-омъ годахъ *Erb* въ статьѣ „О новомъ, вѣроятно бульбарномъ симптомокомплексѣ“ описалъ два случая, о которыхъ онъ говоритъ: „По всей вѣроятности мы имѣемъ дѣло съ бульбарнымъ заболѣваніемъ, однако ясно, что его нельзя смѣшать съ бульбарнымъ параличемъ, извѣстнымъ подъ названіемъ „прогрессивнаго бульбарнаго паралича“. Языкъ и область нижней вѣтви лицевого нерва, и также мягкое небо и глотка, особенно участвующіе при послѣдней болѣзни, въ этихъ случаяхъ значительно менѣе или совершенно не участвуютъ; m. levator palpebrae superioris и затылочныя мышцы поражаются тамъ лишь иногда, здѣсь, напротивъ, съ большимъ постоянствомъ. Кромѣ того имѣется большое различіе въ развитіи и теченіи болѣзни“. Свой симптомокомплексъ *Erb* объясняетъ локализацией пораженія на уровнѣ верхней части ромбовидной ямки. Одинъ изъ описанныхъ имъ случаевъ окончился выздоровленіемъ, исходъ дру-

того остался неизвѣстнымъ. Однако, несмотря на выздоровленіе больного, *Erb* не думалъ, что имѣетъ дѣло съ заболѣваніемъ безъ анатомическаго субстрата; съ наблюденіемъ *Wilks'a* онъ, повидимому, не былъ знакомъ.

Далѣе появились сообщенія о рецидивирующихъ параличахъ глазныхъ мышцахъ (*Camuset*), о параличѣ глазныхъ мышцъ и бульбарныхъ симптомахъ при Базедовой болѣзни (*Ballet, Warner, Bristowe, Jendrassik, Suckling Marina*); однако эти случаи ничего не внесли новаго для дальнѣйшаго знакомства съ міастеніей.

Въ 1887 году *Oppenheim* сдѣлалъ сообщеніе о больномъ, у котораго онъ наблюдалъ постепенно прогрессирующія параличныя явленія въ мускулатурѣ конечностей, туловища, лица, челюстей, неба и глотки, особенно были выражены бульбарные симптомы, какъ dysarthria, dysphagia и затрудненіе жеванія. Далѣе, имъ отмѣчена быстрая истощаемость мышцъ, склонность болѣзни къ ремиссіямъ и ухудшеніямъ при явно прогрессивномъ теченіи, припадки удушья, колебанія температуры, отсутствіе мышечныхъ атрофій и измѣненій электровозбудимости и, наконецъ, отрицательный результатъ патолого-анатомическаго изслѣдованія. Заболѣваніе это онъ считаетъ хроническимъ, прогрессивно протекающимъ неврозомъ, похожимъ на бульбарный параличъ безъ атрофій. Въ томъ же году появилось сообщеніе *Eisenlohr'a*, гдѣ наряду съ бульбарными симптомами на первый планъ выступала офтальмоплегія. Патолого-анатомическое изслѣдованіе также дало отрицательный результатъ, но авторъ обратилъ вниманіе на обиліе тонкихъ волоконъ въ корешкахъ nn. facialis, vagi, hypoglossi, accessorii, въ чемъ онъ видѣлъ аномалію развитія.

Далѣе идутъ сообщенія *Bernhardt'a* и *Remak'a* по важнѣе сообщеніе *Shaw'a* въ 1890 году, гдѣ вскрытіе дало отрицательный результатъ.

Въ 1892 году *Horre* совместно съ *Orrenheim*'омъ могли уже при жизни распознать описываемое страданіе и на основаніи собственныхъ наблюденій и сообщеній предыдущихъ авторовъ обособить его строже. Характерные признаки, по *Horre*, слѣдующіе: 1) отсутствіе мышечныхъ атрофій и измѣненій электровозбудимости, 2) участіе п. oculomotorii и верхней вѣтви п. facialis, 3) рѣдкое участіе п. hypoglossi, 4) ясно выраженныя колебанія въ интенсивности симптомовъ, даже въ теченіе одного дня, 5) отрицательный результатъ анатомическаго изслѣдованія. *Horre* высказалъ предположеніе о возможной зависимости страданія отъ отравленія соотвѣствующихъ нервныхъ центровъ продуктами распада творожисто-перерожденныхъ бронхиальныхъ железъ, найденныхъ имъ при вскрытіи.

Невыясненнымъ остался еще симптомъ мышечной утомляемости. Хотя этотъ симптомъ и описывался *Orrenheim*'омъ и *Horre*, однако, они не считали его характернымъ для страданія. Заслуга надлежащей оцѣнки его принадлежитъ *Goldflam*'у, который въ 1893 году выяснилъ, что функціональныя разстройства состоятъ здѣсь не столько въ параличѣ, сколько въ быстрой утомляемости мышцъ: движеніе вначалѣ можетъ совершаться съ нормальной силой и только при повтореніи его постепенно слабѣетъ и исчезаетъ, появляясь снова послѣ непродолжительнаго отдыха.

Явленіе мышечной утомляемости было извѣстно уже раньше. Его писывали при функціональныхъ заболѣваніяхъ; *Orrenheim* описалъ его въ 1887 году при разсѣянномъ склерозѣ. *Goldflam* впервые выяснилъ значеніе этого симптома для міастеніи.

Наконецъ, въ 1895 году *Jolly* прибавилъ еще одинъ, почти столь же характерный признакъ къ симптоматологіи страданія—„міастеническую реакцію“. Этотъ симптомъ былъ описанъ впервые *Benedict*'омъ при церебральномъ параличѣ; затѣмъ онъ наблюдался различными авторами и при другихъ

нервныхъ болѣзняхъ. Однако, при міастеніи онъ бываетъ выражень гораздо интенсивнѣе и имѣетъ большее клиническое значеніе.

Такимъ образомъ, благодаря цѣлому ряду авторовъ міастенія была выдѣлена въ особую форму, и дано было точное описаніе ея симптомовъ. Позднѣйшія сообщенія дополнили наши свѣдѣнія объ этой болѣзни, дали возможность отдѣлать ее строже отъ другихъ смежныхъ формъ и представили рядъ остроумныхъ гипотезъ о ея сущности. *Mayer* сообщилъ о данныхъ своего патологоанатомическаго изслѣдованія, *Murri* дополнилъ свѣдѣнія о міастенической реакціи, *Marina* и *Rarp-lus* описали астеническую офтальмоплегію, какъ особый типъ страданія.

Въ русской литературѣ первое относящееся сюда наблюденіе опубликовано въ 1886 году докторомъ *Корниловымъ* ¹⁾, болѣе же подробное сообщеніе сдѣлано въ 1896 г. проф. *Кожевниковымъ*, который кромѣ обыкновенныхъ міастеническихъ симптомовъ отмѣтилъ утомляемость зрѣнія, вкуса и волевой сферы. Онъ наблюдалъ также мышечную атрофію и измѣненіе электровозбудимости и улучшеніе этихъ явленій въ послѣдствіи. Въ томъ же году появилось сообщеніе *Иванова*, который наблюдалъ явленія міастеніи у неврастеника.

Подробное описаніе міастеніи дали также *Raumont* и *Buzzard*. Въ 1900 году появилась монографія *Campbell'*я и *Bramwell'*я, обратившихъ особое вниманіе на мышечную атрофію; въ слѣдующемъ же году вышла извѣстная монографія *Oppenheim'*а: „Die myasthenische Paralyse“. По мнѣнію этого автора, болѣзненнымъ процессомъ поражаются только произвольныя мышцы за исключеніемъ сфинктеровъ пузыря и прямой кишки; случаи съ утомляемостью органовъ чувствъ и

¹⁾ Случай пр. *Опенховскаго* долженъ быть отнесенъ сюда же, хотя авторъ и предположилъ тромбозъ art. vertebralis.

непроизвольныхъ мышцъ, а также съ мышечной атрофіей онъ относитъ къ атипичнымъ

Въ томъ же году *Weigert* опубликовалъ случай міастеніи, гдѣ при вскрытіи было найдено новообразование *gl. thymi* и измѣненія въ мышцахъ въ видѣ скопленія лимфоидныхъ элементовъ. Послѣ этого сообщенія вниманіе изслѣдователей направляется съ одной стороны на мышечную систему, съ другой на железы внутренней секреціи.

Съ тѣхъ поръ число сообщеній быстро вырастаетъ. Въ 1906 году *Ketly* въ своей статистикѣ насчитываетъ уже 134 извѣстныхъ ему случая; число же всѣхъ вообще случаевъ оцѣнивается имъ въ 200.

Въ 1907 году появилась интересная работа проф. *Щербака*: „Дистрофическія явленія и временныя паденія гальванической возбудимости при міастеническомъ параличѣ“. Временнымъ паденіямъ мышечной электровозбудимости авторъ придаетъ значеніе одного изъ симптомовъ міастеническаго паралича. Имъ же приводятся данныя о леченіи міастеніи токомъ *d'Arsonval*'я.

Borgherini описываетъ плазматическое перерожденіе мышечной ткани, *Marinesco* жировую инфильтрацію мышцъ; послѣдній авторъ, а также *Indemans*, *Lundborg*, *Chwostek*, *Claude* и *Vincent*, *Delille* и *Vincent* создаютъ теорію о самоотравленіи организма вслѣдствіе нарушенной дѣятельности железъ внутренней секреціи и дѣлаютъ попытки примѣнить органотерапію.

Kaufmann сообщаетъ о результатахъ подробнаго изслѣдованія обмѣна веществъ въ одномъ случаѣ болѣзни. Наконецъ въ 1910 году опубликованы 2 работы д-ра *Маркелова*, въ которыхъ авторъ держится широкаго пониманія міастеніи и даетъ оцѣнку нѣкоторыхъ симптомовъ, считавшихся раньше случайными осложненіями, каковы: утомляемость органовъ чувствъ, астенія произвольной мускулатуры, мышечныя атрофіи и измѣненія электровозбудимости.

Изъ перваго отдѣленія Клиническаго Института Вел. Княгини Елены Павловны по вопросу о міастеніи вышла работа П. П. *Юрьева*: „Myasthenia gravis“, напечатанная въ Морскомъ Сборникѣ за 1904 г.

Въ 1910 году въ нервной клиникѣ Института находилась больная міастеніей. Профессоръ Л. В. *Блуменау* предоставилъ мнѣ этотъ случай для наблюденія и описанія.

Въ то же время, по счастливому совпаденію, я имѣлъ возможность произвести патологоанатомическое изслѣдованіе центральной нервной системы и мышцъ больной, которая при жизни ея была демонстрирована покойнымъ Я. В. *Рыбалкинымъ* въ Обществѣ Русскихъ Врачей 6-го марта 1903 года. Такъ какъ объ этомъ случаѣ въ печати имѣется только краткій рефератъ, то ниже мною приводится и исторія болѣзни. Предоставленіемъ мнѣ этого матеріала я обязанъ прозектору Маріинской больницы, доценту Клиническаго Института С. П. *Шуенинову*, въ лабораторіи котораго произведена и часть моего микроскопическаго изслѣдованія (главнымъ образомъ — изслѣдованіе мышцъ). Изслѣдованіе центральной нервной системы велось мною подъ руководствомъ проф. Л. В. *Блуменау*.

І наблюденіе.

Зинаида Ч., 9 лѣтъ, поступила въ клинику 6 декабря 1909 года съ жалобой на косоглазіе и слабость ногъ. Родители больной живы; мать вполне здорова, отецъ сильно злоупотребляетъ алкоголемъ. Со стороны отца дѣдушка умеръ 52 лѣтъ отъ удущья, бабушка здорова; со стороны матери дѣдушка умеръ 64 лѣтъ отъ рака, бабушка умерла 84 лѣтъ. У родителей больной всего было 6 дѣтей, изъ которыхъ одинъ умеръ 2-хъ лѣтъ отъ воспаленія легкихъ послѣ кори. Зина — четвертый ребенокъ. На 5-омъ году она перенесла корь и иногда болѣла ангиной; росла живымъ и понятливымъ ребенкомъ. До 5-ти лѣтъ она говорила нечисто. Лѣтомъ 1909 года одна изъ сестеръ больной заболѣла дифтеритомъ. Всѣмъ дѣ-

тямъ, въ томъ числѣ и Зинѣ была сдѣлана предохранительная прививка. Въ августѣ того же года больная стала жаловаться на ломоту въ ногахъ; она стала плохо говорить и иногда у нея замѣчалось опусканіе вѣкъ. Въ сентябрѣ она жаловалась на слабость ногъ и однажды, возвращаясь домой изъ школы, упала среди улицы, такъ что ее пришлось нести домой на рукахъ. Съ этихъ поръ слабость постепенно увеличивалась, и больная уже не была въ состояніи посѣщать школу. Опушеніе вѣкъ и разстройство рѣчи стало все замѣтнѣе. Больная съ трудомъ жевала твердую пищу, а жидкая проходила иногда черезъ ность. Передъ заболѣваніемъ у больной иногда бывало ночное недержание мочи.

Status praesens. Ростъ и физическое развитіе больной соответствуетъ ея возрасту. Она сложена правильно; подкожно-жирный слой развитъ достаточно, кожа и видимыя слизистыя оболочки нормальной окраски. Въ легкихъ ничего ненормальнаго не отмѣчается. Границы сердца нормальны; тоны чисты, пульсъ 94 въ 1'. Языкъ не обложенъ; животъ не болѣзненъ. Стулъ и мочеиспусканіе правильны. Исслѣдованіе мочи не обнаружило въ ней никакихъ ненормальныхъ составныхъ частей. Щитовидная железа не увеличена; шейныя железы нѣсколько увеличены.

Мускулатура лица ивервируется очень слабо. Всѣ мимическія движенія ограничены. Выраженіе лица сонливое, апатичное, неподвижное (см. рис. 1). Вѣки нѣсколько опущены; чтобы поднять ихъ, больная морщитъ лобъ. При повторномъ открываніи глазъ вѣки остаются все болѣе опущенными. Больная не можетъ оскалить зубы, вытянуть губы, скривить ротъ въ сторону; она не въ состояніи надуть щеки вслѣдствіе неполнаго смыканія губъ. Носогубная складка выражена слабо съ той и другой стороны. При смѣхѣ получается лишь очень слабая улыбка, при чемъ лицо сохраняетъ выраженіе сонливости. Глазныя щели смыкаются вполнѣ, но сильное зажмуриваніе глазъ невозможно. Больная медленно переводитъ взглядъ съ одного предмета на другой. Если заставить ее слѣдить за движущимся предметомъ, то вскорѣ появляется косоглазіе. Движенія глазныхъ яблокъ ограничены; при конвергенціи правый глазъ отходитъ кнаружи. Движенія нижней челюсти очень слабы; палецъ, положенный между зубами, ощущаетъ только незначительное давленіе. При ѣдѣ жеватель-

ныя мышцы быстро устаютъ, и больная должна дѣлать перерывъ, чтобы быть опять въ состояніи жевать пищу. Языкъ не высовывается далеко; боковыя движенія языка, однако, возможны. Глотаніе разстроено. Больная иногда не можетъ про-



Рис. 1. Фотографія б-ой Зипанды Ч-ой (набл. 1-ое).

глотить кусокъ твердой пищи, не запивая его жидкостью. Жидкая пища часто попадаетъ въ носъ вслѣдствіе слабости мышцъ мягкаго неба. Рѣчь больной затруднена. При разговорѣ голосъ становится тихимъ и пріобрѣтаетъ носовой оттъ-

ночь; произношеніе становится неяснымъ, неразборчивымъ, такъ что конецъ фразы нельзя уловить.

Больная не въ состояніи долго держать голову прямо; голова наклоняется впередъ или назадъ. Всѣ движенія рукъ рѣзко ослаблены. Больная оказываетъ только ничтожное сопрогивленіе пассивнымъ движеніямъ; давленіемъ руки она не въ силахъ подвинуть стрѣлку динамометра. Также поражены мышцы туловища и нижнихъ конечностей. Походка больной неувѣренная, и она принуждена держаться за ближайшіе предметы, чтобы не упасть на полъ. Сидя, она опирается руками на кровать. При продолжительномъ же сидѣніи рука, на которую больная упирается, приходитъ въ гиперэкстензію въ локтевомъ суставѣ, плечевой поясъ искривляется и плечо рѣзко выстоитъ, такъ какъ, вслѣдствіе наступившаго ослабленія мышцъ, больная сохраняетъ свое положеніе только благодаря сухожильнымъ скрѣпленіямъ. При переходѣ изъ лежащаго положенія въ сидячее она прибѣгаетъ въ помощи рукъ. Садясь на стулъ, она скорѣе падаетъ, чѣмъ садится; вставая со стула, балансируетъ туловищемъ.

Больная не можетъ сама ни умываться, ни причесываться; она не въ состояніи за обѣдомъ подносить пищу ко рту, такъ что, ее приходится кормить. Утромъ всѣ болѣзненные явленія выражены значительно слабѣе. Глаза почти открыты, рѣчь громкая и ясная.

Больная можетъ пройти нѣсколько сажень, не хватаясь за встрѣчающійся предметъ, походка ея болѣе твердая. Вечеромъ ptosis выраженъ рѣзко, голова не держится прямо, походка неувѣренная, больная безъ посторонней помощи можетъ сдѣлать лишь нѣсколько шаговъ, говоритъ тихо и неразборчиво, жалуется на двоеніе предметовъ.

Въ дельтовидныхъ, надостныхъ и переднихъ рамовидныхъ мышцахъ замѣчается атрофія. Вслѣдствіе этого плечи потеряли свою округлость; гребень лопатки выступаетъ рѣзче; также выступаютъ ребра по подмышечной линіи. Правая бедро и икра нѣсколько худѣ лѣвыхъ. Механическая возбудимость мышцъ нормальна.

Рефлексы челюстной, съ сухожили 2-главой и 3-главой мышцъ, радіальный и Ахилловъ сохранены; колѣнный рефлексъ повышенъ съ той и другой стороны; подошвенный—не

получается; рефлексъ съ конъюнктивы, глотки, язычка, сохранены.

Чувствительность всюду сохранена. Со стороны органовъ чувствъ отклоненій не отмѣчается.

Психика никакихъ отклоненій отъ нормы не представляетъ. Больная обладаетъ значительнымъ для своихъ лѣтъ умственнымъ развитіемъ.

10 декабря. Больная жалуется на головную боль. Отмѣчается очень ноотчетливая боль по ходу нервовъ.

15 декабря. Электризація мышцъ гальваническимъ токомъ вызвала приступъ удушья.

25 декабря. Состояніе больной нѣсколько улучшилось. Она можетъ безъ посторонней помощи пройти по комнатѣ. Носовой отдѣнокъ рѣчи мало замѣтенъ. Самочувствіе хорошее.

16 января 1910 г. При изслѣдованіи глазъ обнаружено: paresis m-li recti interni dextri; ptosis periodica; astigmatismus okuli sinistri; глазное дно нормально.

5 февраля. При закрываніи глазъ остается небольшая щель.

15 февраля. Изслѣдованіе фарадической возбудимости даетъ

	слѣва	справа
m. deltoideus	140 мм. PC	140 мм. PC
m. pectoralis major	135	135
m. supraspinatus	145	145
m. biceps	145	145
m. gastrocnemius	130	130
m. tibialis ant.	120	125
m. rectus femoris	130	130

MyR не получается. При раздраженіи гальваническимъ токомъ m. peronei longi sinistri только при силѣ тока въ 8 миллиамперъ получается сокращеніе, при чемъ катодъ преобладалъ надъ анодомъ.

20—28 февраля. Изслѣдованіе гальванической электро-возбудимости

	слѣва	справа
n. radialis	2—4 MA	2—3 MA
n. ulnaris	1,5—3	1,5—3
m. deltoideus	4—5	4—5
m. biceps	2—3,5	1,5—2
m. extensor dig. com. long.	2	2—3

m. extensor dig. com.		
brevis	4	3
m. flexor dig. sibilimis	1,5—2	1,5
m. extensor pollicis long.	2	2,5—3
m. sterno-cleido mast.	1,5	1—1,5
m. serratus post	3	3
m. pectoralis major	2,5—3,5	2—2,5
n. poroneus	1,5—4	1,5
m. tibialis ant	3	3—4
m. gastrocnemius	3	3,5—4
m. rectus femoris	4	6
m. peroneus long.	3	2,5—3
n. facialis r sup	1,5	1—1,5
r. med.	1,5—2	1,5—2
m. orbicularis oris	1,5	1,5
m. mentalis	2	2

Быстрой истощаемости электровозбудимости при повторныхъ раздраженіяхъ гальваническимъ токомъ не наблюдается.

5 марта. Послѣ 10 шаговъ походка больной становится неувѣренной, и она хватается за окружающіе предметы, чтобы не упасть. Руки поднимаетъ только до горизонтальной линіи. Рѣчь быстро пріобрѣтаетъ носовой оттѣнокъ и становится неразборчивой. Иногда больная жалуется на головную боль. Кишечникъ работаетъ плохо, и приходится прибѣгать къ слабительнымъ,

12 марта. При изслѣдованіи лучами *Röntgen'a* констатировано: лѣвая apex pulmonum темнѣе правой; въ области arcus aortae видно затемнѣніе, которое съ обѣихъ сторонъ manubrii покрываетъ внутренній участокъ верхушки; у корня легкаго той и другой стороны видны темныя пятна—увеличенныя железы.

15 марта. Новое изслѣдованіе фарадической возбудимости даетъ

	слѣва	справа
m. deitoides	140 мм. РС	140 мм. РС
m. supraspinatus	130	130
m. infraspinatus	135	135
m. rhomboideus ant	120	120
m. biceps	140	140

Явленія истощаемости при повторныхъ раздраженіяхъ или при продолжительномъ непрерывномъ раздраженіи не наблюдается.

24 апрѣля. Больная провела нѣсколько дней дома. Жалуется на сильную усталость.

28 апр. Больная жалуется на боль при глотаніи. Миндалевидныя железы увеличены, зѣвъ покраснѣлъ; $t^0=38,7$. Животъ болѣзненъ при надавливаніи; боль въ области желудка; слабитъ плохо.

30 апр. Температура нормальна; краснота въ зѣвѣ исчезла; животъ болѣзненъ.

3 мая. Утомляемость значительно усилилась. Больная не можетъ сама подняться; съ трудомъ двигаетъ конечностями. Пассивныя движенія почти не встрѣчаютъ сопротивленія, несмотря на старанія больной сопротивляться. Всѣ мимическія движенія слабы. Больная не можетъ надуть щеки вслѣдствіе неплотнаго смыканія губъ. При закрываніи глазъ остается щель между вѣками. Животъ нѣсколько болѣзненъ при ощупываніи. Селезенка и печень не увеличены. Языкъ нѣсколько обложенъ. Колѣнные рефлексъ повышены; другіе сухожильные рефлексъ сохранены. Подошвенный не получается; брюшные живые, конъюнктивальный сохранены.

6 мая. У больной сильная слабость. Говоритъ тихо; явленія утомляемости рѣзко выражены. При ѣдѣ быстро устаетъ. Пульсъ правильный, 94 въ 1'.

10 мая. Слабость уменьшилась; больная съ помощью рукъ можетъ подняться съ постели. Стала нѣсколько оживленнѣе.

15 мая. Взята матерью изъ клиники.

По позднѣйшему сообщенію матери, состояніе здоровья больной въ теченіе лѣта было значительно лучше, чѣмъ до поступленія въ клинику: она могла ходить, яснѣе говорила, цвѣтъ лица сталъ менѣ блѣднымъ. Но въ концѣ августа съ нею произошелъ вдругъ припадокъ сильнѣйшей слабости, во время котораго она и погибла. Вскрытія не было сдѣлано.

II наблюденіе.

(Приводимая исторія болѣзни велась покойнымъ *Я. В. Рыбалкинымъ* и докончена докторомъ *Г. Г. Фоссомъ*). *Софія Я.*, 22 лѣтъ, поступила въ Маріинскую больницу 28 декабря 1902 года.

4 года тому назадъ у больной опустилось лѣвое вѣко и появилось двоеніе въ глазахъ; она лѣчилась въ теченіе мѣсяца электризаціей, послѣ чего вѣко стало немного подниматься, но двоеніе продолжалось и не прекращалось до настоящаго времени. Годъ тому назадъ стало опускаться вѣко праваго глаза, но до полного ptosis'a дѣло не дошло. Со времени заболѣванія лѣваго глаза появилась ломящая головная боль, которая сосредоточивалась сначала въ глазницѣ и лобной области, позднеѣ же перешла на всю голову. Тошноты и рвоты не было, головокруженіе—только при смотрѣніи въ правую сторону. Въ началѣ прошлаго года больная стала замѣчать скорую утомляемость при ходьбѣ, при ручной работѣ, при разговорѣ и ѣдѣ. При ѣдѣ появлялась усталость въ челюстяхъ, языкѣ и глотательныхъ мышцахъ, а также оышка. Когда больная пила чай, то первую чашку она подносила ко рту болѣе или менѣе легко, но слѣдующую могла поднимать лишь послѣ 10—15 минутъ отдыха. При ходьбѣ и движеніяхъ также наступали одышка и сердцебіеніе. Съ мая мѣсяца больная стала замѣчать сильную слабость въ рукахъ и ногахъ; по временамъ она не могла разогнуть вполнѣ 3-й и 4-й пальцы, равно какъ и кисти обѣихъ рукъ; при ходьбѣ пальцы ногъ зацѣпляли (въ послѣднее время походка стала лучше). Въ августѣ, съ мѣсяцъ, было затруднено глотаніе, при чемъ жидкая пища попадала въ ность. Твердую пищу больная глотала лучше, хотя все же съ трудомъ. Одновременно съ этимъ была затруднена и рѣчь; больная не могла произносить правильно „р“. Усталость обыкновенно проявлялась рѣзче во вторую половину дня; утромъ она уменьшилась, хотя никогда не исчезала вполнѣ. Почти одновременно съ заболѣваніемъ лѣваго глаза былъ приступъ сердцебіенія и дурноты, сознаніе, однако, не терялось, и судорогъ не было. Подобные приступы стали появляться снова около года назадъ; съ мая по августъ они повторялись раза 2 въ недѣлю; въ послѣднее время стали рѣже.

Menses—съ 16-ти лѣтъ, безъ болей; правильныя. Апетитъ постоянно хорошій. Сонъ по временамъ плохой; такъ прошлый мѣсяцъ больная страдала бессонницей.

Отецъ больной живъ и здоровъ, мать умерла отъ порока сердца; 2 брата и одна сестра здоровы; другая сестра умерла отъ возвратнаго тифа. Больная—пятый ребенокъ; жила почти

постоянно въ деревнѣ; никакихъ тяжелыхъ болѣзней не переносила; ни умственному, ни физическому переутомленію не подвергалась. За недѣлю до появленія ptosis'a у больной была инфлюенца съ ангиной.

Status praesens. Больная средняго роста, правильнаго сложенія, удовлетворительнаго питанія. На груди и спинѣ—аспе jodica. Лимфатическія железы не увеличены. Границы сердца нормальны; толчекъ въ 5-омъ межреберномъ промежуткѣ; тоны чисты; пульсъ 88, мягкій, малый. Легкія безъ притупленій, съ чистымъ дыханіемъ. Печень и селезенка не увеличены; животъ не вздутъ и не болѣзненъ. Запора нѣтъ; мочеиспусканіе правильное.

Походка сначала почти нормальная, больная только слегка задѣваетъ носками за полъ. Но стоитъ ей пройти 3—4 раза по палатѣ, какъ она начинаетъ задѣвать больше; лицо краснѣетъ, больная заявляетъ, что не въ состояніи больше ходить. Пульсъ 110; симптома *Romberg'a* нѣтъ. Движенія всѣхъ конечностей сохранены; ясно ограничены они въ области разгибателей 3-яго и 4-аго пальцевъ обѣихъ рукъ, а также разгибателей кистей и стопъ. Сила почти всѣхъ мышцъ рѣзко ослаблена, болѣе въ лѣвой, чѣмъ въ правой рукѣ; особенно рѣзко—въ упомянутыхъ разгибателяхъ. Всѣ мышцы быстро утомляются. Атрофій нѣтъ.

Сила отводящихъ и приводящихъ мышцъ бедеръ вполне сохранена, также какъ и разгибателей колѣна. Мышцы, сгибающія голень и т. ileo-psoas ослаблены. Выпрямленную ногу больная можетъ держать поднятой первый разъ въ теченіе 23 сек. (правую) и 25 с. (лѣвую), второй разъ 21—20 сек., третій разъ 10—12 сек. Больная въ состояніи подняться въ сидячее положеніе безъ помощи рукъ. Динамометръ на обѣихъ сторонахъ даетъ 0.

Лицевой нервъ слѣва какъ бы нѣсколько ослабленъ; носогубная складка нѣсколько сглажена и уголь рта опущенъ. При надуваніи щекъ лѣвая больше выпячивается. Больная слабо жмуритъ глаза и морщитъ лобъ. Языкъ слегка отклоняется вправо; при сильномъ высовываніи въ немъ замѣтны фасцикулярныя подергиванія. Глотаніе вполне правильно, рѣчь также. Сокращенія мышцъ мягкаго неба при интонаціи нѣсколько вяло. Ларингоскопическое изслѣдованіе не обнару-

жило ничего кромѣ незначительнаго катарра слизистой оболочки.

Правый глазъ закрытъ на половину. При повторномъ подниманіи вѣкъ онѣ быстро устаютъ, особенно правое. Есть ограниченіе подвижности обоихъ глазъ внаружи и внутри, при чемъ при крайнихъ движеніяхъ наблюдается нистагмъ; больше всего ограничено движеніе лѣваго глазного яблока внаружи. Кромѣ того въ лѣвомъ глазу имѣется небольшое ограниченіе подвижности кверху. Зрачки одинаковой величины, энергично реагируютъ на свѣтъ и довольно хорошо на аккомодацию и конвергенцію. Пареза аккомодации нѣтъ. Прозрачныя среды глаза чисты. На днѣ глазъ измѣненій нѣтъ. Острота зрѣнія нормальна. Послѣ обѣда слабость въ мышцахъ языка и глазъ обыкновенно усиливается.

Рефлексы какъ сухожильные, такъ и съ кожи и слизистыхъ оболочекъ сохранены. Истощенія рефлексовъ не наблюдается.

Кожная чувствительность всѣхъ видовъ, а также мышечное и стереогностическое чувство сохранены. Временами больная жалуется на парѣстезіи и на боли въ области лѣвыхъ п.п. supra и infraorbitalis.

Исслѣдованіе *фарадической* возбудимости нервовъ и мышцъ лица и верхнихъ конечностей (3—6/1 1903) дало слѣдующіе результаты.

	слѣва	справа
N facialis r. sup.	100 мм. PC	98 мм. PC
r. medius	98	98
r. inf	97	98
общій стволъ	92	92
и. accessorius	95	95
m. orbicularis oculi	95	98
m. levator	102	105
m. quadratus	102	105
m. orbicularis oris	100	100
m. zygomaticus	100	98
m. masseter	100	95
m. m. linguales	130	
m. deltoideus средн.	80	80
передн.	95	95
m. cucullaris	105	105

m. temporalis	90	88
n. ulnaris	82	80
m. extensor digit. comm.	80	78
m. biceps	80	78

Истощается послѣ 7 — 8 раздраженій, слѣва рѣзче, чѣмъ справа;

n. ulnaris	80	80 (20 раз- драженій не даютъ утомленія)
m. flexor	80	80 (30 раз- драженій не вызываютъ утомленія).

M. orbicularis palp. съ обѣихъ сторонъ въ частяхъ, входящихъ въ составъ верхняго вѣка, при раздраженіи даетъ цѣлый рядъ мелкихъ сокращеній вмѣсто одного полного; послѣ 20 прерываній получается замѣтное ослабленіе сокращеній. Съ лѣваго masseter'a получается только одно сокращеніе; при дальнѣйшемъ раздраженіи крайне слабо или совсѣмъ не получается. (При изслѣдованіи 7/1 утомленіе въ лѣвомъ masseter'ѣ наступило первый разъ послѣ 14-ти раздраженій, второй разъ послѣ двухъ раздраженій).

Изслѣдованіе гальванической возбудимости (27/1):

	справа	слѣва
N. ulnaris	1 MA	1,25 MA
n. medianus	2	2,5
m. biceps	2,5	2,5
m. extensor digit com.	3,5	3,5
n. peroneus	3	3,5 ослабленія

сокращеній при 100 раздраженіяхъ не замѣчается.

31/1. Вверхъ смотреть съ трудомъ:

11/II получены слѣдующія данныя:

	справа	слѣва
фарад. n. peroneus	87 PC	90 PC
m. tibialis ant	90	85
m. extens. dig.	85	85
гальван. m. tibialis ant.	9 MA	9 MA

Съ m. biceps fem. при 10 MA получается ясное КРС. (АРС получается при той же силѣ тока).

14/II. За вечернимъ чаемъ жидкость выливалась изъ носа.

8/ш. Руки поднимаются съ трудомъ; лѣвая тотчасъ падаетъ, какъ парализованная; рѣзкій ptosis справа.

10/ш. Рѣчь гнусливая; кончикомъ языка не можетъ достигнуть неба. Вѣсь тѣла падаетъ.

21—23/ш. У больной обнаруживается angina; температура повышена. Крайняя общая слабость.

24/ш. Температура нормальная, но общая слабость остается.

7/iv. Жалуется на боль въ глазныхъ яблокахъ и на слабость. Ptosis на правомъ глазу значительный, на лѣвомъ выраженъ меньше. Рѣчь съ носовымъ оттѣнкомъ, усиливающимся при продолжительномъ разговорѣ, при чемъ является одышка; произношеніе словъ неясное. При протянутыхъ рукахъ разгибаніе кистей почти невозможно; пальцы, особенно IV и V правой и III, IV и V лѣвой руки согнуты. Мышечная сила верхнихъ конечностей рѣзко ослаблена. Démarche des steppeurs. Разгибаніе стопъ новозможно.

9/iv. Во всѣхъ мышцахъ болѣе или менѣе рѣзкая утомляемость. Въ верхнихъ конечностяхъ утомленіе наступаетъ быстро, но и быстро проходитъ. Жидкая пища послѣ третьяго глотка попадаетъ въ носъ и выливается изо рта, твердая останавливается въ верхней части пищевода; при ѣдѣ больная пальцами помогаетъ передвиженію пищи.

10/iv. Съ лицевого нерва послѣ пяти фарадическихкихъ раздраженій длительною въ 10—15 сек. сокращенія не получается; вызванное затѣмъ тоническое сокращеніе длится 45 сек. Съ n. ulnaris сокращеній не удастся получить уже послѣ 3 раздраженій.

11/iv. Жалуется на усталость при жеваніи. Твердая пища выпадаетъ изо рта; жидкая выливается черезъ носъ.

17/iv. Послѣ душа d'Arsonval'я нѣсколько времени чувствуетъ себя бодрѣе, но къ вечеру является прежняя усталость.

15/v. Жалуется на ухудшеніе общаго состоянія и на тупыя боли въ спинѣ, отдающія въ среднюю и нижнюю части грудины. Въ этомъ же мѣстѣ чувствуетъ боль при глотаніи твердой пищи. Сердцебиеніе и колотье въ области сердца. Всѣ параличныя явленія усилились. На языкѣ замѣчаются продольныя складки и углубленія по обѣ стороны гарне и фасцикулярныя подергиванія. Считаетъ громко до 22, затѣмъ

голосъ подаетъ и дѣлается рѣзко гнусливымъ. Сила затылочныхъ мышцъ ослаблена. Больная не можетъ изъ горизонтальнаго положенія переходить въ сидячее безъ посторонней помощи. Послѣ нѣсколькихъ шаговъ пульсъ повышается до 100 ударовъ. Механическая возбудимость мышцъ верхнихъ конечностей нѣсколько повышена.

Новое изслѣдованіе фарадической возбудимости даетъ слѣдующія цифры:

	справа	слѣва
n. facialis r. sup.	130 PC	130 PC
r. med.	125	125
m. masseter	124	124
n. accessorius	130	130
n. ulnaris	125	125
m. adductor pollicis	105	120
m. abductor dig. min.	110	115
m. interossei	95	95
n. peroneus	105	105
m. tibialis ant.	90	95

При сильномъ тожѣ тетануса съ локтевого и малоберцовога нервовъ не получается. Гальваническое изслѣдованіе:

n. facialis	1,5 МА	1,5 МА
n. ulnaris	2	3
m.m. extensores	3—4	4—5
thenar	3	2
n. accessorius	1,5	1,5
hypothenar	4	4
n. peroneus	3—4	3—4
m. tibialis ant.	8—10	8—10

m. interross. I при 5 МА An7K.

1/vi. У больной фалликулярная ангина и грубый сухой кошель; вечеромъ удущье, затрудненіе дыханія. Глотательныя мышцы парализованы; жидкость попадаетъ въ носъ и трахею. Діафрагма работаетъ слабо. Конечности холодны. Пульсъ 120, слабога наполненія.

2/vi. Больная въ состояніи рѣзкой одышки; дыханіе поверхностное, немного стертормозное. Цианозъ лица, конечности холодныя. Пульсъ слабый равномѣрный, 102 въ 1'. Кашель, мокрота не откашливается.

3/VI. Пульсъ 120. По временамъ безпокойство. Всѣ дыхательныя мышцы рѣзко ослаблены, и въ актѣ дыханія участвуютъ вспомогательныя мышцы. Сфинктеры ослаблены и большая мочится подѣ себя. Въ 12 часовъ ночи наступаетъ смерть при явленіяхъ асфиксіи.

Протоколъ вскрытія 4 іюня 1903 года.

Трупъ порядочнаго питанія, кожа блѣдная. Кости черепа нормальной толщины. Dura mater безъ особыхъ измѣненій. Ріа съ налитыми крупными сосудами. Въ боковыхъ желудочкахъ небольшое количество красноватой жидкости. Ткань мозга умѣренно-плотная, гиперемирована. Сосуды основанія нормальны. Вѣсъ мозга 1400. Dura и ріа спинного мозга слегка гиперемированы, также и вещество его.

Діафрагма справа по верхнему краю 4-аго, слѣва по нижнему краю 5-аго ребра. Лѣвое легкое приращено сзади, правое безъ приращеній. Плевры пусты. Въ полости перикардія до 20 гр. серозной жидкости. Эпикардій покрытъ умѣреннымъ количествомъ жира. Лѣвый желудокъ пустъ; въ остальныхъ полостяхъ сердца — жидкая кровь, красные и желтые сгустки въ умѣренномъ количествѣ; клапаны сердца безъ особыхъ измѣненій. Мускулатура сердца сѣрая, тусклая, умѣренно плотная. Aorta—58, pulmonalis—62. intima вѣнечныхъ артерій и восходящей аорты безъ особыхъ измѣненій. Вѣсъ сердца 250 гр. На поверхности лѣвой плевры фибринозный налетъ. Верхняя доля лѣваго легкаго проходима для воздуха; нижняя доля гиперемирована, плотна съ многочисленными сѣроокрасными и сѣрожелтыми фовусами, отдѣляющими съ поверхности гноевидную жидкость. Верхняя и средняя доля праваго легкаго проходима для воздуха. Нижняя доля съ измѣненіями подобными нижней долѣ лѣваго легкаго. Слизистая бронховъ слегка гиперемирована; слизистыя глотки, пищевода, гортани, трахеи безъ особыхъ измѣненій. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго творожистый узелокъ величиной въ горошину. Селезенка вялая, сѣроокрасная, съ умѣренной атрофированной пульсой; вѣсъ ея 90 гр. Слизистая желудка, duodeni, тонкихъ и толстыхъ кишокъ безъ особыхъ измѣненій. Pancreas и надпочечники безъ измѣненій. Капсула лѣвой почки снимается съ небольшимъ трудомъ, поверхность гладкая; ткань ея плотная, сѣроокрасная. Корка мѣстами слегка утолщена безъ яснаго рисунка, вѣсъ 120. Правая почка такая же; вѣсъ

125. Поверхность печени гладкая, ткань ея умеренно плотная; въ желчномъ пузырьѣ нѣкоторое количество желчи. Въсѣ
1150. Слизистая мочевого пузыря слегка гиперемирована. Слизистая матки слегка гиперемирована. Яичникъ съ серозными кистами.

Мозгъ больной, *головной* и *спинной*, а также кусочки изъ различныхъ мышцъ были уплотнены и сохранены въ формалинѣ. При своемъ микроскопическомъ изслѣдованіи центральной нервной системы, начатомъ въ мартѣ 1910 года, я примѣнялъ методы окраски *van Gieson*'а *Nissl*'я, *Pal*'я, *Marchi* и *Weigert*'а (для невроглии). Изслѣдованы были различные уровни спинного мозга, мозгового ствола, часть мозжечка, кусочки изъ мозговой коры центральной, лобной, височной и затылочной областей.

На срѣзахъ, окрашенныхъ по *van Gieson*'у, мозговая ткань, всѣхъ упомянутыхъ участковъ оказалась въ общемъ нормальной. Не было найдено ни какихъ-либо измѣненій въ сосудахъ, ни рѣзкихъ воспалительныхъ измѣненій вообще. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, особенно въ мозговой корѣ, встрѣчалась ясно выраженная, но все же не очень сильная, кругло-клеточная инфильтрація периваскулярныхъ и перицеллюлярныхъ пространствъ, при чемъ иногда наблюдалось даже какъ бы внѣдреніе лимфоцитовъ въ вещество нервныхъ клетокъ. Въ отдѣльныхъ нервныхъ клеткахъ видны были вакуолы. Особой инфильтраціи сѣраго вещества Сильвіева водопровода и центральнаго спинно-мозгового канала не замѣчалось.

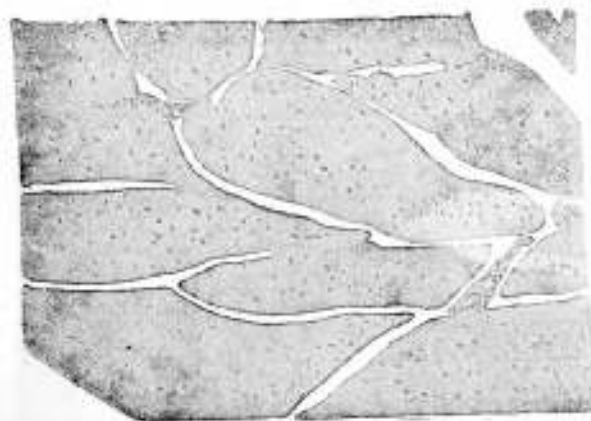
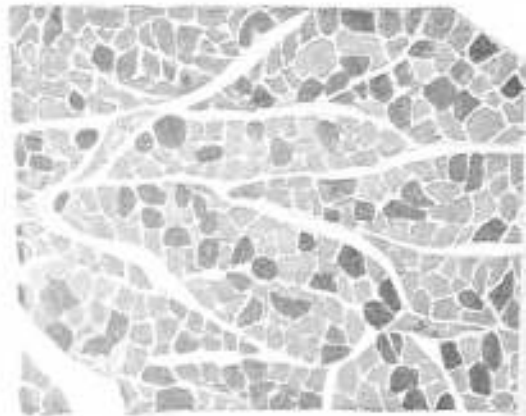
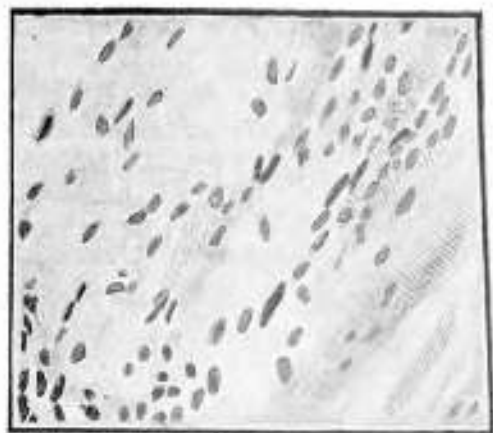
Окраска по *Nissl*'ю не обнаруживала нигдѣ ясно выраженного хроматолиза. При этомъ изслѣдованіи мною было обращено особое вниманіе на ядра двигательныхъ черепно-мозговыхъ нервовъ (глазодвигательнаго, тройничнаго, отводящаго лицевого, блуждающаго и подъязычнаго), а также на клетки переднихъ роговъ спинного мозга. Но въ этихъ клеткахъ повсюду получалась хорошая красивая окраска глыбокъ хро-

мофила. Количество ядеръ невроглии не было особенно увеличено.

Способы *Pal'*я и *Marchi* не обнаружили признаковъ перерожденія ни въ корешкахъ нервовъ, ни въ другихъ системахъ волоконъ. Для изслѣдованія мышцъ примѣнялись: окраска по *van Gieson*'у, окраска гематоксилиномъ и эозиномъ, а также окраска суданомъ. Въ большей или меньшей степени во всѣхъ изслѣдованныхъ кусочкахъ найдены рѣзкія патологическія измѣненія. На продольныхъ (см. табл.) срѣзахъ мышечныя волокна являются волнистыми; большая часть ихъ неравномѣрно набухла, подобно тому какъ это бываетъ при Цепкеровскомъ перерожденіи. Поперечная исчерченность въ набухшихъ волокнахъ совершенно не выражена. Остающіяся между набухшими относительно неизмѣненныя мышечныя волокна сдавлены и имѣютъ плохо выраженную поперечную исчерченность. Ядра сарколеммы увеличены въ количествѣ. Мѣстами въ веществѣ мышцъ замѣтны узкія щели то короткія, то длинныя, расщепляющія мышечное волокно на болѣе данныя волокна. На поперечныхъ срѣзахъ нѣкоторые мышечныя волокна являются набухшими, менѣе окрашенными, блѣдными, какъ бы разрѣженными и иногда распавшимися; въ нѣкоторыхъ видны вакуолы. Являясь на большемъ протяженіи отграниченными другъ отъ друга, мышечныя фибриллы мѣстами сливаются и образуютъ неравномѣрно красящіяся глыбки. Мышечныя ядра мѣстами пролиферируютъ. Количество соединительной ткани между мышцами увеличено, и въ ней обнаруживается большое количество клѣтокъ. Въ этихъ мѣстахъ мышечныя волокна атрофированы и уменьшены въ количествѣ. Окраска суданомъ не обнаруживала жирового перерожденія ¹⁾).

Остановимся сначала на клиническихъ особенностяхъ перваго случая.

¹⁾ Препараты были демонстрированы въ научномъ засѣданіи врачей Клин. Инстит. Вел. Княг. Елены Павловны 30 марта 1911 года.



Начало болѣзни для міастеніи довольно характерно. Слабость и утомляемость мышцъ проявились прежде всего въ мышцахъ верхняго вѣка и въ рѣчевомъ аппаратѣ.

Внѣшняя мускулатура глазъ при міастеніи почти всегда поражается рано и не рѣдко первую ¹⁾, *внутренняя* — участвуетъ въ страданіи несравненно рѣже. *Boldt* наблюдалъ время отъ времени разницу въ зрачкахъ, которую онъ объясняетъ утомляемостью сфинктера радужной оболочки. *Eulenburg* отмѣтилъ пониженіе реакціи на свѣтъ. Въ первомъ случаѣ *Маркелова* имѣлась утомляемость аккомодационной мышцы. Аналогичныя явленія отмѣчаются въ случаяхъ *Grocco*, *Renck*'аго, *Mendel*'я, *Ketly*, *Кожевникова*, *Kollarits*'а, *Long*'а, *Adeond*, *Вендеровича* и *Rostok*'аго.

Пораженіе мышцъ, иннервируемыхъ *лицевымъ* нервомъ, относится къ обычнымъ симптомамъ болѣзни, при чемъ пораженіе въ большинствѣ случаевъ бываетъ двустороннимъ, хотя нѣкоторая ассиметрія въ инервации обѣихъ половинъ наблюдается нерѣдко. Въ нашемъ случаѣ въ слабости мимическихъ мышцъ принимали участіе и верхнія мышцы (*orbicularis palpebrarum*, *corrugator supercilii*), какъ это и бываетъ въ большинствѣ случаевъ. Слабость смыкателей вѣкъ можетъ быть даже первымъ симптомомъ міастеніи. Нѣкоторыми описывается также явленія раздраженія въ названныхъ мышцахъ въ видѣ дрожанія вѣкъ, миганія и блефароспазма.

Раннимъ и постояннымъ симптомомъ міастеніи является, далѣе, утомляемость *жевательныхъ мышцъ*, а иногда и длительный парезъ ихъ, обусловливающий отвисаніе нижней челюсти.

Слабость всѣхъ мимическихъ мышцъ вмѣстѣ съ парезомъ жевателей и поднимателей верхнихъ вѣкъ придаетъ лицу больныхъ тотъ характерный видъ, по которому часто можно

¹⁾ По статистикѣ *Ketly* глазные симптомы обнаруживались раньше всего въ 52, разстройство рѣчи въ 19, слабость конечностей въ 19, общая слабость въ 18 случаяхъ изъ 134. Начало болѣзни другими явленіями наблюдалось гораздо рѣже.

бываетъ сразу распознать міастенію: лицо маскообразно, нижнія челюсти слегка отвисаютъ, вѣки опущены, брови же напротивъ нѣсколько подняты, такъ какъ больные стараются сокращеніемъ лобной мышцы оттянуть къверху опущенныя вѣки.

Какъ видно изъ литературы, болѣе или менѣе выраженное пораженіе мышцъ языка наблюдается въ половинѣ всѣхъ случаевъ. Полная glossoplegia встрѣчается рѣдко и то больше какъ преходящее явленіе. Чаше грубыя движенія языка бываютъ сохранены и только ограничены въ объемѣ: больной не можетъ вполне высунуть языка (какъ наша больная). Мелкія движенія страдаютъ значительно больше: больной не можетъ быстро перемѣстить кончикъ языка изъ одного угла рта въ другой, не можетъ осязать языкомъ различныя части рта, передвинуть быстро пищу изъ стороны въ сторону. При ѣдѣ онъ чувствуетъ усталость въ языкѣ и, наконецъ, оказывается не въ силахъ протолкнуть пищу въ глотку, такъ что она остается во рту. Чистота произношенія нѣкоторыхъ буквъ страдаетъ значительно.

Пораженіе мышцъ *мягкаго неба* сказывается попаданіемъ жидкой пищи въ носъ и носовымъ отдѣнкомъ рѣчи. Въ нашемъ случаѣ этотъ отдѣнокъ рѣчи значительно усиливается при разговорѣ, что указываетъ на быструю утомляемость мышцъ мягкаго неба.

Такою же утомляемостью отличаются и *гортанныя мышцы*, судя по наблюдаемому при длительномъ разговорѣ ослабленію голоса.

Затрудненіе *глотанія* зависитъ, кромѣ пареза мягкаго неба, повидиму также и отъ слабости мышцъ глотки и пищевода, такъ какъ куски твердой пищи часто застрѣваютъ въ горлѣ, и чтобы проглотить ихъ, больнымъ приходится запивать ихъ водою

Въ нашемъ наблюденіи, какъ и въ большинствѣ другихъ отмѣчается слабость *шейныхъ мышцъ*, вслѣдствіе которой голова не держится прямо, а запрокидывается впередъ или,

чаще, назадъ. Раннее пораженіе мышцъ затылка *Oppenheim* объясняетъ тѣмъ, что ptosis заставляетъ больныхъ откидывать голову назадъ т. е. напрягать эти мышцы.

Слабость мышцъ *туловища* оказывается обыкновенно рано (какъ и въ нашемъ случаѣ). Въ позднихъ стадіяхъ болѣзни участвуютъ въ пораженіи и *дыхательныя мышцы*, что выражается затруднительнымъ отхаркиваніемъ мокроты и одышкой, доходящей до асфиксіи. Такъ въ случаѣ *Borgherini* всякое сильное движеніе вызвало у больной dyspnoe; *Albertoni* наблюдалъ даже *Cheyne-Stokes'*овское дыханіе, которое онъ объясняетъ гипотоніей дыхательнаго центра.

Пораженіе *конечностей* отмѣчается почти всѣми авторами то въ видѣ слабости и парезовъ, то въ видѣ быстрой утомляемости мышцъ. Въ нашемъ случаѣ слабость рукъ обнаруживается въ рѣзкой степени; слабость и утомляемость ногъ выступило уже въ началѣ заболѣванія.

Разстройства со стороны *мочевого пузыря* и *прямой кишки* не принадлежатъ къ обычнымъ симптомамъ болѣзни. Однако, въ случаяхъ *Oppenheim'a*, *Buzzard'a*, *Osann'a*, *Raymond'a*, *Sterling'a*, *Bad'a*, *Oulmont'a*, *Baudouin'a*, *Kaufmann'a* и *Lewandowsk'a*го наблюдались переходящія разстройства мочеиспусканія въ видѣ недержанія мочи при переполненномъ пузырьѣ или въ видѣ поллакиуріи. Недержание кала отмѣчается въ единичныхъ случаяхъ, чаще упоминается о вялости кишекъ. Такая склонность существуетъ у нашей больной. У нея же въ анамнезѣ имѣются указанія и на существовавшее раньше недержание мочи.

Неоднократно наблюдались *разстройства сердечной дѣятельности*. Въ случаяхъ *Oppenheim'a*, *Hoppe*, *Dreschfeld'a*, *Kalischer'a* была тахикардія. Въ IV случаѣ *Маркелова* ясно выступала утомляемость сердечной мышцы. Аналогичное явленіе отмѣчено *Grocco*, *Mendel'емъ*, *Senator'омъ*, *Laquier'омъ*, *Boldt'омъ* и *Knoblauch'омъ*. *Присутны общей слабости* съ полной почти неспособностью двигаться въ очень рѣзкой

формѣ проявляются у нашей больной. Во время одного изъ такихъ приступовъ она, повидимому, и погибла.

Спорнымъ вопросомъ въ исторіи міастеніи была одно время наличность *мышечныхъ атрофій* въ чистыхъ случаяхъ болѣзни. Въ настоящее время существуетъ, однако, не мало типическихъ случаевъ, гдѣ это явленіе было на лицо (*Erb, Eisenlohr, Goldflam, Dreschfeld, Кожевниковъ, Fürstner, Finizio, Laquer, Pel, Cohn, Borgherini*, и др.). Чаще всего подвергались атрофіи мышцы языка, лица, затѣмъ мышцы плечевого пояса, верхнихъ конечностей, шеи и др. Нашъ случай принадлежитъ къ числу подобнаго рода наблюдений. Атрофія замѣчалась здѣсь особенно въ мышцахъ плечевого пояса (*deltoidei, supraspinati, rhomboidei*), а отчасти также и въ правой нижней конечности. Мышечныя атрофіи наступаютъ при міастеніи обычно на высотѣ болѣзни (*de Montet* и *Scop*), способны къ колебаніямъ и къ обратному развитію. Такъ въ наблюденіяхъ *Кожевникова* и *Pel*'я атрофія языка значительно уменьшилась со временемъ, въ случаѣ *Laquer*'а больной поправился, и атрофія у него исчезла. Сочетанія мышечной атрофіи съ липоматозомъ, какое наблюдалось въ случаѣ *Щербака, Fuchs*'а, у нашей больной не было.

Измѣненія электрической реакціи нервовъ и мышцъ, наблюдаемая при міастеніи, состоятъ отчасти въ пониженіи возбудимости, главнымъ образомъ въ т. наз. „міастенической реакціи“.

Пониженіе *электровозбудимости* нѣкоторыхъ мышцъ найдено впервые *Erb*'омъ и наблюдалось затѣмъ *Goldflam*'омъ, *Jolly, Oppenheim*'омъ, *Bernhardt*'омъ, *Senator*'омъ, и цѣлымъ рядомъ другихъ авторовъ. Это пониженіе возбудимости касалось то обоихъ видовъ тока, то только одного фарадическаго или гальваническаго. Такъ *de Montet* и *Scop, Goldflam, Charcot* и *Marinesco* наблюдали ослабленіе реакціи на оба тока; въ IV случаѣ *Oppenheim*'а *m. orbicularis palpebrarum* не реагировалъ ни на фарадическій, ни на гальванический

токъ при раздраженіи лицевого нерва, прямая гальваническая возбудимость была, однако сохранена; въ случаѣ *Brunns-Oppenheim*'а мышцы, иннервируемыя лицевымъ нервомъ, обнаруживали пониженіе возбудимости, длинные же разгибатели пальцевъ совершенно не реагировали на электрическое раздраженіе; въ наблюденіи *Wernicke* фарадическій токъ вмѣсто тетануса вызывалъ кратковременное сокращеніе; въ случаѣ *Giese* и *Schultze* вмѣсто сокращенія получалась вибрація мышцъ.

При атрофіи мышцъ пониженіе электровозбудимости составляетъ обычное явленіе. У нашей больной на атрофированныхъ мышцахъ (*deltoidei*, правый *rectus femoris*) гальваническая возбудимость также была понижена. Нѣкоторое пониженіе гальванической возбудимости существовала у нея, однако, и въ мышцахъ, не захваченныхъ атрофіей (лѣвый *extens. digiti brevis*, лѣвый *peroneus longus*).

Реакція перерожденія, наблюдавшейся *Кожевниковымъ*, *Рел'емъ*, *Clande*'омъ, и *Vincent*'омъ въ нашемъ случаѣ не было. Надо замѣтить, что въ случаяхъ *Кожевникова* съ улучшеніемъ болѣзни электрическая реакція стала почти нормальной. *Маркеловъ* указываетъ, что иногда въ мышцѣ, дававшей въ предшествующіе дни живое сокращеніе, появлялась вдругъ вялость сокращеній, и анодъ становился равнымъ катоду; однако повторныя изслѣдованія заставляли отказаться отъ наличности Р.П.

Такія колебанія возбудимости, по крайней мѣрѣ въ количественномъ отношеніи, наблюдались и у нашей больной. Особенно рѣзкія колебанія дало изслѣдованіе гальваническимъ токомъ лѣвой длинной малоберцовой мышцы, которая одинъ разъ реагировала только при 8 МА, а черезъ недѣлю уже при 3 МА, при чемъ въ состояніи больной за эту недѣлю не произошло никакой особенной перемены.

Миастеническая реакція (MyR), открытая *Jolly* и состоящая въ быстромъ паденіи мышечной возбудимости при

повторныхъ и длительныхъ электрическихъ раздраженіяхъ не получалась у нашей больной. Это обстоятельство заслуживаетъ вниманія. На основаніи литературныхъ данныхъ слѣдуетъ признать, что MyR наблюдается въ большинствѣ случаевъ міастеніи; въ настоящее время имѣется однако рядъ наблюденій, показывающихъ, что эта реакція не является постояннымъ симптомомъ міастеніи, и что она можетъ обнаруживаться только временами у одного и того же больного. Такъ, у одного больного *Wernicke* находилъ MyR; впоследствии же *Cohn* не получалъ ея у него, хотя болѣзнь за это время подвинулась впередъ. Въ случаѣ *Collins*'а MyR обнаруживалась только по временамъ; то же было въ случаяхъ *Oppenheim*'а, *Fajerstayn*'а и *Kalischer*'а¹⁾. Въ случаѣ *Roncoroni* MyR исчезала при улучшеніи состоянія. *Вендеровичъ* въ своемъ случаѣ не получалъ MyR. Относительно нашего случая нужно добавить, что изслѣдованіе электровозбудимости производилось только въ періоды относительнаго благосостоянія больной.

Рефлексы, глубокіе и поверхностные (кромѣ подошвенныхъ), были въ нашемъ случаѣ сохранены и нормальны, какъ и въ большинствѣ другихъ наблюденій. Только въ случаѣ *Collins*'а наблюдалось отсутствіе коленныхъ рефлексовъ въ тѣ дни, когда болѣзненные симптомы выступали особенно сильно; вѣлнустъ стопъ отмѣчается въ очень небольшомъ числѣ случаевъ. Чаше упоминается о пониженіи или отсутствіи рефлекса съ *cnula* и глоточнаго рефлекса (*Щербакъ*, *Mendel*, *Borgherini* и др.).

Истощаемости рефлексовъ, наблюдавшейся многими авторами (*Шулеръ*, *Маркеловъ*, *Booth*, *Patriks*, *Knoblauch*), не

¹⁾ MyR можетъ обнаруживаться, повидимому, и при другихъ заболѣваніяхъ. Такъ *Benedict* и *Brenner* находили ее при церебральныхъ параличахъ, *de Lorenzi* и *Salmon*—при Базедовой болѣзни и пр

было въ нашемъ случаѣ, какъ и въ случаяхъ *Jolly*, *Campbell*'я, *Buzzard*'а и др.

Объективныхъ *разстройствъ чувствительности* мы, подобно большинству авторовъ, не могли констатировать.

При изслѣдованіи *органовъ чувствъ* нѣкоторые авторы также находили симптомъ быстрой утомляемости. Такъ, *Кожевниковъ* наблюдалъ утомляемость периферическихъ частей сѣтчатки. Тотъ же симптомъ находили *Sinkler*, *Sänger-Wilbrandt*, *Pel*, *Tilney* и *Smith* и *Маркеловъ*. Послѣдній авторъ получалъ аналогичные результаты и при изслѣдованіи слуха и вкуса. Кромѣ того со стороны органа зрѣнія наблюдались колебаніе остроты зрѣнія (*Кожевниковъ*), блѣдная окраска зрительнаго нерва (*Eulenberg*), *neuritis optica* (*Devic* и *Ruox*). Въ нашемъ случаѣ систематическихъ изслѣдованій относительно утомляемости органовъ чувствъ не производилось, но *какихъ-либо* растройствъ въ этой сферѣ не было. Глазное дно было нормально.

Въ *психикѣ* больной также не замѣчалось никакихъ уклоненій.

Теченіе болѣзни въ нашемъ случаѣ довольно характерно для міастеніи: оно представляетъ колебанія, при чемъ ухудшенія наступаютъ безъ видимой причины, то подъ вліяніемъ извѣстныхъ моментовъ, особенно простуды.

Несмотря на отсутствіе вскрытія и нѣкоторыя особенности нашего случая, какъ отсутствіе *MyR* и наличность мышечныхъ атрофій, все же его необходимо отнести въ міастеніи.

Могущая явиться прежде всего мысль о полиневритѣ, именно, дифтерійномъ, должна быть отвергнута въ виду отсутствія болѣзненности нервныхъ стволовъ, объективныхъ разстройствъ чувствительности, настоящихъ параличей, *Р.П* и въ виду нормальнаго состоявія всѣхъ рефлексовъ.

Изъ центральныхъ заболѣваній бульбарный параличъ нельзя допустить уже въ виду равнаго появленія птозиса,

отсутствія атрофіи языка, губъ и т. п.

Большаго вниманія заслуживаетъ дифференціальный діагностъ съ поліэнцефаломіэлитомъ. Противъ этого страданія говоритъ теченіе болѣзни, наклонность къ ремиссіямъ, рѣзко выраженный симптомъ утомляемости при отсутствіи настоящихъ параличей, фибриллярныхъ сокращеній, Р.П., сохранность сухожильныхъ рефлексовъ.

Наконецъ, нашъ случай не подходитъ ни подъ одну изъ формъ мышечной дистрофіи уже потому, что мышечныя атрофія хотя и наблюдались въ нѣкоторыхъ мышцахъ, но не представлялись типичными ни по своей локализациі, ни по теченію. Начало болѣзни съ птозиса, наличность рѣзкихъ бульбарныхъ симптомовъ, ясно выраженные ремиссіи и состояніе рефлексовъ также говорятъ противъ дистрофіи.

Продолжительность заболѣванія въ нашемъ случаѣ около года. Въ описанныхъ случаяхъ она колеблется отъ нѣсколькихъ недѣль до многихъ лѣтъ. По статистикѣ *Ketly* изъ 63 случаевъ болѣзнь продолжалась въ

1 сл. 14 дней,	въ 1-омъ 27 дней,	въ 1-омъ 29 дней.
въ 6 1—2 мѣс.,	въ 2 4 мѣс.,	въ 7 1 годъ
въ 12 1—2 года,	въ 12 2—3 года,	въ 3 3 года
въ 5 4—5 лѣтъ,	въ 2 6 лѣтъ,	въ 2 болѣе 7 л.
въ 3 болѣе 8 л.,	въ 3 9—11 лѣтъ,	въ 1 10—15 л.
въ 1 17 лѣтъ,	въ 1 20 лѣтъ.	

При дальнѣйшемъ теченіи процесса все болѣе выступаетъ на первый планъ общая слабость; на высотѣ болѣзни появляются обычно разстройства дыханія.

Міастеніей заболѣваютъ люди всѣхъ возрастовъ. По *Ketly* до 10 лѣтъ описаны 3 случая заболѣванія (къ этой группѣ относится и наша больная). Число заболѣваній постепенно нарастаетъ до возраста въ 20—30 лѣтъ, затѣмъ постепенно падаетъ (описанъ 1 случай 80 лѣтъ). Такимъ образомъ громадное большинство заболѣваній падаетъ на возрастъ отъ 20 до 40 лѣтъ.

Перехожу къ патологической анатоміи (набл. II).

Изъ описанныхъ при міастеніи *патолого-анатомическихъ* находокъ свѣжія мелкія кровоизліянія, наблюдавшіяся многими авторами на различныхъ уровняхъ мозгового ствола, составляютъ безъ сомнѣнія, предсмертное явленіе, обусловливаемое асфиксіей.

Измѣненія въ корешкахъ, отмѣченныя въ случаяхъ *Mayer'a, Sossedorf, Fajerstayn'a, Dejerine'a* и *Thomas* (ряды и глыбки міѣлина въ интрамедуллярныхъ отдѣлахъ переднихъ спинно-мозговыхъ корешковъ и черепныхъ нервовъ) отсутствовали въ другихъ наблюденіяхъ. Ихъ не было и въ изслѣдованномъ нами мозгу. Не было въ нашемъ случаѣ также и особаго изобилія тонкихъ волоконъ въ черепно-мозговыхъ корешкахъ, какое находили *Eisenlohr* и *Oppenheim*.

Нѣкоторые изслѣдователи (*Vidal* и *Marinesco, Murri, Long* и *Wiki, Csiky*) находили хроматолизъ въ ядрахъ черепномозговыхъ нервовъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ измѣненія были, однако, незначительны, и сами авторы не дѣлаютъ на основаніи ихъ опредѣленныхъ выводовъ. Въ нашемъ случаѣ хроматолиза нервныхъ клѣтокъ не наблюдалось нигдѣ, даже въ ядрахъ глазодвигательныхъ нервовъ, въ которыхъ скорѣе всего можно было ожидать измѣненій.

Leifmann и *Ketly* наблюдали присутствіе гомогенныхъ, коллоидныхъ массъ вокругъ сосудовъ. *Borgherini* въ одномъ случаѣ заболѣванія, окончившемся смертію въ теченіе 9 дней, нашелъ острые воспалительныя измѣненія въ сѣромъ веществѣ спинного мозга вокругъ центрального канала. *Oppenheim* наблюдалъ круглоклѣточную инфильтрацію въ сѣромъ веществѣ, окружающемъ Сильвіевъ водопроводъ; имъ же отмѣчено раздѣленіе Сильвіева водопровода въ его средней части перегородкой образованной изъ невроглии и покрытой клѣтками эпендимы. Аналогичныя измѣненія описаны *Hoffmann'омъ, Миноромъ* и *Senator'омъ*. Разростаніе эпендимы отмѣчаютъ также *Aschoff, Steida, von Kahlden* и *Stroebe*. Наконецъ, по

Kelly, въ 18 вскрытіяхъ изъ 42 не было обнаружено никакихъ измѣненій въ нервной системѣ.

Въ нашемъ случаѣ не наблюдалось острыхъ воспалительныхъ явленій, не было измѣненій въ сосудахъ. Единственно, что обращало на себя вниманіе, это выраженная мѣстами (особенно въ мозговой корѣ) круглоклѣточная инфильтрація периваскулярныхъ и перицеллюлярныхъ пространствъ. Но это явленіе въ той степени, въ какой оно наблюдалось въ данномъ случаѣ, встѣчается часто въ мозгу людей, умершихъ отъ самыхъ различныхъ причинъ; и по своему распространенію оно вовсе не соотвѣтствовало группировкѣ наблюдавшихся при жизни разстройствъ. Изслѣдованіе неврогліи по методу *Weigert*'а не дало опредѣленныхъ результатовъ. Периферическіе нервы къ сожалѣнію не могли быть изслѣдованы.

На измѣненія въ мышцахъ впервые обратилъ особенное вниманіе *Weigert* въ 1901 году.

Weigert, изслѣдовавшій случай, описанный *Laquer*'омъ, и послѣ него цѣлый рядъ другихъ авторовъ (*Link*, *Burr*, *Goldflam*, *Hun*, *Blumer*, *Streeter*, *Buzzard*, *Steinert*, *Boldt*, *de Montet* и *Scop*, *Knoblauch*, *Frugoni*, *Marburg*, *Osann*, *Csiky*, *Laignel-Lavastine*, *Bondon*, *Mandelbaum* и *Celler*, *Marinesco*) находили измѣненія, состоящія главнымъ образомъ въ лимфойдной инфильтраціи мышцъ. Въ *perimysium internum* наблюдаются цѣлыя скопленія круглыхъ одноядерныхъ лимфойдныхъ клѣтокъ съ небольшимъ ободкомъ и крупнымъ хорошо красящимся ядромъ, къ которымъ примѣшивается нѣкоторое количество эпителиоидныхъ клѣтокъ. Такія скопленія могутъ наполнять периваскулярныя пространства мелкихъ сосудовъ и капилляровъ. Ядра сарколеммы увеличены въ количествѣ; мышечныя волокна часто не измѣнены.

Buzzard, изслѣдовавшій 5 случаевъ, нашелъ „лимфорагіи“ не только въ мышцахъ скелета и сердечной мышцѣ,

но и въ печени, надпочечникахъ, почкахъ и нервной системѣ.

Steinert считаетъ эпителиоидныя кѣтки въ инфильтраціонныхъ очагахъ за размножившійся эндотелій капилляровъ.

De Montet и *Scop* въ срѣзахъ изъ вырѣзанныхъ кусочковъ нашли нѣжныя грануляціи и атрофированныя мышечныя мышечныя волокна, иногда съ увеличеніемъ количества ядеръ. Мѣстами наблюдалось исчезновеніе поперечной полосатости и утонченіе или исчезновеніе волоконъ. Въ перерожденныхъ участкахъ скопленія лимфоидныхъ тѣлецъ были особенно обильны.

Въ случаѣ *Knoblauch*'а лимфоидныя кѣтки мѣстами видѣлись между отдѣльными мышечными волокнами, обхватывая ихъ кольцеобразно. Эпителиоидныхъ кѣтокъ въ скопленіяхъ не было. Кромѣ того много блѣдно-окрашенныхъ мышечныхъ волоконъ и считаетъ ихъ за свѣтлыя волокна, имѣющіяся у человѣка въ нормѣ, только увеличенныя въ количествѣ.

Frugoni говоритъ о многочисленныхъ воспалительныхъ очагахъ, расположенныхъ вокругъ сосудовъ и состоящихъ изъ лимфоцитовъ и плазматическихъ кѣтокъ. Пораженіе мышечныхъ волоконъ сводится на пролиферацію ядеръ сарколеммы и на простую или дегенеративную атрофію.

Borgherini, изслѣдовавшій кусочки мышцъ, вырѣзанные у живого, наблюдалъ плазмовидное перерожденіе мышцъ, состоящее въ томъ, что миоплазма волоконъ теряетъ свою дифференцировку и возвращается въ плазмовидное состояніе; поперечная исчерченность теряетъ свою ясность, въ то время какъ продольная, напротивъ, выступаетъ рѣзче. Въ перерожденной части волокна видны многочисленные кѣточные элементы разной величины, содержащіе много хроматиновыхъ зернышекъ. При сплошномъ перерожденіи волокна въ однородномъ веществѣ его только мѣстами встрѣчаются остатки миоплазмы.

Такое же плазмовидное перерождение описываютъ *Laig-nel-Lavastine* и *Bondon*. Они наблюдали дѣленіе мышечнаго волокна иногда на 3—4 волоконца; мѣстами находили измѣненіе, подобное фиброзному метаморфозу волокна. Среди нормальныхъ волоконъ попадались группы изъ 2—3 волоконъ, потерявшихъ полосатость. Ядра сарколеммы были увеличены въ количествѣ и занимали всю толщину волокна, вокругъ котораго имѣлось скопленіе изъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ, лимфоцитовъ и соединительно-тканыхъ волоконъ. Присутствіе послѣднихъ можно было обнаружить и въ самомъ мышечномъ волокнѣ, въ нѣкоторыхъ волокнахъ замѣчалось жировое перерождение.

Marinesco наблюдалъ различныя степени жировой инфильтраціи мышечныхъ волоконъ, размноженіе ядеръ и скопленія мѣстныхъ или эмигрировавшихъ клѣтокъ вокругъ сосудовъ. Перерожденные мышечныя волокна были разбѣяны между здоровыми и отличались отъ нихъ своей блѣдной окраской.

Csiky кромѣ обычныхъ измѣненій въ мышцахъ отмѣчаетъ, что на продольныхъ срѣзахъ мышечное волокно переходитъ иногда въ болѣе темно-окрашенную и нѣсколько утолщенную часть. Встрѣчаются волокна толщиной въ $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{8}$ нормальнаго волокна. Между мышечными пучками видны отложенія жира.

Въ нашемъ случаѣ при посмертномъ изслѣдованіи можно было наблюдать какъ размноженіе ядеръ и увеличеніе соединительной ткани, такъ и расщепленіе волоконъ на нѣсколько волоконцевъ. Кромѣ того замѣчалось набуханіе волоконъ, исчезновеніе поперечной исчерченности и неравномѣрная окраска. Говорить въ данномъ случаѣ о простомъ увеличеніи въ числѣ свѣтлыхъ волоконъ, имѣющихся въ нормальныхъ мышцахъ, какъ это дѣлаетъ *Knoblauch*, я не нахожу возможнымъ въ виду того, что въ этихъ мышцахъ обнаруживаются наиболѣе рѣзкія патологическія измѣненія, какъ распаденіе,

вакуолизація и т. п.; жирового перерожденія въ нашемъ случаѣ не обнаруживалось.

Что касается состоянія другихъ органовъ, то наиболѣе интереснымъ является констатированная путемъ рентгено-скопіи наличность *glandulae thymi* въ первомъ нашемъ случаѣ. Присутствіе этой железы было отмѣчено въ случаяхъ *Link'a*, *Burr'a*, *Steinert'a*, *Buzzard'a*, (2 сл.), *Hödelmoser'a*, *Grumer'a*, *Dupré* и *Pagniez*, *Marinesco*, *Nazari*, *Booth'a*, *Laignel-Lavastine'a*, *Bondon'a*, *Вендеровича* и др. Въ случаѣ *Burr'a* былъ *obscensus gl. thymi*.

Микроскопическое изслѣдованіе этой железы въ случаѣ *Marinesco* не обнаружило въ ней признаковъ инволюціи или перерожденія. Изслѣдованіе другихъ железъ внутренней секреціи (*hypophysis*, *gl. thyreoidea*, *gl. parathyreoideae*, надпочечники), произведенное *Marinesco*, *Laignel-Lavastine'омъ* и *Bondon'омъ*, указало на наличность въ нихъ измѣненій, характерныхъ для повышенной функціи.

Въ нашемъ второмъ случаѣ, подвергшемся вскрытію, эти железы не были сохранены для изслѣдованія. Увеличенія щитовидныхъ железъ не было ни у одной изъ нашихъ больныхъ.

Относительно локализаціи болѣзненнаго процесса при міастеніи существуетъ нѣсколько теорій, однако ни одна изъ нихъ не разрѣшаетъ вопроса вполне.

Прежде всего явилась мысль, что болѣзнь гнѣздится въ корѣ головного мозга. Въ пользу этой теоріи *Goldflam* приводитъ наблюденіе *Mosso*, что у здороваго человѣка, утомленнаго умственнымъ трудомъ, можно констатировать мышечную утомляемость, подобную міастенической, именно, повышенную истощаемость мышцъ не только при произвольныхъ движеніяхъ, но и при раздраженіи электрическимъ токомъ. Эту истощаемость *Mosso* объясняетъ химическимъ дѣйствіемъ на мышцу продуктовъ обмѣна веществъ, накопившихся при уси-

ленной мозговой дѣятельности. За кортикальную теорію высказываются также *Norpe*, *Buzzard* и др.

Цѣлый рядъ другихъ авторовъ локализируютъ поражение въ продолговатомъ мозгу (*Murri*, *Massalongo*, *Kalischer*, *Ballet*, *Brissaud*, *Юрьевъ* и др.). Въ пользу такой локализациі говоритъ преимущественное и раннее поражение мышцъ, иннервируемыхъ продолговатымъ мозгомъ, и извѣстное сходство клинической картины съ заболѣваніями мозгового ствола (*paralysis bulbaris*, *poliencephalitis*). *Campbell* и *Bramwell* предполагаютъ процессъ въ окончаніяхъ двигательныхъ нервовъ, *Callins* въ симпатической нервной системѣ.

За локализацию болѣзненнаго процесса въ мышцахъ говоритъ быстрая истощаемость мышцъ и при такихъ условіяхъ, когда произвольная инервациа не играетъ роли, именно, при раздраженіи мышцы фарадическимъ токомъ. Далѣе за эту теорію говоритъ сходство міастеніи съ мышечной дистрофіей и нерѣдко найденныя при вскрытіяхъ анатомическія измѣненія въ мышцахъ—явленія воспаленія и перерожденія.

Маркеловъ приводитъ, одѣако, цѣлый рядъ доказательствъ противъ мышечной и въ пользу центральной локализациі: 1) При міастеніи, рядомъ съ двигательными симптомами, могутъ наблюдаться расстройства чувствительной сферы и психики. 2) Апоплектиформное развитіе слабости мышцъ, нестойкость міастеническихъ симптомовъ, возможность быстрого возстановленія функціи говорятъ противъ міогенной теоріи; не вяжется съ нею и отсутствіе соответствія между степенью анатомическихъ измѣненій въ мышцахъ и интенсивностью двигательныхъ расстройствъ. 3) Произвольныя движенія истощаютъ мышцу болѣе полнымъ образомъ и требуютъ большаго отдыха для возстановленія прерваннаго двигательнаго акта, чѣмъ раздраженіе мышцы электрическимъ токомъ. 4) Данныя вскрытій говорятъ за то, что патологическій процессъ далеко не ограничивается мышечной системой, а захватываетъ иногда весь организмъ.

Въ 1910 году *Fruyoni* опять возвращается къ міогенной теоріи. Онъ ссылается на отсутствіе измѣненій въ нервной системѣ и полагаетъ, что измѣненія въ мышцахъ вполне объясняютъ міастеническій симптомокомплексъ; въ томъ же смыслѣ высказывается *Nazari*.

Наконецъ, *Oppenheim*, *Goldflam*, *Кожевниковъ*, *Massalongo*, *Raymond* и др. смотрятъ на міастенію какъ на функціональный неврозъ, причемъ первымъ этиологическимъ моментомъ ея считаютъ врожденную слабость двигательныхъ элементовъ. Различные вредные моменты, какъ утомленіе, діатезъ, интоксикація и инфекция, легко вызываютъ тѣ или иные измѣненія въ этихъ неустойчивыхъ элементахъ, причемъ въ зависимости отъ степени врожденной недостаточности и силы вреднаго агента получается столь разнообразная по теченію, продолжительности и исходу картина болѣзни. Въ подтвержденіе такого взгляда авторы указываютъ на врожденные аномаліи, находимыя у міастениковъ, какъ раздвоеніе uvulae, микрогнатія, шестипалость, деформація черепа и др., а также на такія микроскопическія находки, какъ присутствіе тонкихъ нервныхъ волоконъ въ корешкахъ головныхъ нервовъ, раздвоеніе Сильвіева водопровода и т. п.

Изъ всѣхъ этихъ взглядовъ наиболѣе обоснованнымъ слѣдуетъ признать, все же, міогенную теорію, такъ какъ патологическія измѣненія въ мышцахъ оказываются наиболѣе постоянными и рѣзкими. Слѣдуетъ, однако допустить, что тотъ же самый болѣзнетворный агентъ, которымъ вызываются мышечныя измѣненія, не остается безъ вліянія и на центральную нервную систему и хотя въ большинствѣ случаевъ пораженіе послѣдней является „функціональнымъ“, т. е. не обнаруживается нашими методами изслѣдованія, тѣмъ не менѣе въ отдѣльныхъ случаяхъ, какъ, напр., въ случаѣ *Borgherini*, могутъ находиться и ясныя воспалительныя измѣненія. Къ такимъ же измѣненіямъ, только выраженнымъ въ гораздо меньшей степени, можно отнести и круглоклѣточную инфиль-

трацію вокруг Сильвіева водопровода въ случаяхъ *Orrepenheim's* и др., а можетъ быть также и наблюдавшуюся нами гиперемію съ умѣреннымъ перипеллюлярнымъ лимфоцитозомъ въ различныхъ участкахъ мозга.

Спрашивается теперь: какова природа этого болѣзнетворнаго агента? Мы видѣли, что въ обоихъ нашихъ случаяхъ, также какъ и въ рядѣ другихъ наблюденій этиологическую роль играла, повидимому, *инфекція*. Однако, инфекціонныя заболѣванія, особенно такія, какъ инфлюэнца или ангина, встрѣчаются на каждомъ шагѣ; между тѣмъ, міастенія принадлежитъ къ рѣдкимъ болѣзнямъ. Должны, слѣдовательно, существовать другіе моменты, ведущіе или располагающіе къ заболѣванію. Имѣетъ ли значеніе *врожденная слабость* двигательныхъ нервныхъ элементовъ, остается нерѣшеннымъ вопросомъ. Какихъ-либо анатомическихъ признаковъ этой слабости, напр., отмѣченной *Orrepenheim'омъ* тонкости корешковыхъ волоконъ, мы не нашли въ нашемъ случаѣ. Съ другой стороны, надо имѣть въ виду еще другіе моменты, на которые указываетъ многими новѣйшими авторами, а именно: *самоотравленія и нарушеніе дѣятельности железъ внутренней секреціи*.

Въ пользу значенія аутоинтоксикаціи говорятъ такіе случаи, какъ появленіе міастеніи у лица, страдавшаго болѣзью *Banti*, или развитіе ея вслѣдъ за упорнымъ копростазомъ. По мнѣнію *Buchowski'а* и *Ketly*, міастеническіе симптомы вызываются самоотравленіемъ біохимическими продуктами, что подтверждается слѣдующимъ наблюденіемъ, сдѣланнымъ въ 7 случаяхъ. Если истощить произвольными движеніями какую-либо мышцу, то истощаются также сосѣднія мышцы, находившіяся въ покоѣ; повидимому функціонирующая мышца вырабатываетъ ненормальныя вещества; или вещества обмѣна нормальны, но не удаляются изъ мышцы и вызываютъ міастеническія явленія въ другихъ мышцахъ.

Далѣе за аутоинтоксикацію говоритъ неоднократное нахождение злокачественной опухоли. *Weigert*, *Goldflam* и *Hun* находили новообразование *gl. thymi* и средостѣнія съ измѣненіями въ мышцахъ и самые очаги въ послѣднихъ принимали за метастазы. Сюда же можно отнести случай *Oppenheim'a*, гдѣ была лимфосаркома *gl. thymi*. Мышцы здѣсь не были изслѣдованы, но обращало на себя вниманіе обиліе клѣточныхъ элементовъ въ сѣромъ веществѣ, окружающемъ *Aquaeductus Sylvii*. Однако, едва ли есть основаніе счесть очаги круглоклѣточной инфильтраціи въ мышцахъ за метастазы. Въ случаѣ *Weigert'a* болѣзнь тянулась нѣсколько лѣтъ; *Goldflam* находилъ измѣненія въ вырѣзанномъ кусочкѣ мышцы за 2 года до смерти, всего же болѣзнь тянулась 9 лѣтъ; въ обоихъ случаяхъ метастазовъ въ другихъ органахъ найдено не было.

Что касается органовъ внутренней секреціи, то *Lundborg* и *Chwostek* видятъ причину міастеніи въ разстройствѣ дѣятельности около—щитовидныхъ железъ. Другіе авторы (*Schlapp* и др.), находя у міастениковъ *gl. thymus*, ставятъ развитіе болѣзни въ связь съ этой железой. Однако, противъ этого говорятъ тѣ случаи, гдѣ железа не была найдена (*Verger*, *Raymond* и *Alquier*, *Buzzard* (3 случ.), *Sitzen* и др.).

Henri Clande и *Vincent* приводятъ случай міастеніи, который находится по ихъ мнѣнію, въ зависимости отъ недостаточной функціи надпочечныхъ железъ. *Delille* и *Vincent* усматриваютъ въ своемъ случаѣ признаки недостаточности *gl. hypophysis*, *Riggs* полагаетъ, что міастенія является результатомъ хроническаго отравленія ядомъ железнатаго происхожденія, дѣйствующимъ избирательно на периферическіе двигательные нейроны. *Marinesco*, основываясь на патологоанатомическихъ данныхъ, считаетъ причиной страданія повышенную дѣятельность железъ около щитовидныхъ, надпочечной и *hypophysis*, благодаря чему въ организмѣ происходитъ недостаточное образованіе антитѣлъ усталости или оксидазъ.

Мы отмѣтили въ одномъ изъ своихъ случаевъ наличность *gl thymus*. Однако, высказаться рѣшительно въ пользу происхожденія міастеніи отъ нарушенія внутренней секреціи нельзя уже потому, что до сихъ поръ намъ слишкомъ мало извѣстно о фізіологической роли и взаимоотношеніи этихъ железъ.

Такъ какъ причины страданія неизвѣстны, то и терапія его остается безуспѣшной. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ охранять больныхъ отъ всякой, даже легкой инфекціи, а также отъ утомленія. Въ острыхъ и тяжелыхъ случаяхъ необходимо постельное содержаніе. Особеннаго вниманія заслуживаютъ расстройство жеванія, глотанія и дыханія. Когда имѣется большая слабость жевательныхъ мышцъ, приходится прибѣгать къ мягкой или жидкой пищѣ, какъ молоко, супъ и различныя растворимыя питательныя вещества. Если жевательныя мышцы сохранены, а расстроено глотаніе, то легче принимается болѣе твердая пища, какъ рубленое мясо, пюре, молочная каша и т. п. Въ виду того, что состояніе больныхъ лучше всего по утрамъ и ухудшается къ вечеру, самымъ удобнымъ временемъ для приѣма пищи—утреннее. Важное правило во время ѣды, чтобы больной послѣ каждаго глотка дѣлалъ перерывъ на нѣкоторое время, давая отдыхъ своимъ жевательнымъ и глотательнымъ мышцамъ. Кормленіе зондомъ надо по возможности избѣгать, какъ опасный приѣмъ: наступающія при немъ рвотныя и дыхательныя движенія вызываютъ истощеніе мышцъ, въ результатѣ чего можетъ наступить даже смерть, какъ это было въ случаѣ *Bruns-Oppenheimer* а. Питательныя клизмы могутъ оказаться полезными, но для продолжительнаго питанія онѣ недостаточны.

По наблюденіямъ *Suckling*'а, *Goldflam*'а и другихъ, очень опаснымъ можетъ оказаться ларингоскопическое изслѣдованіе больныхъ.

Гимнастика противопоказана. Дѣйствіе массажа при міа-
стеніи изучено *Murri*, который пришелъ къ заключенію о без-
полезности такового. Столь же бесполезнымъ оказалось и
примѣненіе ваннъ.

Что касается электротерапіи, то примѣненіе фарадиче-
скаго тока всѣми признается опаснымъ. *Jolly* и *Oppenheim*
наблюдали припадки удушья послѣ фарадизаціи. Относительно
постояннаго тока нѣкоторые высказываются въ болѣе благо-
пріятномъ смыслѣ; другіе, однако, не раздѣляютъ этого мнѣ-
нія. Примѣненіе постояннаго тока въ первомъ нашемъ случаѣ
вызвало также припадокъ удушья. *Щербакъ* наблюдалъ улуч-
шеніе движеній послѣ арсонвализаціи; нѣкоторое, хотя и
временное, улучшеніе отъ нея отмѣчается также и въ нашемъ
второмъ случаѣ.

Безъ особаго успѣха было испробовано много внутрен-
нихъ средствъ, какъ-то: стрихнинъ, атропинъ, эрготинъ,
физостигминъ, фосфоръ, кокаинъ, коффеинъ, іодъ, желѣзо,
мышьякъ, глюкоза, Кола, лецитинъ, глицерофосфаты и др. Въ
случаѣ *Devic'a* и *Roux* улучшеніе наступило послѣ ртутнаго
леченія, однако этотъ единичный случай нельзя считать дока-
зательнымъ, такъ какъ діагнозъ міастеніи не стоитъ въ немъ
внѣ всякихъ сомнѣній.

Нѣкоторые наблюдатели сообщаютъ объ успѣшномъ при-
мѣненіи органотерапіи. *Buzzard* видѣлъ хорошій результатъ
отъ тиреоидина; въ другомъ случаѣ онъ примѣнялъ экстрактъ
надпочечной желѣзы, но безъ успѣха. *Dufour* демонстриро-
валъ женщину, выздоровѣвшую и оставшуюся здоровой въ
теченіе 9 лѣтъ послѣ леченія препаратомъ надпочечныхъ
железъ. Больной *Raymond'a* также поправился и оставался
здоровымъ въ теченіе 7 лѣтъ послѣ употребленія препара-
товъ *gl. thymi* и надпочечныхъ железъ. Въ пользу органоте-
рапіи высказываются также *Jndemans*, *Delille* и *Vincent*,
Claude и *Vincent*, *Sicard*, *Parhon* и *Urech* и др.

Однако и эти благопріятные результаты нуждаются еще въ подтвержденіи, а самый методъ—въ выработкѣ болѣе точныхъ и прочнѣе обоснованныхъ показаній.

ЛИТЕРАТУРА.

1. *Абрикосовъ*. Медицинское обозрѣніе. 1902, I, стр. 25.
2. *Albertoni*. Bollett. delle scienze med. Bologna, 1906, Ser. VIII, Vol. VI.
3. *Auerbach*. Arch. f. Psych. 1902, Bd 35, S. 480.
4. *Bad*. Münch. med. Woch. 1907, S. 1209.
5. *Ballet*. Rev. de Médecine, 1888.
6. *Berkley*. The I. Hopkins Hosp. Rep. 1897, p. 94.
7. *Bernhardt*. Arch. f. Psych. 1888, Bd. 19.
8. *Boldt*. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1906, Vol. XIX, S. 39.
9. *Booth*. Journ. of Nerv. and Ment. dis. 1908, № 11.
10. *Borgherini*. Neur. Centr. 1907, № 10, S. 445.
11. *Bondon*. La myashenie grave. Thèse de Paris, 1909.
12. *Brissaud et Bauer*. Rev. neur. 1904, p. 1228.
13. *Burr*. The Journ. of, nerv. and. ment. dis. 1904, № 3.
14. *Burr and Carthy*. Amer. Journ. of the ment sc. 1901. Vol. 121.
15. *Buzzard*. Brain, 1905, p. 438.
16. *Campbell and Bramvell*. Brain, 1900, Vol. 23, p. 277.
17. *Charcot et Marinesco*. Compt. rend. hebd. 1895, p. 131.
18. *Chwostek*. Wien. Rlin. Woch. 1908. № 2.
19. *Clande et Vincent*. Rev. neur. 1908, p. 697.
20. *Cohn*. Arch. f. Psych. 1906, Bd XLI, S. 1143.
21. *Collins*. Intern. Med. Mag. April, 1896.
22. *Csiky*. Deutsch. Zeitschr. 1909, Bd 37.
23. *Dejerine et Thomas*. Rev. neur. 1901, № 1.

24. *Delille et Vincent*. Rev. neur. 1907, p. 170.
 25. *Devic et Roux*. Rev. de Méd. 1896, Mai.
 26. *Diller*. The Journ. of nerv. ant ment. dis. 1903.
 27. *Dorendorf*. Deut. dem. Wochenschr. 1902, № 50.
 28. *Dreschfeld*. Brit. med. Journ. 1893, Aug.
 29. *Dupré et Pagniez*. Nouv. Iconogr. 1905, mai. p.
- 347.
30. *Eisenlohr*. Neur. Centr. 1887, S. 339.
 31. *Erb*. Arch. f. Psych. 1879, S. 336.
 32. *Enlenberg*. Dent. med. Wochenschr. 1898, № 1.
 33. *Fajerstayn*. Beiträge zur Kentniss der Myasthenie. Tübingen, 1902.
 34. *Feinberg*. Neur. Centr. 1902, S. 1024.
 35. *Finizio*. Rev. neur. 1898, p. 533.
 36. *Flora*. Annales d'électrobiologie, 1901, p. 762.
 37. *Frugoni*. Münch. med. Wochenschr. 1908, S. 372.
 38. *Fuchs*. Wien. Klin. Wochenschr. 1904, № 28.
 39. *Fürstner*. Deut. med. Wechenschr. 1896.
 40. *Giese und Schultze*. Deut. Zeitschr. f. Nerv. 1900, Bd. 18, S. 45.
 41. *Goldflam*. Neur. Centr. 1891, № 6.
 42. *Gowers*. Deut. med. Wochenschr. 1901, №16 и 17.
 43. *Ground*. The Lancet, 1911, № 4, p. 229.
 44. *Grund*. Deut. Zeitschr. f. Nerv. 1907, Bd. 33, S. 14.
 45. *Grüner*. Beitrag zur Kentnissder myast Pa ralyse. Dissert. Königsberg, 1905.
 46. *Guinon et Parmentier*. Nouv. Icon. 1890, № 5 и 6.
 47. *Guthrie*. The Lancet, 1901.
 48. *Hall*. Brain, 1900, Vol. 23, p. 337.
 49. *Heversch*. Neur. Jahresb. 1903, S. 596.
 50. *Hey*. Münch. med. Wochenschr. 1903, № 43.
 51. *Hödlmoser*. Zeitschr. f. Nerv. 1902, S. 279.
 52. *Hoffmann*. Deut. med. Wochenschr 1909, № 47, S. 2093.
 53. *Hoffmann*. Neur. Centr. 1910, № 9.
 54. *Hoppe*. Berlin. Klin. Wochenschr. 1892, № 14.
 55. *Hun, Bloomer, Streeter*. Albany med. Annals. 1904, Sanv.
 56. *Ивановъ*. Обзор. псих, невр. и экспер. псих. 1896, стр. 111, 190.

57. *Indemans*. Congrès d'Amsterdam, 1907, p. 391.
58. *Jendrassik*. Arch. f. Psych. 1886, Bd. XVII.
59. *Jolly*. Berlin. Klin. Wochenschr. 1895. № 1.
60. *Юрьевъ*. Медиц. прибавл. къ морскому сборнику.
СПБ. 1904.
61. *Kalischer*. Dent. Zeitschr. f. Nerv. 1895, Bd. VI.
62. *Karplus*. Jahresb. f. Psych. u. Neur. 1897.
63. *Kaufmann*. Monatsschr. f. Psych., Bd. 20, 1909.
64. *Ketty*. Deut. Zeitschr. f. Nerv. 1906, Bd. 31, S.
65. *Knoblauch*. Cenr. f. Hervenlh. 1906, S. 605.
66. *Knoblauch*. Frankfurter Zeitschr. f. Pathologie,
Wiesbaden. 1908.
67. *Кожешниковъ*. Медиц. обозр. 1896, 10.
68. *Kollarits*. Dentsch. Arch. f. Klin. Med. 1902, S.
69. *Königer*. Munch. med. Wochenschr. 1910, p. 1506;
70. *Корниловъ*. Вѣстн. клин. и суд. псих. 1886, Вып.
II, стр. 169.
71. *Laignel Lavastine et Bondon*. Nouv. Icon. 1909, p.
432.
72. *Launois, Klippel et Villaret*. Rev. neur. 1905, p.
239.
73. *Laquer*. Zentr. f. Nerv. S. 439
74. *Laquer u. Weigert*. Neur. Centr. 1901, № 13, S.
594.
75. *Léon*. Nouv. Icon. 1904, № 4, p. 269.
76. *Levi*. Riv. di pat. nerv. e ment. 1906, № 9—10.
77. *Lewandowsky*. Handbuch der Neurologie. Berlin
78. *Liefmann*. Deutsch. Zeitschr. f. Nerv. 1902, Bd. 21.
79. *Link*. Deut. Zeitschr. f. Nerv. 1902, Bd. 23.
80. *Long u. Adéond*. Neur. Centr. 1910, № 9, S. 508.
81. *Long et Wiki*. Rev. méd. de la Snisse Rom. 1901,
№ 7.
82. *V. Malaisé*. Münch. med. Woch. 1910, № 12,
S. 633.
83. *Mandelbaum and Celler*. The Journ. of. exper. Med.
1908.
84. *Marburg*. Zeitschr. f. Heilk. 1907, Bd. 28.
85. *Marinesco*. La Sem. med, 1908, №. 36.
86. *Маркеловъ*. Обзор. псих. и невр. 1910, стр. 385.
87. *Маркеловъ*. Журн. Невр. и псих. 1910, стр. 175.

88. *Mayer*. Neur. Centr. 1894, S. 398.
89. *Medea*. Rev. neur. 1904, p. 801.
90. *Mendel*. Neur. Cent. 1901, № 5.
91. *Mohr*. Berl. Klin. Woch. 1903, № 46.
92. *Monguzzi*. Gaz. med. lomb. № 6, p. 58.
93. *De ontetu. Scop.* Monatsschr. f. Psych. 1908, Bd. 24.
94. *Murri*. Riv. crit. di clin. med. 1902, № 42—43.
95. *Nazari*. Jl. Policlinica, 1910, vol. XVII, p. 193.
96. *Negro*. Gaz. d. osped. 1907.
97. *Онежовскій*. Врачъ, 1894, стр. 677.
98. *Oppenheim*. Die myasth. Paralyse.
99. *Osann*. Monatsschr. f. Psych. Bd. 19, S. 526.
100. *Oulmont et Bandonin*. Rev. neur. 1905, p. 452.
101. *Palmer*. The Lancet, 1910, № 21, p. 1492.
102. *Parhon ei Urechie*. Rev. Stündelor med. 1909, n. 1—2.
103. *Patrick*. Journ. of the amer. med. assoc. 1902, Vol. 38.
104. *Pel*. Berl. Klin. Woch. 1904, № 35.
105. *Pemberton*. The Amer. Jour. of the Med. Scienc. p. 816.
106. *Pineles*. Jahresb. f. Psych. 1895, H. 2—3.
107. *Pitres*. Journ. de Méd. de Bordeaux, 1903, p. 653.
108. *Punton*. The journ. of. nerv. a. ment. dis. 1899, p. 545.
109. *Raymond*. Lecons sur les maladies du syst. nerv.
110. *Raymond et Lejonne*. Rev. neur. 1906, № 15.
111. *Rencki*. Przegląd lekarski, 1902, № 6—9.
112. *Rennie*. Rev. of. Neur. a. Psych. 1908, VI № 4.
113. *Riegel*. Münch. med. Woch. 1911, p. 1102.
114. *Roasenda*. Ann. di Fren e scienze off. 1908, XVIII.
115. *Rostoski*. Münch. med. Woch. 1910, № 47, S. 2448.
116. *Roussy et Rossi*. Rev. neur. 1911, № 3.
117. *Рубалкинъ*. Врачъ, 1903, стр. 699
118. *Salmon*. Jl. policlinico, 1907.
119. *Schlapp*. Journ. of. nerv. a. ment. dis. 1910, № 9.
120. *Schüle*. Münch. med. Woch. 1899, № 13.
121. *Щербакъ*. Журн. невр. и псих. 1907, кн. 6, стр. 1071.
122. *Stcherbak*. Rev. neur. 1909, № 9.

123. *Шулеръ*. Невр. вѣстн. 1908, м. 15, стр. 754.
 124. *Seifert*. Deut. med. Woch. 1908, S. 623.
 125. *Seeligmüller*. Neur. Centr. 1889, 6.
 126. *Senator*. Berl. Klin. Woch. 1899, 161.
 127. *Sinkler*. Philad. med. Journ. 1902.
 128. *Sitzen*. Berl. Klin. Woch. 1906, № 53.
 129. *Sossedorf*. These inaugnrale. Geneve, Oct, 1896.
 130. *Spiller and Buckmann*. The amer. Journ. of the med. sc. 1905. № 4.
 131. *Steinert*. Vereinsb. d. Deut. med. Woch. 1906, S. 45.
 132. *Stelzner*. Arch. f. Psych. 1904, № 1.
 133. *Sterling*. Monatsschr. f. Psych. 1905, Bd. 16.
 134. *Strümpell*. Deut. Zeitscher. f. Nerv. 1895, Dec.
 135. *Suckling*. The Brit. med. Journ. 1893, March.
 136. *Tilney and Smith*. Neurographs, I, 1911, № 3.
 137. *Unverricht*. Centr. f. inn. Med. 1898, 14.
 138. *Voelker*. The Lancet, 1910, № 22, p. 1152.
 139. *Wall*. The Lancet. 1910, № 22, p. 1152.
 140. *Warthon Sinkler*. Journ. of. nerv. a. ment. dis. 1899, 9.
 141. *Вендеровичъ*. Обзор. псих. и невр. 1909 № 5, стр. 266.
 142. *Wiener*. Wien. Klin. Woch. 1908 S. 1688.
 143. *Wilbrand u. Sanger*. Die Nenrologie des Anges. Wiesbaden 1900, Bd. 1.
 144. *Wilks*. Goy's Hosp. Reports, 1877, p. 7.
-

Изъ клиники нервныхъ болѣзней Императорскаго
Казанскаго Университета.

Къ ученію о міопатіи

(прогрессирующая мышечная дистрофія со сведеніями
мускулатуры).

Ассистента клиники В. П. ПЕРВУШИНА.

(О к о н ч а н і е).

Наклонность къ образованію укороченій—сведеній мышцъ (контрактуры, псевдоконтрактуры, ретракціи) присуща вообще міопатіи и въ ограниченной степени, въ особенности въ позднемъ стадіи болѣзни, наблюдается во всѣхъ разновидностяхъ этого страданія: какъ одновременно съ псевдогипертрофіей мышцъ, такъ и безъ нея, при формахъ мѣстныхъ и распространенныхъ. Это давно установленный фактъ. Чаще всего такія сведенія наблюдаются на нижнихъ конечностяхъ и преимущественно въ мускулатурѣ икры (*pes equino-varus*, *pes varus*), далѣе—въ сгибателяхъ голени, бедра, рѣже и слабѣе на верхнихъ конечностяхъ (сгибатели предплечій). Обычно они наблюдаются на отдѣльныхъ мышцахъ или отдѣльныхъ ихъ группахъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ сведенія (косолопость) наблюдались въ раннихъ періодахъ болѣзни (*Bregmann*, *Dreyer*, *Macphail*, *Marquardt*, *Kollarits*), а иногда даже въ качествѣ перваго симптома (*Hahn*, *Jendrassik*). Въ исключительныхъ случаяхъ сведенія бываютъ выражены рѣзко и распространены на большинство, чуть не на всѣ мышцы скелета,

нарушая положеніе и взаимное соотношеніе его частей весьма сильно и весьма сильно уродуя больныхъ. Помимо конечно-стей, возникаютъ болѣе или менѣе рѣзкія и стойкія деформациі туловища (лордозъ, сколіозъ). Сказанное относилось въ большинствѣ случаевъ къ позднему періоду болѣзни—такихъ хорошо обследованныхъ случаевъ описано за послѣднее время десятка полтора, часть съ аутопсіями (*Bregmann, Cestan et Lejonne, Hahn, Jendrassik, Kollarits, Pappenheimer, Schlippe, Steinert und Versé*) ¹⁾.

Значительно рѣже такія распространенныя сведенія наблюдались въ сравнительно раннемъ стадіи (*Bregmann, Kollarits, Steinert* и *Versé*) и даже въ качествѣ первыхъ симптомовъ (случай *Steinert und Versé*, повидимому, единичный).

Во всѣхъ случаяхъ описываемой группы сохраняются характерныя черты первичной міопатической дистрофіи—въ большей или меньшей степени. При этомъ явленій псевдогипертрофіи мышцъ не наблюдается, а, напротивъ, мышцы оказываются похудѣвшими, уменьшенными въ объемъ, но замѣнъ того плотными наощупъ (почти фиброзными) и укороченными; ихъ сухожилія, также уплотненныя, сильно напрягаются при натяженіи мышцы; эластичность, резистентность мышцъ понижена. Существуетъ несоотвѣтствіе между этой чрезвычайной распространенностью болѣзненныхъ измѣненій и степенью функціональных разстройствъ: сила мышцъ, ихъ работоспособность въ общемъ понижена не въ такой степени, какъ при другихъ формахъ міопатіи и какъ этого можно было ожидать; въ тому же и при очень большомъ пониженіи функціи мышцы не наблюдалось даже въ позднихъ стадіяхъ болѣзни вполнѣ парализованныхъ мышцъ. Обращаетъ на себя вниманіе обычно наблюдаемая строгая симметричность и послѣдовательность разпредѣленія ретракціоннаго процесса; обы-

¹⁾ Цит. по *H. Steinert und Versé*, *Myopathologische Beiträge. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*. Bd. 21. 1910, S. 105.

вновенно раньше всего стягиваются мышцы икры, далѣе—сгибатели колѣна, а также сгибатели бедеръ; на рукахъ сильнѣе всего поражаются двуглавая мышца¹⁾).

Далѣе, характерна для этихъ сведеній возможность совершенно свободной активной и пассивной подвижности въ предѣлахъ, допустимыхъ наличностью контрактуры въ данномъ сегментѣ конечности; въ извѣстныхъ границахъ подвижность не встрѣчаетъ никакихъ затрудненій, въ чемъ и заключается главное отличіе этихъ мышечныхъ псевдоконтрактуръ отъ истинныхъ контрактуръ при гипертоніи мышцъ (при послѣднихъ мышцы тугоподвижны при любомъ положеніи члена, сухож. рефлексы и механическая возбудимость мышцъ повышены и т. д.).

Сведенія иногда бываютъ выражены очень сильно, не исчезая при хлороформномъ наркозѣ и даже послѣ смерти больного. Это обстоятельство зависитъ отъ того, что суставы пострадавшихъ сегментовъ конечностей оказываются также ненормальными: ихъ поверхности деформированы, связки фиброзно уплотнены, такъ что послѣ перерѣзки всѣхъ мышцъ подвижность даннаго сустава оказывается не свободной. Эти суставныя измѣненія признаются (*Jendrassik, Steinert* и *Versé* и др.) за вторичныя—какъ обычное слѣдствіе недѣятельности фиксированныхъ суставовъ; допускаютъ, что фиброзно-склеротическая дегенерация поражаетъ лишь мышцы, связки, сухожилія.

Какъ сказано, работоспособность члена въ извѣстныхъ предѣлахъ иногда не уменьшается или уменьшается немного—обстоятельство, говорящее по *Jendrassik*у за то, что причина сведеній заключается не въ измѣненіяхъ одной мышечной ткани.

Въ нашихъ случаяхъ были контрактурованы на конечностяхъ мышцы сгибатели и разгибатели (слабѣе), мышцы

¹⁾ Цит. по *Steinert und Versé*, I. с.

туловища, а у А—ва и мышцы жевательныя.

Будучи по б. ч. невыгодными для больныхъ при своей локализациі на конечностяхъ, эти сведенія, возникая въ мышцахъ спины, оказываются для больного полезными: они фиксируютъ до известной степени туловище и компенсируютъ вліяніе міопатического лордоза, при которомъ положеніе туловища во многомъ опредѣляется лишь тяжестью его отдѣльныхъ частей.

Эта склонность мышцъ міопатиковъ къ сведенію давно уже служила предметомъ патолого-анатомическихъ изслѣдованій и теоретическихъ изысканій. Данное явленіе никоимъ образомъ не можетъ разсматриваться какъ слѣдствіе хроническаго ревматизма мышцъ или суставовъ; оно не имѣетъ ничего общаго съ *myositis sclerosa* (при склеродерміи) или съ *myositis ossificans*. Оно зависитъ при міопатіи исключительно отъ измѣненія мышечной ткани и отъ замѣщенія ея тканью межуточной.

Въ качествѣ примѣра подобныхъ измѣненій считаю не безинтереснымъ привести вкратцѣ гистологическія находки въ одномъ рѣзко выраженномъ случаѣ *Cestan et Lejonne*¹⁾ „міопатіи съ фамильными сведеніями“ (аутопсія старшаго изъ двухъ братьевъ).

Оба брата Leon 25 л. и Georges 13 л. были единственными въ роду и въ семьѣ (изъ 7 дѣтей) міопатиками (3-й и 7-й ребенокъ по счету); изъ остальныхъ дѣтей 3 умерли въ раннемъ дѣтствѣ, двое (29 и 16 л.) живы и здоровы. Міопатическій процессъ началъ обнаруживаться уже въ самомъ раннемъ дѣтствѣ и медленно роковымъ образомъ усиливался, выражаясь въ постепенномъ ослабленіи силы движеній ко-

¹⁾ R. Cestan et P. Lejonne, Un cas de myopathie avec rétractions. Nouvelle Jeonographie de la Salpêtrière, 1904, p. 343.

R. Cestan et Lejonne, Une myopathie avec rétractions familiales. Nouvelle Jeonographie de la Sulpêtrière, 1902, p. 38.

нечностей и туловища, похуданіи ихъ мускулатуры и параллельно съ тѣмъ развивавшимися сведеніями въ мышцахъ нижнихъ и верхнихъ конечностей (въ сгибателяхъ), шеи и туловища. Чувствительность, тазовые органы не затрагивались, псевдогипетрофіи мышцъ не было; электровозбудимость мышцъ и нервовъ замѣчательно хорошо сохранилась съ точки зрѣнія минимальной возбудимости, амплитуды сокращеній и ихъ живости (въ *m. extens. dig. comm.* сокращенія валыя, слабая у L., у G. она ослаблена въ нѣкоторыхъ мышцахъ: *vast. ext., int., tibialis ant.*, особенно въ *extens. dig. comm.*). Рефлексы сух. утрачены или слабы, кожные норм.; идиомускулярная сократительность очень ослаблена. Старшій братъ L. представлялъ весьма своеобразную картину, т. е. въ силу мышечныхъ сведеній ходилъ лишь на пальцахъ, имѣя ноги согнутыми въ колѣняхъ и бедрахъ.—У него развился легочной туберкулезъ и въ декабрѣ 1903 г. онъ скончался при повышенной t^0 , длившейся дней 16.

При *аутопсії* оказались туберкулезныя измѣненія легкихъ, каверны, бронхо-пневмонія; въ головномъ мозгу весьма выраженные измѣненія—острый геморрагическій энцефалитъ.

Мышцы блѣдны, мѣстами сильно плотны (консистенція фиброзной ткани); въ нѣкоторыхъ блѣсоватая ненормальная пестрота отъ развитія фиброзной ткани. Всѣ мышцы атрофичны—особенно на туловищѣ и ногахъ—и главнымъ образомъ въ области тазового и плечевого пояса и на корняхъ конечностей.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи мышечныя волокна представляются болѣе или менѣе сильно похудѣвшими, истонченными, мѣстами исчезаютъ, мѣстами—гипертрофируются. Эта гипертрофія мышечныхъ волоконъ разсматривается одними авторами какъ явленіе компенсаторное, другими—какъ переходный стадій нормальнаго волокна къ атрофіи. Часть волоконъ нормальнаго калибра; поперечная исчерченность обычно сохранена; мѣстами дѣленіе волоконъ; количество ядеръ мышечныхъ увеличено сильно, особенно въ гипертрофированныхъ волокнахъ, причемъ ихъ свойства сохранились въ общемъ неизмѣненными. Мѣстами зернисто—жировая дегенерация мышечныхъ волоконъ какъ явленіе случайное; мѣстами волокна утрачиваютъ поперечную полосатость и содержатъ внутри гомогенныя массы. Измѣненія мышечныхъ волоконъ сильнѣе

всего выражены у сухожильныхъ прикрѣпленій (гдѣ они первоначально и возникаютъ).

Интерстиціальная тканьъ чрезвычайно увеличена, заполняя промежутки между пучками и отдѣльными мышечными волокнами; она мѣстами сильно фиброзна, богата ядрами, плотна; мѣстами ея пучки какъ бы замѣщаютъ мышечныя волокна или служатъ какъ бы ихъ продолженіемъ. Порой тканьъ рѣже, наполнена жировыми пузырьками (въ тѣхъ мышцахъ, въ которыхъ атрофическій процессъ отличался большей давностью); жировой инфильтраціи мышечныхъ волоконъ нѣтъ. Въ сгибателяхъ преобладаетъ элементъ фиброзный, въ разгибателяхъ — адипозный.

Нервы мышечные нормальны, лишь мѣстами подверглись слабому зернисто-жировому перерожденію. Стѣнки сосудовъ въ мышцахъ нѣсколько утолщены, склерозированы насчетъ соединительно-тканнаго элемента ихъ туники; мѣстами — внутримышечныя кровоизліянія, но слѣдовъ воспалительнаго процесса нѣтъ.

Въ случаѣ *Cestan et Lejonne* наиболѣе пораженными оказались мышцы туловища и плечевого — тазового пояса (атрофія, гипертрофія, развитіе интерстиціальной ткани и особенно много жировой ткани); измѣненія слабѣе въ мышцахъ центральныхъ отдѣловъ конечностей (при чемъ ноги поражены сильнѣе рукъ), еще слабѣе — на периферіи конечностей; *m. supinator long.* и *peroneus l.* поражены сильно. Въ спинномъ мозгу можно было отмѣтить лишь миниатюрность и нѣкоторую гиперпигментацію клѣтокъ переднихъ роговъ, легкое утолщеніе интерстиція. Въ периферическихъ нервахъ — утонченіе мѣлиновой обкладки, принимающей мѣстами четкообразный видъ, легкая пролиферація эндо — и периневрія; осевые цилиндры — нормальны (нѣсколько утончены).

Въ клиническомъ отношеніи 2-й случай *Cestan et Lejonne* (G.) представляетъ большое сходство съ нашими больными. Также напоминаетъ нашихъ больныхъ и приводимый ниже случай *H. Steinert und Versé*¹⁾, относящійся къ 29 л. рабочему. Изъ 12 дѣтей семьи 2 умерли въ раннемъ дѣтствѣ,

¹⁾ *H. Steinert und Versé*, Myopathologische Beiträge. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 1910, Bd. 21, s. 105.

остальныя 9 здоровы. Больной—7-ой по счету ребенокъ *Р. Н.* Сынъ его тетки (по матери) съ 12 л. имѣетъ такія же болѣзненные явленія, какъ и *Р. Н.*; дядя (по матери) боленъ тѣмъ же (сильнѣе своихъ племянниковъ).

У *Р. Н.* болѣзненные явленія стали обнаруживаться до 8 л. болями въ стопахъ, лѣтъ съ 6—сведеніе сухожилій на ногахъ (сначала на правой стопѣ) и одновременно на рукахъ (локтевой суставъ), а позднѣе и въ области позвоночника. За послѣдніе годы установилось общее похуданіе и слабость мускулатуры, хотя больной до послѣдняго времени могъ выполнять легкія работы слуги. Подъ конецъ жизни присоединился легочной туберкулезъ; скончался въ ноябрѣ 1907 г. отъ туберкулезнаго менингита.

Лицо немного напоминаетъ *facies myopathica*, хотя движенія въ области черепныхъ нервовъ сохранились хорошо. Похуданіе мускулатуры рукъ и ногъ (и отчасти туловища), главнымъ образомъ въ центральныхъ частяхъ,—преимущественно похудѣли *mm. bicipites brach., supinators, radialis ext.*, мелкія мышцы кистей; на ногахъ похуданіе выражено менѣе.

Сведенія мышцъ рукъ, ногъ; ходитъ на пальцахъ.

Рефлексы на рукахъ не ясны, ахилловы очень слабы, пателлярные, кремастерные, подошвенные, брюшные нормальны. Электровозбудимость нормальна, немного понижена лишь въ наиболѣе атрофированныхъ мышцахъ.

На трупѣ ясно выступали сведенныя мышцы и ихъ сухожилія (*tendo Achillis, biceps br.*); ихъ не удается развести и при усиленныхъ попыткахъ. Большинство мышцъ оказалось болѣе или менѣе сильно похудѣвшими: *pectorales maj. et minor* (не укорочены), блѣдно-краснаго цвѣта; *m. trapezius*—мало измѣненъ; *m. latissimus dorsi* очень атрофированъ, съ желтоватой окраской; поясничныя мышцы толсты и довольно плотны, желтоватаго цвѣта. Позвоночникъ неподатливъ—одеревѣлъ (лишь въ шейной части слабо подвиженъ),—что остается и до удаленія мышцъ (тѣла позвонковъ и круглыя связки не измѣнены). *Mm. biceps* и особенно *brachialis int.* и *brachio-radialis* сильно измѣнены (истончены, сѣро-желтоватаго цвѣта, блѣдныя). Точно также измѣненъ и *m. triceps* немного мѣстами.

На правой ногѣ *mm. semimembranosus, semitendinosus et biceps* сильно измѣнены (фиброзны, желто-краснаго цвѣта); въ заднихъ и нижнихъ частяхъ своихъ *m. gracilis* мѣстами имѣетъ желтоватую окраску, также мѣстами и *mm. vasti; m. peroneus l. и m. gastrocnemius*—совершенно фиброзны (однако на боковой сторонѣ послѣдняго поверхностные слои имѣютъ еще темно-красную окраску; также и въ толщѣ мускула нѣкоторые пучки лучше сохранились—они болѣе мягки сравнительно съ сосѣдними—плотными).

Центральная нервная система и большіе нервные стволы (и ихъ развѣтвленія мелкія) макроскопически сохранились въполнѣ нетронуемыми; менингитъ основанія головного мозга. Туберкулезъ легкихъ, гортани, плевры, почекъ.

Гистологическое изслѣдованіе. На щипанныхъ свѣжихъ препаратахъ въ слабо пораженныхъ мышцахъ замѣтно выпаденіе поперечныхъ полосокъ нѣкоторыхъ волоконъ, на другихъ—расщепленіе волоконца въ длину; рядомъ съ ними въ сильнѣе пораженныхъ мышечныхъ волокнахъ сарколемма выполнена нѣжными зернышками. Въ очень сильно пораженныхъ мышцахъ сократительное вещество всецѣло замѣщено фиброзной тканью съ жировыми клѣтками. На срѣзахъ та-же картина. Существенно важно отмѣтить, что мышцы, макроскопически казавшіяся почти нетронуемыми, гистологически представляли уже значительныя дегенеративныя измѣненія многочисленныхъ мышечныхъ волоконъ: такъ, въ *m. subscapularis* отмѣчено: утрата поперечной исчерченности (продольная—сохранена) нѣкоторыхъ волоконъ; волокна и волокна мѣстами отдѣлились другъ отъ друга, нѣкоторые изъ нихъ подверглись зернистому распаду, другія лежатъ спутанно внутри сарколеммы; ядра послѣдней разрослись сильно, часто образуя длинные ряды. Рядомъ съ тѣмъ лишь умѣренно увеличена соединительная ткань, жировая ткань мѣстами развита нѣсколько обильнѣе.

Тѣ же явленія и въ *m. latissimus dorsi* вблизи мѣста его прикрѣпленія. По автору, эти измѣненія представляютъ начало пораженія мышцы и указываютъ рѣшительно на то, что дегенерація мышечныхъ волоконъ сопровождается патологическій процессъ, тогда какъ разроженіе соединительной ткани присоединяется лишь вторично.

Гистологическія измѣненія гораздо рѣзче въ мышцахъ, сильнѣе атрофированныхъ. Такъ, въ *m. gracilis* имѣются уже болѣе обильныя соединительно-тканныя массы съ нѣсколькими жировыми клѣтками, заключенными между удѣлѣвшими мышечными волокнами; послѣднія различной толщины и находятся во всѣхъ стадіяхъ распада. Часто видно, какъ тонкіе, узкіе мышечные пучки съ малымъ количествомъ фибрилл содержатся еще въ плотной соединительной ткани (это явленіе *Rappenheim* относилъ на отодвиганіе вѣдряющейся соединительной тканью). Многія изъ болѣе толстыхъ волоконъ распались на глыбки, другія, подвергшись гіалиновому или восковидному измѣненію, вполне гомогенны (рѣдко). Между распавшимися волокнами встрѣчаются обильно размножившіяся ядра сарколеммы и часто глыбки хроматина. Въ другихъ частяхъ мускуль совсѣмъ замѣщенъ фиброзной тканью.

Въ *m. vastus med.* мышечныя волокна въ очень скудномъ количествѣ; они сильно извилисты, многократно прерываются и распадаются на отдѣльныя фибриллы, рѣдко волокна слабо воспринимаютъ окраску и состоятъ изъ мелкихъ зернышекъ, беспорядочно выполняющихъ мѣшокъ сарколеммы. Весьма обильное количество жировой ткани.

Микроскопическое изслѣдованіе нервной системы дало вполне отрицательные результаты; лишь въ гангліозныхъ клѣткахъ *Clarke*овскихъ столбовъ оказались незначительныя хроматолитическія измѣненія (имъ авторъ не придаетъ значенія).

Не менѣе интересенъ и недавно опубликованный случай *L. Landouzy et L. Lortat-Jacob*¹⁾, относящійся къ одному міопатику типа *Landouzy-Dejerine*'а, *Léon M.*, прослѣженный авторомъ (*Landouzy*) въ теченіе 30 л. Со стороны наслѣдственности отмѣчено лишь существованіе хроническихъ кожныхъ пораженій (*eczema*, *psoriasis*) у его дядей и тетокъ (по отцу) въ теченіе всей ихъ жизни.—Братъ его *Georges* также страдалъ мышечной атрофіей; трое другихъ дѣтей семьи умерли въ дѣтскомъ возрастѣ (6 л., 5 л. и еще раньше). У *Léon*'а слабость мышечная стала обнаруживаться лѣтъ

¹⁾ *L. Landouzy et L. Lortat-Jacob*, Histoire d'un atrophique myopathique du type facio-scapulo huméral. *Revue de Médecine*, 29.—1909. S. 337.

съ 8 и прогрессивно увеличивалась въ теченіе всей послѣдующей жизни; лѣтъ съ 14 — похуданіе лѣвой руки, а затѣмъ и правой голени; похуданіе распространилось постепенно на конечности и туловище; уже рано обнаружилось пораженіе мышцъ лица. Сравнительно рано и очень сильно пострадалъ *m. thenar* на рукахъ (*la main simienne*), мышцы плеча сильнѣе атрофировались, чѣмъ мышцы предплечья; флексоры атрофированы сравнительно съ экстензорами меньше. Позднѣе появились мышечныя сведенія, достигшія за послѣдніе года жизни рѣзкой выраженности; мышечныя атрофіи также дошли до крайней степени проявленія — на верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ и туловищѣ. Сведенія обусловили рядъ деформаций: плечи отведены отъ туловища, предплечья полусогнуты, кисти согнуты, пальцы сжаты въ кулакъ, рѣзкій лордозъ, не исчезающій при положеніи на спинѣ, бедра отведены и полусогнуты, голени полусогнуты, стопы и пальцы ногъ въ положеніи плантарной флексии.

Чувствительная сфера не была затронута, лишь за послѣднее время бывали приступы болей въ области сѣдалищнаго и бедреннаго нервовъ; фибриллярныхъ сокращеній мышцъ не было; электровозбудимость фарадическая и гальваническая были понижены, безъ Е. Р.

30/v 1902 г. смерть отъ легочнаго туберкулеза. При *истологическомъ* изслѣдованіи *мышцы*, наиболѣе пораженныя, оказались зернистаго вида, утратили полосатость. Въ мышцахъ, менѣе пострадавшихъ, отмѣчается продольная и поперечная полосатость, хотя мѣстами она оказывается сомнительной и симулируется пролеферированными ядрами, распределенными въ видѣ цѣпей; продольное дѣленіе волоконъ — очень рѣдко. Ткань интерстиціальная въ обильномъ количествѣ, гипертрофирована; она разъединяетъ и перепутываетъ мышечныя волокна; въ ней многочисленныя ядра, довольно большое количество жировыхъ клѣтокъ, инфильтрирующихъ ткань. Однако мышечныя волокна даже въ мышцахъ, наиболѣе пораженныхъ, не всѣ одинаково затронуты. Въ мышцахъ, пораженныхъ слабо (начальная стадія процесса), единичныя жировыя клѣтки замѣняютъ мышечныя волокна.

Первая систем. Клѣтки переднихъ роговъ спинного мозга легко видны; ихъ размѣры важутся значительно меньше нормальнаго. Это уменьшеніе величины клѣтокъ вообще

присуще спинному мозгу *Léon M.* Мѣстами клѣточная протоплазма красится (м. *Nissl'*я) диффузно и иногда ядро красится послабѣе. Во внутренней группѣ передняго рога иногда (очень рѣдко) клѣтки представляются закругленными, съ притупленными углами. Тѣмъ не менѣе большинство клѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга абсолютно нормальны. Продолговатый мозгъ особенностей не представляетъ, также какъ и периферическая нервная система—при самомъ тщательномъ изслѣдованіи. Уменьшеніе величины нѣкоторыхъ нервныхъ клѣтокъ спинного мозга авторъ относитъ за счетъ атрофіи отъ недостаточной дѣятельности (какъ и въ случаѣ *Gilbert Ballet et Luignel-Lavastine, L'Encéphale, № 3, 1908*).

Очень тщательному изслѣдованію подвергли авторы *ске-летъ Léon M.* (осмотръ, рентгенографія); кости (компактная ткань) оказались разрѣженными и крайне просвѣчивающими (прозрачными)—въ особенности сильно въ предѣлахъ наиболѣе и притомъ давно атрофированныхъ мышцъ (плечо, корни конечностей, *trochanter*, верхняя треть бедра, ребра); мѣстами (особенно на *caput. femoris*) исчезновеніе костныхъ переключинъ (аналогія съ остеопорозомъ и съ *osteitis tuberculosa rareficiens*).

Кости истончены; ихъ выступы, бугорки, гребни сглажены, эпифизы уменьшены въ объемъ, діафизы тонки, мѣстами просвѣчиваютъ; длинная кость искривлена; грудная клѣтка деформирована (*thorax myopathique*), тазъ занимаетъ неправильное положеніе.

Авторы отмѣчаютъ устойчивость въ отношеніи атрофіи нѣкоторыхъ мышечныхъ группъ (флексоры пальцевъ) и цѣлость *m. ulnaris int.*,—какъ характерныя признаки міопатіи типа *facioscapulo-humeral*, что было отмѣчено еще въ 1888 г. (*Landonou et Dejerine*).

Такимъ образомъ въ подобнаго рода случаяхъ міопатіи на первый планъ выступаютъ измѣненія со стороны мускулатуры—похуданіе, атрофія мышечныхъ волоконъ и развитие фиброзно-жировой межуточной ткани.

Измѣненія въ нервной системѣ не существенны, нехарактерны; пожалуй, и здѣсь самое существенное—утолщеніе эндоневра (д. б., того же происхожденія, какъ и утолщеніе

сосудистыхъ стѣнокъ) — въ случаѣ *Cestan et Lejonne*, а въ случаѣ *Landouzy et L. Jacob'a* — уменьшеніе калибра нервныхъ вѣткокъ спинного мозга.

Съ точки зрѣнія патолого-гистологической и клинической въ группѣ міопатій можно различать 3 формы: *атрофическую*, *псевдогипертрофическую* и *склеротическую*, ведущую къ сведеніямъ; наши случаи принадлежатъ, несомнѣнно, къ этому послѣднему тону. Ихъ клиническія особенности опредѣляются идущимъ рука объ руку съ похуданіемъ и изчезаніемъ мышечныхъ волоконъ процессомъ замѣстительнымъ — разращеніемъ фиброзно-жировой ткани. Судя по даннымъ *Cestan et Lejonne*, мышцы, наиболѣе сведенныя и въ то же время наиболѣе мощныя — флексоры (напр., *biceps brachii*), — сохраняютъ и больше нормальныхъ мышечныхъ волоконъ, и въ то же время отличаются наибольшимъ развитіемъ плотной фиброзной ткани; въ экстензорахъ — антагонистахъ — (напр., *triceps brachii*), наоборотъ, сохраняется меньше здоровой мышечной ткани и больше содержаніе ткани жировой.

Съ этой точки зрѣнія и понятно происхожденіе и распредѣленіе псевдоконтрактуръ — сведеній въ такихъ случаяхъ. Т. о. деформациі міопатиковъ зависятъ отъ преобладанія дѣйствія антагонизирующихъ мышцъ и отъ степени развитія въ нихъ міосклеротическаго процесса. При преобладаніи въ тканяхъ послѣдняго процесса и возникаетъ описываемый крайне характерный типъ *міопатіи со сведеніями*, такъ рѣзко отличающійся клинически отъ обычнаго атрофическаго типа; въ подобныхъ случаяхъ достигаетъ своего максимальнаго напряженія этотъ склеротическій процессъ, проявляющійся въ обычной картинѣ міопатіи лишь слабо и ограничивающійся тамъ лишь весьма незначительнымъ количествомъ мышцъ скелета.

Деформациі у міопатиковъ различаютъ по времени ихъ возникновенія какъ *позднія* и какъ *раннія*. Возникновеніе первыхъ до извѣстной степени еще объяснимо съ точки зрѣ-

нія неодинаковой выраженности атрофіи и пареза мышц антагонистовъ ¹⁾, или, какъ допускалъ *Friedreich* для объясненія *pes eq. varus* у міопатиковъ,—вслѣдствіе преобладанія чрезвычайно развитой мускулатуры икроножной надъ мускулатурой перонеальной.

Антагонистическо-механическая теорія *Hoffa* ²⁾ относительно развитія сведеній близко подходит къ объясненіямъ *Duchenne* и *Friedreich*'а: въ тѣхъ случаяхъ, когда среди завѣдующихъ движеніемъ какого-либо сустава мышцъ нѣкоторыя паретичны или парализованы, другія же или нормальны, или пострадали менѣе,—подъ вліяніемъ волевыхъ импульсовъ сокращаются преимущественно (или исключительно) мышцы, болѣе уцѣлѣвшія (или нормальныя); точки прикрѣпленія мышцъ сближаются и въ такомъ положеніи конечность остается, такъ какъ противодѣйствіе парализованныхъ антагонистовъ отсутствуетъ (при парезѣ антагонистовъ возможно лишь неполное выравниваніе дѣйствія агонистовъ). Благодаря эластичности, мышцы остаются надолго укороченными, въ нихъ наступаетъ сморщиваніе, а позднѣе — контрактура.

Возникновеніе позднихъ контрактуръ при псевдогипертрофіи мышцъ, по *Friedreich*'у, зависитъ также отъ развитія интерстиціальной соединительной и жировой ткани, ея сморщиванія, чѣмъ вызывается укороченіе мышцъ.

Къ всему этому при развитіи *pes equino-varus* присоединяютъ еще одинъ моментъ: такъ какъ больные по б. ч. лежатъ или сидятъ, то къ остальнымъ моментамъ присоединяется еще вліяніе тяжести опущенной стопы—въ смыслѣ невольной возникающей при этомъ плантарной флексіи и супинаціи (т. е. наружная часть стопы тяжелѣе внутренней части); это и содѣйствуетъ развитію *pes equino-varus*.

¹⁾ *Duchenne* (de Boulogne), *Traite de l'Electrisation localisée*, 3-me edit. 1872.

²⁾ Цит. по *Dreyer*'у.

Подобныя объясненія неприложимы для раннихъ деформаций, возникающихъ тогда, какъ рѣзкихъ атрофическихъ и паретическихъ явленій еще нѣтъ и мышцы еще достаточно энергичны. Къ тому же и при позднихъ деформацияхъ сведенныя мышцы бываютъ иногда также измѣнены, какъ и ихъ антагонисты¹⁾. Поэтому приходится думать, что деформации во многомъ обязаны прогрессивно усиливающемуся замѣстительному разращенію фиброзной ткани, склонной къ стягиванію—сведенію (взглядъ *Erb'a*). Но такъ какъ сгибатели обладаютъ болѣею силой, болѣею мышечной массой, сохраняютъ при миопатіи обычно лучше свою электровозбудимость, то при постоянной дѣятельности агонистовъ и антагонистовъ мало по малу, согласно *Duchenne* и *Hoffa*, нарушается взаимное уравновѣшенное положеніе въ пользу флексоровъ, сегменты конечности постепенно принимаютъ сгибательное положеніе и оно удерживается—фиксируется фибрознымъ процессомъ, развивающимся въ мускулатурѣ. Такое толкованіе, какъ указано, приложимо не для всѣхъ случаевъ и не для всѣхъ мышечныхъ группъ; повидимому, во многихъ типичныхъ случаяхъ процессъ миосклеротическій играетъ первую роль; болѣе вѣроятнымъ поэтому будетъ предположеніе, что деформации миопатиковъ возникаютъ благодаря взаимному дѣйствию миосклеротическаго процесса (главнымъ образомъ) и неодинаковаго развитія атрофій въ антагонизирующихъ мышцахъ.

Въ 2 случаяхъ *Kallarits*²⁾ наблюдалась сгибательная контрактура предплечій, не смотря на то, что сила разгибателей была больше силы сгибателей. Въ случаяхъ *Jendrassik'a* псевдоконтрактуры наблюдались при довольно хорошо функционирующихъ мышцахъ; это даетъ ему поводъ считать эти псевдоконтрактуры за явленіе самостоятельное, своеобразное.

¹⁾ *Friedreich*. Цит. по *Cestan et Lejonne*.

²⁾ Цит. по *Jendrassik'y*, I. с.

За это говоритъ и то обстоятельство, что въ большинствѣ случаевъ міопатіи наблюдается атонія мускулатуры и подвижность активная и пассивная частей тѣла значительно увеличивается (до степени болтающихся суставовъ).

Вопросъ о происхожденіи интерстиціальной ткани, замѣщающей мышечную при міопатіи, разрѣшается авторами различно ¹⁾: по мнѣнію однихъ она просходитъ отъ разращенія *perimysii int. et ext.*, по мнѣнію другихъ (напр., *Krösing*'а)—отъ самаго мышечнаго волокна. Первый процессъ—обычный и наиболѣе распространенный; его можно констатировать и въ мышцахъ со слабыми начальными атрофическими измѣненіями, гдѣ при всемъ томъ однако мышечные пучки и волокна уже окружены соединительнотканнымъ влагалищемъ, стѣнки сосудовъ и капилляровъ утолщены; здѣсь именно на счетъ пролифераціи *perimysii* и совершается развитіе большей части соединительной ткани. Существованіе второго процесса—образованіе интерстиціальной ткани за счетъ самихъ мышечныхъ волоконъ путемъ, такъ сказать, фибрознаго превращенія ихъ—базируется на гистологическихъ находкахъ изъ области наиболѣе пораженной мускулатуры: тутъ замѣчали нерѣдко, какъ фиброзныя волокна составляютъ какъ бы продолженіе мышечныхъ и содержатъ весьма многочисленныя круглыя ядра, какъ бы остатки размножившихся мышечныхъ ядеръ. На мѣстѣ перехода между фиброзными полосами и мышечнымъ волокномъ происходитъ расщепленіе его на фибриллы, утрачивается поперечная исчерченность, появляются длинныя веретенообразныя кѣтки съ ядрами напоминающія образованія, описываемыя авторами (*Durante*, *Krösing*) какъ типъ регрессіи мышечнаго волокна. Во всякомъ случаѣ однако главная роль въ происхожденіи при міопатіи ткани фиброзной принадлежитъ ткани соединительной съ сосудами, остатками сараколеммы, эмбриональнымъ мышечнымъ волокнами.

¹⁾ По *Cestan et Lejonne*, *Dreyer*.

Мышечныя волокна при міопатіи погибають т. о. различно: часть ихъ постепенно истончается, сохраняя свою исчерченность; иногда въ нихъ появляются при этомъ предлежающія массы, какъ явленіе дегенераціи саркоплазмы или ядра; возможно, наконецъ повидимому, превращеніе мышечнаго волокна въ ткань фиброзную.

Наиболѣе интересный вопросъ о *патогенезѣ* разсматриваемыхъ явленій, о ихъ взаимномъ соотношеніи, о томъ, почему же именно такъ разростается интерстиціальная ткань при міопатіи вообще и въ случаяхъ, аналогичныхъ нашимъ, въ особенности,—этотъ вопросъ и до сихъ поръ не получилъ надлежащаго разъясненія. Долгое время ¹⁾ не могли притти къ соглашенію относительно того, гдѣ нужно искать первоисточникъ въ происхожденіи міопатіи—въ мышечной ли ткани, или въ соединительной; т. е., поражаются ли мышцы вторично подъ вліяніемъ другихъ причинъ (вслѣдствіе паралича антагонистовъ, измѣненія въ суставахъ и т. д.), или же сморщиваніе, сведеніе мышцъ и ихъ похуданіе—процессъ первичный?

Высказывался многими авторами (*Duchenne, Charcot, Butlin*) взглядъ, что первичнымъ процессомъ здѣсь является разростаніе соединительной ткани (одновременно съ образованіемъ и жировой), измѣненія же мышечной ткани слѣдуетъ считать за вторичныя (она какъ бы погибаетъ среди разросшейся интерстиціальной ткани).—Въ 1890 г. *Erb* категорически высказался на основаніи личныхъ наблюденій за обратное: измѣненія въ мышечной ткани оказываются наиболѣе важными и ранними; измѣненія въ соединительной ткани возникаютъ въ крайнемъ случаѣ одновременно съ ними (въ незначительной сте-

¹⁾ *Dreyer L.*, Ueber Skelettveränderungen und Frühkontrakturen bei *Dystrophia musculorum progressiva*. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1906, Bd. 31, s. 147.

Ромъ В. К., Мышечная сухотка, 1896 г

пени), а, вѣроятно, — лишь вслѣдъ за измѣненіями мышцъ, и лишь подъ конецъ въ разросшейся соединительной ткани появляется болѣе обильный липоматозъ. Причину страданія *Erb* усматриваетъ въ особомъ трофическомъ разстройствѣ. — Этотъ взглядъ былъ принятъ далѣе большинствомъ ученыхъ. Мысль *Erb*'а о существованіи въ основѣ міопатіи трофическаго разстройства подкрѣпилась сравнительно недавно пріобрѣтенными фактами нарушенія при ней и костной системы и разраженія фиброзной ткани во внутреннихъ органахъ; тутъ, по *Dreyer*'у, идетъ рѣчь, быть можетъ, о трофоневрозѣ, поражающемъ весь двигательный аппаратъ (и мышцы, и кости) въ совокупности. Если это трофическое разстройство выражено незначительно, то прежде всего оно касается лишь выше дифференцированныхъ, болѣе чувствительныхъ элементовъ мышечной ткани — самихъ мышечныхъ волоконъ. *Weigert, Ribbert*¹⁾ признаютъ существованіе въ организмѣ извѣстнаго внутреннего тканевого напряженія: гармонія роста правильно развивающагося тѣла обуславливается тѣмъ, что отдѣльныя ткани при своемъ ростѣ обоюдно ограничиваются въ направленіи, необходимомъ для образованія нормальнаго организма. Въ тѣхъ случаяхъ, когда возникаетъ измѣненіе, нѣкоторое ослабленіе функціональныхъ силъ, присущихъ каждой клѣткѣ, съ которыми связано самымъ интимнымъ образомъ развитіе жизненной субстанціи, — задерживается и развитіе мышечныхъ волоконъ; выпадаетъ т. о. одна изъ силъ, ограничивающихъ взаимно нормальный ростъ тканей, и соединительная ткань, не затронутая еще при этой степени пораженія, можетъ распространяться, разрастаться при продолжающемся ростѣ тѣла, не встрѣчая къ тому естественныхъ препятствій.

Обращаясь къ частному вопросу — *міопатіи со сведеніями мышцъ*, — можно показать, что и здѣсь первичнымъ является

¹⁾ Цит. по *Dreyer*'у.

измѣненіе самого мышечнаго вещества. Если мысль о вторичномъ происхожденіи контрактуръ можетъ еще напрашиваться по отношенію къ тѣмъ случаямъ, гдѣ сведенія развиваются сравнительно поздно—позже атрофій и парезовъ (сл. *Cestan et Lejonne*) и гдѣ контрактурованные мышцы сохранились лучше, сильнѣе антагонистовъ, то такое объясненіе неприложимо для другихъ случаевъ, гдѣ ретракціи возникли, повидимому, первично (*Steinert et Versé*) и антагонисты сведенныхъ мышцъ сохранились лучше.

При всемъ томъ нужно считаться съ тѣмъ фактомъ, что во всѣхъ случаяхъ стягиванію подвергаются обыкновенно однѣ и тѣже мышцы независимо отъ степени сохраненія или утраты ихъ функціи, отъ соотношенія мышцъ агонистовъ и антагонистовъ. Этотъ фактъ не объясненъ еще, но онъ свидѣтельствуетъ о томъ, что процессъ ретракціи возникаетъ въ мышцахъ, повидимому, независимо отъ постороннихъ вліяній, а въ силу особаго процесса въ самой мышечной ткани.

Нѣкоторые усматривали вліяніе на развитіе сведеній въ измѣненіяхъ суставовъ; однако, это мнѣніе слѣдуетъ считать ошибочнымъ: измѣненія суставовъ миопатиковъ—явленіе послѣдовательное, есть слѣдствіе недѣятельности фиксированнаго малоподвижнаго сустава; они обычно не сопровождаются болями, не мѣняютъ своей конфигураціи, а если въ нихъ и возникаютъ боли, напр., въ стопахъ, то въ силу нарушенія условій статики.

Поэтому большинство авторовъ рассматриваетъ мышечныя сведенія какъ первичный процессъ. Этимъ не устраняется возможность усиленія ихъ подъ вліяніемъ иныхъ случайныхъ причинъ.

Спорный съ точки зрѣнія гистологической вопросъ о томъ, будетъ ли самое стягиваніе мышцы явленіемъ вторичнымъ или первичнымъ, т. е. раздраженіе соединительной ткани мышцы носить ли самостоятельный характеръ или есть слѣд-

ствіе перерожденія мышечной паренхимы, *Steinert et Versé*¹⁾ рѣшаютъ утвердительно: измѣненія мышечной паренхимы всегда первичны. Съ этимъ можно связать фактъ раннихъ контрактуръ; это доказывается и тѣмъ, что уже ясныя измѣненія паренхимы мышцъ міопатика (на ряду съ очень слабымъ развитіемъ интерстиціа) могутъ долго протекать незамѣтными клинически (см. гистолог. состояніе малопораженныхъ мышцъ, гдѣ при выраженныхъ уже измѣненіяхъ мышечныхъ волоконъ интерстицій почти еще не пострадалъ).

Дѣло, повидимому, происходитъ такимъ образомъ, что паренхима страдаетъ сначала въ отдѣльныхъ мышечныхъ пучкахъ, въ нихъ далѣе развиваются фиброзныя измѣненія, вызывающія сведеніе мышцы, а мышца обладаетъ еще достаточной силой своихъ неповрежденныхъ пучковъ. За то же говоритъ и неравномѣрное распредѣленіе цирротическихъ пучковъ въ самой мышцѣ.

По *Babinski* и *Onanoff*²⁾—при міопатіи поражаются одновременно тѣ мышечныя группы, которыя одновременно же и развиваются въ эмбриональномъ состояніи.

Можно ли, однако, такъ противопоставлять другъ другу различныя ткани тѣла при міопатіи и говорить, напр., что мышечная ткань поражается при этомъ первично, соединительная ткань—послѣдовательно и т. п. Наблюденія послѣднихъ лѣтъ съ несомнѣнностью установили, что подвергается рѣзкимъ измѣненіямъ и костная система міопатиковъ и при томъ не въ зависимости отъ страданія мускулатуры и общаго упадка питанія, а самостоятельно, аналогично страданію мускулатуры. Если принять во вниманіе немногочисленныя, правда, еще наблюденія,²⁾ что при міопатіи, кромѣ того, развивает-

¹⁾ l. c.

²⁾ *Рахмановъ А. В.*, Измѣненія внутреннихъ органовъ при *Dystrophia muscularis progressiva*. Патолого-анатомическое изслѣдованіе. Обзорніе психіатріи etc. 1910. № 4.

ся вообще обильное отложеніе жира во всѣхъ тканяхъ, органахъ и элементахъ (такъ сказать, разлитой липоматозъ всего организма), то нельзя не согласиться съ тѣми авторами, которые смотрятъ на міопатію не какъ на страданіе лишь мышечной ткани, а какъ на пораженіе всего организма, какъ на болѣзнь обмѣна веществъ въ немъ, гдѣ страданіе мускулатуры оказывается лишь наиболѣе рельефнымъ явленіемъ. А если это такъ, то нельзя ли искать *primum movens*, дѣйствительно, во врожденной дефективности тканей организма, въ ихъ неспособности поддерживать нормальный *status quo* по истеченіи извѣстнаго времени жизни организма?

Эта дефективность можетъ зависѣть или отъ недостаточнаго развитія ab aho извѣстныхъ системъ, или отъ нарушенія (врожденное недоразвитіе?) дѣятельности особыхъ железистыхъ аппаратовъ, выпаденіе функціи которыхъ и влечетъ за собой постепенное ослабленіе питанія тѣхъ или иныхъ тканей организма. Смыслъ будущихъ изслѣдованій долженъ сводиться къ выясненію интимныхъ, детальныхъ подробностей жизни міопатиковъ, подробнаго анализа ихъ фізіологическихъ процессовъ и посмертнаго изслѣдованія всѣхъ органовъ и тканей. Только при этомъ доступно будетъ ближе подойти къ разрѣшенію вопроса о патогенезѣ рассматриваемаго болѣзненнаго состоянія организма. Задача облегчилась бы, если бы удалось обнаружить существованіе аналогичнаго процесса у животныхъ или даже вызвать его у нихъ экспериментальнымъ путемъ.

Что касается до измѣненія *костей* при міопатіи, то уже давно изслѣдователямъ бросалась въ глаза тонкость, миниатюрность, хрупкость костей міопатиковъ, ихъ сравнительно легкая ломкость; все это заставляло подозрѣвать здѣсь нарушеніе состава и строенія костей.

Fr. Schultze ¹⁾, повидимому, впервые, правильно оцѣнилъ

¹⁾ *Jendrassik*, Die hereditären Krankheiten. Handbuch der Neurologie herausgegeben von Lewandowsky. 1911. Bd. II.

это постоянное при міопатіи явленіе (1898 г.), считая его за костную дистрофію. Первоначально костныя измѣненія при міопатіи принимались за слѣдствіе пораженія мускулатуры, и лишь *Friedreich* возражалъ противъ такого толкованія, ссылаясь на случаи распространенныхъ мышечныхъ атрофій при отсутствіи какихъ-либо пораженій костей.—При міопатіи измѣненія констатируютъ не только въ трубчатыхъ костяхъ (чаще), но и въ позвонкахъ, ребрахъ, черепѣ. *Schultze* указываетъ на частую деформацію черепа у міопатиковъ: швы углублены, кости выпуклы; выпуклый лобъ, широкія, выгнутыя кнаружи темяныя кости, сильно выдающійся затылокъ, торчащія уши, плоскій широкий носъ, иногда прогнатизмъ; иногда—барабанные пальцы; *pes planus*, воронкообразная грудъ.

Помимо того наблюдается деформація позвоночника въ болѣе или менѣе рѣзкой степени (кифозъ, сколіозъ, кифосколіозъ).

Измѣненіе костей при міопатіи—явленіе самостоятельное, не зависящее лишь отъ ослабленія мышечной дѣятельности, такъ какъ оно не всегда отвѣчаетъ степени аміотрофіи. *Jendrassik* справедливо критикуетъ неудачныя попытки авторовъ объяснить сущность этихъ костныхъ измѣненій. Такъ, *Marquardt* эти измѣненія въ одномъ случаѣ у 13-ти лѣтнаго мальчика приписывалъ остеомалаціи, *Brissaud* и *Moutier* приписывали ихъ „позднему рахиту“. Характернымъ для этихъ костныхъ дистрофій *Jendrassik* считаетъ ихъ по болѣе части быстрое развитіе (въ нѣсколько недѣль) и какъ слѣдствіе ихъ—сильно выраженныя деформаціи.

Лучшіе и болѣе опредѣленные результаты въ дѣлѣ изученія костныхъ измѣненій при міопатіи дала рентгенографія.

Одинъ изъ первыхъ изслѣдователей въ этой области *Schlippe*¹⁾ обнаружилъ при помощи X лучей миниатюрность

¹⁾ *Schlippe P. L.*, Hochgradige Kontrakturen und Skelettatrophie bei Dystrophia musculorum progressiva. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. Bd. XXX, S. 128, 1905.

позвонковъ и реберъ, утонченіе діафізовъ, сильно выраженное, равномерное разрѣженіе спонгіознаго вещества почти всего скелета съ значительнымъ уменьшеніемъ толщины длинныхъ костей при сохраненіи ихъ размѣровъ въ длину и безъ замѣтнаго измѣненія суставовъ. По мнѣнію *Schlippe*, тутъ дѣло идетъ о процессѣ, поражающемъ развитіе костной ткани во всѣхъ ея пунктахъ и отличающемся отъ иного рода заболѣваній костей и ихъ атрофическихъ измѣненій (напр., отъ атрофіи рефлекторной, трофоневротической). Эти расстройства костяка—не вторичнаго происхожденія; иногда они, быть можетъ, представляютъ случайную комбинацію съ дистрофіей; чаще же они обязаны своимъ происхожденіемъ вѣроятнѣ всего общей склонности къ трофическимъ расстройствамъ, вызывающей также и мышечную дистрофію.

Lothar Dreyer ¹⁾ у 2 братьевъ наблюдалъ аналогичныя измѣненія въ костномъ скелетѣ (утонченіе діафізовъ вслѣдствіе уменьшенія медуллярнаго пространства при отсутствіи измѣненій со стороны плотной субстанции и при нормальныхъ размѣрахъ эпифизовъ); онъ присоединяется къ толкованію *Schlippe*, выдвигая еще и то обстоятельство, что костныя измѣненія выражены всего сильнѣе тамъ именно, гдѣ и мышечныя.

Noica ²⁾ не находилъ измѣненія костей при міопатіи (рѳтгеноскопическое изслѣдованіе). *Landouzy et Lortat-Jacob* ³⁾ констатировали разрѣженіе компактной ткани костей.

Pierre Merle et Raulot-Lapointe ⁴⁾ посвящаютъ интересную работу вопросу объ измѣненіяхъ костнаго скелета

¹⁾ *Dreyer*, l. c.

²⁾ *Noica*, Deux frères, atteints de myopathie. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1905.

³⁾ *Landouzy et Lortat-Jacob*, Histoіr d'un myopathique, Presse médicale, 1909, fevr.

⁴⁾ *P. Merle et R. Lapointe*, Les altérations osseuses au cours de la myopathie. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1909, № 3.

при міопатіи, иллюстрируя ея рѳтгеноскопическими снимками съ больныхъ. Ихъ выводы таковы: измѣненія преобладаютъ въ области тѣхъ сегментовъ тѣла, гдѣ имѣются и аміотрофіи; костная ткань подвергается измѣненіямъ количественнымъ (истонченіе кости, миниатюрность) и качественнымъ (уменьшеніе плотности, большая прозрачность); кромѣ того, мѣняется и форма костей. Количественныя измѣненія касаются всей костной ткани—и спонгіознаго отдѣла, и, вопреки мнѣнію *L. Dreyer'a*, компактной ткани (слабѣе въ діафізахъ, сильнѣе—въ эпифизахъ и особенно въ *patella*, но въ общемъ компактная ткань поражается слабѣе).

Діафізы утончены, крайне просвѣчиваютъ на уровнѣ осевой части кости (изображеніе ихъ на рѳтгенограммѣ напоминаетъ изображеніе прозрачной стеклянной трубки). Эпифизы еще болѣе свѣтлы, состоятъ какъ бы изъ гомогенной или разрѣженной ткани; плотная ткань видна лишь съ периферіи, будучи уменьшена порой до тонкой перепонки. Въ *patella* костная ткань можетъ исчезнуть совершенно (стеклянная *patella*)—въ связи съ сильной атрофіей *m. quadriceps*. Величина эпифизовъ обыкновенно не измѣнена, лишь контуры закруглены, сглажены; діафізы утончены сильно, что бросается въ глаза по сравненію съ эпифизами, особенно близъ эпифизовъ (веретенообразный видъ кости). Костные выступы и апофизы прикрѣпленія мышцъ уменьшены или исчезаютъ.

Приведеннымъ здѣсь достаточно характеризуется рядъ измѣненій, претерпѣваемыхъ костной системой міопатиковъ. Правда, кости могутъ страдать послѣдовательно вслѣдъ за мышечной атрофіей и ихъ выступы—мѣста прикрѣпленія мышцъ—при недѣятельности послѣднихъ могутъ притупляться, сглаживаться. При міопатіи этимъ моментомъ однако нельзя объяснить всей картины столь глубокихъ, сильныхъ костныхъ измѣненій: они развиваются параллельно съ мышечными на однихъ и тѣхъ же сегментахъ подъ вліяніемъ одной общей причины; они прогрессируютъ, такъ что дѣло идетъ не только

о прогрессивной міопатіи, но и о *прогрессивной остеопатіи*, — почему авторы считаютъ умѣстнымъ приложить къ страданію общій терминъ: „*osteomyopathia progressiva*“. Этимъ указывается лишь на существованіе одновременное двухъ процессовъ—въ костяхъ и мышцахъ, причемъ не предрѣшается вопросъ о томъ, имѣются ли тутъ трофическія измѣненія обѣихъ системъ, или недоразвитіе одновременное костного и мышечнаго скелета.

Вопросъ, возбужденный недавно на стр. „Обозрѣнія психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи“ д-ромъ А. А. Рахмановымъ¹⁾ о состояніи внутреннихъ органовъ при міопатіи, представляетъ въ теоретическомъ отношеніи несомнѣнный интересъ, и нельзя не примкнуть къ пожеланію автора, чтобы „изученіе и описаніе отдѣльныхъ случаевъ мышечныхъ атрофій сопровождалось подробнымъ изслѣдованіемъ всѣхъ внутреннихъ органовъ“. Дѣйствительно, эта сторона ученія о міопатіи всегда оставалась въ полномъ небреженіи; вниманіе изслѣдователей устремлялось лишь на самый яркій симптомъ—страданіе мускулатуры, все же остальное оставалось въ тѣни, казалось несущественнымъ, неважнымъ. Такого рода односторонность при изученіи тѣхъ или иныхъ вопросовъ, къ сожалѣнію, явленіе не рѣдкое въ исторіи медицины и оно лишь повторилось лишній разъ по отношенію и къ міопатіи; это явленіе, конечно, нежелательное, такъ какъ при подобныхъ условіяхъ нѣтъ возможности охватить спорный вопросъ цѣликомъ и освѣтить его со всѣхъ сторонъ, а это очень важно для сужденія о патогенезѣ и первоисточникѣ страданія.

Д-ръ Рахмановъ приводитъ вкратцѣ результаты макро- и микроскопическаго изслѣдованія внутреннихъ органовъ и

¹⁾ Рахмановъ А. В., Измѣненія внутреннихъ органовъ при *Dystrophia muscularis progressiva*. Патолого-анатомическое изслѣдованіе. Обозрѣнія психіатріи, 1910 г., № 4, стр. 193—200.

отчасти нервной и мышечной системы у osoby 27 л., страдавшей *dystrophia muscul. progressiva juvenilis* и скончавшейся отъ уреміи, довольно остро развившейся; при этомъ раньше со стороны внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго не отмѣчалось, лишь тоны сердца были глуховаты.

На основаніи своихъ изслѣдованій *P.* приходитъ къ заключенію, что имѣлось въ данномъ случаѣ обильное отложеніе жира во всѣхъ органахъ, тканяхъ и элементахъ—разлитой липоматозъ всего организма, на ряду съ атрофическимъ процессомъ, выраженнымъ сильнѣе всего въ мышечной ткани. Данное заболѣваніе поэтому представляется автору не какъ страданіе лишь мышечной или нервной системы, а какъ пораженіе всего организма и въ частности нарушеніе процессовъ обмѣна: при этомъ въ организмѣ не происходитъ достаточнаго сгаранія жировъ, они отлагаются во всѣхъ органахъ и тканяхъ.

Для подтвержденія такого заключенія нуженъ, разумѣется, значительный матеріалъ; тогда можно уяснить путемъ сравненія съ подходящими случаями, какого происхожденія всѣ найденныя авторомъ измѣненія внутреннихъ органовъ, насколько они постоянны и обязательны при міопатіи, или наоборотъ—это явленіе случайное, вторичное, возникающее уже на почвѣ хроническаго страданія мускулатуры и костей міопатиковъ. Для нормальнаго теченія разнообразныхъ физиологическихъ процессовъ организма (дыханія, кровообращенія, пищеваренія и т. д.), конечно, не безразлично то обстоятельство, что мало по малу въ огромной массѣ его мышцъ и костей развивается своеобразный прогрессирующій процессъ увяданія, и это не можетъ не отразиться на состояніи другихъ частей организма—его внутреннихъ органовъ. Отвѣта на этотъ вопросъ работа *P.* не даетъ.

Наши три случая міопатіи обладаютъ рѣдкими оригинальными особенностями, повторяющимися въ нихъ довольно стереотипно: заболѣваніе начиналось въ дѣтскомъ возрастѣ

(раньше у брата и сестры К—нъ, позже у А.), проявлялось въ медленномъ развитіи, наростаніи и генерализаціи атрофическихъ явленій въ мускулатурѣ конечностей и туловища, не затрагивая (почти) мускулатуры лица и поражая преимущественно корни конечностей, но въ тоже время рѣзко поражая у всѣхъ троихъ и группу перонеальныхъ мышцъ. Въ то время какъ у К—нъ заболѣваніе было фамилнымъ и наследственнымъ, у А—ва это отмѣтить не удается, хотя нельзя считать вполне безупречной нервную систему его ближайшихъ родныхъ: 1 братъ его (отъ перваго брака матери) душевно-больной; у родной сестры единственный ребенокъ—не жизнеспособный уродъ.

Главной особенностью этихъ случаевъ является наклонность мышечной ткани конечностей и туловища къ сведеніямъ благодаря значительному развитію въ ней фиброзной плотной ткани, при отсутствіи сколько-нибудь выраженныхъ измѣненій со стороны суставовъ. Это явленіе, хотя уже и отмѣченное сравнительно недавно въ специальной литературѣ,—представляется весьма рѣдкимъ, а потому и нуждающимся въ дальнѣйшемъ изученіи: этимъ путемъ ближе будетъ выясненъ и патогенезъ подобнаго рода состояній.

Я хотѣлъ бы еще сильнѣе отмѣнить нѣкоторыя другія спеціальныя детали клинической картины, которыя въ литературѣ недостаточно отмѣчены—это именно крайне своеобразное состояніе мышечной ткани въ смыслѣ ея возбудимости. Въ то время какъ мышечная тканьъ вездѣ реагируетъ удовлетворительно на оба тока, фарадическій и гальванический, обнаруживая лишь въ нѣкоторыхъ мышцахъ небольшое пониженіе электровозбудимости, *она совершенно не реагируетъ на ея прямое механическое раздраженіе*; между тѣмъ имѣются на лицо рефлексы съ сухожилій тѣхъ же самыхъ мышцъ, механически невозбудимыхъ, напр.,—колѣнный и ахилловъ рефлексы (послѣдній даже живой, какъ это обычно при миопатіи). Словомъ, существуетъ рѣзкій антагонизмъ между реакціей

мышцы на раздраженіе электрическимъ токомъ (норма или почти норма) и на механическое ея раздраженіе ударомъ перкуссионнаго молоточка (отсутствіе прямой механической возбудимости), и реакціей мышцы на непрямое механическое раздраженіе, наносимое на сухожиліе мышцы (отсутствіе, пониженіе или норма. Это соотношеніе обычно упоминается лишь вскользь, а между тѣмъ оно очень характерно для состоянія въ подобныхъ случаяхъ мышечной ткани. Причину отсутствія механической возбудимости мышцъ, еще дѣятельныхъ произвольно, хотя и недостаточно, вѣроятно, слѣдуетъ искать въ измѣненіи интимнаго строенія и состава мышечной ткани, уже и на ощупь представляющейся плотной и неэластичной благодаря сильному развитію межуточной соединительной ткани. Быть-можетъ, присутствіе послѣдней нарушаетъ проявленіе механической возбудимости мышцы, какъ акта рефлекторнаго, путемъ нарушенія одного изъ компонентовъ соотвѣтствующей рефлекторной дуги (центростремительный путь).

Затѣмъ у всѣхъ трехъ больныхъ при тактильномъ раздраженіи подошвы получалось явленіе, напоминающее рефлексъ *Babinski*'аго: разгибаніе тыльное большого пальца, иногда даже и разведеніе малыхъ и ихъ сгибаніе; однако опаданіе большого пальца происходило затѣмъ не ступенеобразно, въ нѣсколько пріемовъ, какъ при р. *B.*, а или очень быстро, или наоборотъ чересчуръ медленно; поэтому данное явленіе нельзя считать за р. *Babinski*'аго. Оно, объясняется вѣроятно, неодинаковой степенью сохранности и дѣятельности мышцъ, разгибающихъ и сгибающихъ большой палецъ.

У всѣхъ трехъ больныхъ на ряду съ атрофіей другихъ мышцъ существовала значительная атрофія и параличъ перонеальныхъ мышцъ на той и другой ногѣ; эти явленія въ указанныхъ мышцахъ были выражены сильнѣе, чѣмъ гдѣ бы то ни было; получалось впечатлѣніе, что патологическій процессъ, такъ сильно поразившій группу перонеальныхъ

мышцъ, имѣть нѣчто общее съ такъ наз. *Hoffman'*овской невротической мышечной атрофіей, тѣмъ болѣе, что и электро-возбудимость этихъ мышцъ было нѣсколько пониженной (до 50 mm.).

Какъ третировать такого рода явленіе? За послѣднее время обращено уже вниманіе на существованіе такъ называемыхъ переходныхъ формъ между различными типами мышечныхъ атрофій, на существованіе такихъ симптомовъ въ клинической картинѣ болѣзни, которые сближаютъ два далеко въ нозологической лѣстницѣ стоящихъ другъ отъ друга патологическихъ типа, но въ тоже время имѣющихъ общимъ наследственность. Такое толкованіе приходится имѣть въ виду и въ нашихъ случаяхъ.

Съ другой стороны не слѣдуетъ забывать, что ходъ процесса при міопатіи можетъ принимать необычное направленіе: не отъ центра къ периферіи, а обратно—поражая преимущественно и первоначально дистальные отдѣлы конечностей, а потомъ уже и проксимальные ¹⁾. Могутъ существовать одновременно черты того и другого типа.—Наши случаи съ рѣзкимъ пораженіемъ группы перонеальныхъ мышцъ скорѣе всего подходятъ подъ только что приведенное объясненіе, такъ какъ всѣ элементы ихъ клинической картины легко понятны съ точки зрѣнія міопатіи, и наоборотъ, элементовъ невротической *Hoffman'*овской атрофіи въ нихъ не заключается.

Всѣ особенности нашихъ случаевъ, сходныя вполне съ таковыми же, уже описанными въ спеціальной литературѣ, невольно вынуждаютъ допустить, что міопатія со свѣденіями является весьма своеобразной формой міопатіи, гдѣ склеротическій процессъ въ мускулатурѣ является очень выраженнымъ; здѣсь превращеніе (или замѣщеніе) мышечной ткани

¹⁾ *Oppenheim und Kassirer*, 1898.

въ фиброзную доминируетъ надъ атрофическимъ процессомъ, свойственнымъ обыкновенной формѣ міопатіи. Это обстоятельство и дало поводъ *Jendrassik*у считать эти псевдоконтрактуры за явленіе самостоятельное, своеобразное, за проявленіе какого-то активнаго процесса измѣненія мышечной ткани. Съ такимъ толкованіемъ нельзя не считаться. Съ другой стороны трудно отрѣшиться отъ того взгляда, что въ подобнаго рода случаяхъ происходитъ лишь большая генерализація явленій, присущихъ міопатіи вообще (наклонность къ ретракціямъ), т. е., что здѣсь имѣется не качественное, а лишь количественное отлічіе міопатіи со сведениями отъ міопатіи вообще; что здѣсь дѣло идетъ объ одномъ и томъ же пораженіи мышечнаго аппарата, гдѣ одинъ симптомъ получилъ почему-то болѣшую выраженность. Это явствуетъ изъ того, что симптоматологія обѣихъ формъ въ сущности ничѣмъ не отличается: тоже теченіе и развитіе болѣзни, тоже отношеніе мышцъ къ ввѣшнимъ раздраженіямъ, тоже содержаніе рефлексовъ и т. д., и лишь сведения при одной формѣ получаютъ несравненно болѣшую выраженность и распространенность, придавая столь характерный видъ всей клинической картинѣ.—Уловить моментъ, вліяющій на такую наклонность мышечныхъ ретракцій къ генерализаціи, и составляетъ ближайшую задачу изслѣдованія патогенеза міопатіи вообще.

Вопросъ о *патогенезѣ* міопатіи за послѣдніе года не подвинулся къ разрѣшенію сколько-нибудь существенно. Къ тому же и самая патолого-анатомическая основа страданія не можетъ считаться вполне установленной; если довольно хорошо изучено состояніе мышечной системы міопатиковъ и въ этомъ отношеніи установилась извѣстная точка зрѣнія, нельзя того же сказать про состояніе ихъ нервной системы, такъ какъ гистологическія находки и точки зрѣнія авторовъ здѣсь довольно различны. Распространенное мнѣніе прежнихъ авторовъ, поддерживаемое многими и по настоящее время, признаетъ нервную систему міопатиковъ совершенно нормальной;

между тѣмъ и прежде, а въ особенности за послѣднее время накопился рядъ фактовъ, дающихъ иное освѣщеніе вопросу ¹⁾. Такъ въ 3 случаяхъ *Marinesco* и *Babes* моторныя концевыя пластинки или были измѣнены, или исчезли. *Preiss* (1901) обнаружилъ въ нервахъ и переднихъ спинномозговыхъ корешкахъ картину интерстиціального неврита; у *Heubner*'а передніе корешки были атрофичны, бѣдны нервными волокнами, съ обильнымъ содержаніемъ соединительной ткани; у *Sabrazès et Brenques* въ периферическихъ нервахъ картина паренхиматозного неврита.

Въ центральной нервной системѣ находки довольно разнообразны: въ большинствѣ случаевъ онѣ отрицательны; у *Clarke and Gowers, Gombault*—зернистая дезинтеграція спинномозговыхъ клѣтокъ; у *Ross, Heubner, Fromaier*—распространенная атрофія гангліозныхъ клѣтокъ; у *Preiss*'а—гнѣзда кровоизліяній, атрофическія и лишеныя ядра нервныя клѣтки въ спинномъ мозгу. У *Singer*'а въ случаѣ псевдогипертрофіи—атрофическія гангліозныя клѣтки въ спинномъ мозгу, а мѣстами клѣтки нетронуты, но уменьшены въ числѣ.

Gibney нашелъ лишь уменьшеніе числа гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ; у *Erb*'а гангліозныя клѣтки (поясничная часть) уменьшены и въ размѣрахъ своихъ, и въ количествѣ, многія изъ нихъ перерождены, количество волоконъ въ tract. intermediolateralis уменьшено. *Erb und Schultze* наблюдали несильное измѣненіе гангліозныхъ клѣтокъ спинного мозга, разращеніе гліозной ткани и уменьшеніе нервныхъ волоконъ. У *Fromaier*'а—утонченіе отдѣльныхъ шейныхъ корешковъ, сморщиваніе переднихъ роговъ, атрофія гангліозныхъ клѣтокъ и дегенеративныя мѣста въ переднихъ корешкахъ. У *Heubner*'а—уменьшеніе гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ въ величинѣ и числѣ, мѣстами онѣ вовсе не обнаружены. Въ случаѣ *Kollarits*'а: значительное уменьшеніе коли-

¹⁾ Цит. по *Jendrassik*, 1. с.

чества волоконъ *Lissauer*'овскаго пояса, а также и волоконъ, находящихся вокругъ центрального канала, въ комиссурахъ и въ *Clarke*'овскихъ столбахъ—на протяженіи шейной, грудной и поясничной части спинного мозга; это слабѣе выражено въ переднихъ рогахъ; ганглиозныя клѣтки (окраска по *Nissl*'ю) интактны, но ихъ размѣры сильно уменьшены. Большую часть этихъ аномалій нельзя вполне поставить въ связь съ исчезновеніемъ мышцъ—скорѣе это, хотя отчасти, есть дальнѣйшее выраженіе общаго дегенеративнаго процесса.

Какъ видно изъ только что приведеннаго, состояніе нервной системы у міопатиковъ представляется неодинаковымъ; быть можетъ, здѣсь отчасти сказывается вліяніе на нервную систему побочныхъ обстоятельствъ—случайныхъ сопутствующихъ заболѣваній. Съ другой стороны допускаютъ, что при современной гистологической методикѣ могутъ ускользнуть отъ вниманія изслѣдователей тонкія измѣненія нервной системы. Въ виду найденныхъ уже въ нервной системѣ міопатиковъ измѣненій *Erb* полагаетъ, что теорія первичной міопатической природы страданія, можетъ быть, не удержится; по мнѣнію его и другихъ авторовъ, въ основѣ міопатіи лежитъ функціональное, т. е. микроскопически еще не доказуемое, разстройство въ трофическихъ (для мышцъ) центрахъ—переднихъ роговъ спинного мозга, которое однако въ состояніи вызвать измѣненія въ питаніи мышцъ (грубое нарушение этихъ центровъ влечетъ за собой уже дегенеративную атрофію мышцъ); т. о. дистрофія является трофоневрозомъ мышцъ.

Jendrassik, исходя изъ того факта, что одной изъ наиболѣе постоянныхъ находокъ со стороны нервной системы при міопатіи является миниатюрность, уменьшеніе размѣровъ двигательныхъ клѣтокъ спинного мозга, считаетъ возможнымъ этотъ фактъ использовать въ отношеніи патогенеза и принимаетъ его за слѣдствіе неправильнаго процесса развитія. Въ недостаточномъ развитіи такъ называемыхъ трофическихъ

центровъ *J.* усматриваетъ объясненіе процесса въ мускулатурѣ: съ ростомъ организма предъявляются большія требованія въ трофическимъ центрамъ, ихъ трофическое вліяніе на мышцы по истеченіи нѣкотораго времени становится недостаточнымъ и мышечная ткань атрофируется.—Выше мы видѣли, что ту же находку другіе авторы принимаютъ не за первичное, а за послѣдовательное явленіе, объясняя уменьшеніе величины ганглиозныхъ клѣтокъ недостаточностью ихъ функциональной дѣятельности.

Касаясь вопроса о патогенезѣ міопатіи, нельзя обойти молчаніемъ того взгляда, который уже нѣсколько лѣтъ проводится будапештской школой во главѣ съ проф. *Jendrassik*омъ на патогенезъ заболѣваній нервной системы наследственнаго характера. По его представленію, всѣ заболѣванія съ точки зрѣнія этиологіи дѣлятся на двѣ большихъ группы: экзогенныя и эндогенныя. Первые возникаютъ вслѣдствіе внѣшнихъ физическихъ вліяній (химическія, паразитарныя, механическія и т. д.), причина послѣднихъ кроется въ унаслѣдованной недостаточности устройства, развитія и сохраненія извѣстнаго положенія отдѣльныхъ составныхъ частей организма. Въ пользу этого представленія говорятъ и клиническіе факты—передача аномалій нисходящему поколѣнію и наличность такихъ состояній въ одинаковой формѣ у всѣхъ или нѣсколькихъ дѣтей однихъ родителей.

Такая опредѣленная разница въ этиологіи достаточно основательно позволяетъ разграничивать обѣ группы заболѣваній, если бы иногда и обнаруживалось внѣшнее сходство въ ихъ проявленіи. Однако, дать общее опредѣленіе понятія „наслѣдственное страданіе“, также какъ и самого понятія „наслѣдственности“—трудно. Подъ наслѣдственностью обыкновенно понимаютъ передачу приобрѣтенныхъ свойствъ, даже если бы они были приобрѣтены за нѣсколько поколѣній раньше. Въ естественно-научномъ смыслѣ подъ наслѣдственностью должно понимать тѣ эндогенныя явленія, которыя наблюда-

ются у потомка въ нисходящей линіи и причина которыхъ должна заключаться у предка въ восходящей линіи. Различаютъ наслѣдственность прямую (унаслѣдованіе одинаковыхъ явленій) и непрямую—*transformierende Heredität* (передача другого вида дегенеративныхъ явленій или конституціональных аномалій). Новые виды изъ старыхъ возникаютъ, повидимому, не путемъ постепеннаго медленнаго образованія, а быстро, какъ бы скачками.

Гередитарному вырожденію могутъ подлежать почти всѣ ткани тѣла, и притомъ не въ видѣ всѣхъ элементовъ известнаго органа, известной системы, а въ видѣ лишь части ихъ. Для этихъ дегенерацій характерно то, что онѣ сочетаются въ разнообразнѣйшихъ комбинаціяхъ и степеняхъ, такъ что количество отдѣльных типовъ могло бы разрастаться до безконечности. Прежде такого рода случаи дегенерацій распредѣляли въ видѣ симптомокомплексовъ; отсюда возникли цѣлыя группы заболѣваній, связанные между собой близостью симптомовъ.

Jendrassik еще въ 1896 г. указалъ, что такія якобы самостоятельныя отдѣльныя наслѣдственныя заболѣванія, отдѣльные типы ихъ, утрачиваютъ свои границы (онѣ стираются)—благодаря существованію переходныхъ формъ, и должны быть соединены въ единую, хотя и полиморфную по ихъ проявленіямъ группу „наслѣдственныхъ болѣзней“. Это же относится и къ мышечной дистрофіи, къ которой нерѣдко присоединяются симптомы, обычно свойственные инымъ типамъ заболѣваній; такимъ образомъ по *Jendrassik*'у дистрофія не является ясно отграниченнымъ заболѣваніемъ, а входитъ, какъ часть, въ общую группу наслѣдственныхъ болѣзней. Всѣ эти патологическія формы, общимъ основаніемъ которыхъ служитъ своеобразный видъ дегенераціи и идентичное теченіе въ одной и той же семьѣ, выражаются различно, смотря по пораженію тѣхъ или иныхъ отдѣловъ организма: нервной системы, мышцъ, сухожилій и связокъ, кос-

тей, сосудовъ, органовъ чувствъ и даже обмѣна веществъ. Съ такимъ болѣе или менѣе избирательнымъ характеромъ пораженія тѣхъ или иныхъ системъ связываютъ и распредѣленіе этихъ заболѣваній по группамъ (симптоматологическое дѣленіе). Хотя эти дегенеративныя формы почти специфичны для каждаго отдѣльнаго типа, тѣмъ не менѣе, по *Jendrassik*у, въ ихъ различіи слѣдуетъ усматривать лишь различную локализацию (одного) процесса.

Во многихъ случаяхъ дистрофіи мускульная дегенерация наступаетъ, повидимому, первично, т. е. при нормальной—видимо—нервной системѣ; однако во многихъ случаяхъ доказана гипоплазія спинного мозга—его двигательныхъ ядеръ.

Основная мысль выше приведеннаго та, что различныя гередодегенеративныя болѣзни переходятъ, сливаются между собой въ безконечныхъ варіаціяхъ. *Kollarits*, сотрудникъ *Jendrassik*'а, высказывается ¹⁾ еще опредѣленнѣе: онъ говорить (1907 г.) не о гередодегенеративныхъ болѣзняхъ, а о *гередодегенеративной болѣзни*. Въ другомъ мѣстѣ онъ заявляетъ: „мышечная дистрофія, наследственный спастическій спинальный параличъ, *Friedreich*'ова болѣзнь, мозжечковая атаксія *Marie* и т. д.—не самостоятельныя заболѣванія, но неотдѣлимыя другъ отъ друга, переходящія безъ опредѣленныхъ границъ одна въ другую формы фамиліальной гередодегенерации“.

Подобныя такъ сказать крайнія представленія встрѣчаютъ, однако, въ литературѣ критическое отношеніе; и признаются (напр., *Steinert et Versé*) ²⁾ за фактически необоснованныя: если между нѣкоторыми наследственными формами и существуетъ тѣсное соотношеніе, даже неопредѣленность ихъ разграниченія, то по отношенію къ другимъ формамъ этого сказать на основаніи установленныхъ уже данныхъ нельзя; въ частности не признается достаточныхъ основаній считать въ качествѣ переходныхъ формъ мышечной дистрофіи тѣ случаи ея, гдѣ, пови-

¹⁾ Цит. по *Jendrassik*, 1910, I. с.

²⁾ Цит. по *Steinert et Versé*, I. с.

димому, была настоящая компликація ея иными необычными явленіями—другимъ родственнымъ заболѣваніемъ. Такъ наз. міотоническая дистрофія многими авторами признается за самостоятельное состояніе, а не за переходную форму между мышечной дистрофіей и *Thomsen*’овской болѣзнію. Если такимъ образомъ и существуютъ общія черты, говорящія о интимной близости, родствѣ нѣкоторыхъ патологическихъ состояній, то съ другой стороны опредѣленность, своеобразность, типичность этихъ состояній свидѣтельствуетъ о ихъ самостоятельности: общимъ служить лишь гередодегенеративная почва. Если *Frb* выдѣлили форму первичной мышечной дистрофіи и удачно соединили въ ней многочисленные типы дистрофій въ одну цѣльную группу, съ правомъ уничтоживъ такимъ образомъ прежде предполагавшіяся между ними рѣзкія грани, то попытка будапештской школы—также уничтожить грани между наслѣдственными формами и нивелировать подъ однимъ понятіемъ гередодегенеративной болѣзни процессы, достаточно опредѣленные въ анатомическомъ и клиническомъ отношеніи,—представляется *Steinert*’у произвольной.

Такимъ образомъ можно пока говорить лишь объ обширной группѣ „гередодегенеративныхъ болѣзней“, состоящей изъ ряда различныхъ, достаточно характерныхъ единицъ. Если рядомъ съ характерными случаями встрѣчаются порой случаи неопредѣленные, скорѣе рудиментарные или далеко зашедшіе, часто осложненные, то это во всякомъ случаѣ не переходныя формы.

Насколько оправдаются въ будущемъ предположенія *Jendrassik*’а и его единомышленниковъ, предвидѣть нельзя: вопросъ разрабатывается лишь недавно, матеріалъ не достаточно великъ и разнохарактеренъ. Во всякомъ случаѣ очень цѣнно стремленіе проникнуть глубже въ патогенезъ обширной группы наслѣдственныхъ заболѣваній, уловить вліяніе наслѣдственности на происхожденіе различныхъ патологическихъ формъ. Этимъ путемъ ближе опредѣлится роль такого могуществен-

наго, порой рокового, но въ то же время мало еще опредѣленнаго фактора, какъ наследственность.

Группа дистрофій за послѣднее время обогащается, по видимому, еще одной новой формой—„*Lipodystrophia progressiva*“¹⁾. По тремъ описаннымъ случаямъ трудно высказаться вполне опредѣленно о данномъ болѣзненномъ состояніи. Во всѣхъ 3 случаяхъ дѣло шло о женщинахъ; процессъ начался у двухъ (по видимому) въ періодъ развитія и выражался у всѣхъ трехъ въ медленно прогрессирующемъ исчезновеніи лишь „пассивной“ жировой ткани, одновременно и симметрично, на лицѣ, а за тѣмъ—на туловищѣ и рукахъ. При этомъ у двухъ больныхъ спустя нѣкоторое время послѣ начала болѣзни развивался въ чрезмѣрномъ количествѣ жиръ въ области таза и ближайшаго отдѣла бедеръ. Со стороны кожи, костей, мышцъ, волосъ и остальныхъ органовъ—ничего ненормальнаго, функціи нервной системы не были нарушены; объемъ мышцъ былъ, правда, уменьшенъ, но ихъ функція, электровозбудимость была сохранены. У больной *Pic et Gardère* правая легочная верхушка была поражена туберкулезнымъ процессомъ, и одинъ зрачекъ былъ ненормально широкъ, съ медленной свѣтовой реакціей.

У больной автора (*A. Simons*) подкожный жиръ на лицѣ исчезъ (что придавало ему характерный видъ „Totenkopf“), также на туловищѣ и рукахъ; наоборотъ, на сѣдалищѣ и на боковыхъ частяхъ бедеръ по близости таза—чрезвычайное отложеніе жира. Кожа лица сѣровато-грязноватаго цвѣта, на животѣ слегка коричневаго, плоскія груди состоятъ лишь изъ железистой ткани. Чувствительность, движенія, рефлексъ и т. д. нормальны, давленіе крови, сосудистые рефлексъ, количество вазоконстрикторныхъ веществъ въ крови не измѣ-

¹⁾ *Arthur Simons*, Eine seltene Trophoneurose („*Lipodystrophia progressiva*“). *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1911, Bd. 5. 1, S. 29--38.

нены; прощупывается *gl. thyreoidea*; картина крови нормальна; гемоглобина до 45%. Разстройства общего обмѣна веществъ не обнаружено. Температурная регуляція разстроена: отдача тепла больше обычнаго, отдача воды съ обезжиренныхъ частей тѣла сильно повышена, пациентка забнетъ даже въ теплѣ и мало потѣетъ.

*Banaquez*¹⁾ связывалъ процессъ у своей больной съ нарушеніемъ *p. sympathici*, *Pic et Gardère*²⁾ связывали его съ туберкулезной инфекціей.

По мнѣнію *A. Simons*'а дѣло идетъ здѣсь о трофоневрозѣ, объ опредѣленномъ клиническомъ типѣ, причемъ не исключаются переходы къ трофическимъ разстройствамъ въ нѣсколькихъ тканяхъ (кости, мягкія части); наиболѣе подходящимъ наименованіемъ *S.* считаетъ „*lipodysthophia progressiva*“, полагая, что существуютъ трофическія нервныя вліянія и для „пассивной“ жировой ткани (къ „пассивнымъ“ тканямъ причисляютъ кости, кожу, суставы, къ „активнымъ“ — мышцы и железы). Въ основѣ заболѣванія *S.* усматриваетъ нарушеніе функціи железъ съ внутренней секреціей или нарушеніе ихъ взаимныхъ отношеній, что отразилось въ данныхъ случаяхъ на одной жировой ткани.

Ставить ли описываемыя авторами патологическія состоянія въ параллель съ установленными уже формами дистрофіи (мышцъ, костей), — дѣло будущаго, но этотъ параллелизмъ напрашивается самъ собой.

¹⁾ *L. Banaquez* (Barcelone 1906), Histoire clinique d'un cas d'atrophie du tissu cellulo-adipeux.

²⁾ *A. Pic et Ch. Gardère*, Un cas d'atrophie généralisée de la face et de la région sus-ombilicale du corps avec pseudohypertrophie de la région pelvienne et des membres inférieurs. Lyon. med. 2, 61, 1909. Цит. по *Art. Simons*.

РЕФЕРАТЫ.

АНАТОМИЯ.

Dr. K. Agadschanianz. Über die Kerne des menschlichen Kleinhirns. Berlin. 1911.

Исследования автора являются частью большой работы относительно ядеръ человеческого головного мозга, предпринятой въ лабораторіи проф. Jacobson'a въ Берлинѣ. На долю автора выпало изученіе распредѣленія ядеръ въ бѣлой субстанции мозжечка. Для выполненія этой цѣли имъ были исследованы одинъ мозжечекъ 5 мѣсячнаго эмбриона, одинъ—8 мѣсячнаго и три—взрослага человѣка. Вынутые изъ трупа спустя 2—7 часовъ послѣ смерти мозжечки уплотнялись цѣликомъ или разрѣзанные на 2—3 части въ 96% спирту и заключались въ параффинъ. Каждый мозжечекъ разрѣзался во фронтальномъ направленіи на срѣзы въ 15—25 mm. и окрашивался toluidinblau по Niss'ю.

Изученіе срѣзовъ дало автору возможность провести болѣе точныя границы каждаго изъ доселѣ извѣстныхъ ядеръ мозжечка (nucleus dentatus, n. emboliformis, n. tecti, n. globosus) и вмѣстѣ съ тѣмъ подмѣтить характерныя особенности клѣтокъ, составляющихъ каждое изъ этихъ ядеръ. Такъ, въ nucleus dentatus встрѣчаются полигональныя клѣтки и клѣтки въ видѣ неправильнаго четырехугольника. Пирамидальныхъ клѣтокъ обнаружить не удастся. Клѣточное ядро обыкновенно не имѣетъ ясныхъ контуровъ и не поражаетъ своею величиною. Нужно замѣтить, что клѣтки nucleus dentatus не переходятъ въ сосѣднія ядра. Морфологія клѣтокъ и топографическая изолированность позволяютъ автору признать nucleus dentatus за самостоятельное ядро.

По отношенію къ слѣдующему ядру—nucleus emboliformis интересно то обстоятельство, что у 5-ти мѣсячнаго эмбриона оно по величинѣ больше, чѣмъ у взрослого человѣка.

Это даетъ автору основаніе думать, что въ эмбриональной жизни оно играетъ болѣе существенную роль, а затѣмъ оно постепенно регрессируетъ и останавливается въ своемъ развитіи. Что касается морфологіи клѣтокъ, то здѣсь она очень разнообразна. Здѣсь встрѣчаются клѣтки, напоминающія пирамидныя, съ большимъ ядромъ, далѣе—клѣтки неправильной формы съ менискообразными вдавленіями по краямъ. Эти клѣтки постепенно смѣшиваются съ веретенообразными клѣтками *p. tecti Stilling'a*. Это говоритъ, по автору, за генетическую связь обоихъ ядеръ. Далѣе, клѣтки *p. tecti* несомнѣнно отличаются отъ клѣтокъ ядеръ мозгового ствола—*Deiters'a* и *Бехтерева* (у низшихъ млекопитающихъ по *Weidenreich'u* эти клѣтки очень сходны въ смыслѣ морфологическомъ).

Относительно *p. globosus*, отмѣчается крайнее непостоянство этого ядра. Такъ напр., очень часто бываетъ, что въ одномъ полушаріи мозжечка оно есть, а въ другомъ его нѣтъ. Клѣтки ихъ имѣютъ полигональную форму съ ясно выраженнымъ чечевицеобразнымъ ядромъ и маленькимъ ядрышкомъ. Протоплазма содержитъ маленькія окрашивающіяся зерна. Кромѣ 4 вышеописанныхъ ядеръ авторъ описываетъ впервые имъ подмѣченныя ядра, которыя онъ называетъ *nuclei cerebelli posteriores*. Эти ядра находятся въ самомъ заднемъ отдѣлѣ мозжечка, гдѣ уже исчезаютъ послѣдніе слѣды другихъ ядеръ. Они располагаются въ бѣлой субстанціи, имѣющей здѣсь форму треугольника: одно—медіально, другое—базально, и третье приближается къ верхней поверхности мозжечка. Клѣтки ихъ напоминаютъ отчасти голову эмбриона лягушки, имѣютъ чаще одинъ длинный отростокъ и очень рѣдко—два короткихъ отростка и ядро съ ядрышкомъ. По характеру описанныхъ клѣтокъ эти ядра, по мнѣнію автора, имѣютъ полное право на самостоятельное существованіе въ смыслѣ анатомическомъ.

Приведеннымъ исчерпывается въ существенныхъ чертахъ содержаніе данной работы, имѣющей немалое значеніе для будущей физиологіи мозжечка.

Работа напечатана въ „Трудахъ Королевской Прусской Академіи Наукъ“, издана очень хорошо и снабжена одною таблицею прекрасныхъ рисунковъ.

А. Оаворскій.

НЕРВНЫЯ БОЛѢЗНИ.

Н. Oppenheim. О длительныхъ головокруженіяхъ Ueber Dauernschwindel. (Vertigo permanens). Neurolog. Centr. 1911, № 6.

Авторъ приводитъ исторіи болѣзни 4 случаевъ vertigo permanens; во всѣхъ этихъ случаяхъ клиническая картина представляетъ много общаго. Заболѣваніе это, развивается у лицъ съ невропатической наслѣдственностью, обыкновенно въ юношескомъ возрастѣ, иногда нѣсколько позже. У больныхъ, кромѣ головокруженія, представляющаго наиболѣе тягостный и постоянный симптомъ, можно отмѣтить также различныя аномаліи психики, равно какъ и симптомы неврастеніи.

Развитіе заболѣванія представляетъ извѣстную закономерность. Первый приступъ сильнаго головокруженія появляется въ нѣкоторыхъ случаяхъ безъ всякой видимой причины, иногда же ему предшествуетъ сильное волненіе, какое-либо истощающее заболѣваніе и т. п.; приступъ обыкновенно сопровождается тошнотой или рвотой, при чемъ больному кажется, что внѣшніе предметы движутся вокругъ него. Послѣ такого приступа остается менѣе интенсивное, но постоянное головокруженіе, продолжающееся годы и десятки лѣтъ (въ одномъ случаѣ 50 лѣтъ), временами прерываемое приступами болѣе сильнаго головокруженія. Больные все время испытываютъ такое ощущеніе, какъ если бы они находились на кораблѣ во время качки или на качеляхъ; окружающіе предметы постоянно мѣняютъ свое положеніе.

Заболѣваніе носитъ хроническій характеръ, интенсивность головокруженія не остается постоянной: во время покойнаго лежанія въ постели, равно какъ и во время поѣздокъ по желѣзной дорогѣ и въ автомобилѣ, больные испытываютъ болѣе или менѣе значительное облегченіе.

Объективное изслѣдованіе нервной системы какихъ-либо уклоненій отъ нормы не обнаруживаетъ; нѣтъ ни симптомовъ пораженія мозжечка, ни лабиранта, ни органовъ чувствъ.

Относительно сущности заболѣванія Oppenheim высказывается слѣдующимъ образомъ: „Я думаю, что мы имѣемъ дѣло съ истиннымъ головокруженіемъ, на которое нельзя смотрѣть, какъ на головокруженіе, вызванное психическимъ путемъ. Головокруженіе это аналогично нѣкоторымъ, формамъ

постоянныхъ нервныхъ болей, какъ напр. *Nemicrania permanens*, болей, хотя и не зависящихъ отъ видимыхъ матеріальныхъ измѣненій, но во всякомъ случаѣ не являющихся симптомами, вызванными психическими представленіями, а зависящими отъ раздраженія извѣстныхъ участковъ центральной нервной системы. При нашемъ заболѣваніи я имѣю въ виду не *romas Varolii*, не *nervus vestibularis*, а воспринимающіе центры коры головного мозга“.

Vertigo permanens—заболѣваніе крайне упорное, и при мѣненіе самыхъ разнообразныхъ терапевтическихъ приѣмовъ оставалось безъ всякихъ результатовъ. *В. Лихницкій.*

F. Rose. Мышечная головная боль. *La cephalée musculaire.* Semaine Médicale, № 13, 1911.

Пораженіе мышцъ головы и шеи я вляется одной изъ сравнительно частыхъ причинъ головныхъ болей. Сама по себѣ головная боль въ такихъ случаяхъ чего-либо характернаго не представляетъ, и обычно имѣетъ хроническое теченіе, съ болѣе или менѣе рѣзкими обостреніями. При ощупываніи у такихъ больныхъ мышцъ черепа и шеи находятъ въ нихъ болѣе или менѣе значительное количество узелковъ различной величины, отъ небольшого зерна до горошины, весьма болѣзненныхъ при надавливаніи. Но существованіе такихъ уклоненій не является единственнымъ характернымъ симптомомъ этого заболѣванія, и на ряду съ нимъ новѣйшіе авторы отмѣчаютъ повышеніе мышечнаго тонуса, имѣющееся на лицо почти во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ. Гипертонію эту *Müller* считаетъ рефлекторной и причину ея видитъ въ легкомъ артритѣ, захватывающемъ *articulat. sterno-clavicularis* и сочлененіе верхнихъ позвонковъ.

Пораженіе мышцъ большинство авторовъ считаетъ заболѣваніемъ ревматическаго характера; *Froviob* уже давно описалъ уплотненія которыя онъ находилъ при мышечномъ ревматизмѣ (*rheumatische Muscelknötchen*).

Въ легкихъ случаяхъ, особенно въ началѣ заболѣванія, нерѣдко удается достигнуть выздоровленія при помощи однихъ лекарствъ (*antinevgrina*, производныя салициловой кислоты). въ болѣе же тяжелыхъ—единственнымъ дѣйствительнымъ средствомъ является массажъ, который приходится примѣнять, въ зависимости отъ давности заболѣванія, отъ нѣсколькихъ недѣль до 2-хъ—3-хъ мѣсяцевъ. *В. Лихницкій.*

П С И Х І А Т Р І Я.

Seglas et Collin. Психическій шокъ. Emotion choc. Psychose confusionnelle.—Presse medicale 1911.

У женщины 31 года съ наследственнымъ, предрасположеніемъ вслѣдъ за тяжелой домашней сценой, которую ей пришлось перенести (упреки мужа, узнаваго объ измѣнѣ соей жены), развилось душевное заболѣваніе. Во все время болѣзни основнымъ симптомомъ была спутанность, при чемъ теченіе заболѣванія можно разбить на три періода: 1-й—спутанность, бредовые элементы, 2-й—спутанность явленія моторнаго возбужденія и 3-й—періодъ простой спутанности. Въ этомъ періодѣ началось постепенное улучшеніе, приведшее къ полному выздоровленію.

Когда больная выздоровѣла, у нея было констатировано существованіе амнезій, захватывавшей не только все время болѣзни, но распространявшейся и на сцену, послужившую толчкомъ къ заболѣванію.

Авторы полагаютъ, что эмоціональное потрясеніе не только сыграло важную роль въ развитіи заболѣванія и было толчкомъ, возвавшимъ его появленіе, но положило извѣстный отпечатокъ и на его клиническую картину, такъ какъ бредовыя идеи, высказываемыя больной, находились въ извѣстной связи съ характеромъ перенесенной эмоціи.

В. Лихницкій.

Т Е Р А П І Я.

M. Neuchaus. Опыты съ сальварзаномъ при сифилисѣ центральной нервной системы. Erfahrungen mit Salvarsan, speziell bei Lues des Zentralnervensystems. Münch. med. Woch. 1911.

Авторъ произвелъ впрыскиваніе сальварзана въ 16 случаевъ сифилитическихъ пораженій центральной нервной системы. По характеру заболѣванія случаи эти распредѣлялись слѣдующимъ образомъ: Lues III cerebrospinalis—7, Poliomyelitis subacuta (luetica?)—1, Tabes—5, Paralysis progressiva—2.

Въ большинствѣ случаевъ авторъ пользовался внутримышечными инъекціями: во многихъ случаяхъ было сдѣлано по 3—4 инъекціи а промежутокъ около 4-хъ недѣль.

Ни въ одномъ случаѣ, даже въ тѣхъ, гдѣ было поражение n. optici, Neuchaus не наблюдалъ неблагоприятнаго влія-

нія сальварзана на теченіе заболѣванія. Во многихъ случаяхъ, между прочимъ и при *tabes*'ѣ, онъ могъ констатировать болѣе или менѣе значительное улучшеніе и отмѣчаетъ исчезновеніе разстройствъ мочевого пузыря и кишечника, а такъ же и возстановленіе свѣтовой реакціи.

По наблюденіямъ автора сальварзанъ обладаетъ двоякаго рода дѣйствіемъ. Непосредственное дѣйствіе его сказывается уже черезъ нѣсколько дней послѣ инъекціи (исчезновеніе болѣи, разстройствъ рѣчи послѣ апоплексіи на специфической почвѣ), тогда какъ отдаленное дѣйствіе даетъ себя знать только черезъ 3—4 недѣли (возстановленіе движеній и реакцію на свѣтъ).

Авторомъ приведены краткія исторіи болѣзней.

В. Лихницкій.

Schanz. Лечение сальварзаномъ и поражение зрительнаго нерва *Salvarsanbehandlung und Neuritis optica.*—München. med. Woch. 1911.

Авторъ приводитъ 2 случая, въ которыхъ у больныхъ, жаловавшихся на незадолго до этого наступившее, пониженіе зрѣнія, наряду съ другими симптомами сифилиса было констатировано существованіе *neuritis optica*. Послѣ вспрскиванія сальварзана очень быстро, уже черезъ нѣсколько дней, наступило улучшеніе зрѣнія, которое постепенно шло дальше, такъ что въ концѣ концовъ острота зрѣнія стала нормальной.

Описанныя различными авторами явленія со стороны черепныхъ нервовъ *Schanz* считаетъ не слѣдствіемъ непосредственнаго вліянія сальварзана на нервную систему, а видитъ въ нихъ обыкновенные рецидивы сифилиса. Самъ же сальварзанъ въ противоположность *atoxyl*'у пораженія нервовъ не вызываетъ.

В. Лихницкій.

Marinesco. Нѣкоторые результаты, достигнутые въ леченіи нервныхъ болѣзней примѣненіемъ. «606» *Sur quelques résultats obtenus par le 606 dans le traitement des maladies nerveuses.*—Presse medicale, 1911, № 8.

Въ началѣ статьи *Marinesco* даетъ критическую оцѣнку результатовъ, полученныхъ при примѣненіи сальварзана при сифилитическихъ и парасифилитическихъ заболѣваніяхъ нервной системы.

Личныя наблюденія автора относятся къ 30 случаямъ нервныхъ заболѣваній, среди которыхъ было 2 случая гуммы мозга, 5—*hemiplegia luetica*, 8—*paralysis progressiva*, 7—*tabes dorsalis*, 3—*ophthalmoplegia*, 1—разлитое сифилитическое пораженіе нервной системы.

Сопоставляя собственныя наблюденія съ результатами, полученными другими авторами, *Marinesco* дѣлаетъ слѣдующіе выводы,

Примѣненіе сальварзана является умѣстнымъ при различныхъ сифилитическихъ заболѣваніяхъ нервной системы, при чемъ дѣйствіе его сводится, повидимому, быстрѣе, чѣмъ дѣйствіе ртути и іодистаго калия. Иногда онъ даетъ извѣстные результаты даже въ тѣхъ случаяхъ, когда іодъ и ртуть не оказываютъ дѣйствія.

Наличность пораженія зрительнаго нерва не является противопоказаніемъ къ вприскиванію сальварзана, и появленіе воспаленія послѣ инъекцій нужно считать рецидивами сифилиса, а не результатомъ дѣйствія сальварзана на зрительный нервъ.

При прогрессивномъ паралачѣ *Marinesco* не только не наблюдалъ улучшенія, но даже отмѣчаетъ въ одномъ случаѣ *paralysis incipiens*, что развитіе заболѣванія послѣ инъекціи пошло еще быстрѣе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *tabes'a* наблюдается извѣстное улучшеніе, сказывающееся уменьшеніемъ болей и атакси, но такое улучшеніе—явленіе сравнительно рѣдкое, и въ общекъ подобныхъ случаяхъ необходимо имѣть въ виду возможность самовнушенія со стороны больныхъ.

Дозы сальварзана, которыя примѣнялъ авторъ, колебались въ отдѣльныхъ случаяхъ отъ 0,3 до 0,5. Ни у одного больного онъ не наблюдалъ послѣ вприскиванія какихъ-либо серьезныхъ осложненій.

В. Лихницкій.

ИЗЪ ЖИЗНИ ПСИХІАТРИЧЕСКИХЪ УЧРЕЖДЕНІЙ.

Больница Всѣхъ Скорбящихъ въ С.-Петербургѣ. Медико-хоз. отчетъ за 1909 и 1910 г.

Отчетъ начинается историческимъ очеркомъ жизни больницы съ 1832 года—года ея открытія.

Послѣ блестящаго начала ея дѣятельности при Николаѣ I, больница очень пала при Александрѣ II; послѣ реви-

зіи 1883 года стала подниматься и только благодаря ея почетному опеуну К. У. Арапову, введенному съ 1900 года новые штаты,—больница въ 1909 году можетъ выпустить отчетъ о ея дѣятельности, изъ котораго видно, что постановка дѣла стоитъ на высотѣ современныхъ требованій.

70 десятинъ для полевыхъ и огородныхъ работъ, 8 десятинъ парка, мастерскія различнаго рода, отличное оборудованіе научно-вспомогательныхъ учреждений, комната для занятій по экспериментальной психологіи, зубоврачебный кабинетъ, патолого-анатомическій кабинетъ, химико-микроскопич. кабинетъ и т. д.

Все это указываетъ, что въ распоряженіи врачей имѣются всѣ средства для наилучшаго устройства быта больныхъ, для примѣненія новѣйшихъ методовъ изученія больного и его лѣченія, а правильно поставленное коллегиальное управленіе больницей устраняетъ всѣ столь обычные тормазы для проявленія инициативы врачей.

Авторы отчета съ удовлетвореніемъ констатируютъ „огромное значеніе и несомнѣнную пользу“ коллегиальнаго управленія больницей, вслѣдствіе каковаго „пресловутое освободительное движеніе не коснулось больницы Всѣхъ Скорбящихъ, ибо въ ней имѣлось все, чего такъ бурно добивались другія больницы“.

Въ больницѣ ведется обученіе прислуги врачами по широкой программѣ, установлены систематическія прибавки жалованья, пенсіи, и наградныя; прислуга пользуется достаточнымъ отдыхомъ и свободой, и въ результатѣ этихъ мѣръ больница могла безъ потрясеній, и ломки упразднить оковчательно изоляцію больныхъ, несмотря на то, что больница въ этомъ же году превратилась въ больницу для острыхъ, вмѣсто прежняго переполненія хрониками; длительныя ванны замѣняли изоляцію, а теперь вытесняютъ и снотворныя; уходятъ въ область преданія и влажныя обертыванія: 21 случай въ 1910 г. вмѣсто 163-хъ въ 1909 году.

Изъ приложений къ отчету видно, что врачебная коллегія больницы ведетъ и очень интенсивную научную работу въ различныхъ направленіяхъ.

На стр. 101 сводная таблица указываетъ „вѣроятныя причины душ. заболѣванія по даннымъ больницы за 20 лѣтъ у 1765 больныхъ“.

Къ сожалѣнію, таблица трудно читается, а главное, лишена объясненій о методахъ собиранія наслѣдственныхъ данныхъ, практиковавшихся въ больницѣ; не объяснено и выраженіе „вѣроятная“ въ заголовкѣ.

Между тѣмъ, очевидно, что созданіе этой таблицы потребовало большого труда и сама она представляетъ очень большой интересъ, позволяю себѣ замѣтить, интересъ гораздо больший, чѣмъ десятки страницъ отчета, посвященные деталямъ переплетной мастерской, сапожной и т. д.

„Главной вѣроятной причиной“ можно считать наслѣдственность—47,6% у мужчинъ и 56% у женщинъ; на 2-омъ планѣ у мужчинъ алкоголизмъ: 37%, у женщинъ—нравств. потрясеніе—20,8%. Сифилисъ у мужчинъ 16,2% у женщинъ 4%;

Вскрываются почти всѣ умершіе, и въ результатѣ имѣемъ рядъ (7) интересныхъ случаевъ, описанныхъ д-ромъ Снѣсаревымъ.

Приложены статьи С. А. Суханова: „о душевномъ разстройствѣ при етафилококцеміи“ въ которой авторъ высказываетъ гипотезу, правда, пока не достаточно обоснованную, не имѣетъ ли названная инфекция нѣкотораго сродства по отношенію къ мозгу.

Въ научныхъ собраніяхъ врачей (14 въ оба года) сдѣлано больше 30 сообщеній на различныя темы; кромѣ того, врачами больницы напечатанъ длинный рядъ работъ въ русской и заграничной спеціальной печати.

Напечатаны въ отчетѣ кромѣ названныхъ статья С. А. Суханова о 606 въ психіатріи, гдѣ авторъ присоединяется своими выводами къ общепринятымъ теперь воззрѣніямъ, и д-ра Снѣсарева: „о стромѣ коры надпочечниковъ“ съ нѣск. иллюстраціями.

Томская Окружная Лечебница, меньше чѣмъ въ трехлѣтіе своего существованія, знакомитъ съ своей дѣятельностью изящнымъ, иллюстрированнымъ томомъ на русскомъ и нѣмецкомъ языкахъ, рассчитаннымъ на посѣтителей Дрезденской гигиенической выставки 1911 года.

Обращаетъ вниманіе разнообразная форма работъ: кромѣ мелкихъ предметовъ комфорта, производятся ткацкія работы, сапожныя, портняжныя, карзиночныя, переплетныя, бѣло-

швейные, гончарные и веревочные; больные пашутъ, боронятъ, сѣютъ и т. д.; участвуютъ и въ строительныхъ работахъ, возятъ продукты для лѣчебницы, рубятъ деревья въ лѣсу, пилать.

Обучаются больные грамотѣ, а нѣкоторые получаютъ возможность научиться и ремеслу. Количество работающих больныхъ при большомъ разнообразіи и приспособленности работъ довольно велико: 30—50%.

Хорошо поставлены и развлечения для больныхъ вплоть до устройства праздника ромашки, оркестра, поѣздокъ въ кинематографъ и т. п. Уничтожена (вѣрнѣе—не вводилась) изоляція; широко примѣняется гидротерапія. Въ питаніи примѣняется кумысъ и кефиръ. Изъ отдѣла о бытѣ персонала отмѣтимъ темы для изученія командируемому врачу: „психологическія изслѣдованія у постели больныхъ“, „воспитаніе умственно отсталыхъ дѣтей въ специальныхъ заведеніяхъ Москвы и П—га“, и „нормы продовольствія по даннымъ по крайней мѣрѣ 5 большихъ психіатрическихъ больницъ“.

Всѣ темы были освѣщены докладами по возвращеніи изъ командировки.

Большой интересъ представляютъ страницы, посвященные квартирамъ низшихъ служащихъ. Авторъ книги энергично отстаиваетъ единственно раціональный, единственно соответствующій широко понимаемымъ интересамъ больныхъ взглядъ на необходимость отдѣлить квартиры персонала отъ помѣщеній для больныхъ. Далеко нерѣдко въ европейской Россіи, въ земскихъ колоніяхъ, земскіе врачи, строя отличныя палаты для больныхъ втискиваютъ служащихъ въ общія казармы, гдѣ можно видѣть за занавѣской на одной кровати семью изъ 4 душъ.

Бываютъ случаи, когда директора учреждений, „природѣ вопреки, наперекоръ стихіямъ“ настойчиво населяютъ колоніи исключительно холостыми служащими.

Въ Томской Лѣчебницѣ правильно считаютъ важнѣйшей задачей созданіе устойчиваго элемента, каковымъ могутъ быть только семейные служащіе; въ ихъ распоряженіе даются отдѣльные домики изъ 2 квартиръ, совершенно изолированныхъ, въ 2 комнаты съ кухней; эти Каттэджи могутъ въ будущемъ служить и для поселенія въ семьѣ служителя спо-

войныхъ хрониковъ.

При квартирѣ 50 кв. саж. земли, зелень, пчѣлники, огородъ; у нѣкоторыхъ коровы; у многихъ куры. Для дѣтей—школа.

Превосходное впечатлѣніе оставляетъ отчетъ о дѣятельности Томской Окружной Лѣчебницы.

Отчетъ Виленской Окружной Лѣчебницы за 1909 годъ дышетъ полнымъ спокойствіемъ: во введеніи констатируется „самое крупное событіе въ жизни Лѣчебницы—введеніе новыхъ штатовъ“: новая должность пом. директора, 2 младшихъ ординаторовъ, вмѣсто фельдшерскаго персонала помощники надзирателей, устроено судебнопсихіатрическое отдѣленіе и лѣтній баракъ, получены штатомъ наградныя и лѣчебница даже участвовала въ выставкѣ 3-го съѣзда психіатровъ.

Внутренней жизни отдѣленія посвящено 40 страницъ, происшествіямъ съ больными 1¹/₂ страницы, лѣченію—двѣ страницы, хозяйственно-административному отдѣлу съ приложеніями и ремонту—225 страницъ. О работахъ сказано: „работы были и организованы довольно хорошо; врачи стараются широко примѣнять трудъ... Лѣчебница для развитія работъ представляетъ обширное поприще... для мужчинъ—до 45 различныхъ родовъ хозяйственныхъ работъ, для женщинъ до 15“.

Цифра—„45 родовъ разл. работъ“ привлекаетъ вниманіе: сельско-хозяйственныхъ и лѣсныхъ работъ насчитывается „22 рода“, т. е. „на парникахъ и огородахъ“—1 родъ, „посадка и уборка картофеля“—другой родъ, копаніе картофеля—3-й, „на косьбѣ травы“—4-й, „на косьбѣ ржи“—5-й, „развизываніе и складываніе соломы“—6-й, „сгребаніе сѣна“—7-й и такихъ „родовъ работъ“—45.

Къ „работамъ по мастерскимъ“—отнесенъ 28-й родъ „на кухнѣ и пекарнѣ“.

Изъ мастерскихъ работаютъ въ плотничной, портняжной, сапожной и слесарной, вяжутъ маты и солом. пляпы; всего 5 мастерскихъ, затѣмъ хозяйственныя и лѣсныя работы. Для демонстраціи разнообразія и хорошей постановки работъ колоніи скорѣе % отношенія работавшихъ больныхъ въ неработавшимъ покажетъ хорошую постановку дѣла. Оказывается, что для такого обилія „родовъ“ работъ % работавшихъ

больныхъ невеликъ: для мужчинъ 18⁰/₀, для женщинъ 7,54⁰/₀. (Въ 1908 г. еще меньше—12,61⁰/₀—для мужчинъ, и 6,35⁰/₀ для женщинъ). Рабочій день непомѣрно великъ: 9³/₄ часа.

Полагаемъ, что психически больные больше, чѣмъ здоровые нуждаются въ гуманномъ принципѣ 8 часовъ для труда, 8 для отдыха и 8 для сна. Для тѣхъ изъ нихъ, которые могутъ работать много, вполне достаточно и 6 час. работы.

Очень интересенъ и даетъ большой матеріалъ для размышленій отдѣлъ „ремонта“.

Лѣчебница построена въ 1903 году, а въ 1907 году М. В. Д. уже должно принять „неотложныя мѣры“ къ ремонту лѣчебницы, ибо „безъ ремонта лѣчебницъ угрожало разрушеніе зданій“!!

На ремонтъ лѣчебницы потрачено 324.607 р. 48 коп. и здѣсь небезынтересны нѣкоторые „детали“.

Ремонтъ дверей 8.000, ремонтъ оконъ 25.000 рублей, ремонтъ вентиляціи и отопленія 80.000 рублей. Ясно, что ни оконъ ни дверей, ни отопленія и вентиляціи, удовлетворяющихъ назначенію, — Лѣчебница не имѣла.

Понятно, почему приходится скромно говорить о лѣченіи больныхъ, при которомъ примѣняется и „изоляция въ особыхъ случаяхъ и то больше въ женскихъ отдѣленіяхъ; съ разрѣшенія врачей изолируютъ больныхъ, которые дѣлаютъ жестокія нападенія на окружающихъ и при лежаніи въ постели оказываютъ сильнѣйшее сопротивленіе, доходящее до борьбы съ прислугой“.

Изоляція—„съ разрѣшенія“ врачей.

Значить ли это по особому каждый разъ распоряженію врача?

„Возбужденные больные часто нападали другъ на друга, несмотря на самый тщательный уходъ“.

Изъ сопоставленія обѣихъ цитатъ—невольно замѣчается, что и изоляція практикуется часто, особенно при невозможности удержать больного въ постели, а слѣдовательно и въ ваннѣ.

Авторъ предпочитаетъ изоляцію обертываніямъ (таковыя вовсе не примѣняются).

Между тѣмъ, изъ двухъ золъ надо предпочесть, пожалуй, послѣднее; изоляція легче выполняема, ею легче злоупотреблять, отъ нея скорѣе дичають больные и развращается

персональ. Такимъ образомъ при всей самоудовлетворенности автора отчета—приходится знакомиться съ фактами для психіатра отрицательными.

Отчетъ лѣчебницы „угрожающей разрушеніемъ“ черезъ 4—5 лѣтъ послѣ постройки, съ ремонтомъ въ 325.000 на двери, окна, отопленіе, и т. п., отчетъ, въ которомъ нѣтъ прогресса научнаго, творческаго стремленія къ улучшенію—весь этотъ отчетъ, независимо отъ невѣроятныхъ разоблаченій д-ра Краинскаго, производитъ тяжелое впечатлѣніе.

Тѣмъ удивительнѣе заключеніе, въ которомъ авторъ сообщаетъ, что отчетъ послужилъ главнымъ матеріаломъ для напечатанія брошюры „очеркъ дѣятельности Виленской Окр. Л—цы для международной выставки гігіены въ Дрезденѣ“.

Не думаетъ ли авторъ своимъ матеріаломъ дать гнилому западу образцы гігіеническихъ и дешевыхъ психіатрическихъ больницъ, въ которыхъ при изоляціи за годъ наблюдается „только 32 попытки къ самоубійству“ (!) и „широко поставлена“..... отчетность о родахъ работъ. *А. Шоломовичъ.*

ХРОНИКА И СМѢСЬ.

— Бывшій въ г. Софіи въ 1910 г. съѣздъ славянскихъ врачей предназначилъ мѣстомъ будущаго всеславянскаго съѣзда Россію, выразивъ пожеланіе, чтобы этотъ съѣздъ былъ созванъ по болѣе широкой научной программѣ, а не ограничивался бы исключительно врачебной специальностью. Нынѣ вопросъ о созывѣ будущаго «всеславянскаго съѣзда общественнаго оздоровленія» въ Петербургѣ окончательно рѣшенъ въ смыслѣ созыва его въ Петербургѣ въ маѣ 1912 года, въ срокъ отъ 15-го до 19-го мая ст. ст. (28-го мая—1-го іюня нов. ст.). Самый съѣздъ кромѣ общихъ собраній при открытіи и закрытіи съѣзда будетъ имѣть четыре главныхъ секціи или отдѣла: 1) общественной медицины, 2) физическаго воспитанія, 3) общественной нравственности и 4) вопросовъ здоровья и умственнаго и нравственнаго развитія дѣтскаго организма. Организационнымъ комитетомъ намѣчены уже и программные вопросы по разнымъ отдѣламъ съѣзда. Такъ, по первому отдѣлу (предсѣдатель Д. О. Отгъ) намѣчены слѣдующіе программные вопросы: 1) Общественная медицина и врачебные съѣзды; 2) Наука и медицинская практика въ борьбѣ съ эпидеміями чумы и холеры; 3) Санитарный надзоръ за школами; 4) Вопросъ о научномъ усовершенствованіи врачей. Въ числѣ вопросовъ третьяго отдѣла имѣются вопросы о борьбѣ съ дѣтской преступностью и борьбѣ съ самоубійствомъ. Кромѣ программныхъ вопросовъ на съѣздѣ будетъ дано мѣсто и другимъ внѣпрограммнымъ вопросамъ въ зависимости отъ времени, оставшагося отъ обсуждения программныхъ вопросовъ. Въ этомъ отношеніи всѣ желающіе сдѣлать докладъ приглашаются своевременно заявлять краткія его положенія или присылать самый докладъ на имя организационнаго комитета: Петербургъ, Симеоновская ул., 1. За справками по съѣзду могутъ обращаться туда же, въ помѣщеніе организационнаго комитета, или непосредственно къ генеральному секретарю съѣзда проф. С. К. Гогелю (Бассейная, 15). Въ связи со съѣздомъ устраивается въ Петербургѣ и всеславянская выставка общественнаго оздоровленія (предсѣдатель выставочнаго комитета В. И. Ковалевскій), которая продолжится съ половины апрѣля до половины іюня. Программа выставки соотвѣтствуетъ программѣ съѣзда, но сверхъ вышеука-

занныхъ отдѣловъ программы сѣзда на ней между прочимъ будутъ выдѣлены нѣсколько самостоятельныхъ отдѣловъ. Само собою разумѣется, что выставка предназначена дополнять сѣздъ своими экспонатами, и потому привлеченіе на выставку возможно большого числа участниковъ изъ славянскихъ странъ представляется крайне желательнымъ. Послѣ сѣзда предположены экскурсіи въ окрестности Петербурга, въ Москву и внутрь Россіи. Гости предстоящаго сѣзда могутъ быть члены семействъ участниковъ сѣзда, которымъ предоставляются всѣ льготы, устанавливаемые для членовъ сѣзда (Русская Вѣдомость № 277).

— Въ засѣданіи Петербургской городской думы 20-го ноября разсматривался между прочимъ вопросъ о постройкѣ городомъ новой психіатрической больницы. Послѣ продолжительныхъ и оживленныхъ преній рѣшено было построить больницу на 1500 кроватей въ городской Новознаменской дачѣ для психическихъ больныхъ—хрониковъ и больницѣ на 300 кроватей для больныхъ съ острой формой заболѣванія въ мѣстности «Рублевики», гдѣ уже сооружается больница имени Петра I-го (Рѣчь № 330).

— Царицынское уѣздное Земство, обезпокоенное прогрессивно развивающимся среди крестьянскаго населенія пьянствомъ, обратилось къ губернатору съ ходатайствомъ о воспрещеніи торговли спиртными напитками на ярмаркахъ и въ ближайшихъ къ нимъ населенныхъ пунктахъ. Ходатайство губернаторомъ отклонено (Русскій Врачъ № 40).

— Во время обсужденія доклада по Геденовской психіатрической больницѣ, возникли интересныя пренія по вопросу о способѣ транспортировки больныхъ, содержаніи больныхъ въ Московской окружной лѣчебницѣ и объ «утечкѣ»—побѣгахъ душевно-больныхъ. Способы транспортированія больныхъ здѣсь самыя примитивныя. Больного изъ уѣздной больницы направляютъ въ ближайшую полицію, а оттуда подъ охраной полицейскаго въ Геденовку; подъ этой охраной больному иногда приходится продѣлывать по 200—300 верстъ. Помощникъ врачабнаго инспектора Егоровъ, говоря о такомъ способѣ транспортированія, указывалъ на необходимость замѣны въ такихъ случаяхъ полицейскаго стража фельдшеромъ, мотивируя это тѣмъ, что въ такихъ случаяхъ не будутъ имѣть мѣста такія явленія, какъ смерть душевно-больныхъ въ дорогѣ, при чемъ на вскрытіяхъ у него обнаруживались переломы реберъ (!). Старшій врачъ Максимовъ указалъ на невозможныя условія содержанія больныхъ въ этой лѣчебницѣ, которыя онъ назвалъ ужасными, и призывалъ Земство къ внимательству и контролю въ дѣлѣ окружной лѣчебницы. По воп-

росу съ «утеч-кѣ» душевно больныхъ Максимовъ сказалъ: «Отъ насъ, психіатровъ, требуютъ, чтобы мы караулили своихъ больныхъ; требуютъ, чтобы домъ сумашедшихъ былъ достаточно крѣпокъ, и окружаютъ лѣчебницы высокими каменными стѣнами, устраиваютъ крѣпкія желѣзныя рѣшетки. Не смотря на это, «утечка» все-таки бываетъ, и это уже не такая страшная вещь, стоитъ только вспомнить, что до 70% больныхъ въ нѣкоторыхъ губерніяхъ Россіи гуляютъ на свободѣ». Между тѣмъ всякій побѣгъ всегда доставляетъ врачамъ массу хлопотъ, массу страданій, почему они въ вопросѣ объ «утечкѣ» въ большинствѣ случаевъ пересаливаютъ, хотя больныхъ слѣдовало-бы держать посвободнѣе. «Намъ, чье призваніе лѣчить», горько воскликнулъ Максимовъ, «всякую «утечку» ставятъ въ строку, а тѣмъ, чье все назначеніе въ томъ, чтобы охранять отъ «утечки», чьи учрежденія устроены и обставлены такъ, чтобы предупредить всякую возможность «утечки»,—имъ такого упрека не ставится» (Русскій Врачъ № 41).

— 26 сентября въ Харьковскомъ университетѣ совершена закладка клиники нервныхъ болѣзней. О постройкѣ этой клиники университетъ началъ хлопотать еще въ семидесятыхъ годахъ, но министерство до послѣдняго времени не отпускало нужныхъ средствъ (Врачебная Газета № 41).

— Антиалкогольный день въ Петербургѣ далъ сбора 7010 руб.; расходъ по печатанію брошюръ и другихъ было окло 2 т. руб., (Врачебная Газета № 41).

— По постановленію губернскаго правленія въ г. Ревелѣ директоръ психіатрической лѣчебницы докторъ Аронъ Кюгельхенъ преданъ суду за нерадѣніе по службѣ, вслѣдствіе чего двое больныхъ лѣчебницы утонули въ морѣ (Врачебная Газета № 42).

— Въ засѣданіи Московскаго отдѣла по воспитанію и обученію ненормальныхъ дѣтей д-ръ Н. П. Постовскій сдѣлалъ попытку выяснитъ количество ненормальныхъ дѣтей и необходимое для ихъ обученія число вспомогательныхъ школъ. Исходнымъ пунктомъ для изслѣдованія докладчика явилось количество ненормальныхъ дѣтей въ Ольгинско-Пятницкомъ 3-классномъ женскомъ училищѣ за 4 года существованія при немъ вспомогательнаго класса для такихъ дѣтей. Въ среднемъ за эти 4 года здѣсь было 3,7% ненормальныхъ дѣтей. Для всей же Москвы, по вычисленію докладчика, процентъ этотъ равенъ 2,6. Принимая во вниманіе, что всѣхъ дѣтей школьнаго возраста отъ 8 до 14 лѣтъ въ Москвѣ 88.000, число отсталыхъ выразится цифрой 2304 человекъ. Если за нормальный типъ взять школу

въ 60—80 человѣкъ, то число вспомогательныхъ школъ для ненормальныхъ дѣтей Москвы должно быть 19—25, а при всеобщемъ обученіи—29—38 (Врачебная Газета № 44).

— Въ Москвѣ отдѣлъ по воспитанію и обученію отстающихъ дѣтей принялъ послѣ доклада д-ра В. П. Кащенко о воспитаніи и обученіи дефективныхъ дѣтей въ Россіи слѣдующее постановленіе: «Признавая настоящую постановку дѣла воспитанія и обученія дефективныхъ дѣтей крайне недостаточной, отдѣлъ высказывается: 1) за ходатайство передъ членами Государственной Думы о разсмотрѣніи въ связи со всеобщимъ обученіемъ вопроса о рациональной постановкѣ воспитанія и образованія дефективныхъ дѣтей; 2) за созывъ всероссійскаго съѣзда дѣятелей по воспитанію и образованію дефективныхъ дѣтей по вопросамъ организациі специальныхъ лечебно-воспитательныхъ заведеній для такихъ дѣтей» (Врачебная Газета № 44).

— 30 октября въ Петербургѣ состоялось учредительное собраніе Россійскаго Медицинскаго Общества врачей-трезвенниковъ. Ближайшей задачей является объединеніе врачей-трезвенниковъ въ цѣляхъ пропаганды трезвости и научной разработки дѣйствія спиртныхъ напитковъ на человѣческій организмъ. Въ программу ближайшей дѣятельности Общества входятъ: изданіе брошюръ, организациа курсовъ по алкоголеѣдѣнію и справочнаго бюро по вопросамъ алкоголизма, устройство патроната для алкоголиковъ, возбужденіе ходатайства о введеніи въ Россіи условнаго осужденія алкоголиковъ по идеѣ американскаго судьи Полларда и устройство специальной библіотеки. Въ совѣтъ Общества избраны: предсѣдателемъ А. Л. Мендельсонъ, товарищемъ предсѣдателя И. В. Сажинъ, казначеемъ В. С. Сопѣгинъ, секретарями: Н. Н. Тутолминъ и В. А. Волькенштейнъ, членомъ совѣта Н. И. Григорьевъ (Врачебная Газета № 45).

— Въ Москвѣ организовано недавно общество изученія гипнотизма и сходныхъ съ нимъ явленій природы на основѣ положительныхъ знаній. Цѣль общества—разработка вопроса о гипнотизмѣ не только въ психологическомъ отношеніи, но преимущественно съ точки зрѣнія тѣхъ положительныхъ знаній, какими являются физика и химія. Въ члены общества и члены-соревнователи могутъ приниматься лица обоего пола и учащіеся высшихъ учебныхъ заведеній; при поступленіи, однако, необходима рекомендація двухъ дѣйствительныхъ членовъ общества. Размѣръ членскаго взноса при поступленіи въ общество установленъ въ размѣрѣ 2 рублей для дѣйствительныхъ членовъ и 5 рублей для членовъ-соревнователей (Врачебная Газета № 45).

— Въ Москвѣ организуется перепись душевно-больныхъ г. Москвы. Осуществить эту перепись предполагается одновременно съ предстоящей однодневной переписью московскаго населенія (Врачебная Газета № 45).

— Владимірскую губ. приходится причислить къ «самымъ пьянымъ». Такъ, за 1910 годъ въ губерніи выпито 1230 тыс. ведеръ водки на 10.370 тыс. руб., а въ 1908 г. население губерніи пропило $\frac{1}{7}$ часть всего урожая; за 8 послѣднихъ лѣтъ число пивныхъ лавокъ въ губерніи возросло въ 10 разъ. Изъ числа скоропостижно умирающихъ въ губерніи $\frac{1}{4}$ часть умираетъ отъ пьянства. 60 проц. преступленій въ губерніи совершается подъ вліяніемъ алкоголя; изъ числа душевно-больныхъ 42 проц. алкоголиковъ (Врачебная Газета № 46).

— Въ свое время Московское губернское земство возбудило въ министерствѣ внутреннихъ дѣлъ ходатайство о разрѣшеніи помѣщать въ Московскую окружную психіатрическую лечебницу душевно-больныхъ, подлежащихъ содержанію въ домахъ для умалишенныхъ на основаніи 95 и 96 стг. улож. о наказ. сверхъ. предоставленныхъ губернскому земству 100 мѣстъ въ этой лечебницѣ. Главное управленіе по дѣламъ мѣстнаго хозяйства по этому поводу теперь сообщаетъ, что Московская окружная лечебница переполнена: вмѣсто 720 мѣстъ, предоставленныхъ общественнымъ учрежденіемъ, тамъ занято теперь 760, при чемъ 40 сверхкомплектныхъ больныхъ приняты въ лечебницу частью въ счетъ свободныхъ вакансій тюремнаго вѣдомства, частью же путемъ помѣщенія въ земскихъ палатахъ больныхъ сверхъ нормы. Въ конечномъ итогѣ въ общихъ отдѣленіяхъ лечебницы содержатся 919 больныхъ, при чемъ 19 человекъ приняты уже сверхъ комплекта лечебницы. При этомъ главное управленіе по дѣламъ мѣстнаго хозяйства напоминаетъ, что Московская окружная лечебница должна, согласно уставу, безпрепятственно принимать больныхъ арестантовъ и испытуемыхъ отъ тюремнаго вѣдомства, хотя бы свободныхъ мѣстъ и не было. Иными словами, даже при теперешнемъ переполненіи отказать тюремному вѣдомству лечебница не имѣетъ права. При такихъ условіяхъ министерство внутреннихъ дѣлъ не сочло возможнымъ удовлетворить ходатайство губернскаго земства (Врачебная Газета № 47).

— Въ ознаменованіе столѣтія со дня кончины митрополита Платона, исполняющагося въ 1912 году, группа бывшихъ воспитанниковъ Московской духовной семинаріи рѣшила образовать особый фондъ для устройства при Московской духовной семинаріи «показательной библіотеки по борьбѣ съ алкоголизмомъ».

Въ составъ библіотеки должна войти вся имѣющаяся на русскомъ и иностранныхъ языкахъ антиалкогольная литература, діаграммы о развитіи алкоголизма въ разныхъ странахъ, статистическія таблицы, графики и проч. Въ настоящее время инициаторы «показательной библіотеки по борьбѣ съ алкоголизмомъ» выпустили воззваніе ко всѣмъ бывшимъ воспитанникамъ Московской духовной семинаріи (основателемъ которой является митрополитъ Платонъ) внести въ новое дѣло свою «лепту» (Врачебная Газета № 47).

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Протоколь засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 11 мая 1911 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ Баклушинскомъ. Присутствовали: проф. В. П. Осиповъ; д-ра: Архангельская, Вишневскій, Донсковъ, В. И. Левчаткинъ, Сороковиковъ, Первушинъ, Веселитскій, Дворновичъ, Лопухинъ, Шоломовичъ, Чалусовъ, Павленко, Глушковъ, Тупицинъ, Осокинъ.

Д О К Л А Д Ы:

1. Дѣйствит. членъ Общества В. Д. Лопухинъ: Демонстрація больного, оперированнаго по поводу припадковъ парціальнаго эпилепсіи, вызванныхъ опухолью головного мозга.

П Р Е Н І Я.

В. И. Левчаткинъ. Случай привлекаетъ вниманіе съ той стороны, что сначала какъ будто устанавливалась связь припадковъ съ выпивкой, но послѣдующія явленія показали, что связи этой нѣтъ; настоящее положеніе больного значительно лучше и если еще продолжаютъ припадки, то они м. б. объясняются, что оперируемое мѣсто еще не зажило, тамъ еще есть процессы воспалительнаго характера, вызывающія припадки.

Л. О. Даркшевичъ. При докладѣ получается не то впечатлѣніе, какъ это было на первыхъ порахъ поступленія больного. Это случай, діагнозъ котораго выясняется точно только вскрытіемъ черепа. Припадки у б-го продолжаются 8 лѣтъ. Въ 909 году была какая то инфекція, были головныя боли, видимо зависящія отъ инфекціи. Въ этомъ же году было впервые констатировано явленіе застойнаго соска. Въ послѣднее время у него измѣнилась и картина болѣзни: припадки стали начинаться б. частію съ лѣвой ноги, тогда какъ раньше исключительно начинались съ руки, значитъ процессъ разросся; головная боль бывала временами. Явленія со стороны соска тоже мѣняются и въ послѣднее время были въ стадіи регресса, Visus все время нормальный. Все это запутывало картину болѣзни и говорить въ данномъ случаѣ съ увѣренностью о tumor'ѣ было нельзя. Съ 909 г. къ картинѣ tumor'a присоединились симптомы менинго-енцефалита: головная боль, рвота, явленія застойнаго соска; боли скоро прошли, явленія со стороны соска уменьшились. Все заставляло сомнѣваться въ діагнозѣ опухоли. Діагнозъ оправдался только при вскрытіи черепа. Значитъ здѣсь *post factum* можно сказать, что, если всѣ явленія зависѣли отъ опухоли, значитъ явленія опухоли не такъ стереотипны, какъ это описывается въ книгахъ.

Послѣ операціи была значительная травматизація мозга, теперь зачительное улучшеніе, и можно надѣяться, что у б-го возобновятся всѣ движенія, и останется только минимальный парезъ. Пройдутъ ли припадки совсѣмъ, объ этомъ рано говорить. Настоящее состояніе больного обычное, какъ это видно изъ практики клиники.

Случай этотъ еще лишній разъ показываетъ, что подобныя операціи должны дѣлаться. Больной перенесъ тяжелую операцію сравнительно легко. Операціи эти должны производиться возможно раньше, и впечатлѣніе получается такое, что при нихъ надо быть смѣлѣе.

Д-ръ Веселитскій. Я наблюдалъ больного два года амбулаторно и въ клиникѣ. Все время выступали явленія разстройства функціи двигательной въ смыслѣ раздраженія. Явленія угнетенія боли очень незначительны. Общихъ мозговыхъ явленій не наблюдалось. Наблюдались измѣненія со стороны п. optici. Когда развились эти измѣненія, сказать не можемъ. Впервые они обнаружены въ 1909 г. Другія мозговія явленія (головныя боли, рвота) наблюдались только одинъ разъ и то они связаны съ какимъ то лихорадочнымъ процессомъ и вѣроятно были явленіемъ случайнымъ. Припадки всегда были стереотипны, носили парціальный характеръ, начинались раньше всегда съ лѣвой руки, потомъ въ большинствѣ случаевъ и лѣвой ноги. Это показываетъ, что про-

цессъ распространялся болѣе экстенсивно. Всѣ эти данныя под-сказывали діагнозъ опредѣленнаго заболѣванія двигательной сферы, что и подтвердилось операціей. Высказывать предполо-женіе о заболѣваніи другой сферы не было никакихъ основаній, такъ какъ явленій пораженія другихъ функцій мозга, кромѣ двига-тельной, не было. Теченіе болѣзни все время показывало, что процессъ прогрессировалъ экстенсивно. Много возбуждало сомнѣ-ній, почему парціальная эпилепсія, начавшись съ руки, не за-кончилась здѣсь т. е. безъ паралича руки перешла на другой центръ, но это вполне понятно, если принять экстенсивность роста опухоли. Значить здѣсь было вполне ясно, что мы имѣемъ дѣло съ tumorомъ, хотя своеобразнымъ, распространявшимся по поверхности больше, чѣмъ вглубь.

Д-ръ Осокинъ отмѣчаетъ, что въ Саратовѣ д-ромъ Скли-фосовскимъ было сдѣлано 3 опер. подобнаго рода. Последняя операція была произведена въ октябр. прошлаго года надъ маль-чикомъ 14 лѣтъ, у котораго эпилепсія развилась на почвѣ энце-фалита послѣ инфекціи. Тамъ наряду съ явленіями раздраженія двигательной сферы, развилась еще hemianopsia. Макроскопи-чески въ удаленномъ участкѣ коры измѣненій никакихъ не обна-ружено, но микроскопически были обнаружены явленія склероза, при чемъ измѣненіе кѣтокъ было очень сильное. Послѣ операціи развились параличи, разстросилась мышечная и стереогности-ч. чувст-вительность; все это скоро выравнилось, а 6 декабря припадковъ у б-го не было.

Д-ръ Первушинъ зналъ больного за 2 г. до поступленія въ клинику. У него тогда было то же, что и теперь, но глазное дно было нормально, головныхъ болей то же не было. Теперь post factum діагнозъ ставить легко, но то обстоятельство, что быстро развились neuritis opt., головныя боли, рвота—все это тогда заставляло сомнѣваться въ діагнозѣ и заставляло думать о другомъ кортикальномъ заболѣваніи.

Послѣ операціи состояніе б-го таково: былъ полный пара-личъ нижней и средней вѣтви n. facialis и парезъ верхней вѣтви, парезъ руки и ноги; нарушеніе мышечного и стереогностическаго чувства—обычная картина послѣ удаленія части коры головного мозга. Случай показываетъ, что опухоль не такъ просто діагнос-тировать, какъ это обыкновенно описывается, что въ діагностику ея можно еще ввести много новаго. Въ нашей клиникѣ было два случая, гдѣ теченіе процесса было неодинаково и отступало отъ общаго типа опухолей. Здѣсь не было постоянныхъ голов-ныхъ болей, наблюдались явленія измѣненія n. optici; у другого больного было иначе. Тамъ была опухоль лѣваго полушарія и появились эпилептическія припадки, которыя скоро прошли и

имѣли связь съ алкоголизмомъ. У больного были періодическія головныя боли и neuritis n. opt., который черезъ нѣсколько мѣсяцевъ перешелъ въ регрессивный стадій неврита съ небольшимъ паденіемъ зрѣнія. При вскрытіи оказалось, что имѣется опухоль, не задѣвающая извилинъ, по этому и не вызывающая припадковъ, а вызывающая явленія со стороны соска и рвоту. Значить не каждая опухоль коры даетъ всѣ симптомы опухоли. Въ случаѣ, который демонстрируется сего дня, въ пользу опухоли говорило то, что были гнѣздныя явленія—припадки, теоретически—все это говорило въ пользу опухоли.

Д-ръ Чалусовъ отмѣчаетъ, что въ анамнезѣ больного большая сбивчивость: больнѣй очевидно многого не помнитъ; даетъ сбивчивыя показанія, и строить на нихъ к. л. заключенія нельзя. Я больного знаю съ 903 г. еще мальчикомъ: онъ сильно пилъ и страдалъ часто головными болями; видѣлъ первый припадокъ. Послѣ онъ пилъ меньше и принималъ все время бромъ, припадки стали рѣже, но повторялись. Больной отрицаетъ ихъ за эти годы, но я самъ ихъ видѣлъ.

Пр. Л. О. Даркшевичъ. Обмѣнъ мнѣніями возобновляетъ въ памяти все то, что за послѣднее время появляется въ литературѣ по данному вопросу. Съ одной стороны мало опухолей, которыя не даютъ общихъ симптомовъ, съ другой—наоборотъ. Значить—діагнозъ опухоли не легко поставить. Въ этихъ случаяхъ одно только и возможно: раньше рѣшиться на операцію. Этотъ тезисъ я бы всегда поддерживалъ. Количество операцій нашей клиники даетъ основаніе дѣлать операцію съ діагностической цѣлью болѣе смѣло.

2. Дѣйствительный членъ В. И. Левчаткинъ: «Объ устройствѣ судебно-психіатрическаго отдѣленія при Казанской Окружной Лечебницѣ» (краткое сообщеніе).

П Р Е Н І Я

П. С. Скуридинъ. Докладомъ затронутъ серьезный вопросъ психіатріи, какъ призрѣвать испытуемыхъ арестантовъ: Въ этомъ вопросѣ до сихъ поръ еще не пришли къ заключенію, чего держаться: принципами разсѣиванія испытуемыхъ среди другихъ больныхъ, или обособленія ихъ въ отдѣльномъ зданіи. Противъ обособленія говоритъ то, что при разсѣиваніи ихъ они представляютъ единицы и лишены возможности дѣйствовать скопомъ и становиться опасными. Примѣромъ этого могутъ служить несчастные случаи съ д-ромъ Реформатскимъ и Копланомъ. Но въ дѣйствительности можно установить такое явленіе: Въ

нашей лечебницѣ до сихъ поръ практиковалось разсѣиваніе арестантовъ среди другихъ больныхъ, но выходитъ такъ, что они почти всѣ группируются только въ двухъ отдѣленіяхъ: наблюдательномъ и безпокойномъ и оч. рѣдко попадаютъ въ другія. Это объясняется и характеромъ больныхъ, а главное тѣмъ, что каждое отдѣленіе преслѣдуетъ свои задачи. Значитъ сама жизнь устанавливаетъ группировку ихъ въ отдѣльных помѣщеніяхъ подъ особый надзоръ. Искусственно разсѣивать ихъ по всѣмъ отдѣленіямъ значило бы нарушить всю жизнь отдѣленія и жизнь лечебницы. Значитъ лучше обособленное отдѣленіе для арестантовъ и испытуемыхъ. Конечно, здѣсь должны быть приставлены лучшія силы надзирательскаго и служительскаго персонала.

Докладчикъ: Я собственно не оцѣниваю принципа обособленія: это такой вопросъ, который не законченъ еще до сихъ поръ за границей. Идеальное рѣшеніе этого вопроса—это разсѣиваніе арестантовъ по всѣмъ лечебницамъ, когда на каждую падаетъ 5—10 человекъ. Но когда соберется ихъ 60—70 человекъ, то тутъ невольно задумаешься, какъ ихъ разсѣивать вездѣ; поэтому, они б. ч. группируются въ опредѣленныхъ отдѣленіяхъ. Одержимый формальнымъ душевнымъ разстройствомъ все равно сольется съ остальными больными, но когда имѣемъ дѣло съ симулянтъ, дегенерантъ, то здѣсь возможны всякія случайности.

Проф. Даркшевичъ. Ваше зданіе построено по чьей инициативѣ?

Докладчикъ: По распоряженію Министерства; инициатива лечебницы выразилась только въ томъ, что нами предложено выстроить зданіе внѣ лечебницы и лечебница поступила даже зданіемъ, т. наз., фермой, гдѣ жили спокойные, работоспособные больные.

Проф. Даркшевичъ. Можете-ли Вы теперь отмѣтить, что отдѣленіе такого рода больныхъ клонится къ улучшенію общей жизни лечебницы или нѣтъ?

Докладчикъ. Конечно къ улучшенію. Это даетъ возможность выдѣлить массу дегенеративныхъ элементовъ, дѣйствующихъ неблагоприятно на больныхъ.

Проф. Даркшевичъ. Какая разница въ режимѣ этого отдѣленія?

Докладчикъ. Внутренній режимъ тамъ такъ же, но надзоръ строже. Дворикъ, напр., оч. малъ и заниматься тамъ чѣмъ ниб. уже нельзя. Съ этой точки зрѣнія платится дань тюремному вѣденію, но съ психіатрической точки зрѣнія здѣсь всетаки больше лечебница, чѣмъ было бы въ лечебницѣ при тюрьмѣ.

Послѣднія и заграничей производятъ угнетающее впечатлѣніе уже своимъ внѣшнимъ видомъ и собственно имѣютъ видъ той-же тюрьмы.

Проф. Даркшевичъ. Вы осуществили устройство судебно-психіатрическаго отдѣленія и утверждаете, что у Васъ оно вышло нисколько не хуже, чѣмъ заграничей?

Докладчикъ. По изяществу оно конечно хуже, но идея чисто психіатрическая осуществлена у насъ выше, чѣмъ, напр., въ Берлианъ. Нужно принять во вниманіе, что и средствъ у насъ затрачено гораздо меньше.

Проф. Осиповъ. Когда выдвигается вопросъ, затронутый сегодня, невольно возникаетъ мысль объ идеѣ и ея осуществленіи. Мы психіатры должны смотрѣть на больного только какъ на больного независимо отъ того, преступникъ-ли онъ, или нѣтъ. Больныхъ мы индивидуализируемъ по роду ихъ заболѣванія: существуютъ поэтому, различныя отдѣленія, смотря по состоянію больныхъ. Такъ обстоитъ дѣло по отношенію къ обыкновеннымъ душевно-больнымъ. Но все это мѣняется, когда мы имѣемъ дѣло съ душевно-больнымъ преступникомъ. Здѣсь возникаетъ цѣлый рядъ вопросовъ. Мы и на нихъ должны смотрѣть только какъ на больныхъ. И среди обыкновенныхъ душевно-больныхъ есть такіе, которые требуютъ необычныхъ условій ихъ содержанія—это больные особенно опасные. Больныхъ преступниковъ мы должны то же индивидуализировать. Если онъ, какъ больной, опасенъ, онъ долженъ быть поставленъ въ необычную обстановку, но если онъ какъ больной, неопасенъ, то вопросъ—куда его помѣстить. Есть цѣлый рядъ преступленій, которыя при однихъ условіяхъ жизни считаются преступленіями, при другихъ—нѣтъ. Вотъ здѣсь то наши психіатрическія соображенія вступаютъ въ конфликтъ съ другими соображеніями. Если больной, совершившій подобное преступленіе, попадетъ среди больныхъ арестантовъ, то можетъ быть для него была бы лучше система д-ра Вырубова—выдѣлять ихъ въ особые больницы при тюрьмахъ. Было бы желательно, чтобы при постройкахъ подобнаго рода зданій принимались во вниманіе подобнаго рода конфликты. Можно пожелать, что бы не было утрировки въ постройкахъ подобнаго рода, чтобы строители держались чувства мѣры. Обстановка тюремнаго режима очень тяжела для б-го, хотя бы она и маскировалась. Помѣщая преступника-больного въ ту или другую обстановку, нужно быть очень осторожнымъ, надо индивидуализировать больныхъ.

Докладчикъ. Индивидуализація б-хъ конечно должна быть на первомъ планѣ, но все затрудненіе въ томъ, что разбираться въ этомъ приходится врачамъ на свой страхъ и рискъ здѣсь

желательно участіе кромѣ врачей еще и представителей судейскаго и тюремнаго вѣдомства.

Д-ръ Скуридинъ. Мнѣ хотѣлось бы предложить вопросъ по поводу Вашего 1-го доклада: въ Германіи и Франціи въ этомъ отношеніи какое стремленіе—обособлять душевно-больныхъ арестантовъ или нѣтъ.

Докладчикъ: Въ Германіи—вѣяніе—обезопасить общество отъ такихъ больныхъ, во Франціи напротивъ, имѣется въ виду самъ больной. Но вездѣ больныхъ такого рода обособляютъ, помѣщая въ особыхъ судебно-психіатрическихъ лечебницахъ.

Д-ръ Глушковъ: Какъ Вы сами смотрите на этотъ вопросъ? Можетъ быть и ненужно строить зданій такого крѣпкаго типа въ психіатрическихъ учрежденіяхъ, еслибы, напр., больные такого рода были распределены въ больницыхъ тюремныхъ?

Докладчикъ. Въ послѣднемъ случаѣ отмѣчается двойственность въ управленіи. Въ больницахъ при тюрьмахъ врачъ поневолѣ долженъ входить въ конфликтъ съ тюремной администраціей. Заграницей въ началѣ и было такъ. Все это окончилось устройствомъ вышеуказанныхъ специальныхъ учрежденій внѣ тюремъ.

Д-ръ Шоломовичъ. Съ психіатрической точки зрѣнія здѣсь имѣетъ важность вопросъ: имѣетъ ли право врачъ перевести больного изъ этого отдѣленія въ виду его пользы—въ другія отдѣленія?

Докладчикъ: Въ этомъ отношеніи запретительныхъ мѣръ никакихъ нѣтъ, но только вся отвѣтственность падаетъ на врача.

Д-ръ Шоломовичъ. Вспоминаетъ, что нѣкоторые заграничныя учрежденія подобнаго рода представляютъ нѣчто ужасное, производятъ потрясающее впечатлѣніе и поэтому отродно отмѣтить, что здѣсь судебно-психіатрическое отдѣленіе производитъ впечатлѣніе пріятное. А если представлено право врачамъ переводить больныхъ изъ этого отдѣленія въ другія—то можно отмѣтить и положительную сторону такого отдѣленія. Душевно-больные арестанты часто представляютъ большое зло лечебницамъ, доставляя имъ много хлопотъ. Мнѣ вспоминается случай во время моей службы въ земской лечебницѣ, гдѣ арестантъ симулянтъ, субъектъ дегенеративный, въ продолженіе 8 мѣс. 4 раза бѣжалъ изъ лечебницы, а потомъ убилъ паралитика, раздражавшаго его своимъ крикомъ.

Д-ръ Первушинъ. Отмѣчаетъ желательность устройства отдѣленія въ цѣляхъ чисто практическихъ: извѣстная классификація больныхъ, при которой опасные элементы выдѣляются въ особое отдѣленіе, желательны въ лечебныхъ цѣляхъ.

Д-ръ Шоломовичъ. Психіатры въ дѣлѣ надзора и леченія душевно-больныхъ арестантовъ должны требовать себѣ извѣстныхъ правъ. Но требовать, чтобы въ его распоряженіяхъ въ судебно-психіатрическихъ отдѣленіяхъ участвовала и судебно-тюремная власть, чтобы эта власть несла отвѣтственность за послѣдствія—мнѣ кажется несправедливымъ.

Докладчикъ. Теоретически это конечно такъ, но когда врачу приходится отвѣчать за все, за всевозможныя случайности, то приходится приходиться къ другимъ заключеніямъ.

Проф. Даркшевичъ. Вопросъ возбудилъ дебаты и обсужденъ со многихъ сторонъ. Наше Общество только впервые встрѣчается съ такимъ отдѣленіемъ. Важно было отмѣтить, что существованіе такихъ отдѣленій проводится самою жизнью, какъ это было отмѣчено П. С. Скуридинымъ. И на другихъ оппонентовъ описаніе этого отдѣленія произвело благоприятное впечатлѣніе, тѣмъ болѣе, что врачи имѣютъ право переводить больныхъ изъ этого отдѣленія въ другія. Важно такое учрежденіе потому, что здѣсь сохраняется самодѣятельность психіатра, устраняется вмѣшательство тюремнаго начальства. Это уже есть большой шагъ впередъ. Докладчикъ выноситъ такое впечатлѣніе, что, несмотря на незначительныя затраты, это учрежденіе устроено сравнительно хорошо и организовано вполне удовлетворительно. Благодарить докладчика.

1. Проф. Даркшевичемъ предложено ассигновать наборщику типографіи А. Н. Пекину, все время съ основанія журнала набиравшаго его, кождню его 18 л. службы въ типографіи награду въ 25 рублей.

Предложенную сумму единогласно рѣшено ассигновать изъ суммъ текущаго года.

2. Д-ромъ Первушинымъ возбужденъ вопросъ о назначеніи делегата на предстоящій съѣздъ психіатровъ въ Дрезденъ.

Рѣшено. Просить проф. В. П. Осипова быть на съѣздѣ представителемъ Общества невропатологовъ и психіатровъ при Импер. Казанскомъ Университетѣ.

3. Предсѣдатель проф. Л. О. Даркшевичъ прочиталъ текстъ телеграммы, посланной проф. В. И. Разумовскому въ день 30 л. юбилея его службы и отвѣтъ профессора на эту телеграмму.

Текстъ телеграммы: «Общество невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ, привѣтствуя своего стараго сотрудника съ тридцатилѣтнимъ юбилеемъ научно-преподавательской дѣятельности, проситъ принять званіе почетнаго члена»

Предсѣдатель Даркшевичъ

Товарищъ Предсѣдателя Осиповъ

Секретарь Ворошиловъ.

Отвѣтъ проф. В. И. Разумовскаго:

«Приношу глубокую благодарность Обществу невропатологовъ и психіатровъ за высокую честь, оказанную мнѣ избраніемъ въ почетные члены» Разумовскій.

4. Доложено воззваніе комитета по сооруже́нію храма—памятника отечественной войны въ г. Мало-Ярославцѣ.

Постановлено: принять къ свѣдѣнію. Подписной листъ возвратить обратно.

Доложено предложеніе журнала «Новости Медицины» взаимнаго обмѣна изданиями и объявленіями.

Постановлено. Просить выслать журналъ.

Доложено сообщеніе Императорскаго Николаевскаго Университета о высылкѣ Извѣстій названнаго Университета Обществу невропатологовъ и психіатровъ.

Постановлено. Въ обмѣнъ высылать «Неврологическій Вѣстникъ» за 1911 к.

Предсѣдатель Л. Даркшевичъ.

Секретарь Баклушинскій.

Протоколъ засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 29 октября 1911 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ, при секретарѣ Баклушинскомъ. Присутствовали: проф. В. П. Осиповъ, В. И. Левчаткинъ, Донсковъ, Первушинъ, Фаворскій, Веселитскій, Архангельская, Протопоповъ, Сафиръ и др., человекъ 30 студентовъ-медиковъ старшихъ курсовъ.

ДОКЛАДЫ:

1. Дѣйств. членъ О—ва Е. Н. Архангельская. Демонстрація больной съ meningitis cerebr. luica.

ПРЕНІЯ.

Проф. Бургсдорфъ. Особенно интересно встрѣтиться съ больной послѣ наблюденій надъ ней въ нашей клиникѣ. Тамъ у нея были демонстративныя явленія свѣжаго сифилиса въ кондилематозномъ періодѣ. Лечение было назначено обычное: интродукционное введеніе Salvarsani. Не могу согласиться съ доклад-

чикомъ, что препаратъ не подѣйствовалъ на заболѣваніе, что онъ инкансулировался на мѣстѣ введенія, и въ послѣдствіи здѣсь получился абсцессъ. Это единственный случай, который знаетъ клиника, гдѣ получился абсцессъ на мѣстѣ введенія препарата, и онъ появился спустя долгое время. У больной явленія сифилиса исчезли, но вскорѣ начались упорныя головныя боли съ менингіальными явленіями. Было приступлено къ инъекціямъ ртути, но они оказались мало дѣйствительными. Отъ примѣненія болѣе сильнаго ртутнаго препарата—5% раствора сулемы—явленія улучшились. Но оказывается болѣзнь не прекратилась и больная поступила въ клинику нервныхъ болѣзней, гдѣ успѣшно у нея примѣнялось леченіе Salvarsan'омъ.

Проф. Даркшевичъ. Больная поступила въ клинику въ страшномъ состояніи. Клиникѣ извѣстно было, что специфическое леченіе было продѣлано. У насъ возникалъ вопросъ уже о мозговой пункции, но люмбальная пункция показала, что hydrocephal. здѣсь нѣтъ, а на лицо менингіальный процессъ сифилитическаго характера. Примѣнивши Salvarsan, мы достигли успѣха. Но насколько проченъ этотъ успѣхъ? Нужно-ли повторить леченіе и когда?

Проф. Бургсдорфъ. Въ этомъ случаѣ прежде всего приходится опираться на клиническія изслѣдованія. Дѣйствіе препарата кончается спустя долгое время, 1 или 1½ мѣсяца. Приходится считатьъ и съ этимъ. Съ другой стороны—и повторное изслѣдованіе церебральной жидкости можетъ дать указанія на возобновленіе процесса. Доза 0,7 даетъ право подождать съ дѣлѣйшимъ вмѣшательствомъ.

Проф. Даркшевичъ. Что касается cerebro spinalной жидкости, то установлено, что лейкоцитозъ сильно уменьшился. Но и въ настоящее время онъ всетаки очень великъ 44,3. Изъ бывшихъ прежде примѣровъ клиники приходилось наблюдать увеличеніе его въ послѣдующее время безъ замѣтнаго появленія симптомовъ болѣзни.

Резюмируя все, клиника до тѣхъ поръ не будетъ повторять впрыскиванія salvar., пока не будетъ ясныхъ указаній для этого въ видѣ возобновленія болѣзненныхъ явленій. Благодарить докладчика.

2. Дѣйств. членъ В. И. Левчаткинъ. Демонстрація больного съ сильно развитымъ дермографизмомъ.

Послѣ непродолжительнаго обмѣна мыслей по поводу доложеннаго случая, предсѣдатель благодарить докладчика за интересный докладъ.

3. Студентъ В. Н. Плаксинъ. Вліяніе однородности зрительныхъ впечатлѣній на скорость ихъ воспріятія.

Проф. В. П. Осиповъ. Серія рисунковъ, предъявляемыхъ испытуемымъ, составлена не такъ просто, какъ это покажется на первый взглядъ. Каждый рисунокъ строго обдумывался. Всѣ они вписаны въ опредѣленной величины прямоугольники. Обращалось тщательное вниманіе на контуры каждаго рисунка, чтобы всѣ они находились въ равныхъ условіяхъ усвояемости. При опытахъ, когда замѣчалось, что к. л. рисунокъ вызываетъ или болѣе скорую ассоціацію, или болѣе медленную, то онъ исключался, или исправлялся. Испытуемые лица обыкновенно подвергались предварительному упражненію, такъ какъ у неопытныхъ лицъ получались очень большія колебанія скорости воспріятія. Особенно важны контрольные опыты. Особенно интересно замедленіе ассоціаціи, слѣдующей за вставкой.

Предсѣдатель благодарить докладчика.

4. Прочитанъ и утвержденъ протоколъ засѣданія О—ва 11 мая 1911 года.

5. Доложено воззваніе Общества врачей въ память Пирогова о пожертвованіи на домъ—памятникъ Пирогову.

Постановлено: Принять къ свѣдѣнію.

6. Доложено присланное ректоромъ Томскаго Университета положеніе о преміи имени Кузнецова за лучшее сочиненіе по исторіи, антропологии и социологии Сибири.

Постановлено: помѣстить положеніе о преміи въ хроникѣ журнала.

7. Доложено отношеніе Правленія О—ва попеченія о сиротахъ—дѣтяхъ врачей съ годовымъ отчетомъ О—ва за 1910 г.

Постановлено: принять къ свѣдѣнію.

Предсѣдатель Л. Д а р к ш е в и ч ъ.

Секретарь И. Б а к л у ш и н с к і й.

Оглавление оригинальныхъ статей XVIII тома.

Сир.

Е. Н. Архангельская. Примѣненіе остеопластической краніото- міи въ двухъ случаяхъ парціальной эпилепсіи	647.
И. Д. Баклушинскій. Сохраненіе мозговъ по видоизмѣненному способу Kaiserling'a	715.
Гренеръ. Координаторно-двигательная функція червя мозжечка.	405.
Н. А. Глушковъ. Уходъ за безпокойными, неопратными и за- разными душевно-больными по даннымъ русскихъ психіатрическихъ заведеній	820.
П. М. Красинъ. Нервный шовъ съ точки зрѣнія ученія о за- живленіи нерва	110.
В. Д. Лапухинъ. Случай хронической прогрессивной хорей . .	29.
М. Н. Лапинскій. Мало-описанныя формы остро-развившагося слабоумія послѣ травмы	225.
В. П. Осиповъ. Опытъ лѣченія воспаленій сѣдалищнаго нерва (ischias) вприскиваніями охлажденнаго солевого раствора	40.
В. Н. Образцовъ. Къ вопросу объ апраксіи	535.
Н. П. Плксинъ. Матеріалы по вопросу объ умственномъ утом- леніи учащихся	92.
Н. М. Поповъ. Современная эпидемія школьныхъ самоубійствъ въ Россіи	312, 592.
В. П. Первушинъ. Къ ученію о міопатіи (прогрессирующая мы- шечная дистрофія со сведеніями мускулатуры)	719, 949.
В. И. Рудневъ. О галлюцинаціяхъ и псевдогаллюцинаціяхъ	359, 665.
В. И. Рудневъ. Dementia praecox paranoïdes	869.
А. Э. Рейссъ. Къ патологической анатоміи и клиникѣ міа- стеніи	904.
А. В. Симилойская. Къ вопросу о гистопатологическихъ измѣ- неніяхъ спинного мозга при его сдавленіи	853.
А. А. Суховъ. Къ клиникѣ «epilepsiae gastricae»	129.
А. В. Соболевскій. Военно-психіатрическое дѣло въ австро-вен- герской, германской и французской арміяхъ	454.
Н. И. Старокопицкій. Къ ученію о локализаци и патогенезѣ атетозныхъ движеній (случай геміатетоза съ эпилепсіей)	567.
Н. К. Тимашевъ. Къ вопросу о центробѣжныхъ волокнахъ зад- нихъ корешковъ спинного мозга и ихъ трофическихъ центрахъ . . .	777.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическій Вѣстникъ.

- 1) Ученныя записки Императорскаго Казанскаго Университета за 1911 г.
- 2) Ученныя записки Императорскаго Юрьевскаго Университета за 1911 г.
- 3) Варшавскія Университетскія Извѣстія за 1910 г.
- 4) Университетскія Извѣстія. Кіевъ за 1911 г.
- 5) Записки Императорскаго Харьковскаго Университета за 1911 г.
- 6) Вѣстникъ офталмологіи за 1911 г.
- 7) Казанскій медицинскій журналъ за 1911 г.
- 8) Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней за 1911 г.
- 9) Врачебно-санитарная хроника Саратовской губерніи за 1911 г.
- 10) Журналъ невропатологіи и психіатріи имени С. С. Корсакова 1911 г.
- 11) Обзорѣніе психіатріи за 1911 г.
- 12) Психотерапія за 1911 г.
- 13) Современная психіатрія за 1911 г.
- 14) Врачебная газета за 1911 г.
- 15) Отчетъ по психіатрической Лечебницѣ Пензенскаго Губернскаго Земствѣ за 1911 г.
- 16) Медицинскіе отчеты по Казанскимъ Земскимъ учрежденіямъ Общественнаго призрѣнія за 1911 г.
- 17) Отчетъ Стрекаловкой больницы за 1910 г.
- 18) Н. вости Медицины. Іюль—августъ 1911 г.
- 19) Труды московскаго терапевтическаго общества. 1911 г.
- 20) Протоколы и Труды Общества врачей Кавказскихъ минеральныхъ водъ за 1909 г.
- 21) А. Г. Трубинъ. Матеріалы къ вопросу о плѣсневыхъ микозахъ глаза. Дисс. Казань 1911 г.
- 22) В. П. Кочкинъ. Къ вопросу о природѣ гемолитическихъ антигеновъ. Дисс. Казань 1911 г.
- 23) Н. Д. Бушмакинъ. Лимфатическія железы подмышечной впадины и ихъ питаніе. Дисс. Казань 1911 г.
- 24) Н. А. Чувевскій. Торжество открытія Импер. Николаевскаго Университета. Саратовъ 1911 г.
- 25) М. М. Хомяковъ. Окраніологическомъ типѣ чепецкихъ вотяковъ. Дисс. Казань 1910 г.
- 26) А. М. Гринштейнъ. Общіе принципы структуры и функции нервной системы позвоночныхъ. Москва 1911 г.
- 27) Труды и Протоколы Импер. Кавк. Медицинск. Общества. Февраль—апрѣль. Тифлисъ 1911 г.
- 28) Извѣстія Общества Астраханскихъ врачей. Сентябрь—декабрь. Астрахань 1910 г.
- 29) Revue Clinique d'Andrologie et de Gynecologie за 1911 г.
- 30) The Alienist and Neurologist. за 1911 г.
- 31) Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Band V и VI 1911 г.

Хроника и смѣсь 999.

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 1001.

В. Д. Лопухинъ. Демонстрація больного, оперированнаго по поводу припадковъ парціальной эпилепсiи, вызвавшихся опухолью головного мозга. *В. И. Левчаткинъ.* «Объ устройствѣ судебно-психіатрическаго отдѣленія при Казанской Окружной Лечебницѣ» (краткое сообщеніе). *Е. Н. Архателъская.* Демонстрація больной съ meningitis cerebri, luca. *В. И. Левчаткинъ.* Демонстрація больного съ сильно-развитымъ дермографизмомъ. *В. Н. Пласинъ.* Вліяніе однородности зрительныхъ впечатлѣній на скорость ихъ воспріятія.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическій Вѣстникъ.

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 физиологіи и психологіи.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всѣмъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературные обзоры, рефераты и рецензіи, относящіеся къ тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается въ редакціи (Казань, Университетъ психо-физиологическая лабораторія) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всѣми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльныхъ выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приему помещаемыхъ 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, 1911 г. по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи Н. А. Донсковъ.