

и 94

Къ двадцатипятилѣтію психіатрической лечеб-
ницы Самарскаго Губернскаго Земства.

И. Н. Жилина.

27 ноября текущего года психіатрическая лечебница Самарскаго Губернскаго Земства празднуетъ 35-лѣтній юбилей своего существованія.

Лечение и призрѣніе душевнобольныхъ составляютъ трудную и отвѣтственную задачу,—поэтому заведеніе, четверть вѣка неуклонно работавшее въ этомъ направленіи, заслуживаетъ того, чтобы ко дню его юбилея были подведены итоги достигнутому и пережитому.

Ростъ лечебницы и расширеніе ея дѣятельности—одна изъ страницъ въ исторіи мѣстнаго Земства, свидѣтельствующая о томъ, что общественное состраданіе проникается все большей готовностью помочь душевнобольнымъ, этимъ, по справедливости, злосчастнымъ пасынкамъ жизни. Показать, чего достигло въ этомъ отношеніи мѣстное Земство, и составляетъ тему настоящаго краткаго очерка.

Принимая Богоугодныя заведенія отъ Приказа Общественнаго Призрѣнія, Самарское Земство получило въ наслѣдство также баракъ для „умалишенныхъ“, совершенно не отвѣчавшій своему назначенію. Находился этотъ баракъ на мѣстѣ „пріемнаго покоя“ во дворѣ нынѣшней Плѣшановской больницы. Прошло много лѣтъ, когда, наконецъ, Земство въ



1878 г. рѣшило расширить имѣющееся въ его распоряженіи помѣщеніе для душевнобольныхъ. Но Городская Дума отказалась прирѣзать часть прилегающей земли къ усадьбѣ барака и потребовало снести всѣ постройки, т. к. городомъ подъ больничныя заведенія Земства былъ намѣченъ особый участокъ—между т. н. Молжанскимъ Садамъ и чертой усадебной осѣдлости. Такимъ образомъ, очередной задачей земства стало возведеніе новаго дома для душевнобольныхъ.

Съ 1875 г. по 1885 г. Земство отыскивало нужный земельный участокъ, пока, наконецъ, не приобрѣло отъ Удѣльнаго Вѣдомства за 18600 руб. участокъ въ 8 верстахъ отъ г. Самары подъ названіемъ „Томашевъ Колокъ“ въ количествѣ 180 дес. 1800 кв. с. земли.

Еще болѣе трудной задачей оказалось составленіе плана лечебницы, т. к. Земство, изъ страха непосильныхъ расходовъ, не рѣшалось затратить на постройку лечебницы сразу значительную сумму.

Дѣло разрѣшилось весьма просто. Когда Земство представило въ Министерство Внутр. Дѣлъ планъ д-ра Хардина, принятый земствомъ на утвержденіе, то строительный комитетъ Министерства планъ этотъ призналъ неудовлетворительнымъ, и взамѣнъ его членъ комитета, проф. Штромъ, предложилъ земству составить новый планъ. Изъ объясненій проф. Штрома слѣдовало, что принятіе его плана составляетъ „непремѣнное условіе“ для полученія Земствомъ пособія отъ правительства въ размѣрѣ 50% расхода на сооруженіе лечебницы.

Т. к., при такомъ условіи, выбора земству не представлялось, то пришлось отвѣтить согласіемъ на предложеніе проф. Штрома. Планъ его былъ принятъ Земствомъ, какъ желательный, и 1-го августа 1886 г. была произведена закладка на стройкѣ лечебницы. 27 ноября 1888 года были освящены послѣ молебствія всѣ возведенныя зданія, и чрезъ

нѣсколько дней въ отдѣленіяхъ лечебницы были размѣщены больные, переведенные изъ городского барака.

Баловая сумма расходовъ по постройкѣ и оборудованію лечебницы опредѣлилась въ 229903 руб. 39 коп., изъ которыхъ собственно на постройку было израсходовано 207388 коп. Половина этой суммы, т. е. 103 694 р. 36 коп., была возвращена въ 1891 г. Правительствомъ Земству.

При открытіи своемъ лечебница состояла изъ двухъ каменныхъ одноэтажныхъ съ мезонинами домовъ для излѣчимыхъ больныхъ, двухъ деревянныхъ павильоновъ для хрониковъ, такого-же павильона для мастерскихъ и каменнаго двухъ-этажнаго „административнаго корпуса“, въ которомъ находились контора, аптека, кухня, прачечная съ баней и квартиры служащихъ; остальные зданія лечебницы были заняты различными хозяйственными службами. Вместимость больничныхъ помѣщеній была рассчитана на 120 ч. больныхъ, каковое число могло быть увеличено до 132 ч. Переведено было въ лечебницу и состояло къ 1-ому декабря 1888 г.— 113 мужчинъ и 72 женщины.

Порядокъ управленія лечебницей опредѣляется „временнымъ положеніемъ“, утвержденнымъ Министерствомъ Внутр. Дѣлъ въ 1889 г. и подвергшимся въ слѣдующемъ-же году весьма важнымъ измѣненіямъ.

Согласно этому „положенію“ медицинская и хозяйственная организаціи лечебницы раздѣлены, при чемъ первая находится въ вѣдѣніи директора, вторая-же подчинена смотрителю, непосредственно зависящему отъ Управы. Кромѣ того часть вопросовъ отнесена на разсмотрѣніе Больничнаго Совѣта, состоящаго, подъ предѣтельствомъ Члена Управы, изъ врачей лечебницы и смотрителя. Постановленія Совѣта въ то-же время утверждаются Управой. Въ настоящее время земельный участокъ лечебницы состоитъ изъ тѣхъ-же 180 дес. 1800 кв. с. Изъ нихъ—66 с. 600 кв. с. заняты пашней

92 д 440 кв. с. выгономъ и дубовымъ лѣсомъ возрастомъ въ 40—45 лѣтъ, 1960 кв. с.—гуменникомъ, 8 д, 2300 кв. с. огородомъ и опытнымъ полемъ и 12 д. 1300 кв. с. усадьбой. Въ виду недостаточности этого участка, Земство въ 1910—11 гг. вошло въ переговоры съ Самар. Город. Управленіемъ о покупкѣ у города 200 дес. прилегающей Земли, но Город. Управленіе дало отрицательный отвѣтъ. Число построекъ въ чертѣ лечебницы, не считая отдѣленскихъ „службъ“,—51. Больными занято 13 зданій, изъ которыхъ —3 каменныхъ.

Баракы, помимо открытыхъ въ 1888 г., возводились съ такой постепенностью: въ 1894 г. былъ построенъ баракъ для 45 хрон. больныхъ; въ 1898 г.—баракъ для 50 спое. больныхъ и павильонъ, на средства благотворительницы В. А. Курлиной, для 10—12 интеллигентныхъ больныхъ; въ 1900 г. выстроенъ и въ 1901 г. открытъ баракъ для женщинъ, занимающихся работами, съ швейной и ткацкой мастерскими; въ 1903 г. открытъ баракъ-лазаретъ для заразныхъ больныхъ; въ 1904 г.—камен. двухъ-этаж. корпусъ для 40 выздоравливающихъ больныхъ; въ 1908 г.—баракъ для 60 спокойн. хрониковъ—мужчинъ; въ 1910 г. построенъ баракъ для лѣтнаго пребыванія больныхъ во время ремонта отдѣленій. Другія важнѣйшія зданія лечебницы были выведены: въ 1889 г.—церковь, при чемъ 5000 руб. на ея постройку были пожертвованы П. М. Журавлевымъ; въ 1895 г.—баня и прачешная, въ 1903 г.—кухня; а 1905 г.—аптека и школа; въ 1910 г.—электрич. станція; въ 1911 г. было перенесено на территорію лечебницы громадное зданіе земской школы для глухонѣмыхъ, приспособленное въ 1912 г. подъ квартиры палатной прислуги.

За протекшія двадцать пять лѣтъ, кромѣ указанныхъ, былъ возведенъ еще рядъ зданій и существовавшія подверглись разнообразнымъ передѣламъ.

Но, не смотря на непрерывное расширеніе лечебницы, больные, находящіеся въ ней, крайне скучены, и переполненіе лечебницы составляетъ постоянное явленіе съ первыхъ дней ея существованія до настоящаго времени.

Поэтому, наприм., въ отдѣленіяхъ для „остро-больныхъ“ приходится *minimum*: на спокойнаго больного—1,05 кв. с., на безпокойнаго—1, 275 кв. с., на возбужденнаго—1, 52 кв. с. воздуха; въ отдѣленіяхъ для „слабыхъ и неопытныхъ“ *minimum* —на больного—1, 13 кв. с., для „выздоровливающихъ“—1, 5⁰ кв. с.; для „хрониковъ“—*minimum* 1, 04 кв. с. воздуха.*)

До конца 1895 г. лечебница пользовалась водоснабженіемъ примитивнаго типа, помощью рытыхъ колодезъ, водосборныхъ галлерей и прудовъ; въ этомъ-же году въ декабрь мѣсяцъ началъ работать артезіанскій колодезь глубиной въ 282 ф.. подававшій въ сутки 22000 вед. воды. Въ ближайшіе четыре года этотъ колодезь засорился и обмелѣлъ,—поэтому лечебница снова стала испытывать нужду въ водѣ. Кризисъ разрѣшился съ прорытіемъ въ 1905—1906 гг. новаго артезіанскаго колодца, глубиной въ 70 саж., значительно превосходившаго первый колодезь своей мощностью. Вода, которой пользуется лечебница, по отзыву специальныхъ лабораторій и самой Земской Управы, не пригодна ни для питья, ни для питанья котловъ и машинъ, ни для стирки бѣлья: и на самомъ дѣлѣ, общая жесткость ея доходитъ до 78, 84 нѣмец. градусовъ.

Поэтому Земство, съ одной стороны, проектировало прибѣгнуть къ помощи аппаратовъ, смягчающихъ воду,—съ другой стороны, полагало устроить водопроводъ или отъ р. Самарки или отъ т. н. „Тепленькаго Ключа“, разстояніемъ отъ

*) Максимальныя цифры болѣе случайны и крайне неустойчивы.

лечебницы приблизительно въ 5 верстѣ. Проектъ устройства такого водоснабженія возникъ еще въ 1891 г., но, благодаря открытію артезіанскихъ колодцевъ, вопросъ этотъ оставался открытымъ вплоть до 1911 г., когда земство снова вернулось къ мысли устроить, водопроводъ для лечебницы изъ р. Самарки. Однако Земское Собраніе 1912 г., рассматривавшее вопросъ, оставило его нерѣшеннымъ до слѣдующаго Собранія.

Отопленіе зданій лечебницы производится, за исключеніемъ трехъ корпусовъ, помощью голландскихъ, русскихъ и утермарковскихъ печей; два корпуса для больныхъ, выздоравливающихъ и хрониковъ, и одинъ—для квартиръ палатной прислуги имѣютъ центральное отопленіе. Между прочимъ, въ 1910 г. Земство проектировало устроить центральное отопленіе также въ двухъ корпусахъ для „остробо-льных“, но высокая смѣтная цифра—31769 р.—заставила Земство отложить это приспособленіе до лучшихъ временъ.

До 1910 г. освѣщеніе зданій лечебницы производилось керосиновыми лампами. Въ этомъ-же году была построена и 8-го декабря начала работать электрическая станція, оборудованная двумя электрогенераторами и двумя двигателями системы „Перкунъ“. Число лампочекъ накаливанія въ лечебницѣ 1010 шт. Мощность станціи—50 киловаттъ. Дворъ лечебницы освѣщается 14 керосино-калильными фонарями.

Лечебница для удаленія нечистотъ имѣетъ свою канализаціонную систему, заново передѣланную въ 1904 г.; жидкія части нечистотъ по гончарнымъ трубамъ сплавляются въ фильтр, и оттуда стекаютъ на огородный участокъ въ качествѣ удобренія.

Съ городомъ лечебница сообщается лошадьми, для чего на ея конюшнѣ имѣется до 25 лошадей.

Въ полутора верстахъ отъ лечебницы расположена платформа „Безымянка“, по пассажирскіе поѣзда слѣдуютъ

мимо нея безъ остановокъ. Поэтому служащими лечебницы возбуждалось ходатайство предъ управленіемъ Самаро-Златоуст. ж. д., поддержанное очеред. Земскимъ Собраніемъ 1912 г., объ остановкѣ поѣздовъ у платформы „Безымянка“, но пока отвѣта на это ходатайство еще не послѣдовало.

Въ лечебницѣ имѣется школа для дѣтей персонала, основанная въ 1902 г. и переведенная въ особое зданіе въ 1905 г.; до осени текущаго года она по программѣ своей относилась къ числу начальныхъ сельскихъ школъ; въ настоящее же время, постановленіемъ очеред. Собранія 1912 г., эта школа преобразована въ двухклассную по типу училищъ Министерства Народ. Просвѣщенія. Число учащихся въ школѣ въ 1912 году составляло 107 чел.

Для научныхъ занятій въ лечебницѣ организована лабораторія, съ 1908 г. занимающая помѣщеніе въ баракѣ для хрониковъ и снабженная важнѣйшими приспособленіями для гистологическихъ, боктеріологическихъ и серодіагностическихъ работъ.

Для нуждъ больныхъ и служащихъ въ лечебницѣ имѣется довольно богатая библіотека. Въ 1909—10 гг., съ поощренія Земскаго Собранія, изъ служащихъ лечебницы былъ организованъ оркестръ, принимающій видное участіе въ больничныхъ развлеченияхъ. Въ маѣ 1912 г. служащими лечебницы была открыта потребительская лавка; число пайщиковъ ея въ настоящее время доходитъ до 116 чел.

Врачебный персоналъ лечебницы состоитъ изъ директора и четырехъ врачей. *) Кончая 1906 г. въ штатѣ врачей имѣлся также помощникъ директора; въ 1906 г. эта должность была упразднена и вмѣсто нея въ штатѣ были введены двѣ новыхъ ординатуры въ дополненіе къ двумъ уже существовавшимъ.

*) Личный составъ врачей лечебницы: исп. д. директора—В. Н. Хардинъ, С. Н. Гецова, И. Н. Жилинъ, А. Н. Муморцевъ и Г. К. Головинъ.

Вознагражденіе директору—3000 р., ординаторамъ—2000 р. въ годъ. Кромѣ того, за каждыя пять лѣтъ къ этому жалованію добавляется $16\frac{2}{3}\%$ прибавки до 1250 р. директору и 750 р. ординатору. По прослуженію 3-хъ лѣтъ врачи лечебницы приобрѣтають право на трехмѣсячную командировку съ субсидіей отъ Земства въ 350 р.

Вспомогательный медицинскій персоналъ лечебницы состоитъ изъ фельдшерско-надзирательскаго персонала. Въ текущемъ году фельдшеровъ въ лечебницѣ—6 ч., фельдшерицъ также—6 ч., при чемъ одна изъ нихъ запасная на время отпуска и болѣзни другихъ. Вознагражденіе имъ—480 р. въ годъ и, кромѣ того, ежегодныя 5% прибавки до полуторнаго оклада жалованія.

Надзирательскій персоналъ состоитъ изъ 6 надзирателей и 4 помощниковъ, 6 надзирательницъ и 4 помощницъ, при чемъ одинъ помощникъ и одна помощница—запасные. Вознагражденіе надзирателямъ—300 р., ихъ помощникамъ—240 р. въ годъ и упомянутыя выше 5% прибавки.

Фельдшерско-надзирательскій персоналъ пользуется готовымъ столовымъ довольствіемъ, вмѣсто котораго съ 1911 г. желающимъ выдаются столовыя деньги—14 р. въ мѣсяцъ. Палатной прислуги въ лечебницѣ—130 ч., изъ которыхъ—двое запасныхъ. Жалованіе прислугѣ выдается по особому мѣсячному расписанію, согласно которому прислуга въ лѣтнее время, а также и въ болѣе отвѣтственныхъ отдѣленіяхъ, получаетъ высшій окладъ. Кромѣ того, свою службу прислуга начинаетъ съ 70% нормальнаго оклада и только на 7-ой мѣсяцъ получаетъ полный окладъ. И эта категорія служащихъ пользуется 5% прибавками, а также и готовымъ пищевымъ довольствіемъ.

Всѣ служащіе медицинской части въ теченіе года имѣють мѣсячные отпуска.

Хозяйственный персоналъ лечебницы, кромѣ смотрителя и его помощника, состоитъ изъ 97 ч., не считая рабочихъ

Годы.	Состояло.			Прибыло.			Быбыло.			Осталось.			Среднее ежедневное число.			При- ростъ
	М.	Ж.	Всего.	М.	Ж.	Всего.	М.	Ж.	Всего.	М.	Ж.	Всего.	М.	Ж.	Всего.	Всего.
Къ 1 янв. 1889 г.	145.	72.	187.													
— 1893 г.	177.	103.	280.	137.	96.	233.	138.	97.	235.	176.	102.	278.	183,54.	104,41.	287,98.	100,98.
— 1898 г.	222.	117.	339.	264.	118.	382.	277.	149.	396.	202.	116.	323.	222,16.	116,67.	338,92.	50,94.
— 1903 г.	224.	146.	370.	342.	151.	493.	337.	149.	486.	229.	148.	377.	217,97.	148,63.	376,60.	37,68.
— 1908 г.	351.	220.	571.	554.	254.	808.	523.	231.	754.	385.	243.	623.	370,39.	234,09.	604,48.	227,88.
— 1912 г.	374.	246.	620.	566.	255.	821.	693.	266.	859.	347.	235.	582.	363,63.	274,61.	611,24.	6,76.

нимаемыхъ періодически для полевыхъ и огородныхъ работъ.

Общее движеніе больныхъ чрезъ лечебницу въ четыре первыхъ пятилѣтія и въ 1912 г. представляло такую картину.

Къ 15-ому сентября текушаго года на лицо состояло:— 364 м. + 249 ж. = 613 ч. Плата за содержаніе больныхъ опредѣлена въ такихъ размѣрахъ:

	На общемъ содержаніи	Съ улучш. столомъ.	Полный *) пансіонъ
Для уроженцевъ Самар. г.	4 р. 50 к.	15 р. —	50 р. —
Для иногубернскихъ.	12 р. —	27 р. —	50 р. —

Кромѣ того, больные изъ крестьянъ Самар. г., страдающіе излѣчимыми формами душевныхъ болѣзней, совершенно освобождаются отъ платы.

Стоимость содержанія одного больного, по даннымъ денежныхъ отчетовъ лечебницы, за пять лѣтъ, съ 1907 по 1911 г., выражается въ такихъ цифрахъ: въ 1907 г.—396, 24 р.; въ 1908 г.—479,09 р.; въ 1909 г.—415,74 р.; въ 1910 г.—438,58 р.; въ 1911 г.—400,30 р. Смытная стоимость содержанія лечебницы въ 1913 г. опредѣлена въ 240715 р.

Переполненіе лечебницы больными тяжело отзывается на всѣхъ сторонахъ больничнаго дѣла.

Поэтому Земство принимаетъ и проектируетъ рядъ мѣръ къ разрѣшенію лечебницы.

Одной изъ такихъ мѣръ является эвакуація наиболѣе опасныхъ больныхъ въ Казанскую Окружную лечебницу, за

*) «Полный» пансіонеръ пользуется улучшеннымъ столомъ, отдѣльной комнатою и особымъ служителемъ.

плату 180 р. въ годъ. Прибѣгать къ этой эвакуаціи земство стало съ 1912 г., и въ настоящее время въ Казанскую лечебницу препровождено уже 26 человѣкъ. Общее-же число мѣстъ за самар. лечебницей въ Казани—50.

То-же переполненіе вынуждаетъ Земство приступить къ децентрализаціи психіатрической помощи населенію Самар. губ. и къ организаціи патронажа при лечебницѣ.

Вопросъ о психіатрической децентрализаціи имѣетъ въ Самар. Земствѣ свою исторію. Впервые онъ возникъ еще въ 1901 г., но до сихъ поръ остается неразрѣшеннымъ въ полной мѣрѣ, т. к., принципиально признавая необходимость психіатрической децентрализаціи, земство, въ ту-же пору, оказывалось не въ состояніи разрѣшить эту задачу на практикѣ въ виду отсутствія нужныхъ денежныхъ средствъ. Въ послѣдній разъ вопросъ этотъ разсматривался 48 очеред. Собраніемъ въ январѣ текущаго года. Рѣшено было—подыскать два участка въ губерніи для постройки двухъ пораіонныхъ лечебницъ, выработать смѣты и возбудить ходатайство предъ Правительствомъ о соотвѣтствующей субсидіи. Въ іюлѣ мѣс. текущаго года былъ произведенъ осмотръ земельныхъ усадьбъ въ Бугульминскомъ и Новоузенскомъ уѣздахъ, но пока Управа не остановила своего выбора ни на одномъ изъ видѣнныхъ участковъ. Въ то-же время, врачами лечебницы были выработаны основныя положенія и штаты для организаціи пораіонной лечебницы. Планъ-же ея разрабатывается техническимъ отдѣломъ Управы.

То-же 48-ое очеред. Собраніе выразило свое согласіе на организацію патронажа при лечебницѣ. Эвакуировать больныхъ предполагается въ селенія, отстоящія отъ лечебницы приблиз. верстъ 10 и болѣе. Пока ведется черновая работа по организаціи патронажа въ смыслѣ осмотра селеній и предварительнаго знакомства съ мѣстными условіями. Описаніе лечебницы было-бы не полно, если бы мы не упомянули

о фермѣ, имѣющейся въ лечебницѣ, но не зависящей отъ неѣ въ своей отчетности и администраціи. Получила свое начало ферма въ 1893 г. и до 1910 г. существовала въ качествѣ земскаго „показнаго хозяйства“. 45-ое же очеред. Собраніе постановило, чтобы сѣменное хозяйство фермы велось исключительно для нуждъ лечебницы и больныхъ, которые должны тамъ заниматься. Фунекціями фермы являются полеводство, огородничество, скотоводство и молочное хозяйство. Больные, участвующие въ работахъ на фермѣ, получаютъ „на удовлетвореніе текущихъ и единовременныхъ нуждъ“ 20% съ доходовъ фермы.

Таковы, въ общихъ чертахъ, исторія лечебницы и ея настоящее состояніе.

Пожалуй, можно было-бы предугадать и ея будущее. Оно опредѣляется тѣми задачами, какія намѣчаетъ и беретъ на себя Самарское Земство въ области призрѣнія душевнобольныхъ. Несомнѣннымъ представляется такой выводъ изъ наблюденій прошлаго лечебницы: психіатрическое дѣло въ нашихъ мѣстныхъ условіяхъ обнаруживаетъ тенденцію непрерывно расширяться и совершенствоваться.

Этотъ выводъ, съ другой стороны, заставляетъ насъ съ благодарностью вспомнить тѣхъ, кто отдавалъ свой трудъ и заботы душевнобольнымъ, состоящимъ на попеченіи мѣстнаго земства. Въ этой отвѣтственной работѣ на лицо постоянное сотрудничество представителей земства, врачей и всего персонала лечебницы.

Ихъ общими усиліями создавалась лечебница,—ихъ совмѣстный, дружный трудъ обезпечить ея дальнѣйшее развитіе.

Судебно-психиатрический случай: убийство жены и поранение сына при *delirium tremens* ¹⁾.

Прив.-доц. В. И. Левчатинъ.

Случай, который я имѣю честь предложить вниманію Глубокоуважаемаго Общества, въ общемъ состоитъ въ слѣдующемъ.

Крестьянинъ Ярославской губ. и уѣз., Троицкой вол. и села, нашъ испытуемый, въ 1911 году вышелъ изъ общиннаго владѣнія на хуторское положеніе; ему 39 лѣтъ, православный, грамотный; отца и матери въ живыхъ уже нѣтъ. Самъ онъ человѣкъ семейный: женатъ второй разъ вотъ уже 17 лѣтъ; отъ первой жены имѣетъ 18 лѣтняго сына, старшаго въ семьѣ, отъ второй, 45-ти лѣтней женщины, двухъ сыновей—одному 15 лѣтъ, другому 13. Къ половинѣ прошлаго 1912 года онъ уже почти закончилъ устройство своей усадьбы на хуторѣ. Испытуемый до 1908 года былъ на заработкахъ въ Петербургѣ и Москвѣ. Онъ уже не одинъ годъ злоупотребляетъ алкоголемъ.

Въ ночь на 24-ое Іюля 1912 года въ его усадьбѣ случилось происшествіе такого рода. Испытуемый въ указанную ночь топоромъ, или по мѣстному выраженію колуномъ, нанесъ тяжкіе побои своей женѣ и легкіе младшему сыну. Въ 7 часовъ утра 24-го Іюля онъ явился къ мѣстному уряднику

¹⁾ Доложено въ засѣданіи Общества невралгоп. и психіатр. при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 15-го Мая 1913 года.

и заявилъ слѣдующее: „Замѣтивъ ранѣе, что старшій сынъ мой живетъ съ моей женой, т. е. прелюбодѣйничаетъ, замѣняя меня въ супружескомъ отношеніи съ ней, перодной матерью для него, съ которой я вступилъ во второй бракъ; около мѣсяца тому назадъ, заставъ моего сына съ моей женою, я ничего имъ не сдѣлалъ въ тотъ разъ, а только, выгнавъ его изъ своего дома, почему онъ отправился въ гор. Ярославль. Но послѣднія двѣ ночи, т. е. ночь на 23-е и ночь на 24-ое, онъ изъ города Ярославля прибылъ и ночевалъ у меня на чердакѣ съ другими 4 человекѣми, изъ которыхъ одинъ былъ крестьянинъ нашего села; они намѣревались сегодняшней ночью проникнуть въ мой домъ, въ которомъ находился я со своимъ семействомъ и грозили меня убить, отъ нихъ я оборонялся съ вечера до полуночи. Но жена моя и младшій сынъ стали говорить мнѣ, что на улицѣ никого изъ постороннихъ людей нѣтъ, тогда я, разгораясь, свою жену ударилъ нѣсколько разъ колуномъ, не помню гдѣ, нанесъ ей побои и лишивъ ее чувствъ, какъ равно и сына, нанесъ ему нѣсколько ударовъ, тоже лишивъ чувствъ; испугавшись, убѣждалъ заявить объ этомъ рядомъ живущему сосѣду, не зная будутъ ли живы или уже померли моя жена и сынъ. Ранѣе умысла къ убійству своей жены и сына я не имѣлъ и болѣе показать и добавить я ничего не могу.“—

Испытуемый былъ взятъ подъ стражу, а потерпѣвшая его жена была отправлена въ Губернскую Земскую Больницу. При врачебномъ изслѣдованіи у нея найдено 2 раны въ области лба надъ тѣмъ и другимъ глазомъ и 1 рана въ области переносья. Глубина этихъ ранъ, а также цѣлость костей въ области этихъ ранъ не были изслѣдованы въ виду безсознательнаго тяжелаго состоянія больной. Волосы головы, углы рта, лицо покрыты запекшейся кровью. На раны наложена повязка. Въ виду полного безсознательнаго состоянія, больная, не сказала ни слова. Утромъ больная точно также находится въ безсознательномъ состояніи и отвѣчать на предлагаемые вопросы не можетъ. 26-го Іюля умерла отъ безусловно смертельнаго поврежденія черепа. Младшій сынъ отъ полученныхъ на лбу, плечѣ и спинѣ ушибовъ впоследствии совершенно оправился.

На допросѣ у Судебнаго Слѣдователя испытуемый къ своему прежнему показанію добавилъ: „24-го вечеромъ къ

хутору, стоящему одиноко въ лѣсу, къ самой двери подошло пять человѣкъ неизвѣстныхъ людей; постучавшись въ дверь, они подошли къ окнамъ, а затѣмъ залѣзли на потолокъ дома съ цѣлью чрезъ отверстіе въ потолокъ проникнуть въ домъ. Я, говоритъ испытуемый, взялъ косу и сталъ махать возлѣ потолочнаго отверстія, чѣмъ и помѣшалъ этимъ мужчинамъ влѣзть въ домъ. Махалъ я лѣвой рукой; въ правой же рукѣ я держалъ колуны; предполагая, что эти люди пришли убить меня по приглашенію моей жены, измѣнявшей мнѣ, я въ сердцахъ ударилъ свою жену нѣсколько разъ колуномъ при чемъ въ первый разъ попалъ по головѣ, а потомъ не знаю по какимъ мѣстамъ. Когда я отмахивался отъ лѣзшихъ черезъ потолочное отверстіе людей, жена лежала какъ разъ около меня на полу, — впрочемъ не лежала, а стояла и уговаривала меня бросить косу, такъ какъ никого на потолокъ нѣтъ. Вотъ тутъ-то я и ударилъ свою жену колуномъ; младшій сынъ мой также всталъ возлѣ и тоже уговаривалъ меня не махать ко-сой, говоря, что никого нѣтъ; ударилъ я колуномъ и сына, но сколько разъ не помню. Жену свою я часто заставлялъ съ ея пасынкомъ — моимъ старшимъ роднымъ сыномъ. Онъ былъ съ нею въ связи. О томъ, что жена моя находилась въ связи съ моимъ сыномъ, я никому не говорилъ, и свидѣтелей этому нѣтъ. Никто не видѣлъ, какъ въ мой домъ пытались войти пять человѣкъ мужчинъ. Были ли въ дѣйствительности у моего дома тѣ пять человѣкъ, про которыхъ я говорилъ Вамъ, влѣзали ли они на потолокъ въ моемъ домѣ, я сказать не могу; дѣло въ томъ, что я пьянствовалъ ежедневно цѣлыхъ двѣ недѣли или полторы до несчастнаго дня; въ этотъ день мнѣ казалось, что изъ-подъ пола высовываются какіе-то ножи, кинжалы, такъ что я даже боялся по полу ходить; я, какъ видно, допился до того, что мнѣ стало казаться то, чего въ дѣйствительности не существовало. Грозить женѣ убійствомъ я раньше дѣйствительно грозилъ; это имѣло мѣсто, когда я заставлялъ ее съ моимъ старшимъ сыномъ. Но въ ночь на 24-ое Іюля сего года, нанося женѣ и сыну удары колуномъ, я не думалъ убивать ихъ: это совершилось совершенно случайно“.

Сыновья испытуемаго: старшій, который во время происшествія жилъ въ г. Ярославлѣ на заработкахъ, такъ какъ уже около мѣсяца былъ выгнанъ отцемъ изъ дома по подоз-

рѣнію въ прелюбодѣяніи съ мачихой, и младшій-между прочимъ указываютъ, что отецъ ихъ „всю жизнь сильно упивался виномъ“; раньше онъ служилъ въ Москвѣ, но домой присылалъ очень мало денегъ: норовилъ пріѣзжать послѣ сѣнокоса, жилъ дома мѣсяца два, продавалъ сѣно и деньги пропивалъ; теперь сталъ заниматься дома печнымъ дѣломъ. Напившись пьянымъ, буянилъ и нерѣдко даже билъ мать, грозилъ даже убить ее и сжечь хуторъ. Въ 1910 г. онъ далъ священнику зарокъ не пить, крѣпился до конца Іюля 1911 года, а затѣмъ сталъ пить еще больше, чѣмъ пилъ до зарoka. Какъ раньше такъ и въ послѣднее время, отецъ допивался до того, что ему казалось, что въ печуркахъ русской печи сидитъ масса людей, и онъ колотилъ по этимъ печуркамъ кулаками. Раньше отцу мерещилась всякая всячина только, когда онъ былъ пьянъ. Впрочемъ съ мѣсяцъ тому назадъ отецъ, сидя трезвый на печи, вдругъ закричалъ что то матери, что ругаетъ она его и обвиняетъ въ кражѣ 5 рублей. А между тѣмъ это ему безусловно показалось, такъ какъ матери въ это время не было въ избѣ, и голоса ея слышно не было; да она его и не ругала и въ кражѣ 5 рублей не обвиняла. Онъ все изъ дома продавалъ и пропивалъ, такъ что весною 1912 года по ходатайству матери онъ былъ волостнымъ Судомъ отрѣшенъ отъ хозяйства на хуторѣ.

О самыхъ обстоятельствахъ происшествія младшій сынъ, какъ непосредственный очевидецъ, передаетъ такъ. „Вчерашній день, т. е. 23-го іюля, отецъ мой водки не пилъ: находясь на хуторѣ, собирался покрыть сарай; не знаю я для какой цѣли, погрозился на кого то въ лѣсъ и сказалъ мнѣ, что вонъ пришелъ изъ города Ярославля его старшій сынъ, а мой братъ, съ партіей и хочетъ его убить. Я же въ это время около хутора не видалъ никого и разговора никакого не слышалъ, почему и полагаю, что все это онъ говорилъ не правду, а ложь, такъ какъ братъ мой въ настоящее время живетъ въ Ярославлѣ, домой не возвращался, зла никакого въ своему отцу не имѣлъ“.

„Въ ночь на 24-ое іюля, когда стали ложиться спать, отецъ, волнуясь, сталъ втаскивать въ домъ со двора косы, кой какія вещи, колунъ, и говоря, что пришелъ сынъ его, названный выше, съ партіей людей и хочетъ его побить, заперъ изнутри домовую дверь, привязавъ ее веревкою за скобу

82-88568
въ двери и за гвоздь въ косякъ. Послѣ этого я легъ спать, а проснувшись въ самую полночь, т. е. около 12 часовъ ночи, я тоже увидалъ, что отецъ мой опять стоитъ у двери и, держа топоръ и колунъ въ рукахъ, кому то въ дверь угрожалъ ими, ругаясь площадной бранью, въ это время онъ былъ въ трезвомъ видѣ; а когда мать моя лежавшая на полу въ домѣ, стала говорить ему, что зачѣмъ онъ понапрасну кричитъ и никому спать не даетъ, тогда онъ взялъ въ руки косу и ударилъ деревянной ручкой косы (пяткой) и сшибъ съ ногъ къ этому времени вставшую съ постели мою мать, говоря „если ты ничего не видишь, такъ и не говори“, взявъ колунъ въ руки, онъ нанесъ имъ ей удара три или четыре по головѣ, отчего у нея потекла кровь; я испугавшись и сказавъ, что побѣгу въ деревню и всѣмъ расскажу объ этомъ, хотѣлъ было бѣжать въ названную деревню, но въ это время отецъ поймалъ меня и ударилъ меня тѣмъ же колуномъ, обухомъ, три раза, нанесъ раны въ лобъ, побои въ лѣвое плечо и побои въ спину—легкіе. Послѣ чего я спрятался подъ лавку, закрывшись подушкой, но отецъ продолжалъ бить меня черезъ подушку. Я все время не кричалъ,—молчалъ. Слышалъ, что отецъ, услышавъ стонъ матери, подшедши къ ней со словами: „а ты еще жива“, нанесъ ей еще нѣсколько ударовъ; послѣ чего, разбивъ стекло въ рамѣ, убѣжалъ. Въ это же окно убѣжалъ и я, оставивъ свою мать лежащей на полу и истекающей кровью“.

Въ часъ ночи, по показаніямъ сосѣда по хутору, испытанный явился къ нему въ весьма возбужденномъ состояніи, на видъ какъ бы сумасшедшимъ, но въ трезвомъ видѣ, съ окровавленными руками и рубашкою, держащимъ подъ рукою свои валеные сапоги, и сказалъ, что у него на хуторѣ разбойники—хотятъ его убить и сейчасъ ждуть на хуторѣ: его старшій сынъ съ однопороденцемъ и еще какихъ то двое, которыхъ онъ не видалъ; они въ домъ не входили. Онъ убилъ свою жену и младшаго сына за то, что жена скрывала ихъ всѣхъ у себя въ домѣ около трехъ сутокъ; звалъ свидѣтеля на свой хуторъ, посмотреть и задержать людей.

Что касается однопороденца, который, по словамъ испытываемаго, участвовалъ вмѣстѣ съ старшимъ сыномъ и другими, желавшими убить испытываемаго, то онъ оказался ночнымъ сторожемъ въ селѣ: его алиби установлено слѣдствіемъ—онъ



былъ въ эту ночь на своемъ посту, никакихъ людей онъ не видалъ, какъ одинаково и старшаго сына испытуемаго.

Въ послѣдующемъ судебной властью былъ приглашенъ врачъ экспертъ, который далъ заключеніе, что во время изслѣдованія испытуемый не обнаруживаетъ разстройства психическихъ способностей. Что же касается до состоянія его умственныхъ способностей въ моментъ убійства имъ своей жены, то весьма сомнительно, чтобы онъ тогда находился въ состояніи умоизступленія или полного безпамятства, а равно состояніи разстройства умственныхъ способностей, такъ какъ испытуемый помнитъ обстоятельства убійства жены, а на счетъ видѣній гонящихся за нимъ людей даетъ сбивчивыя показанія.

Тѣмъ не менѣе испытуемый былъ направленъ въ Казанскую Окружную Лечебницу, куда и поступилъ 19-го ноября 1912 года.

Такимъ образомъ, рассматривая данныя судебного дѣла и показанія самого испытуемаго въ связи съ заключеніемъ эксперта, приходится имѣть въ виду, съ одной стороны, давнишнее злоупотребленіе испытуемаго алкоголемъ, а съ другой—указаніе, что испытуемый какъ раньше, такъ и въ послѣднее время, допивался до того, что ему казалось, напр., въ печуркахъ печи—масса людей; съ мѣсяцъ до преступленія кричалъ на жену, ругая и обвиняя ее въ кражѣ 5 рублей, когда ея и не было въ избѣ; а также, принимая во вниманіе поведеніе испытуемаго во время совершенія имъ преступленія, когда онъ защищался отъ враговъ намѣревавшихся его убить, приходится, несмотря на заключеніе, данное врачомъ экспертомъ, устанавливать у испытуемаго наличность обмановъ органовъ чувствъ на почвѣ, конечно, алкогольной и въ формѣ какого-то длительного измѣненія душевной дѣятельности, измѣненія, наступившаго много ранѣе совершеннаго преступленія. Но почему-то, по даннымъ слѣдственнаго дѣла это измѣненіе какъ бы прервалось на другой день послѣ преступленія: въ свидѣтельскихъ показаніяхъ пестритъ упоминаніе о трезвомъ состояніи испытуемаго въ день преступленія, самъ испытуемый вслѣдъ за преступленіемъ на другой день подробно все помнитъ, обо всемъ рассказываетъ; экспертъ находитъ испытуемаго душевно-здоровымъ и во время изслѣдованія и во время совершенія пре-

ступленія, въ виду сбивчиваго показанія испытуемаго на счетъ видѣній гонящихся за нимъ людей; тѣмъ болѣе, что и самыя даты слѣдственнаго дѣла относительно бывавшихъ у испытуемаго обмановъ органовъ чувствъ не разграничены въ своей послѣдовательности и продолжительности теченія.

Однако, картина психическаго состоянія испытуемаго во время совершенія имъ преступленія, по изслѣдованіи и наблюденіи въ Лечебницѣ, оказывается не только довольно рельефной по своему клиническому проявленію, но и не менѣе интересной по тѣмъ переживаніямъ, которыя испытывалъ онъ въ то время, и которыя онъ такъ подробно излагаетъ.

Какъ было указано, испытуемый поступилъ въ Лечебницу 19 ноября 1912 года.

При психо физическомъ изслѣдованіи испытуемаго отмѣчается слѣдующее.

Испытуемый роста 161 сант., вѣсъ тѣла 160—162 ф.; въ послѣднее время отмѣчается нѣкоторая убыль въ вѣсѣ (на 4 ф.). Онъ средняго тѣлосложенія съ правильно и удовлетворительно развитой костной и мышечной системой; питаніе тѣла достаточное, подкожный жиръ отложенъ въ умѣренной степени; кожа довольно чиста, видимыя слизистыя оболочки достаточно окрашены; подъ нижней челюстью, на кожѣ, по *garhe*, линейный, въ 3 ст, малоподвижный рубецъ (была операція въ Петербургѣ), лимфатическія желѣзы шеи и паховыя не прощупываются. Размѣры черепа таковы: горизонтальная окружность 55 ст, кривая отъ *glabella* до *protuberant. occipit. ext.* 31 ст, кривая между наружными слуховыми проходами черезъ темя 33 ст; продольный діаметръ черепа 18,5 ст, наибольшій поперечный 15 ст, правый и лѣвый косые по 17 ст; типъ черепа *Subbrachicephal.*; затылочная кость надъ затылочнымъ бугромъ нѣсколько уплощена. Волосы на головѣ довольно густы. На лицѣ—лѣвая носогубная складка нѣсколько сглажена, соотвѣтственный уголъ рта немного опущенъ; при показываніи зубовъ правая носогубная складка отмѣчается рѣзче, лѣвая щека при надуваніи нѣсколько болѣе выстоитъ, чѣмъ правая. Постановка глазъ правильная: видимыхъ пороковъ развитія въ нихъ не отмѣчается. Ушныя раковины равномѣрны, сравнительно малы, правая ушная сережка менѣе ограничена. Твердое небо съ замѣтнымъ валикомъ по срединѣ. Зубы стоятъ правильно, нѣкоторые карі-

озны, нѣкоторыхъ изъ коренныхъ нѣтъ. Тоны сердца чисты, аритміи не обнаруживается; пульсъ 90 уд. въ минуту, средняго наполненія; артеріосклероза не замѣтно. Въ остальныхъ органахъ груди и живота, а также мочеполовыхъ, и при изслѣдованіи мочи, ничего особеннаго не отмѣчается. Движенія глазъ и лицевыхъ мышцъ сохранены; языкъ высавывается легко, отклоненій въ сторону или дрожаній не замѣтно. Движенія мягкаго неба, головы, верхнихъ и нижнихъ конечностей, а также туловища, не нарушены. Сила правой руки 110, лѣвой 90 Kgm (по верхнему дѣленію). Пассивная подвижность мышцъ и мышечный тонусъ безъ измѣненій. Симптома Romberg'a—нѣтъ, походка не разстроена, координація движеній сохранена. Рѣчь и почеркъ—ничего особеннаго. При давленіи по ходу нервныхъ стволовъ и мышцъ болѣзненности не отмѣчается, лишь въ поясничной области, слѣва, испытуемый ощущаетъ боль при давленіи подъ послѣднимъ ребромъ (раньше, 2 года назадъ, сильно болѣла поясница). Кожная чувствительность, а также мышечное чувство, всѣхъ родовъ, повсюду безъ измѣненій. Слухъ сохраненъ; обонятельныя и вкусовыя вещества испытуемый различаетъ правильно.

Со стороны зрѣнія, по заключенію спеціалиста, у испытуемаго найдено: реакція зрачковъ на свѣтъ и аккомодацию правильна. Острота зрѣнія въ правомъ глазу повышена (ос, dextr.—²⁰/_{сс}—ос. sinis.—²⁰/_{хх}) при гиперметропической рефракціи (ff 4,25). Цвѣтоощущеніе правильно. Отмѣчается суженіе поля зрѣнія въ томъ и другомъ глазу на бѣлый цвѣтъ, концентрическаго характера, и частично на синій цвѣтъ, а въ лѣвомъ глазу, тоже частично, и на красный. Глазное дно безъ измѣненій.

Кожные рефлексъ съ покрововъ живота, на cremaster и подошвенные сохранены и равномѣрны; какъ одинаково рефлексъ со слизистой носа и вѣкъ; глоточный же рефлексъ выраженъ слабо. Сухожильные рефлексъ верхнихъ и нижнихъ конечностей живы и равномѣрны; стопнаго феномена нѣтъ. Разстройство иннерваціи тазовыхъ органовъ не отмѣчается.

Такимъ образомъ съ физической стороны у испытуемаго приходится имѣть ввиду: нѣкоторое ослабленіе иннерваціи лицевыхъ мышцъ въ области лѣваго n. facial., пониженіе

глоточнаго рефлекса, суженіе поля зрѣнія и болѣзненность при давленіи въ области поясицы подѣ послѣднимъ ребромъ слѣва.

Что касается данныхъ психическаго состоянія испытуемаго по отношенію къ обстоятельствамъ совершеннаго имъ преступленія и тѣмъ или другимъ условіямъ предшествовавшаго и прежняго времени, то здѣсь мы имѣемъ слѣдующее.

По словамъ испытуемаго, которому теперь, какъ указано было выше, 39 л., отецъ его умеръ давно, хотя и не въ престарѣломъ возрастѣ (43-хъ лѣтъ): испытуемый отца чуть помнить. Мать ему говорила, что отецъ умеръ отъ простуды, что въ молодыхъ годахъ онъ пилъ „шибко“, а потомъ бросилъ. Сама же мать испытуемаго умерла 18 лѣтъ тому назадъ въ возрастѣ около 55 л.—страдала сильно „удушьемъ“, алкоголя совсѣмъ не употребляла. Какихъ-либо первыихъ или душевныхъ заболѣваній у родителей не замѣчалось, лишь братъ отца былъ слабоумнымъ отъ рожденія. Испытуемый имѣетъ одну замужнюю сестру 45 лѣтъ, которая здорова и раньше ничѣмъ не хворала; была выдана замужъ еще матерью. Когда испытуемому было лѣтъ 8, онъ зимой какъ то попалъ подѣ сани, и лошадь копытомъ ударила его по головѣ—былъ долго безъ памяти, но впослѣдствіи знаковъ никакихъ не осталось. У 27 лѣтняго—былъ нарывъ подѣ языкомъ и нижней челюстью; дѣлали операцію въ Петербургѣ, гдѣ въ больницѣ пролежалъ около 2 мѣсяцевъ: на мѣстѣ операціи, на кожѣ, имѣется вышеупомянутый прямолинейный малоподвижный рубецъ. Будучи 30 л., испытуемый упалъ съ шарабана на мостовую, ушибъ правое колѣно, тоже пролежалъ въ больницѣ въ Петербургѣ два мѣсяца. Лѣтъ 7 тому назадъ, зимой на масляницѣ, въ Москвѣ, испытуемый ѣздилъ въ гости, былъ пьянъ и поморозилъ ноги—лежалъ въ больницѣ пять сутокъ. Два года тому назадъ у него боѣла спина: не могъ работать мѣсяца два. Другихъ болѣзней не было. Испытуемый передаетъ, что послѣ смерти отца въ домѣ остались онъ, испытуемый, и сестра при матери. Мать была степенная женщина; послѣ отца осталось порядочное по крестьянскому обиходу состояніе—свой домъ и пр. Жили въ деревнѣ. Онъ учился въ школѣ, но курса не кончилъ, такъ какъ была, нужда въ работникѣ по домашности, и онъ, какъ подростокъ, постепенно принялся за крестьянскую работу. 19-ти лѣтъ

испытанный женился, водки не пилъ. Черезъ годъ послѣ женитьбы умерла мать. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ ея смерти онъ уѣхалъ въ Петербургъ и поступилъ работникомъ въ квасное заведеніе (въ деревнѣ было принято уходить на заработки въ Москву и Петербургъ). Но уже черезъ два мѣсяца, получивъ извѣстіе о смерти жены, онъ возвратился въ деревню. Отъ жены осталось двое дѣтей; испытанный снова началъ заниматься крестьянствомъ; черезъ 1/2 года умираетъ одинъ изъ малютокъ. Въ виду того, что испытанному было трудно справиться съ хозяйствомъ, онъ снова женился, а черезъ годъ опять ушелъ въ Петербургъ на заработки. Въ Петербургѣ служилъ лѣтъ 8 по разнымъ хозяевамъ, время отъ времени ѣздилъ и домой. Изъ Петербурга переѣхалъ въ Москву и поступилъ наѣздникомъ на рысистыхъ бѣгахъ, служилъ на скачкахъ и другихъ мѣстахъ въ качествѣ ѣздока, получая довольно порядочное содержаніе; временами бывалъ также и дома въ деревнѣ. Какъ въ Петербургѣ, такъ и особенно въ Москвѣ, говорить испытанный, онъ все больше и больше началъ выпивать; не стали держать на мѣстахъ: часто все съ себя пропивалъ, хотя „въ обоихъ столичныхъ городахъ былъ только по одному разу въ полиціи за пьянство“—не безъ нѣкоторой гордости добавляетъ испытанный. Такъ что, наконецъ, въ 1908 г. пришлось уѣхать совсѣмъ въ деревню. Съ семьей, по его словамъ, онъ жилъ хорошо, но и дома продолжалъ выпивать: работалъ „тоже все больше съ водкой“—уже по печному дѣлу, заработокъ былъ хорошій, тѣмъ болѣе, что старшій сынъ (отъ первой жены) былъ подручнымъ: „Когда пьешь—ничего, и сонъ есть, но ѣмъ мало; какъ только брошу, а бросалъ всегда сразу, сейчасъ же начинается появляться бессонница, трясеніе—какъ въ лихорадкѣ, тоска; скорѣй за работу: наработаешься до поту, оно и пройдетъ; на работѣ лучше, а если лежать—хуже“.

Въ 1911 году испытанный вышелъ изъ общиннаго владѣнія на хуторское хозяйство; отъ земства общали лѣсу, пособіе деньгами на посѣвъ и пр., но ничего не дали. Испытанный продалъ свой домишко и еще хуже сталъ пьянствовать. Правда, на отведенномъ ему хуторѣ онъ нѣсколько пообстроился: была изба, сарай, оставались кое-какія въ нихъ подѣлки, какъ сѣни, крыша на сараѣ; такъ что въ половинѣ Іюня 1912 года испытанный вмѣстѣ съ семьей переѣхалъ

жить на хуторъ. Въ семьѣ были жена, старшій и младшій сыновья: средній сынъ на хуторѣ не жилъ—онъ служилъ „мальчикомъ“ въ Москвѣ.

Несбывшіяся надежды на матеріальное благосостояніе при новомъ хозяйствѣ сильно его возновали, онъ „находилъ успокоеніе лишь въ винѣ, напиваясь до потери сознанія“. Въ началѣ марта мѣсяца 1912 года послѣ злоупотребленія алкоголемъ, продолжавшагося не малое время, испытуемый бросилъ пить—не пилъ сутки, у него сразу появилась бессонница, сильное трясеніе въ рукахъ, не могъ подвести ложки ко рту, не могъ держать блюдечка съ чаемъ, не расплескавъ. На другой день, лежа на лежанкѣ русской печки и, мечтая о хозяйствѣ, онъ вдругъ видитъ какихъ то чудовищъ, которыя высовываютъ изъ отверстій печки, сдѣланныхъ для сушки зимней обуви, свои огромныя головы и намѣреваются его ударить. Соскочивъ съ лежанки, онъ сталъ защищаться отъ этихъ чудовищъ, избивъ себя руки до крови о края печки. Жена стала уговаривать, что ничего нѣтъ, и дала полчашки водки. Онъ еще пропьянствовалъ 2—3 дня, прежде чѣмъ приняться за свое хозяйство. „Померещилось только одинъ разъ—больше не было“.

Въ началѣ мая, также послѣ изряднаго предшествовавшего употребленія алкоголя, когда тоже настала бессонница, „трясеніе“, онъ среди ночи, посмотрѣвъ на свою жену и спавшихъ съ нею старшаго и младшаго сына, услыхалъ, что будто бы они между собою тихо переговариваются; онъ сначала не могъ понять въ чемъ дѣло, но потомъ „по ихъ общему дыханію ему показалось, что они занимались половыми сношеніями“. Онъ всталъ съ постели, взялъ гозжи, которыя висѣли здѣсь же, и началъ ихъ бить возжами; тѣ стали плакать, уговаривать его, упрекать, что онъ допилъ до сумасшествія. Испытуемый заложилъ лошадь и уѣхалъ пьянствовать; пьянствовалъ не болѣе недѣли, послѣ чего принялся за работу. И тутъ, сейчасъ указанное, какъ называется испытуемый „скверное дѣло—привидѣлось ему только одинъ разъ“.

Повторилось это и въ концѣ мая, когда онъ снова началъ пить. Бросилъ—снова трясеніе, тоска. Семья легла спать на полу; онъ, жена, рядомъ съ ней старшій сынъ, а рядомъ съ послѣднимъ младшій. Сна не было, испытуемый снова слышитъ, что жена со старшимъ сыномъ опять шеп-

чутся: „спить онъ, или нѣтъ“, и ему кажется, что жена и сынъ занимаются половыми сношеніями. Онъ вскакиваетъ, озирается и видитъ, что сынъ отодвигается отъ матери. На разспросы и успокоеніе со стороны жены и сына онъ ничего не отвѣтилъ, но по утру сталъ имъ выговаривать по этому поводу. Дѣло кончилось ссорой, и сынъ въ этотъ же день собрался и отправился въ городъ Ярославль. Жена пошла теребить мохъ для стройки, а испытуемый легъ уснуть, но сна всетаки не было; слышалось, что какъ будто жена плачетъ. Испытуемый спросилъ объ этомъ младшаго сына, на что получилъ отвѣтъ, что матери нѣтъ,—она на работѣ. Онъ вышелъ изъ избы и явственно слышитъ ея плачъ на задворкахъ; пошелъ туда, сталъ слышать плачъ въ переулкѣ, но плакавшей жены нигдѣ не могъ найти. Слышалось, что она плачетъ, то въ кустахъ, то въ крапивѣ, онъ вездѣ искалъ, но нигдѣ не находилъ. Испытуемый отправился въ чайную, но чаю не пилъ, хотѣлъ ѣхать къ доктору, но послѣдняго не оказалось дома. Въ чайной ему поднесли водки, и онъ поуспокоился. Чувствовалъ себя еще день—два нехорошо, но всетаки принялся за работу.—Кромѣ сейчасъ описаннаго, и на этотъ разъ ему больше ничего „не слышалось“. Хозяйственные дѣла по устройству усадьбы стали подвигаться впередъ.

Въ половинѣ іюня испытуемый съ семействомъ уже перѣхалъ на свой хуторъ. Цѣлый мѣсяцъ шло по хорошему—въ трудѣ, въ заботахъ по хозяйству, но съ половины іюля испытуемый снова сталъ злоупотреблять алкоголемъ, а тутъ какъ разъ 20 іюля пришлось поѣхать въ гости по случаю престольнаго праздника. На другой день т. е. 21-го іюля, какъ заявляетъ испытуемый, его привезли на хуторъ „крайне пьянымъ, что называется въ безсознательномъ положеніи“. 22 іюля онъ, выпивши 1/2 чашки водки, далъ себѣ слово не пить, пока не кончатся полевые работы; но въ этотъ день за работу принялся всетаки не могъ: его мучила тоска, руки тряслись и была бессонница.

Въ ночь съ 22-го на 23-е іюля, когда легли спать въ избѣ, испытуемый черезъ нѣкоторое время сталъ ясно слышать, что надъ потолкомъ, на подволкѣ, кто то между собою перешептываются; онъ хотѣлъ удостовѣриться въ этомъ, но на него напалъ страхъ. Всетаки онъ рѣшилъ встать; разбу-

диль домашнихъ, поставилъ самоваръ тутъ же въ избѣ, нагрѣвая его вмѣсто углей, которыхъ у него не было, нарубленными изъ дерева шашками. Сдѣлавъ онъ это съ цѣлью, дабы въ избѣ накопилось побольше дыму, который свободно могъ пройти на подволку черезъ щели неплотно сколоченнаго потолка. Онъ ясно слышалъ слова, сопровождаемыя площадной бранью: „отсюда надо уходить, потому что здѣсь задохнешься“. Испытуемый провелъ безсонную ночь, на утро 23-го іюля принялся за домашнюю работу около дома; ему снова послышался на чердакѣ шопотъ; самъ онъ побоялся влѣзать туда, чтобы посмотреть, кто тамъ, а послалъ мальчика, который ничего и никого однако тамъ не нашелъ. За завтракомъ жена предложила ему выпить водки, но испытуемый отклонилъ это предложеніе, чтобы снова, благодаря этому, не начать пьянствовать. По окончаніи завтрака всѣ пошли на работу: и испытуемый сталъ крыть сарай. По обыкновенію онъ закурилъ трубку, и въ это время ему послышался ясно доносившійся до него разговоръ изъ-за кустовъ: „проси у него табаку покурить“. Испытуемый погрозился, и на вопросъ младшаго сына, кому онъ грозитъ, отвѣтилъ, что вонъ изъ города Ярославля пришелъ его старшій сынъ съ партіей и хочетъ его убить. Работавшая по близости жена тоже спрашивала испытуемаго, чего онъ такъ пристально смотритъ, на что онъ отвѣтилъ: „просто такъ задумался“. Вечеромъ, закончивъ работу крыши и пославъ жену за водой на родникъ, находившійся приблизительно въ ста саженьяхъ отъ хутора, онъ еще оставался на крышѣ сарая.

Постараюсь дальше излагать по возможности словами самого испытуемаго.

„Вдругъ мнѣ показалось, что кустами какіе то неизвестные мнѣ люди направляются къ роднику, я соскакиваю съ сарая съ топоромъ въ рукахъ по направленію только — что видѣнныхъ мною людей, бѣгу и кричу, но послѣдніе скрылись въ отдаленномъ лѣсу; тогда я вернулся обратно домой, идетъ жена и спрашиваетъ: „на кого ты здѣсь кричалъ“?. Я объяснилъ, что навѣрное ты знаешь, старшій сынъ мой здѣсь, но ты не говоришь; она отвѣтила: „если бы я знала, что онъ здѣсь, развѣ я не сказала бы тебѣ“? Поужинали, попили чаю, я вышелъ на крыльцо, закурилъ трубку; мнѣ послышался въ кустахъ разговоръ — ясно говорили одинъ другому:

„иди, бери его“, а другой ему отвѣчаетъ, что вонъ у него у стѣны стоитъ 6 косъ, онъ можетъ наброситься и перерѣзать. Изъ боязни какъ бы не украли у меня эти косы, я взялъ ихъ въ охапку и свесъ прямо въ избу, такъ какъ сѣней у меня еще не было. На вопросъ жены, для чего принесъ косы въ избу, я отвѣтилъ, что тамъ въ кустахъ разговариваютъ какіе то люди, которые могутъ унести ихъ. Заперевъ дверь избы на крючекъ, я веду разговоръ съ женой о томъ, что вѣроятно пришелъ сынъ, который что нибудь хочетъ сдѣлать со мной, поэтому не лучше ли мнѣ уйти ночевать въ деревню. На это жена не согласилась: страшно ночевать однимъ на хуторѣ. Спустя часъ или полтора мнѣ послышались сзади построекъ крики, относящіеся ко мнѣ съ выраженіемъ площадной брани; заставляю жену слушать, какъ тамъ ругаются и кричатъ; она же эти крики отрицала. Я схватилъ въ руки топоръ, который находился тутъ же въ избѣ, а женѣ приказалъ зажечь лампу, но такъ какъ въ лампѣ не оказалось керосину, то вмѣсто нея зажгли лампаду,—слышу, что крики приближаются къ двери; мнѣ ясно слышится, что люди берутся за дверную скобу и начинаютъ теревить ее. Тогда я даю другой топоръ женѣ, чтобы она стала къ окну, и какъ только полѣзутъ, рубила бы, а самъ вставъ къ двери и боясь, что подъ сильнымъ напоромъ крючекъ можетъ не выдержать, для безопасности взялъ бородакъ и вбилъ его въ дверной косякъ, затѣмъ связалъ веревкой скобу и бородакъ, чтобы нельзя было отворить дверь. Покончивъ съ дверью, я обернулся къ женѣ и увидѣлъ, что топоръ, данный ей для обороны, поставленъ къ перегородкѣ: „что я буду стоять съ топоромъ, когда тутъ никого и ничего нѣтъ“, заявила жена; однако мнѣ показалось, что въ притворъ двери просунутъ кинжалъ, и рѣжутъ, имъ веревку. Завидя кинжалъ, я тотчасъ со всего размаху ударяю топоромъ по кинжалу, но кинжалъ кѣмъ-то быстро выдергивается, затѣмъ опять показывается, я снова ударяю, онъ снова быстро убирается; и такъ нѣсколько разъ; думаю, что веревка моя не устоитъ, такъ какъ ее перерѣжутъ кинжаломъ; тутъ мнѣ попадаетъ подъ руку желѣзный совокъ; я его разрываю на двѣ половины и обертываю веревку для лучшей прочности, но кинжалъ все продолжаетъ рѣзать. Вдругъ я почувствовалъ, что сквозъ полъ въ пятки моихъ ногъ начинаютъ колоть кинжаломъ; мнѣ

нельзя стоять: я вышелъ изъ терпѣнія придвинулъ къ двери сундукъ и всталъ на него, но и на сундукъ меня начали прокалывать кинжаломъ; тогда я беру со стѣны поперечную пилу и подкладываю подъ ноги, но и пила не помогаетъ: кругомъ концевъ пилы какъ-то ухитряются всетаки кольнуть меня кинжаломъ въ пятки. Что дѣлать? Закричалъ женѣ, чтобы дала мнѣ сковороды; когда были поданы сковороды, я поставилъ ихъ на пилу, и самъ всталъ ногами въ сковороды. Смотрю около лежанки открываютъ половую доску, подбѣгаю къ лежанкѣ, ударяю топоромъ по показавшемуся въ отверстіе кинжалу и показываю сыву отшибленный конецъ кинжала. Въ это время кинжалъ опять показывается сквозь полъ, и прямо мнѣ въ ноги, я подвигаю столъ и становлюсь на него, начинаю ударять по отверстію, гдѣ оказалась оторванная доска; въ этотъ моментъ мнѣ послышался стукъ топора по направленію къ двери, вижу—вырубаютъ дверь; я кричалъ имъ, что дверь Вамъ не вырубить, потому что маклаки длинные, а самъ бросился къ окну и ударилъ кулакомъ по рамѣ; отъ сильнаго удара стекла въ рамѣ всѣ вылетѣли, но рама осталась на мѣсѣ. Послышался крикъ: „бѣгите къ окну, онъ высочилъ изъ окна“. Только-что хотѣлъ нанести второй ударъ по рамѣ, какъ внезапно съ той стороны мнѣ показался человѣкъ; тогда я отступилъ отъ окна и сталъ звать къ себѣ на помощь, но помощи ниоткуда не было. Люди, видѣнные мною, отступили отъ двери, и слышу, какъ между собою говорятъ, что надо уходить, т. к. у нихъ теперь никакого инструмента не осталось: онъ переломалъ весь. Въ это время ко мнѣ подошла жена, принесла ковшъ холодной воды, которую я выпилъ, и начала успокаивать; она сняла съ меня совершенно мокрое бѣлье, постлала постель—мы легли спать. Гдѣ тутъ спать: я весь трясусь, какъ въ лихорадкѣ, жена взяла бутылку съ деревяннымъ масломъ и натерла мнѣ грудь, одѣла одѣяломъ. Не знаю, спалъ, нѣтъ ли, но только очнулся съ полнымъ ртомъ отъ пуха изъ прокушенной мною подушки: жена помогла мнѣ выбрать оставшійся во рту пухъ. Сталъ чувствовать себя очень плохо, думаю, не доживу до утра. Разказалъ женѣ, сколько кому долженъ, и сколько у меня осталось денегъ въ сберегательной кассѣ; она мнѣ сказала, что у нея на рукахъ осталось денегъ 11 р. съ копейками. Но тутъ снова услыхалъ крикъ

на улицѣ, говорю женѣ: „слушай, опять идутъ“. Она отрицаетъ, а я ясно слышу, что одинъ другого спрашиваетъ: „сейчасъ выпьемъ, или послѣ“? А другой въ отвѣтъ: „нужно покончить съ нимъ, а потомъ выпьемъ“. Услыхавъ и увидѣвъ, что они влѣзли на чердакъ и стали отерывать потолочину надъ печкой, я вскочилъ, взялъ топоръ и бросился на лежанку къ отверстію; долго моталъ топоромъ, не давая имъ влѣзать, какъ вдругъ почувствовалъ, что изъ подъ лежанки меня начинаютъ опять колоть вилжаломъ. Я въ это время соскакиваю съ лежанки на полъ, схватилъ косу и начинаю защищаться ею отъ лицъ, которыя валяютъ разный скарбъ съ подволки прямо на меня. Ко мнѣ подошла жена и начала уговаривать, чтобы я не беспокоился, такъ какъ тамъ ничего нѣтъ; я же ей говорю, что развѣ ты не слышишь или не видишь, когда потолочина выломана и все валится на меня. Въ это время я снова услышалъ разговоръ, что надо скорѣе покончить съ нимъ, а *„она поставитъ намъ самоваръ“*. Тутъ я съ косою набросился на жену, крича: „ты все это знала, только мнѣ не говорила“. Жена набросилась на меня, а я, *дабы не задержать самого себя и чтобы не ворвались видныя мною люди*, схватилъ дровокольный топоръ, который лежалъ на сундукѣ, и ударилъ имъ жену прямо въ лобъ; она упала на неубранную постель вверхъ лицомъ. Самъ опять бросился къ потолочному отверстию. Мальчикъ находился въ это время около матери. Чѣмъ и какъ я его ударилъ, не помню... И сколько бился я около этого отверстия, тоже не знаю: выбился изъ силъ, бѣлье на мнѣ сдѣлалось все мокрое. Съ косою, которая находилась у меня въ рукахъ, я бросился по направленію къ разбитому окну, вышибъ ногою раму, выскочилъ на дворъ и побѣжалъ къ лѣсу.

Вижу, эти люди соскакиваютъ съ подволки и бѣгутъ за мной. Коса задѣвая за кусты, мѣшала мнѣ бѣжать я ее бросилъ. Люди, которые гнались за мною, кричали: „онъ теперь убѣжитъ, онъ мѣсторасположеніе знаетъ“. Спрятался я подъ кустъ; около меня собаченка, которая вѣроятно прибѣжала со мной; боясь, чтобы она меня не выдала, я опять вскочилъ и побѣжалъ. Долго ли я бѣжалъ—не знаю, но бѣжалъ по направленію къ сосѣдному хутору. Пришлось бѣжать черезъ оврагъ; силы мои какъ видно истощились, такъ что я дальше не могъ

бѣжать, а они меня догоняютъ и, слышно, говорятъ: „теперь онъ отъ насъ не уйдетъ, сдается“. Вижу, зашли на другую сторону дороги со словами „давайте выпьемъ“, а одинъ изъ нихъ заявляетъ: „мы его здѣсь бить не будемъ, такъ какъ перепачкаемся въ крови, лучше унесемъ на хуторъ“. Собравшись съ духомъ, я машинально вскочилъ и пустился бѣжать по опушкѣ лѣса; на краю лѣса закричалъ о помощи; крикъ мой услышалъ сосѣдъ хуторянинъ, который въ это время спалъ въ сараѣ; онъ выбѣжалъ ко мнѣ и спросилъ, въ чемъ дѣло; я ему объяснилъ, что на меня напали 5 человекъ; изъ которыхъ я узналъ своего старшаго сына и однодеревенца. Возшли мы къ нему въ домъ; я объяснилъ, что жена моя убита, убилъ я ее самъ потому, что она все знала, а мнѣ ничего не сказывала, потомъ я его сталъ звать ко мнѣ на хуторъ; онъ на хуторъ итти отказался, а позвалъ меня въ деревню. Прийдя въ деревню, мы собрали нѣсколько человекъ мужиковъ—было уже свѣтло—и всѣ отправились на хуторъ. Одинъ изъ крестьянъ взялъ револьверъ: когда подошли къ хутору, онъ сдѣлалъ выстрѣлъ. Подошли къ дому; дверь избы оказалась запертой; я влѣзъ черезъ разбитое окно въ избу, отперъ двери, впустилъ мужиковъ и первымъ дѣломъ показалъ имъ потолочину, которая была вынута, но на этомъ мѣстѣ дыры въ потолочинѣ никакой не оказалось, какъ одинаково ничего сброшеннаго съ подволоки тоже не оказалось. Я сказалъ мужикамъ: „видите, они все уже убрали“, но послѣдніе мнѣ отвѣтили, что здѣсь ничего и ничего не было, „это все тебѣ казалось съ вина“. Мнѣ припомнилось, что дома долженъ быть меньшой сынъ, но его не было, а жена лежала въ это время среди пола на постели со слабыми признаками жизни. Я переодѣлъ другое бѣлье, такъ какъ бывшее на мнѣ совершенно продралось отъ задѣванія за кусты во время моего укрывательства въ лѣсу отъ лицъ, преслѣдовавшихъ меня. Я попросилъ мужиковъ стѣздить за докторомъ, чтобы подать медицинскую помощь моей женѣ, но они наотрѣзъ отказались, такъ какъ нужно косить, время рабочее. Тогда я пошелъ къ уряднику заявить о случившемся нападеніи на мой хуторъ. Подхожу къ лѣсу ко мнѣ опять выходятъ эти люди. Я какъ только увидѣлъ ихъ, бросился обратно бѣжать въ деревню, крича по дорогѣ о помощи. Прибѣжавъ въ деревню, я засталъ нѣкоторыхъ мужиковъ еще не

ушедшими на работу и объяснилъ имъ, что люди, которые были у меня на хуторѣ, находятся сейчасъ въ лѣсу; просилъ о содѣйствіи и поимкѣ злодѣевъ, попросилъ дать мнѣ провожатыхъ; для чего и было отряжено 5 человекъ. Подходимъ съ этими мужиками къ лѣсу, я опять увидѣлъ преслѣдующихъ меня и говорю: „вотъ они“; хотя сопровождавшіе меня и не повѣрили, но все таки вооружились палками, и я благодаря охранѣ прошелъ этотъ лѣсъ въ безопасности. Прийдя къ уряднику, я объяснилъ, какъ было дѣло; урядникъ меня арестовалъ при волостномъ правленіи, а самъ отправился для разслѣдованія дѣла на хуторъ. Находясь въ арестанской волостно-го правленія, я вновь услышалъ разговоръ тѣхъ самыхъ людей, которые меня преслѣдовали: они рассказываютъ сторожу, что случилось на моемъ хуторѣ. Такъ какъ эти люди ни на минуту не покидали меня своими преслѣдованіями, грозя зарѣзать, то я очень боялся остаться ночевать въ арестантской, а потому и просилъ товарища побыть со мной ночь, покараулить, за что отдалъ ему свои валеные сапоги. Вечеромъ вижу, что одна изъ потолочинъ камеры, въ которой я содержусь, тоже открыта, и мнѣ опять кажутся тѣ же самыя лица—одинъ съ ножомъ въ рукахъ; другой ему и говоритъ: „вали прямо въ сердцѣ“; а еще одинъ—съ какой то машинкой: чувствую будто бы качаетъ изъ меня кровь. Я закричалъ товарищу о помощи, послѣдній успокоилъ меня, предлагая спать, но спать я не могъ. По утру я о происшествіи въ арестантской заявилъ старшинѣ и писарю, которые мнѣ отвѣтили, что это „бредъ съ вина“. Въ этотъ день, т. е. 25-го іюля, особенно ночью, я видѣлъ, что открылась и другая потолочина; тѣ же люди говорятъ между собою: „мы его рѣзать не будемъ, а изведемъ кровью“, и начинаютъ качать изъ меня кровь со счетомъ до 30. Я слышу, какъ считаютъ—1, 2, 3... 30 и сливаютъ кровь въ ведро; слышу, какъ она, сливаясь, булькаетъ; удивляются, откуда у меня такъ много крови: „никакъ не можемъ его ослабить“. 26-го пришелъ урядникъ, я и ему заявилъ о моихъ мученіяхъ, но урядникъ и полицейскіе сказали, что я „сошелъ съ ума“. Меня отправили къ становому приставу. Сопровождали меня сотскій и крестьянинъ однопореченецъ, одинъ изъ участниковъ нападеній на меня. Дорогой онъ шелъ сзади меня и все шепталъ: „я не доведу тебя до пристава, а убью дорогой этимъ же топоромъ,

которымъ ты убилъ свою жену“. Недоходя до пристава версты полуторы я увидѣлъ по тѣни, что онъ дѣйствительно намѣревается ударить меня топоромъ, я съ крикомъ бросился впередъ. У пристава меня посадили въ арестантскую. Во время ночи съ 26 на 27 іюля мнѣ продолжалъ казаться тотъ же однодеревенецъ съ топоромъ въ рукахъ; всѣ эти явленія сопровождались криками. Потомъ я услышалъ крикъ, что горимъ; я тоже въ свою очередь закричалъ, мнѣ объяснили, что никакого пожара нѣтъ, и никто не кричитъ, а поютъ пѣтухи. На слѣдующее утро 27-го іюля, меня препроводили въ гор. Ярославль въ распоряженіе г-на Судебнаго Слѣдователя. При допросѣ меня Судебнымъ Слѣдователемъ, я хорошенько не помню, что ему и показывалъ. Отъ Судебнаго Слѣдователя препроводили въ Полицейское Управленіе. Дорогой я просилъ провожатаго зайти въ трактиръ. Провожатый отнесся къ моей просьбѣ снисходительно: въ трактирѣ я выпилъ 2 сотки вѣди. Въ полицейскомъ Управленіи я пробылъ не болѣе часу, а потомъ былъ препровожденъ въ тюрьму. Вышеупомянутыя 2 сотки на меня такъ хорошо повліяли, что въ тюрьмѣ я первую ночь, хотя и плохо, но все-таки заснулъ. Послѣ сна, 28-го іюля, я началъ припоминать, что я натворилъ за все время моего пьянства. А уже съ 28-го іюля я совѣмъ пришелъ въ себя, совершенно оправился. Думы о случившемся меня, конечно, теперь очень угнетаютъ“.

Такъ описываетъ испытуемый свое болѣзненное состояніе, продолжавшееся около недѣли.

За все время пребыванія испытуемаго въ Лечебницѣ, онъ спокоенъ, сознателенъ, хорошо оріентируется въ окружающемъ, ни на что не жалуется. Какихъ либо припадочныхъ состояній ни разу не было. Режима испытуемый ничѣмъ не нарушаетъ. Работаетъ усердно, ни съ кѣмъ не ссорится. Критически относится къ своему положенію: слѣдитъ за текущемъ временемъ, хорошо ведетъ счетъ, знаетъ молитвы. Очень сожалѣетъ, что случилось такое несчастіе, что онъ убилъ жену и ранилъ подростка сына. Видимо, откровенно старается передать, какъ было дѣло. Испытуемый сокрушенно заявляетъ, что относительно невѣрности жены, кромѣ приведенныхъ случаевъ, онъ никогда и не помышлялъ, „чтобы подозрѣвать ее съ кѣмъ нибудь въ связи, а тѣмъ болѣе съ роднымъ сыномъ“. Испытуемый груститъ о дѣтяхъ, о домѣ; печалится о своемъ

подсудномъ положеніи. Испытуемый въ настоящее время сознаетъ; что у него дѣйствительно была душевная болѣзнь: ему „спяна казалось и мерещилось“; однако, и теперь все-таки не можетъ еще отрѣшиться отъ мысли, что „хотя бы ктонибудь изъ громившихъ, какъ мнѣ казалось, усадьбу лицъ былъ въ дѣйствительности“.

Разбираясь во всемъ вышеизложенномъ и сопоставляя данныя слѣдственного дѣла, свидѣтельскихъ показаній въ связи съ психо-физическимъ изслѣдованіемъ испытуемаго, въ связи съ данными анамнеза и клинической картины, излагаемой испытуемымъ о всѣхъ испытанныхъ имъ перипетіяхъ, какъ до, такъ и во время совершеннаго имъ преступленія, мы имѣемъ слѣдующее: въ началѣ марта 1912 года, а также въ началѣ и концѣ мая того же года, у испытуемаго каждый разъ наблюдались похожія другъ на друга измѣненія его психо-физической дѣятельности. Испытуемый послѣ довольно продолжительнаго злоупотребленія алкоголемъ, бросивъ пить, начинаетъ ощущать тоску, бессонницу, дрожаніе во всемъ тѣлѣ и особенно въ верхнихъ конечностяхъ: у него появлялись обманы органовъ чувствъ иллюзорно-галлюцинаторнаго характера. Послѣдніе очень кратковременны: въ 1-й и 2-й разъ они даже какъ бы мимолетны (особенно въ 1-й разъ), но съ яркой и бурной вспышкой—лишь въ 3-й разъ они продолжались нѣсколько часовъ. Чрезъ нѣсколько дней субъектъ обыкновенно совершенно оправляется, принимается за работу, вслѣдъ до слѣдующаго болѣе или менѣе продолжительнаго злоупотребленія алкоголемъ, съ тѣмъ, чтобы, прервавъ послѣднее, вновь подвергнуться вліянію указанныхъ болѣзненныхъ явленій.

Съ половины іюля 1912 года испытуемый опять начинаетъ злоупотреблять алкоголемъ, дойдя въ двадцатыхъ числахъ іюля до максимума, по случаю престольнаго праздника. За два, за три дня до совершенія преступленія бросаетъ выпивку, у него также появляется бессонница, дрожаніе

въ конечностяхъ, обманы органовъ чувствъ; но все это при довольно интенсивной картинѣ наличности зрительныхъ, слуховыхъ, осязательныхъ и др. иллюзій и галлюцинацій принимаетъ уже болѣе длительное теченіе; здѣсь же выплываютъ и болѣзненные воспріятія прежнихъ приступовъ, въ смыслѣ супружеской невѣрности жены съ его старшимъ сыномъ.

Испытуемый, такъ сказать, шагъ за шагомъ объясняетъ свои тяжелыя переживанія и въ ночь происшедшаго несчастія. Его сговариваются убить пришедшіе злодѣи всѣми способами и всѣми мѣрами; злодѣи ломаются въ дверь, тычатъ бинжалами изъподъ пола, разрушаютъ потолокъ. Испытуемый защищается до изнеможенія, и въ то время, когда жена начинаетъ его успокаивать, онъ какъ разъ слышитъ голоса злодѣевъ: „она намъ поставитъ самоваръ“. Тутъ то испытуемому стало понятно, что жена за одно съ ними: она пристаетъ съ угрозами, когда кругомъ такія угрозы, такая бѣда, когда жизнь испытуемаго въ полной опасности, надо защищаться отъ нападеній и вотъ, какъ выражается испытуемый, „дабы не задержать самого себя и чтобы не ворвались видимые имъ люди“—хватаетъ топоръ, убиваетъ жену, а за ней и сына подростка, чтобы только не мѣшали ему вполне защищаться отъ нападающихъ враговъ и такимъ образомъ сохранить свою жизнь. Убивъ жену и сына, онъ продолжаетъ воевать съ кажущимися злодѣями, пока въ страхѣ и изнеможеніи, разбивъ окно, выскакиваетъ изъ избы и бѣжитъ въ лѣсъ къ сосѣду. Однако, отъ преслѣдованій нигдѣ не видитъ покоя—ни по дорогѣ къ сосѣду, ни въ арестантской при правленіи, ни въ арестантской у пристава; на него, особенно по ночамъ, направляютъ ножи со словами: „мѣть прямо въ сердцѣ“, изъ него высасываютъ кровь машинками, онъ слышитъ, какъ выливаютъ его кровь въ ведро и т. д. и т. д.; и лишь послѣ выпитыхъ 2 сотокъ водки по дорогѣ въ тюрьму онъ, хоть и тревожно, но всетаки въ тюрьмѣ спитъ первую ночь. На другой

день постепенно сталъ чувствовать себя лучше, сталъ разумно и критически относиться ко всему бывшему въ теченіе 6—7 дней, своего рода кошмару, оказавшемуся однако столь тяжелымъ по своимъ трагическимъ послѣдствіямъ.

Слѣдовательно, въ данномъ случаѣ наблюдается: многолѣтнее, по показаніямъ свидѣтелей и самого испытуемаго, злоупотребленіе послѣднимъ алкоголемъ; какъ выраженіе этого злоупотребленія, могутъ быть отмѣчены и нѣкоторыя физическія измѣненія у испытуемаго: ослабленіе иннерваціи лицевыхъ мышцъ въ области лѣваго п. facial. болѣзненность подъ 12-ымъ лѣвымъ ребромъ,—т. е. испытуемый, субъектъ—съ данными хроническаго алкоголизма. На почвѣ такового, при временномъ злоупотребленіи алкоголемъ, въ теченіи 4½ мѣсяцевъ до совершенія преступленія, у испытуемаго было 3 приступа безсонницы, дрожанія и, хотя очень кратковременныхъ, но обмановъ органовъ чувствъ; при чемъ, съ каждымъ разомъ эти приступы по тяжести и продолжительности психофизическихъ разстройствъ постепенно усиливаются: въ первый разъ это выражалось какъ бы лишь по преимуществу иллюзорно зрительными воспріятіями, во второй—къ зрительнымъ воспріятіямъ прибавляются уже и слуховыя, а въ третій—и тѣ и другія, но уже продолжаютъ въ теченіе многихъ часовъ. Наконецъ, 4-й приступъ душевнаго заболѣванія у испытуемаго остро и грозно протекалъ въ теченіе недѣли, закончившись критически выздоровленіемъ испытуемаго съ наступленіемъ сна.

Съ психіатрической точки зрѣнія, клиническая картина душевной болѣзни испытуемаго, обнимающая собой и время преступленія, конечно, довольно ясна, какъ выраженіе бѣлой горячки: здѣсь на лицо кординальные признаки delir. trem.—безсонница, дрожаніе, обманы органовъ чувствъ, кратковременность теченія, а также не вполнѣ затемненное сознаніе и

последующее довольно рельефное воспоминание о бывших съ нимъ за это время болѣзненныхъ явленіяхъ.

Однако, этотъ *delir. trem.* тѣмъ не менѣе обращаетъ на себя вниманіе и нѣкоторыми особенностями, а именно: насколько при обычномъ *delir. trem.* характерную черту составляютъ галлюцинаціи въ видѣ множества однородныхъ, болѣею частью мелкихъ предметовъ, находящихся постоянно въ движеніи—массы мышей, таракановъ, толпы народа и пр., при чемъ слуховыя галлюцинаціи играютъ второстепенную роль, на столько въ разбираемомъ случаѣ на первый планъ выступаетъ одинаковая отчетливость, какъ зрительныхъ, такъ слуховыхъ и осязательныхъ галлюцинацій: онѣ взаимно другъ друга дополняютъ и образуютъ тѣсную комбинацію. Всѣ обманы органовъ чувствъ по своему содержанію почти цѣлкомъ состоятъ изъ стремленія всѣми способами причинить вредъ испытываемому: на него нападаютъ, хотятъ убить, зарѣзать, колятъ кинжалами, высасываютъ кровь, вообще всячески преслѣдуютъ.

Словомъ, въ разбираемомъ случаѣ *delir. trem.* является формой, какъ бы переходной къ затяжному бреду, т. е. тѣмъ, что нѣкоторыми авторами (*Сербскій* ¹⁾ и др.) выдѣляется, какъ подострая алкогольная параноія.

Въ такомъ состояніи испытываемый и совершилъ преступленіе, въ которомъ обвиняется, да отъ котораго и самъ не только не отказывается, но крайне скорбитъ о происшедшемъ.

Другая особенность даннаго случая та, что испытываемый, хотя и выздоровѣвшій отъ душевнаго разстройства, которое считаетъ самъ результатомъ злоупотребленія алкоголемъ, тѣмъ не менѣе еще и до сихъ поръ не можетъ полностью отрѣшиться отъ мысли, что громившія усадьбу и преслѣдовавшія его лица были въ дѣйствительности. Испытываемый критически

¹⁾ Судебная психопатологія. Москва 1900.

ощѣниваетъ всякаго рода слышавшіеся ему голоса, угрозы, казавшіеся кинжалы, выкачиваніе крови и пр., какъ проявленіе несомнѣнной болѣзни. Пережитый имъ калейдоскопъ обильныхъ обмановъ органовъ чувствъ въ связи съ содержаніемъ послѣднихъ, видимо, выражался очень рельефно и очень сильно запѣчатлѣвался въ болѣзненномъ сознаніи испытуемаго объ этомъ свидѣлствуютъ и довольно картинный рассказъ послѣдняго о душевномъ состояніи, бывшемъ у него въ то время, и наблюдаемое у испытуемаго какъ бы особое оживленіе при передачѣ описываемыхъ имъ событій. Испытуемый по поводу своего колеблющагося въ настоящее время убѣжденія относительно дѣйствительности нападавшихъ на него лицъ заявляетъ такъ: „кто-нибудь да былъ, вотъ съ испугу пьяная голова и пошла кругомъ“.

Словомъ, у испытуемаго уже по завершеніи болѣзненнаго процесса, при правильномъ отношеніи къ настоящему все же остается своего рода, бредовое толкованіе, хотя и довольно опредѣленной только части имъ пережитаго—это его убѣжденіе относительно преслѣдователей: „навѣрное кто-нибудь да былъ“,—т. е., въ данномъ случаѣ идетъ рѣчь о такъ называемомъ, резидуальномъ бредѣ послѣ перенесеннаго *delir. trem.*

Какъ извѣстно, это явленіе именно по преимуществу и наблюдается вслѣдъ за протекшимъ *delir. trem.*, хотя можетъ встрѣчаться и при другихъ психическихъ страданіяхъ, какъ это видно, напр. изъ работы д-ра *С. Л. Цетлина* ¹⁾. Послѣдній описываетъ резидуальный бредъ у субъекта, душевное расстройство котораго, въ виду нѣкоторыхъ особенностей проявленія, не считая возможнымъ діагностировать, какъ вульгарную параною, опредѣляетъ—*paranoia secundar.*

¹⁾ *С. Л. Цетлинъ.* Случай резидуального бреда.—Журналъ невропат. и псих. имени С. С. Корсакова. 1913 г. кн. 1.

Что же касается резидуального бреда при *delir. trem.*, то въ статьѣ д-ра *Говсенева* ²⁾, гдѣ онъ, излагая свой случай, разбираетъ психологію этого состоянія, приводитъ и соотвѣтственную литературу иностранныхъ авторовъ по этому вопросу, какъ *Sander, Liepmann* и др. Въ психологіи резидуального бреда, по д-ру *Говсеву*, играетъ существенную роль чувство реальности, связанное съ пережитыми воспріятіями, отсюда послѣдующая живучесть послѣднихъ.

Такое явленіе должно отмѣтить и въ нашемъ случаѣ, гдѣ чувство рельефности пережитого еще и по сейчасъ сказывается у испытуемаго при передачѣ имъ своего бывшего бо-лѣзненнаго душевнаго состоянія. Существованію же у испытуемаго этого частичнаго дефекта критической способности, послѣ перенесеннаго психического расстройства, видимо, не мало способствуютъ наблюдаемыя у него нѣкоторыя измѣненія въ психо-нервномъ отношеніи, упомянутыя выше при описаніи клиническаго изслѣдованія испытуемаго за время пребыванія его въ Лечебницѣ. Испытуемый, сокрушаясь о случившемся несчастіи, тревожится о дѣтяхъ, объ оставшемся имуществѣ, о своемъ положеніи: онъ даже убилъ въ вѣсѣ; это съ одной стороны, а съ другой, у него отмѣчается суженіе поля зрѣнія, ослабленіе глоточнаго рефлекса,—словомъ, во всякомъ случаѣ, данныя истеріи. Все это, казалось бы, уже по существу можно считать достаточной почвой къ поддержанію у испытуемаго колебаній въ отношеніи полной критики сужденій о бывшей съ нимъ болѣзни.

Какъ извѣстно, злоупотребленіе алкоголемъ, особенно въ тѣхъ государствахъ, гдѣ послѣдній въ большомъ распространеніи, является однимъ изъ главныхъ факторовъ по отноше-

²⁾ А. А. Говсевъ. Психологія резидуального бреда.—Современная психіатрія 1912. Сентябрь.

нію къ тѣмъ или другимъ преступленіямъ, совершаемымъ людьми, предающимися этому пороку: почти до 50% всѣхъ преступленій и проступковъ происходитъ подъ вліяніемъ спиртныхъ излишествъ. Но и въ судебно-психіатрическомъ отношеніи у лицъ испытуемыхъ измѣненіе душевной дѣятельности въ связи съ злоупотребленіемъ алкоголемъ, а тѣмъ болѣе то или другое у нихъ формальное душевное расстройство на почвѣ хроническаго алкоголизма (патологическое опьяненіе, алкогольный трансъ, бѣлая горячка и всякаго рода затяжные алкогольные психозы), среди другихъ формъ психическаго расстройства тоже отмѣчаются въ довольно изрядномъ количествѣ. Такъ, въ Казанской Окружной Лечебницѣ за 1910 годъ изъ 59 испытуемыхъ, совершившихъ преступленіе въ состояніи того или другого душевнаго расстройства, на долю формальныхъ душевныхъ расстройствъ алкогольнаго характера падаетъ 10 случаевъ. За 1911-й годъ на 54 испытуемыхъ—8 случаевъ и за 1912 годъ на 64 испытуемыхъ приходится 14 случаевъ, т. е., въ 1910 году случаи алкогольнаго формальнаго душевнаго расстройства по отношенію къ формальнымъ душевнымъ расстройствамъ другихъ категорій составляютъ 16, 9%; въ 1911 году—14, 8% и въ 1912 году—21, 9%, что въ среднемъ за три года даетъ около 17, 9%. Однако изъ алкогольныхъ формъ душевнаго расстройства чуть ли не самымъ рѣдкимъ является бѣлая горячка: въ 1910 году изъ 10 случаевъ алкогольныхъ душевныхъ заболѣваній—delir. tremens не было ни одного; въ 1911 году изъ 8 случаевъ—delir. tremens былъ лишь одинъ; въ 1912 году изъ 14 случаевъ—delir. tremens—2; да и изъ этихъ трехъ случаевъ въ одномъ слѣдственный матеріалъ не отличался надлежащей полнотой, въ другомъ—дѣло затемнялось крайней неоткровенностью самого испытуемаго, и только одинъ случай былъ вполне яснымъ

Въ виду такимъ образомъ довольно не часто наблюдаемаго *delir. trem.* въ числѣ алкогольныхъ формъ душевнаго разстройства у испытуемыхъ, а также въ виду откровеннаго со стороны испытуемаго изложенія обстоятельствъ преступленія, совершеннаго въ связи съ болѣзненнымъ измѣненіемъ его психики въ это время, я и позволилъ себѣ доложить глубокоуважаемому Обществу данный случай.

Случай пироманіи.

Е. А. Копыстынскаго.

Первыя описанія пироманіи относятся къ началу XIX-го столѣтія (Olander, Henke, Flemming и др.). Господствовавшее въ то время Pinel-Esquirol'евское ученіе о мономаніяхъ истолковывало непреодолимую страсть къ поджогамъ какъ самостоятельную позолитическую единицу частичнаго помѣшательства. Этого взгляда придерживались въ своихъ работахъ, посвященныхъ пироманіи Marc, Legrand du Saullе. Въ дальнѣйшемъ существованіе пироманіи подвергается сомнѣнію, такъ нѣкоторые авторы считаютъ пироманію лишь выдумкою кабинетныхъ ученыхъ (Casper, Lasèque), но несмотря на это ученіе о пироманіи продолжаетъ развиваться, только пониманіе ея существенно разнится отъ первоначальнаго. Такъ Morel, Magnan и др. смотрятъ на пироманію, какъ на симптомъ различныхъ душевныхъ болѣзней и состояній и въ этиологіи ея кромѣ измѣненій въ психикѣ, связанныхъ съ беременностью, половымъ созрѣваніемъ, менструаціями и т. д., упоминаемыми и прежними изслѣдователями, выдвигаютъ на первый планъ дегенерацію. Ewerts, Labé проводятъ тотъ же симптоматическій взглядъ на пиромановъ. Благодаря такой точкѣ зрѣнія большинство слу-

чаевъ болѣзненнаго поджигательства распредѣлилось среди разныхъ формъ психозовъ, но для опредѣленной категоріи случаевъ, гдѣ стремленіе къ поджогамъ является самымъ бросающимся въ глаза симптомомъ, авторы сохранили унаслѣдованный отъ ученія о мономаніяхъ терминъ пироманіи, характеризующій своеобразныя психическія состоянія.

Marandon de Montyuel, приводя описаніе 3-хъ случаевъ, отстаиваетъ наличность особеннаго душевнаго состоянія у наслѣдственно или лично обремененныхъ, при которомъ наблюдаются, почти исключительно, лишь непреодолимые импульсы къ поджогамъ.

Emil Laurent, описывая дегенеративную семью, 3 члена которой страдали страстью къ поджогамъ, признаетъ существованіе на ряду съ симптоматическою и настоящей пироманіи.

Samuset различаетъ поджигателей душевнобольныхъ, совершающихъ поджоги подъ вліяніемъ бреда, императивныхъ галлюцинацій и настоящихъ пиромановъ, относимыхъ имъ къ категоріи дегенерантовъ. У этихъ послѣднихъ импульсивныя стремленія къ поджигательству сопровождаются цѣлымъ рядомъ болѣзненныхъ явленій: рѣзкой тоскливостью, дрожаніемъ, сердцебіеніями, разстройствомъ дыханія и т. д. Самые импульсы носятъ нерѣдко навязчивый характеръ; больные въ состояніи нѣкоторое время противодѣйствовать имъ, но обычно раньше или позже поддаются болѣзненному влеченію и послѣ поджога чувствуютъ душевное облегченіе.

Импульсивный характеръ поступковъ пиромановъ заставилъ многихъ авторовъ относить пироманію къ группѣ такъ называемаго импульсивнаго помѣшательства.

Обстоятельное изложеніе ученія о пироманахъ и вообще поджигателяхъ встрѣчаемъ въ работѣ Gimbal'я. Этотъ авторъ основываетъ свои взгляды на изученіи литературы вопроса и на 33 наблюденіяхъ. Чаще всего Gimbal нахо-

дить поджоги у дебильныхъ, затѣмъ слѣдуютъ случаи алкоголизма, собственно пироманіи (3), бреда преслѣдованія (очень рѣдко!) истероэпилепсiи, старческаго слабоумія и *moral insanity*. Авторъ подчеркиваетъ частое сочетаніе алкоголизма и эпилепсiи съ *debilitas* поджигателей. Пироманія разсматривается, какъ одинъ изъ симптомовъ психической дегенерациі, для которой характерны разнообразныя навязчивыя состоянія и непреодолимые импульсы. Случаи дегенеративной пироманіи рѣдки.

Какъ видно изъ краткаго обзора литературы, казуистика собственно дегенеративной пироманіи необильна, а само заболѣваніе не лишено интереса, какъ съ научной, такъ и съ практической судебно-психіатрической точекъ зрѣнія. Поэтому рѣшаемся привести одинъ случай, бывшій подъ нашимъ наблюденіемъ, гдѣ былъ поставленъ діагнозъ пироманіи.

Н. Е. К., 33 л., крестьянинъ, плотникъ, грам., жен., поступилъ 25. X. 12 г. 4-й разъ въ Бурашевскую колонію.

По даннымъ наслѣдственности дѣды со стороны отца и матери пили „здорово“. Отецъ б., 65 л., алкоголикъ, нѣсколько лѣтъ тому назадъ перенесъ какое то заболѣваніе вслѣдствіе злоупотребленія спиртными напитками, во время котораго былъ недѣлю „нѣмымъ“.

Самъ больной родился въ деревнѣ. Въ дѣтствѣ болѣлъ золотухой. Развивался правильно. Въ возрастѣ 13 л., крестьяне, заподозривъ б. въ кражѣ веревки, сильно избили его палками по головѣ, при чемъ нѣкоторое время лежалъ безъ сознанія.

14—15 л. совершилъ нѣсколько поджоговъ (6) въ теченіе двухъ недѣль. „Идешь, подожжешь жилое помѣщеніе и уходишь“. Больной испытывалъ большое удовольствіе при видѣ огня и суеты бѣгающихъ людей. Б. уличили въ поджогахъ тогда, когда загорѣлся домъ его отца. Б. помнитъ, что онъ тогда не спалъ до 12 часовъ ночи, такъ какъ „сильно хотѣлось поджечь домъ“. Мысли о томъ, что могутъ при этомъ пострадать его родители, не было совсѣмъ. Совершивши поджогъ въ полночь, б. ушелъ въ избу и „кряду же уснулъ“, не со-

ображая, что онъ можетъ сгорѣть. Пожаръ потушили во время, а больного вскорѣ отправили въ Бурашево на испытаніе.

Водку пьетъ съ юношескихъ лѣтъ рѣдко, но бывали и запои. Пьянѣетъ съ бутылки, въ хмелю не буянить.

Женился 20 л. Дѣтей 2. Выкидыши и мертворожденные отрицаются. Сифилисомъ не болѣлъ.

Запимался крестьянскимъ хозяйствомъ, въ лѣтнее время плотничествомъ, при чемъ приходилось жить и въ большихъ городахъ. Въ послѣдніе годы былъ пастухомъ.

Около года тому назадъ у него появились приступы сильныхъ головныхъ болей и общей слабости, усиливающіеся при наклонномъ положеніи тѣла, такъ что его работоспособность значительно уменьшилась.

Судорожные припадки, *enuresis nocturna*, *somnambulismus* отрицаются.

Въ Бурашевѣ находился уже 3 раза. Впервые на испытаніи по обвиненію въ вышеупомянутыхъ поджогахъ, второй разъ вслѣдствіе запоя, третій разъ—по подозрѣнію въ поджогѣ и въ настоящее время помѣщенъ на испытаніе, какъ обвиняемый въ поджогѣ.

По даннымъ старыхъ скорбныхъ листовъ, К. поступилъ 1-й разъ въ возрастѣ 16 л. 23. X. 95 и пробылъ въ колоніи по 95 статьѣ до 13. III 1900 г. съ диагнозами *Melancholia*. *Pyromania*. *Degeneratio*. *Psychosis neurastenica*. По тогдашнему *status* у б. былъ худощавъ, малокровиъ. На затылкѣ обнаженные отъ волосъ, зажившіе слѣды разсѣянныхъ рубцовъ правильного очертанія, величиною въ 10 и 2-хъ копеечную монеты. Больной высказывалъ жалобы на головокруженія и потерю по временамъ сознанія, что у него стало развиваться послѣ побоевъ въ возрастѣ 12—14 л.

По даннымъ больничнаго наблюденія б. въ первые мѣсяцы своего пребыванія спокоенъ, апатиченъ, работаетъ въ мастерской. Когда однажды б. попросили прочитать стихъ изъ Евангелія, то онъ сдѣлалъ это быстро, но, когда предложили ему пересказать, б. замолчалъ и „смотрѣлъ разсѣянно“. На вопросы относительно своего здоровья, отвѣтилъ, что онъ боленъ и что его привезли въ Бурашево „захлороформированнымъ въ состояніи потери сознанія“.

У больного отмѣчены частыя жалобы на боли и ломоту въ головѣ, конечностяхъ, при чемъ больн. неоднократно засыпалъ днемъ во время этихъ болей. Иногда же у б. появлялись неопредѣленные болѣзненные ощущенія и тогда онъ весь день проводилъ въ постели. По временамъ зрачки больного были неравномѣрны.

Относительно инкриминируемаго ему преступленія больной тогда сообщалъ равнодушнымъ голосомъ: „я веревку, сказали, укралъ, за это били а я вовсе не бралъ, потомъ я поджогъ деревню, за это били“.

По разсказу отца 6 поджоговъ больной совершилъ въ теченіе 2-хъ недѣль. Сначала онъ поджигалъ чужіе дворы, при чемъ первые пожары истребили большую часть деревни, остальные же прекращали въ началѣ, такъ какъ вся деревня постоянно караулила. Поймалъ больного самъ отецъ. Больной спалъ въ избѣ, затѣмъ всталъ, пошелъ въ пристроенный къ дому скотный дворъ и зажегъ солому, а самъ вернулся въ избу и опять легъ. У больного въ дни поджоговъ было мрачное настроеніе, которое замѣчали многіе.

1898 г. Частыя жалобы на общую слабость, недомоганіе. Иногда по цѣлымъ днямъ лежитъ въ постели, сонъ по ночамъ нерегулярнъ. По временамъ боли въ животѣ и приступы головныхъ болей. Сознаніе ясное. Кругъ идей больного суженъ. Работаетъ въ мастерской. Неоднократно отмѣчена наклонность къ выпивкѣ и кражамъ.

Когда его однажды спросили относительно причины его пребыванія въ Бурашевѣ, больной отвѣтилъ, что онъ доставленъ за поджогъ нѣсколькихъ избъ въ своей деревнѣ. Поджогъ совершилъ изъ мести и ни за что бы не сознался въ своемъ преступленіи, если бы крестьяне не подпоили бы его.

1899 г. Склоненъ къ аффектамъ. Во время ссоръ съ больными сильно раздражается, блѣднѣетъ, весь дрожитъ. Сталъ пользоваться свободной прогулкой. Стремится къ выпискѣ. Сообщаетъ врачу, что уже давно не чувствуетъ никакихъ припадковъ нервнаго расстройства, какъ это случалось съ нимъ раньше. Думаетъ, что эти „припадки“ были послѣдствіемъ злоупотребленія ованизмомъ. Физически окрѣпъ.

1900 г. Безъ особенныхъ перемѣнъ. 13. III. выписанъ по опредѣленію окружнаго суда, признавшаго Кр. выздоров-

вѣвшимъ (сокращено по записямъ д-ровъ Дарашкевича, Пудикова, Дѣдова и др.).

27. I 1907 г. больной поступилъ въ Бурашево вторично въ возрастѣ 28 л. Доставленъ обществомъ по подозрѣнію въ поджогѣ сарая. Въ деревнѣ были „лады“. Получили отъ жениха 2 р., на эти деньги купили вина и распили его. Больной былъ немного выпивши, пошелъ помочиться на дворъ и сейчасъ же вернулся въ избу; черезъ 15 минутъ загорѣлся сарай, гдѣ стоялъ больной. Крестьяне уличили его въ поджогѣ, хотя больной не сознается, увѣряя, что онъ знаетъ, что отъ поджоговъ нѣтъ никакой пользы, кромѣ вреда. Думаетъ, что подозрѣваютъ его по старой памяти и считаетъ себя несчастнымъ. человѣкомъ, такъ какъ дома остались еще жена и дѣти.

За все время наблюденія больной тихъ, вѣжливъ, малообщителенъ. Кромѣ пониженія эмоциональнаго тонуса другихъ уклоненій отъ нормы не обнаруживаетъ. Былъ признанъ психически здоровымъ и 16. VII. 07 г. больной былъ выписанъ домой.

Третій разъ больной поступилъ 27 III. 08 г. Во время пріема больной сидитъ въ однообразной позѣ съ опущенною головой. Тупое выраженіе лица. Зрачки расширены, реакція на свѣтъ ослаблена. На вопросъ „какъ ваше имя“ не отвѣчаетъ при многократномъ повтореніи. Когда спросили больного, сколько ему лѣтъ, больной сталъ произносить съ продолжительными паузами: „лѣтъ... лѣтъ..“: На остальные вопросы вовсе не отвѣчалъ.

Въ отдѣленіи больной спокоенъ, ничѣмъ себя не проявляетъ, доволенъ своимъ пребываніемъ въ колоніи и угрожаетъ повѣситься въ случаѣ выписки. Домой вернуться не желаетъ, такъ какъ отецъ заставляетъ его искать работы, а работать негдѣ. Такъ онъ въ Твери искалъ работу, но не нашелъ и съ горя запылъ, пропивъ всю одежду, попалъ въ участокъ, откуда его отправили въ Бурашево. На вопросъ относительно страннаго поведенія во время пріема отвѣчаетъ: „дурака валялъ и больше ничего“. Подъ конецъ пребыванія настроеніе больного улучшилось и его выписали съ диагнозомъ *Alcoholismus* 19. V. 08 г. (сокращено по записямъ д-ровъ Держинскаго, Скляра, Клевезаля и др.).

25. X. 12 г. Кр. поступаетъ въ колонію 4-й разъ по опредѣленію Окр. Суда на испытаніе, какъ обвиняемый въ поджогъ.

(Собственное наблюденіе). По даннымъ судебного дѣла въ началѣ 30. VIII 11 г. въ деревнѣ Л. произошелъ пожаръ, отъ котораго сгорѣло 6 домовъ съ надворными постройками. Пожаръ начался съ надворныхъ построекъ С. и произошелъ вслѣдствіе умышленнаго поджога. Подозрѣніе пало на Кр., проживающаго въ 3—4 верстахъ отъ пожара и явившагося на пожаръ въ то время, когда никто изъ живущихъ очень близко отъ деревни Л. не успѣлъ еще добѣжать до горѣвшихъ зданій. На вопросъ одного изъ крестьянъ, какъ Кр. попалъ такъ скоро въ Л., Кр. объяснилъ, что онъ, какъ пастухъ деревни П. пріѣхалъ верхомъ на чьей то лошади, взятой изъ табуна съ поля. Между тѣмъ слѣдствіемъ было установлено, что крестьяне деревни П. „въ ночное“ лошадей не пускаютъ и держатъ ихъ на дворѣ.

Уряднику Кр. заявилъ, что онъ вовсе не ходилъ въ деревню Л. и никто не могъ его тамъ поэтому видѣть.

Н., квартирная хозяйка Кр. показала, что, когда онъ явился на слѣдующій день послѣ пожара, и она ему рассказала о пожарѣ, то Кр. удивился и спросилъ: „развѣ сгорѣло“.

У слѣдователя Кр. не призналъ себя виновнымъ и рассказалъ, что онъ по дорогѣ въ деревню П. проходилъ мимо Л. и, замѣтивъ огонь, отправился на пожаръ. Послѣ пожара домой не возвращался, а провелъ ночь въ лѣсу.

По свидѣтельскимъ показаніямъ Кр., стоялъ во время пожара „понурия голову къ колѣнамъ“, затѣмъ онъ подходилъ къ нѣкоторымъ крестьянамъ и просилъ у нихъ покурить. Последнее Кр. отрицалъ въ своихъ показаніяхъ. Нѣкоторые свидѣтели замѣтили, что Кр. былъ въ негрезвомъ видѣ.

По заявленію родителей Кр. съ молодыхъ лѣтъ страдалъ головными болями. Водку пилъ умѣренно.

St. pr. Больной средняго роста, хилаго тѣлосложенія и ослабленнаго питанія. На затылкѣ обширные рубцы. Живой дермографизмъ съ валикомъ. Реакція зрачковъ нормальна. Колѣнные рефлексy повышены. Языкъ дрожитъ. Склерозъ височныхъ артерій. Нерѣзкая общая гиперестезія. Нѣкоторое пониженіе глоточнаго рефлексy. Поле зрѣнія не ограничено.

Цвѣта различаетъ правильно. Рѣзкая ассиметрія лица. При наклоненіи головы книзу ощущаетъ „шатаніе“. Тѣс-ое поражение праваго легкаго.

Отвѣчаетъ на вопросы сознательно, кругъ обычныхъ свѣдѣній достаточенъ. Обманы чувствъ, бредъ отсутствуютъ. Вниманіе быстро утомляемо и соображеніе нѣсколько замедлено.

Во время счета буквъ больной вдругъ останавливается, жалуется на „застыланіе глазъ“ и совершаетъ ошибку на +16, тогда какъ до этого момента и послѣ обычная ошибка 0—1. При сложеніи двузначныхъ (устномъ) дѣлаетъ ошибки въ 60%. Память относительно нѣкоторыхъ событій жизни и пр. обстоятельствъ перенесенной травмы ослаблена, но въ общемъ сохранена удовлетворительно. Считаетъ себя душевно здоровымъ; припадки, головокруженія, enuresis, somnambulismus отрицаются.

За время больничнаго наблюденія въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ исп. не проявлялъ никакихъ рѣзкихъ разстройствъ душевнаго здоровья. Въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ у исп. были сильнѣйшія головныя боли, преимущественно въ правой половине головы съ ціанозомъ лица и иногда съ зубною болью. При этомъ больной страдалъ бессонницей. Боли не уменьшались отъ іодистаго леченія и нѣсколько уступали Phenacetin'у. Одновременно наблюдалось пониженіе аппетита и исп. заставлялъ себя ѣсть, опасаясь кормленія зондомъ.

Съ конца марта 13 г. головныя боли стихли и улучшилось общее состояніе больного.

При разспросѣ относительно обстоятельствъ инкриминируемаго преступленія больной все время отрицалъ свою вину, увѣрялъ, что онъ заходилъ лишь за водкой въ село П, и, увидѣвши пожаръ, завернулъ „сдуру“ въ деревню Л. Что же касается своихъ поджоговъ въ молодые годы, то онъ тогда чувствовалъ удовольствіе при видѣ огня и суеты и „втемишилось въ голову давай жечь деревню и все“. Теперь же онъ взрослый и поджигать „нелюбопытно“. На болѣе подробные вопросы относительно его страсти къ поджогамъ въ молодые годы даетъ уклончивые отвѣты. Свои показанія слѣдовательно помнитъ плохо. Признаетъ, что до пожара онъ выпилъ $\frac{1}{2}$ бутылки водки.

Больной былъ демонстрированъ въ Совѣтъ врачей, при чемъ произвелъ впечатлѣніе скрытнаго больного.

Заключение врача, наблюдавшаго испытуемаго. По даннымъ скорбныхъ листовъ, настоящаго наблюденія и судебного дѣла въ анамнезѣ Кр. отмѣчается алкоголизмъ у дѣда и отца, золотуха въ дѣтствѣ, тяжелая травма черепа съ потерей сознанія въ возрастѣ 14 л., послѣ чего 15—16 л. исп. совершаетъ въ теченіе 2 недѣль шесть поджоговъ; такъ какъ видъ огня доставлялъ ему удовольствіе, при чемъ послѣ совершенія 6-го поджога (родительскаго дома) исп. тутъ же легъ спать и уснулъ. Кромѣ того въ листѣ за время перваго пребыванія въ Бурашевѣ у него отмѣчены приступы головныхъ болей, головокруженія и временныя потери сознанія, развившіяся послѣ травмы, временныя приступы апатіи съ послѣдующимъ засыпаніемъ днемъ, въ виду же существованія и при настоящемъ наблюденіи у испыт. сильныхъ головныхъ болей съ ціанозомъ, ослабленія вниманія и памяти, скрытнаго характера, значительно выраженнаго склероза артерій, общей гиперестезіи, асимметріи лица, значительныхъ рубцовъ на головѣ, пониженія глоточнаго рефлекса, — указывающихъ на психопатическую и дегенеративную конституцію испыт. и въ виду того, что настоящій поджогъ является у испытуемаго уже восьмымъ и обративъ вниманіе на сбивчивость показаній испытуемаго приходится заключить, что испыт. страдаетъ и страдалъ во время совершенія преступленія *пироманіей*, навязчивымъ стремленіемъ къ поджогамъ, какъ однимъ изъ проявленій существующаго у испытуем. душевнаго заболѣванія въ формѣ *epilepsia larvata* и такимъ образомъ испытуемый невмѣняемъ относительно инкриминируемаго ему дѣянія.

Совѣтъ врачей съ своей стороны, согласился съ заключеніемъ, что испытуемый страдаетъ и страдалъ пироманіей, но нашелъ, что она развилась на почвѣ физической и психической *дегенерации* испытуемаго.

Окружный Судъ призналъ Кр. невмѣняемыхъ и оставилъ его въ колоніи по 95 ст.

Разбираясь въ приведенномъ случаѣ, видимъ, что трудно сомнѣваться въ пироманическомъ характерѣ поджоговъ, со-

вершенныхъ Кр. въ юношескомъ возрастѣ. Они были множественны на протяженіи небольшого промежутка времени, сопровождались специфичнымъ чувствомъ удовольствія при видѣ огня и были непреодолимы. Кромѣ того имъ, по всему вѣроятію, сопутствовало разстройство сознанія, близкое къ автоматизму (больной засыпаетъ въ подожженной имъ же избѣ).

Дѣло обстоитъ нѣсколько иначе съ послѣдними поджогами, совершенными Кр. уже въ среднемъ возрастѣ спустя много лѣтъ послѣ первыхъ пироманическихъ поджоговъ. Здѣсь не имѣемъ непосредственныхъ свидѣтелей поджоговъ, а самъ испытуемый не сознается въ нихъ. Такимъ образомъ приходится прибѣгнуть къ ряду косвенныхъ доказательствъ.

Во первыхъ, не смотря на уличающія данныя, Кр. путается въ своихъ показаніяхъ: то онъ де не былъ совсѣмъ на пожарѣ, то онъ пріѣхалъ на лошади изъ несуществующаго „ночного“, то онъ лишь случайно забрелъ на пожаръ.

Во вторыхъ личные качества Кр. не внушаютъ довѣрія къ нему. Прежде всего всѣмъ бросается въ глаза его скрытность, относительно прошлаго есть его же указаніе, что онъ ни за что не сознался бы въ поджогахъ, если бы его не подпоили, въ дальнѣйшемъ онъ признаетъ, что „валялъ дурака“ на приѣмѣ, чтобы обмануть врача и быть принятымъ въ колонію,—все это убѣждаетъ насъ въ лживости больного.

Въ третьихъ весьма подозрителенъ тотъ фактъ, что Кр. явился первымъ на пожаръ, тогда какъ онъ, избѣгая подозрѣній, долженъ былъ бы всячески избѣгать присутствовать на пожарахъ. Очевидно его влекло къ огню.

Наконецъ нельзя исключить совершенно возможности и разстройства сознанія съ плохимъ воспоминаніемъ послѣдующаго.

Такъ, В. Н. Ергольскій наблюдалъ 19 л. дѣвушку, совершившую въ теченіе 3-хъ недѣль 6 поджоговъ. Пироманіи предшествовали нравственное потрясеніе и побои по го-

ловѣ. Испытуемая первоначально сознавалась въ поджогахъ и указывала, что дѣлала ихъ изъ злобы на свекора, который поволотилъ ее. Черезъ нѣсколько дней больная стала совершенно отрицать поджоги, отказалась отъ своихъ прежнихъ показаній и заявила, что наговорила на себя, такъ какъ была больна. Изъ памяти больной изгладился весь періодъ, когда она поджигала и давала первые показанія. Авторъ предположилъ въ своемъ случаѣ разстройство сознанія въ видѣ раздвоенія послѣдняго.

Конечно, наличность въ анамнезѣ испытуемаго констатированной пироманіи наряду съ вышеприведенными соображеніями склонила окончательно къ мнѣнію, что Кр. былъ виновникомъ и послѣднихъ поджоговъ.

Литературныя данныя говорили тоже въ пользу такого заключенія.

Такъ, Marandon de Montyel считаетъ пиромановъ хитрыми, лживыми, диссимилирующими свою болѣзнь душевно-больными, и приводитъ соотвѣтствующія исторіи болѣзни. Обычный отвѣтъ этихъ больныхъ на вопросы относительно совершенныхъ ими поджоговъ: „я не виновенъ, я не понимаю, о чемъ мнѣ говорите“. Большинство случаевъ пироманіи установить непосредственно въ виду диссимуляціи трудно. Для констатированія пироманіи важны данныя анамнеза, какъ отсутствіе мотивовъ, головныя боли, судороги въ дѣтствѣ, слабость интеллекта, невроты въ прошломъ, разстройства менструацій и т. д.

Samuset считаетъ также установленнымъ фактомъ, что въ противоположность больнымъ, страдающимъ другого рода импульсивными влеченіями пироманы не сознаются сами въ своей страсти къ поджогамъ. Пироманы отрицаютъ совершеніе ими поджоговъ, несмотря на очевидность изобличающихъ ихъ уликъ. Крайне характерно для пиромановъ и то, что они

же первыми являются на учиненный ими пожаръ, чтобы тушить его.

Что же касается основного заболѣванія, на почвѣ котораго развилась у нашего больного пироманія, то діагностика, какъ было указано выше, колеблется между дегенераціей и скрытой эпилепсіей.

Алкогольная наслѣдственность, тяжелыя травмы, упорныя мигрени, состоянія апатіи съ послѣдующимъ засыпаніемъ, аффективность больного, нѣкоторое ослабленіе интеллекта, весь симптомокомплексъ весьма подходитъ къ *epilepsia larvata*.

Опредѣленіе въ нашемъ случаѣ одной лишь дегенераціи, понятія очень обширнаго въ психіатріи, недостаточно, и хотя съ другой стороны и скрытая эпилепсія болѣзнь не съ вполне очерченными границами, но діагнозъ этотъ указываетъ, что нашъ случай относится къ эпилептическому вырожденію, къ группѣ заболѣваній, въ центрѣ которыхъ стоитъ генуинная эпилепсія. Задача будущаго вполне выяснитъ положеніе на эволюціонной лѣстницѣ психозовъ своеобразнаго симптомокомплекса, который пока характеризуется терминомъ скрытой эпилепсии. Несомнѣнно, что состоянія, укладывающіяся въ понятіе *epilepsia larvata*, имѣющія вслѣдствіе своеобразныхъ разстройствъ сознанія огромное значеніе въ судебно-психиатрической практикѣ гораздо чаще, чѣмъ мы привыкли считать.

Въ заключеніе позволю себѣ привести весьма демонстративный примѣръ возможности связи между эпилепсіей и пироманіей: Такъ Deasck описалъ 11 л. мальчика, наслѣдственно обременнаго, съ типичными судорожными припадками и эквивалентами въ видѣ вигилимбулизма съ стремленіемъ поджигать въ сумеречномъ состояніи сознанія всѣ вещи, которыя попадались ему подъ руку. Послѣ леченія саптониномъ и изгнанія аскариды исчезли, какъ судорожные припадки, очевидно, рефлекторной эпилепсии, такъ и своеобразные пироманическіе эквиваленты.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Marandon de Montjel. Du diagnostic médico-légal de la pyromanie par l'examen indirect. Arch. de neurologie. 1887.
 - 2) Emile Laurent. Une famille de dégénérés incendiaires. Annal. médicopsychol. 1889.
 - 3) L. Camuset. Contribution à l'étude médico-legale de la pyromanie. Annal. med. psychol. 1893.
 - 4) В. Н. Ергольскій. О пироманіи и двойственной памяти. Протоколы Общества Калужскихъ врачей 1895 по рефер. Арх. Псих. 1895.
 - 5) Gimbal. Les incendiaires. Annal. médicopsychol. 1905, 06.
 - 6) Deack. Ein Fall von Pyromanie bedingt durch Ascaris lumbricoides по рефер. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych. 1912 г.
-

Къ вопросу о переходныхъ формахъ прогрессивной мышечной дистрофіи.

Ординатора клиники М. М. Аммосова.

Вопросъ о нозологической самостоятельности отдѣльныхъ формъ прогрессивной мышечной дистрофіи до настоящаго времени является спорнымъ.

Большинствомъ авторовъ признаются, правда съ нѣкоторыми оговорками, три большія группы: спинно-мозговая, невральная и міопатическая. Или же, противопоставляя заболѣваніе исключительно мышцы заболѣванію и мышцы, и нервной системы, возможно говорить о двухъ формахъ— чисто міогенной и о формѣ, въ которой нервная система такъ или иначе заинтересована.

Однако, казавшіяся ранѣе рѣзкими, границы между этими группами, вслѣдствіе накопленія большого количества наблюдений и аутопсій въ настоящее время, значительно сгладились.

Выдѣленіе новыхъ типовъ, какъ напр. типа *Werdnig-Hoffmann*'а, показало, что при раздѣленіи формъ нельзя базироваться на вопросѣ, носитъ ли данное заболѣваніе наследственно-фамильный характеръ или нѣтъ, такъ какъ послѣдній можетъ быть констатированъ и при спинальных, и при міопатическихъ мышечныхъ дистрофіяхъ.

Точно также и нѣкоторые другіе признаки, казавшіеся ранѣе патогномоничными для той или иной формы, съ накопленіемъ казуистическаго матеріала, потеряли свое прежнее рѣшающее значеніе. Такъ, фибриллярныя подергиванія обыкновенно характеризуютъ заболѣваніе клѣтокъ передняго рога и встрѣчаются, слѣдовательно, при міэлитическихъ и невралическихъ формахъ; однако такія подергиванія были описаны *Penzoldt*'омъ ¹⁾ *Potomz* ²⁾ и друг. при заболѣваніяхъ, относимыхъ авторами къ формамъ міогеннымъ. Также и реакція перерожденія была описана въ нѣкоторыхъ случаяхъ міогенной дистрофіи *Erb*'омъ ³⁾ *Zimmerlin*'омъ ⁴⁾ *Eisenlohr*'омъ ⁵⁾, *Potomz* ⁶⁾ между тѣмъ какъ въ случаяхъ спинальных и невралическихъ реакція перерожденія часто не обнаруживается.

Распределеніе мышечныхъ атрофій допускаетъ значительное уклоненіе отъ опредѣленнаго плана, что и обуславливаетъ существованіе большинства такъ называемыхъ „ атипичныхъ формъ“.

Такимъ образомъ, клинически бываетъ, порой, довольно трудно рѣшить вопросъ о первичномъ мѣстѣ процесса, — о томъ, участвуетъ ли въ заболѣваніи центральная или периферическая нервная система, или же процессъ ограничивается исключительно мышцами.

Въ случаѣ, описанномъ *Oppenheim*'омъ и *Cassirer*'омъ ⁷⁾ болѣзнь развивалась по типу невралической мышечной дистрофіи и діагнозъ авторовъ колебался между этой формой и полиневритомъ. Аутопсія же, между тѣмъ, не дала никакихъ измѣненій въ центральной нервной системѣ и периферическихъ нервахъ; измѣненія же мышцъ соответствовали міогенной формѣ. И въ случаѣ *Dejerine* и *Thomas* ⁸⁾ при жизни были симптомы типа Duchenne-Aran'a, аутопсія же установила измѣненія въ мышцахъ, характерныя для первичной міопатіи.

Приведенные выше случаи показываютъ, что клиническая симптоматологія не всегда даетъ возможность съ увѣренностью установить форму прогрессивной мышечной дистрофіи.

При невраальныхъ формахъ, кромѣ измѣненій въ нервахъ, обыкновенно также находятъ пораженіе клѣтокъ передняго рога спинного мозга, что заставляетъ *Bernhardt'a* ⁹⁾ характеризовать эту форму, какъ спинно-невритическую. Также и другія измѣненія, находимыя въ спинномъ мозгу, какъ то измѣненія кларковыхъ клѣтокъ, заднихъ столбовъ и т. д. говорить за участіе въ процессѣ спинного мозга.

Raymond ¹⁰⁾ въ своихъ лекціяхъ рассматриваетъ прогрессивную мышечную атрофію, какъ дегенеративное заболѣваніе периферическаго двигательнаго нейрона.

И въ зависимости отъ того, какое мѣсто этого нейрона поражено, клѣтка, волокно или мышца, получаютъ тѣ или инныя формы этой болѣзни.

Такимъ образомъ, по его взглядамъ, въ настоящее время снова выдвигается унитарная теорія происхожденія мышечной атрофіи, высказанная еще давно *Duchenn'омъ*, высказанная тогда въ силу недостаточнаго выдѣленія и изученія различныхъ клиническихъ формъ и замѣненная впоследствии теоріей дуалистической.

Еще раньше подобные же взгляды проводились *Strümpell'емъ*. ¹¹⁾

Въ этомъ году, въ Клиникѣ нервныхъ болѣзней Московскаго Университета была наблюдаема интересная форма мышечной атрофіи. Пользуясь любезнымъ разрѣшеніемъ проф. В. А. Муратова, я рѣшился опубликовать этотъ случай.

Больная дѣвушка, 21 года, поступила въ клинику 21 сентября 1912 года съ жалобами на слабость въ рукахъ и ногахъ.

Происходитъ изъ здоровой семьи. Рано лишилась родителей, погибшихъ отъ случайныхъ причинъ. Въ настоящее

время у больной въ живыхъ братъ и сестра, совершенно здоровые; одинъ братъ, кромѣ того, умеръ въ раннемъ дѣтствѣ отъ какого-то остраго заболѣванія. Наша больная младшая въ семьѣ У матери былъ одинъ выкидышъ.

Родилась больная въ срокъ, въ грудномъ возрастѣ перенесла какое-то тяжелое кишечное заболѣваніе, золотухи, рахита не было. Долго (до 3-хъ лѣтъ) не начинала ходить, говорить стала во время; острыхъ заболѣваній, кромѣ скарлатины въ возрастѣ 16 лѣтъ; никакихъ не было. Съ 7 лѣтъ стали учить, ученье давалось довольно легко. 8 лѣтъ поступила въ одинъ изъ институтовъ Петербурга, откуда въ возрастѣ 12 лѣтъ перевелась въ Москву, гдѣ и кончила курсъ.

По словамъ родной тетки, у которой воспитывалась наша больная, слабость въ ногахъ стала обнаруживаться съ 3-хъ лѣтняго возраста, т. е. съ того времени какъ больная начала ходить. При ходьбѣ подвергивалось правая ножка, часто падала.

На боли дѣвочка никогда не жаловалась. Слабость въ ногахъ (преимущественно въ правой) не мѣшала дѣвочкѣ принимать участіе въ играхъ сверстницъ, хотя она быстро утомлялась, постоянно присаживалась отдыхать.

Слабость въ ногахъ прогрессировала. Такъ, будучи въ институтѣ, приблизительно въ возрастѣ 9 лѣтъ, она уже не могла брать уроковъ танцевъ. Въ это же время стала появляться слабость въ рукахъ: трудно было высоко поднимать руки, особенно правую, неловко было также дѣлать мелкія движенія пальцами рукъ; опредѣлить точнѣе—гдѣ первоначально появилась слабость—въ мышцахъ ли плечевого пояса или въ мелкихъ мышцахъ костей, больная не можетъ.

Къ 11 годамъ слабость въ ногахъ настолько увеличилась что ей стало трудно ходить; ступни обѣихъ ногъ постоянно подвергивались. Была произведена операція—тенотомія обѣихъ ахилловыхъ сухожилій; послѣ операціи—продолжительное леченіе массажемъ и электричествомъ; наступило на недолгое время нѣкоторое улучшеніе, но потомъ опять появилось затрудненіе походы и вернулась прежняя слабость. Голени съ обѣихъ сторонъ рѣдео похудѣли, когда начались эти похуданія больная сказать не можетъ.

Лѣтъ съ 15—16-ти по ея словамъ слабость и похуданіе перестали прогрессировать замѣтнымъ образомъ; но зато, выступили рѣзче явленія со стороны верхнихъ конечностей.

Съ трудомъ могла поднимать руки, движенія сдѣлались вялы и медленны; трудно было также двигать пальцами, руки быстро уставали. Всѣ эти явленія однако не помѣшали больной кончить институтъ и брать уроки руководѣлія и музыки (рояль), приходилось только во время занятія этими предметами, постоянно отдыхать. Быстро играть на рояли не могла.

Года 3 назадъ появилось недержание мочи, преимущественно, это недержание бывало днемъ, одно время удерживать мочу не могла совсѣмъ, постепенно и само собой эти явленія прошли; въ настоящее время недержание бываетъ очень рѣдко.

Въ послѣднія годы по словамъ больной, у нея измѣнилась рѣчь, говорить стала медленно, протяжно, легко уставала при разговорѣ или при ученіи вслухъ, голосъ потерялъ свою прежнюю звучность.

Со школьнаго возраста страдаетъ упорными запорами. *Status praesens*: Больная сложена неправильно: на животѣ, на бедрахъ и ягодицахъ—значительныя отложенія жировой ткани, между тѣмъ какъ голени, ступни, предплечья и особенно кисти рукъ очень тонки. Лицо асимметрично, замѣтна неравномѣрность иннерваціи лицевой мускулатуры: лѣвая носогубная складка выражена рѣзче правой, при оскаливаніи зубовъ уголь рта слегка перетягивается влѣво, а при зажмуриваніи глазъ на лѣвой сторонѣ движеніе происходитъ энергичнѣе, чѣмъ на правой. Мимика вялая, нѣкоторыхъ мимическихъ движеній сдѣлать не можетъ „не умѣетъ“. Похуданій лицевой мускулатуры нѣтъ. Черепъ слегка оксипецфаличенъ.

Говоритъ медленно: голосовыя связки сокращаются вяло; пищей не поперхивается, но глотаетъ медленно. Движенія языка нормальны. Актъ жеванія не разстроенъ, сокращенія жевательной мускулатуры хорошей силы. Движенія глазныхъ яблокъ нормальны по объему, нистагма нѣтъ. Зрачки круглой формы, равномѣрны, реакція на свѣтъ, аккомодацию и конвергенцію достаточно живая.

Голову держитъ нѣсколько наклоненной впереди. Пучки *m. sterno-cleido-mastoidei* развиты плохо на обѣихъ сторонахъ

активная сила ихъ ослаблена въ легкой степени. Также ослаблены и заднія мышцы шеи.



Выпуклости, образуемая дельтовидными мышцами, уплощены на обѣихъ сторонахъ; руки до горизонтальнаго положенія поднимаетъ съ видимымъ усиленіемъ, сила этихъ мышцъ понижена въ рѣзкой степени, она равна почти нулю. Пучки *m. cucullaris* также выражены недостаточно, слегка ослаблена ихъ сила; поднимать плечи можетъ достаточно хорошо.

Лопатки слегка отстаютъ отъ грудной кѣтки; привести ихъ къ средней линіи не можетъ совсѣмъ. *M-lus latissimus*

dorsi, serratus anticus major, pectoralis major выражены достаточно хорошо съ обѣихъ сторонъ, функція ихъ, замѣтнымъ образомъ, не пострадала. Длинныя мышцы спины функционируютъ хорошо, мышцы брюшныхъ стѣнокъ функционируютъ вяло (значительныя отложенія жировой ткани въ области живота). Диафрагма стоитъ низко; по временамъ бываютъ приступы одышки: „не хватаетъ воздуха“, какъ говорить больная. Типъ дыханія по преимуществу грудной.

Со стороны мышцъ тазового пояса отмѣчается значительная слабость *m-li ileo psoatis*; также слабы и *m-li glutei*, нѣсколько сильнѣе приводящія мышцы бедра (см. ниже).

На верхнихъ конечностяхъ пострадали, главнымъ образомъ, мелкія мышцы кистей. Сила сокращеній этихъ мышцъ ничтожна, особенно ослаблены *m-lus abductor pollicis brevis* и *m-li interossei*. Динамометръ сжать почти совсѣмъ не можетъ. Атрофіи выражены не рѣзко, однако межкостныя промежутки запали, уплощены возвышенія *thenaris et hypothenaris*. Предплечье очень тонко, въ наибольшей окружности имѣетъ 17,5 сантиметровъ (съ обѣихъ сторонъ одинаково), надъ *processus styloidei radii* окружность его равна 13,5 сант. Индивидуальныхъ атрофій нѣтъ: сила разгибательной мускулатуры ослаблена, сгибатели нѣсколько сильнѣй; замѣчается нѣкоторая наклонность къ контрактурѣ сгибателей. Мышцы плеча выражены достаточно; сила ихъ также удовлетворительная; плечо на 10 сант. выше *proces. olecranon* имѣетъ въ окружности 23,5 сант. (на обѣихъ сторонахъ).

На нижнихъ конечностяхъ болѣе другихъ пострадала наружная группа мышцъ голени, особенно *m-lus peroneus longus*. Отвести стопу кнаружи не можетъ совсѣмъ; точно также не дѣйствуетъ совсѣмъ *m-lus flexor et extensor hallucis longus* голени худы, окружность ихъ (наибольшая) равна 28 сант. похудѣли мышцы наружной группы, въ меньшей мѣрѣ *m-li gastrocnemii*, сила послѣднихъ понижена въ нѣрѣзкой степени. Мелкая мускулатура стопы пострадала весьма значительно раздвинуть пальцы не можетъ совсѣмъ, нѣтъ также никакихъ движеній въ большомъ пальцѣ. На бедрахъ слабѣе другихъ приводящія мышцы; сила остальныхъ достаточная. Окружность бедеръ (на 10 сант. выше верхняго края *patella*)

равна 46 сант., по наружной поверхности ихъ значительная отложенія жировой ткани.

Мышечныхъ гипертрофій, а также псеудо-гипертрофій нѣтъ нигдѣ. Параличъ повсюду носить вялый характеръ. Ослабленіе мышечнаго тонуса особенно замѣтно на верхнихъ конечностяхъ.

Подняться изъ лежачаго положенія безъ помощи рукъ больная не можетъ; она должна предварительно опереться на локоть, повернуться бокомъ и только тогда встать.

Нагибаніе туловища впередъ, назадъ и въ стороны происходитъ свободно; поднимаетъ съ пола предметы, не опираясь руками о колѣна.

Ходить широко разставляя ноги, слегка покачиваясь туловищемъ; шагъ у больной короткій; при ходьбѣ, носокъ свисаетъ на обѣихъ ногахъ, везетъ по полу концы всѣхъ пальцевъ при этомъ ступня повернута нѣсколько внутрь.

Писать можетъ медленно, постоянно останавливаясь для отдыха, почеркъ мелкій неровный. Также медленно исполняетъ и другія руководѣльныя работы. Фибриллярныхъ подергиваній нѣтъ.

Механическая возбудимость атрофированныхъ мышцъ понижена въ легкой степени.

Изслѣдованіе электровозбудимости даетъ слѣдующее: нервные стволы отвѣчаютъ на электрическое раздраженіе, нѣсколько понижена фарадическая возбудимость обоеихъ лицевыхъ нервовъ (изслѣдованіе производилось съ аппаратами фирмы Reiniger'a и съ испытующимъ электродомъ въ $1\frac{1}{2}$ сант. въ діаметрѣ).

	Фар. токъ.	Г. Т. К. З. С.	А. З. С.
n. facialis Dext.	72 milim.	0,8 М. А.	1,0
„ Sinist.	76	0,6	1,9
n. ulnaris D.	84	0,8	1,5
„ Sin.	85	1,2	2,4
n. peroneus D.	65	2,1	2,6
„ Sin.	70	2,0	3,0

Реакціи перерожденія нѣтъ нигдѣ. Имѣется довольно значительное пониженіе возбудимости на мышцахъ наружной группы голени и мышцахъ стопъ и нѣкоторая вяловатость сокращеній этихъ мышцъ на лицо:

	Фар ток.	К. З. С	А. З. С.
m. frontalis D.	73	1,8	1,8
„ Sin.	78	1,4	1,8
На туловищѣ и поясѣ.			
m. deltoideus D.	76	1,0	1,5
„ Sin.	75	1,0	1,8
m. cucullaris D.	84	0,6	0,8
„ Sin.	90	0,2	0,8

	Фар. ток.	К. З. С.	А. З. С.
m. gluteus max. D.	65	1,6	2,0
„ Sin.	70	2,0	2,6
На верхнихъ конечностяхъ:			
m. biceps D.	80	1,5	1,8
„ Sin.	90	1,2	1,6
m. interosseus I. D.	70	1,0	1,2
„ Sin.	75	1,5	1,8
m. abductor pol. br. D.	70	0,8	1,1
„ Sin.	70	0,8	1,0
на нижнихъ конечностяхъ:			
m. peroneus long D.	45	2,0	2,5
„ Sin.	60	3,0	4,0
m. extensor digitor. D.	50	2,0	3,0
brevis Sinn.	50	2,0	3,0
m. gastrocnemius D.	72	3,0	5,0
„ Sin	72	1,5	3,0

Электровозбудимость остальныхъ мышцъ носить тотъ же характеръ и здѣсь не приводится.

Глоточный рефлексъ не вызывается, остальные рефлексъ со слизистыхъ оболочекъ сохранены; кожные брюшные вызываются не всегда, сгибательный подошвенный есть. Сухожильные рефлексъ: съ *m. masseter* выраженъ ясно, *biceps*, *triceps*—есть съ обѣихъ сторонъ, рѣзкаго пониженія ихъ отмѣтить не удастся, пателлярный—повышенъ съ обѣихъ сторонъ; рефлексъ съ ахиллова сухожилия отсутствуетъ. Рефлекса *Babinski* нѣтъ, нѣтъ также клонуса (ни стопъ, ни чашекъ).

Явленій атаксіи нѣтъ. При стояніи съ закрытыми глазами слегка покачивается.

Чувствительность во всѣхъ видахъ ея, (какъ глубокая такъ и поверхностная) сохранена по всему тѣлу, только на периферіи обѣихъ ногъ отмѣчается незначительное пониженіе тактильной, электрокожной и температурной чувствительности.

Нервные стволы не утолщены, не болѣзнены при надавливаніи.

На нижнихъ конечностяхъ рѣзкія вазомоторныя явленія: кожа холодна наощупъ, синюшна; всѣ эти явленія выступаютъ особенно рѣзко, если больная посидитъ нѣкоторое время со спущенными ногами.

Сфинктеры: по временамъ бываетъ недержаніе мочи (во время пребыванія въ клиникѣ такое недержаніе наблюдалось 1 разъ днемъ, въ то время какъ больная сидѣла на кровати и разговаривала съ сосѣдкой).

Со стороны внутреннихъ органовъ надо отмѣтить постоянные и очень упорные запоры. Состояніе органовъ кровообращенія, дыханія удовлетворительно. Въ мочѣ значительныя количества щавелево-кислаго кальція, попадаютъ отдѣльные лейкоциты (до поступленія въ клинику былъ констатированъ у больной *cystitis*). Составъ крови ничего особеннаго не представляетъ.

Со стороны органовъ чувствъ отмѣчается только значительная близорукость. Глазное дно нормально. Въ психической сферѣ какихъ либо рѣзкихъ уклоненій отъ нормы нѣтъ.

Резюмируя въ краткихъ чертахъ данныя анамнеза и настоящаго состоянія больной, отмѣтимъ, что болѣзнь не носитъ въ данномъ случаѣ фамиліально-наслѣдственнаго характера, течетъ медленно прогрессивно, захватывая мышцы различныхъ областей тѣла. Первыми пострадали мышцы голени.

Въ настоящее время поражены какъ широкія мышцы туловища (*m-li rhomboidei, cucullares*), мышцы поясовъ (*m-li deltoidei, ileo-psoas, glutei*), такъ и мышцы голени и отчасти предплечій и мелкія мышцы периферіи конечностей (*m. interossei brachii, m. thenaris et hypothenaris, m. peronei, flexor et extensor hallucis, extensor digitorum brevis* и др.).

Функціональная способность пораженныхъ мышцъ пострадала въ значительной степени; атрофія выражена не рѣзко (за исключеніемъ голени), также нѣтъ глубокаго измѣненія электровозбудимости. Со стороны мышцъ, явственно процессомъ не затронутыхъ, отмѣчается вялость ихъ сокращеній; такое же явленіе наблюдается и со стороны мышцъ, иннервируемыхъ черепно-мозговыми нервами.

Интересны еще двѣ особенности нашего случая: повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ на нижнихъ конечностяхъ и разстройство дѣятельности сфинктеровъ.

Едва ли могутъ возникать сомнѣнія, что данное заболѣваніе принадлежитъ къ группѣ прогрессивной мышечной дистрофіи. Изъ другихъ заболѣваній возможно думать о гліоматозѣ, однако отсутствіе разстройствъ чувствительности, особенно диссоціаціи чувствительности, несмотря на то, что болѣзнь тянется уже около 18 лѣтъ заставляеть отказаться отъ возможности такого предположенія.

Нѣкоторые дегенеративные признаки, въ смыслѣ неравномѣрной иннерваціи лицевой мускулатуры, неправильной конфигураціи черепа, отчасти подтверждаютъ уже вышеприведенное мнѣніе *Strümpell*'а и *Raymond*'а. Такъ и *Sforza* ¹²⁾ отмѣчаетъ наличность цѣлаго ряда дегенеративныхъ призна-

ковъ въ физической и психической сферѣ при мышечной дистрофіи. Въ этомъ отношеніи интересны случаи комбинаціи мышечной прогрессивной дистрофіи съ другими дегенеративными заболѣваніями, какъ напримѣръ болѣзнию *Friedreich'a* (случай *Baumlin'a* ¹³).

Возможно, такимъ образомъ, говорить объ особомъ предрасположеніи нервной системы къ органическимъ заболѣваніямъ (*Marinesco* ¹⁴).

Рѣшить вопросъ о первичной лаколизациі процесса въ нашемъ случаѣ довольно трудно. Казалось бы участіе широкой мускулатуры туловища и поясовъ, отсутствіе реакціи перерожденія, фибриллярныхъ подергиваній, а также медленность теченія болѣзни, заставляеть склоняться къ формамъ миогеннымъ (формамъ основнымъ *Roma*).

Однако совокупность такихъ фактовъ, какъ участіе мелкихъ мышцъ периферіи конечностей, начало заболѣванія съ мышцъ перонеальной группы голеней, рѣзкія вазомоторныя расстройства, а также длительное сохраненіе функцій мышцъ и ничтожность измѣненія электровозбудимости, вяжется съ представленіемъ объ участіи въ процессѣ и нервной системы. Это долгое сохраненіе функціональной способности пострадавшихъ мышцъ возможно объяснить тѣмъ, что мышца поражается не *in toto*, а пучками, подобно тому какъ объяснилъ *Guillain* ¹⁵) возможность производить тонкія ручныя работы при тяжелыхъ невралгическихъ формахъ. Отмѣчу также, что и поражение *m. deltoidei* не характерно для миогенныхъ формъ, т. е. при этихъ послѣднихъ *m. lvs deltoideus* гипертрофируется и только въ послѣднихъ стадіяхъ болѣзни подвергается атрофіи (*Lorenz* ¹⁶).

Разстройство сфинктеровъ при описываемой болѣзни встрѣчается крайне рѣдко. Объ этихъ расстройствахъ упоминаеть *Jendrassik* ¹⁷) а также *Ormerod* ¹⁸) въ одномъ случаѣ невралгической формы.

Интереснымъ явленіемъ у нашей больной является также повышение пателлярныхъ рефлексовъ. Въ казуистикѣ приводимой *Baumont*¹⁹⁾ о нѣсколькихъ случаяхъ прогрессивной мышечной дистрофіи типа *Duchenne-Aran*'а сопровождалась повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ, однако въ этихъ случаяхъ трудно было исключить боковой амиотрофической склерозъ. *Mennier*¹⁹⁾ въ одномъ случаѣ спинальной мышечной дистрофіи объяснилъ происхожденіе интермиттирующихъ и преходящихъ контрактуръ переходомъ процесса на боковые столбы. Имѣется ли въ нашемъ случаѣ участіе боковыхъ столбовъ доказать на основаніи одного только повышенія пателлярныхъ рефлексовъ трудно, тѣмъ болѣе, что нѣтъ ни ригидности мышцъ, ни рефлекса *Babinski* т. е. основныхъ симптомовъ участія пирамидныхъ путей. Также возможно предположеніе о нѣкоторомъ движеніи функціи спинальной влѣтви подѣ вліяніемъ текущаго дегенеративнаго процесса въ мышцахъ и быть можетъ нервахъ, подобно тому какъ проф. *Муратовъ*²⁰⁾ объясняетъ повышение рефлексовъ при полиневритахъ. По изслѣдованіямъ *Jainton*'а въ 10% при невралическихъ формахъ рефлексы бываютъ повышены.

Точный эпикризъ нашего случая, въ смыслѣ опредѣленной группировки и отнесенія его къ той или другой категоріи мышечной дистрофіи, представляетъ извѣстныя трудности. И, если, съ одной стороны, имѣются симптомы невралическаго типа, то съ другой, при полномъ развитіи болѣзни на первый планъ выступаютъ симптомы центрального типа съ поражениемъ крупныхъ мышцъ плечевого и тазового поясовъ и отчасти туловища, какъ осложненіе данной картины болѣзни является повышение сухожильныхъ рефлексовъ и расстройство сфинктеровъ, хотя бы въ преходящей, такъ сказать эпизодической формѣ. Эти соображенія заставляютъ насъ ставить эпикризъ съ извѣстной осторожностью. Мы полагаемъ, что можно принять міопатическій, центральный типъ какъ основную харак-

теристику болѣзни, осложненную, частью невритическими, частью спинальными симптомами.

Съ этой стороны возможно разсматривать нашъ случай какъ переходный, указывающій, до извѣстной степени, на существованіе клиническихъ промѣжуточныхъ типовъ и, слѣдовательно, дающій возможность допустить въ общемъ унитарное происхожденіе различныхъ формъ прогрессивной мышечной атрофіи, частью съ различной локализацией, а частью съ извѣстнымъ различіемъ патогенеза процесса.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ привести глубокую благодарность проф. Муратову за предоставленіе въ мое распоряженіе даннаго случая и за руководство и помощь во время работы.

Литература, на которую сдѣланы ссылки въ работѣ:

- 1) Cit. по *B. K. Poty*—Мышечная сухотка, Москва 1895 г. стр. 87. 2) тамъ же 3) *Erb*—*Dystroph. muscul. progress. Deutsch. Zeitsch. f. Nervenheilkunde* 1891. Н. 1—3.
- 4) *Zimmerlin*—и по *Lorenz'y*—*Die Muskelerkrankungen* Wien 1904 стр. 628 5) *Eisenlohr*—*Neurolg. Centrbl.* 1889 г. 6) *B. K. Poty*—Мышечная сухотка. М. 1895 г. 7) *Oppenheim u Cassirer*—*Ein Beitrag z. Lehre d. sog. progr. neurot. Mus-skelatroph. Deutsch. Zeitschr. f. N.* 1897. Bd. 10 8) *Dejerine et Thomas*—*Revue neurologique* 1904 г. n^o 24. 9) *Bernhardt*—*über die spinal—neurit. Form der progres. Muscelatr. Wirsch. Arch.* 1893. CXXXIII. 10) *Raymond* *Leçons sur les maladies de système nerveux.* T. IV. 1900 г. стр. 253. 11) *Strümpell*—*Neurolog Centrbl.* 1893 (Autoref.) 12) cit. по *Marinesco*—*Maladies des Muscles.* Paris 1910 стр. 123. 13) *Baumlin*—*Über familiäre Erkrankungen der Nervensystems. Deutsch. Zeitschr.*

f. Nervenheilk. 1901 г. 14) *Marinesco* loc. cit. стр. 92. 15) *Guillain*—über die Erhaltung der Bewegungs an der Gliedmas bei de Charcot. Mat. Amyotroph. Soc. de neur. Paris 1904. 16) *Lorenz*—стр. 626. 17) *Jendrassin*—Die heredit. Krankh. въ Handb. d. Neurol. Lewandowski T. II. 18) cit. по *Hoffmann*'у 19) *Meunier*—Revue neurolog. 1902. 12. 20) *Муратовъ*—Къ вопросу о повышеніи рефлексовъ при множеств. невритахъ.

.....

О нервно-больныхъ въ Цѣхоцинкѣ.

Д-ра мед. Э. В. Эринсона.

Цѣхоцинокъ находится, какъ извѣстно, въ Нешавскомъ уѣздѣ Варшавской губ. въ нѣсколькихъ верстахъ отъ германской границы. Этотъ курортъ очень популяренъ въ Царствѣ Польскомъ, но еще недостаточно извѣстенъ за предѣлами края. Если пріѣзжаютъ сюда лечиться изъ Центральной Россіи, то это оказываются обыкновенно уроженцы Ц. П. или имѣющіе въ немъ близкихъ родственниковъ.

Въ зимнее время Цѣхоцинка, какъ курорта, не существуетъ вовсе. Дачи, виллы пусты и заколочены. Всѣ ванны зданія закрыты. Населеніе не превышаетъ 1500 ч. и состоитъ изъ сторожей-крестьянъ, лавочниковъ, мелкихъ служащихъ и пр. Лѣтомъ, напротивъ, это довольно густо населенное мѣстечко, насчитывающее до 10.000 пріѣзжающихъ. Курсъ леченія—6 недѣль и населеніе не помѣстилось бы на такой малой территоріи, какую занимаетъ, если бы не смѣнялось въ теченіе лѣта неоднократно. Есть лечашіеся, которые пріѣзжаютъ на 1—2 недѣли, другіе остаются 2 мѣсяца, но мало кто проводитъ въ Цѣхоцинкѣ все лечебное время съ 8 мая по 8 сентября, если не связанъ съ мѣстомъ торговли, службой въ зданіяхъ минеральныхъ водъ и т. д. На праздники собирается довольно много народу изъ ближайшихъ городовъ: Нешавы, Влацлавска и пр. и изъ деревень, разбросанныхъ по окрестностямъ Цѣхоцинка. Цѣхоцинокъ вообще не дачное мѣсто и сравнительно мало людей пріѣзжаетъ надолго и просто для отдыха и тѣмъ болѣе веселаго препровожденія времени. Это курортъ, въ которомъ каждый день цѣнится. Въ любой семьѣ 2—3 человека навѣрно принимаютъ ванны

или души, а такихъ лицъ, которыя жили бы въ Цѣхординкѣ и не пользовались мѣстными лечебными средствами, очень немного.

Вся курортная публика по народностямъ подраздѣляется такъ: евреевъ около 48⁰/₀, поляковъ 38⁰/₀, русскихъ 8⁰/₀, нѣмцевъ и др. 6⁰/₀. Взрослыхъ около 66⁰/₀, дѣтей—34⁰/₀. Изъ взрослыхъ на женщинъ приходится около 65⁰/₀, мужчинъ—35⁰/₀.

Цѣхординку считается, какъ извѣстно, курортомъ, спеціально предназначеннымъ для больныхъ артритомъ, ревматизмомъ, рахитомъ, золотухой, третичнымъ сифилисомъ, тучностью, женскими болѣзнями. Ревматизмъ, артритъ, травматическія и туберкулезныя воспаленія суставовъ составляютъ 60⁰/₀ всѣхъ болѣзней, съ какими приходится имѣть дѣло при курортномъ леченіи. Болѣзни сердца и кровеносныхъ сосудовъ не превышаютъ 8⁰/₀, съ женскими болѣзнями обращаются за помощью не менѣе 12⁰/₀. Болѣзни почекъ, легкихъ рѣдки, т. е. климатъ Цѣхординка чрезмѣрно влажный для нефритиковъ и довольно суровый въ смыслѣ температурныхъ колебаній для легочныхъ больныхъ. Обращаются къ врачамъ спеціально по поводу нервнаго заболѣванія около 10⁰/₀ всѣхъ больныхъ. Много нервно-больныхъ при ближайшемъ изслѣдованіи оказываются одержимыми какой либо соматической болѣзью, лежащей въ основѣ невроза, и наоборотъ, многіе изъ страдающихъ органическою болѣзью обнаруживаютъ еще симптомокомплексъ, относящійся къ патологіи нервной системы; такъ, отъ 50 до 75⁰/₀ всѣхъ женщинъ, обращающихся къ врачу по поводу болѣзни половой сферы, страдаютъ кромѣ того функціональнымъ неврозомъ. Изъ ревматиковъ и артритиковъ у 25⁰/₀ имѣются явленія б. или м. тяжелой неврастеніи.

Точная статистика нервныхъ болѣзней въ Цѣхординкѣ невозможна. Соматически больные съ функціональными неврозами изслѣдуются гл. обр. въ отношеніи основной болѣзни, на которую жалуются и отъ которой пріѣзжаютъ лечиться. Для статистики неврозовъ они обыкновенно пропадаютъ. Въ Цѣхординкѣ практикующихъ врачей 23, изъ нихъ 1 пользуется спеціально отъ нервныхъ болѣзней, 3 отъ нервныхъ и внутреннихъ. Черезъ руки этихъ 4 врачей проходитъ спеціально нервно-больныхъ до 500 чел.

По словамъ д-ра Рупперта изъ общей цифры 1058 чел. (475 мужч. и 583 жен.), обследованныхъ имъ въ Цѣхоцинкѣ и лечившихся углекислыми ваннами въ теченіе времени съ 1902 по 1912 г., приходится на болѣзни кровеносныхъ сосудовъ—склерозъ артерій, расширеніе венъ и пр. 464, пороки сердца—147, общее ожирѣніе—128, малокровіе 57 и т. д. Что касается спеціально нервныхъ заболѣваній, то *Tabes dorsalis* имѣло 16 чел., *Myelitis spinalis* 7, *Sclerosis disseminata* 1, *Paralysis agitans* 3, *Hemiplegia post insultum* апоплект.—19, *Morbus Basedowi* 1, *Neurosis cordis* 91, *Neuralgia* и др. болѣзни нервовъ 90, *Climacterium* 42. Но врачей много и не всѣ нервно-больные лечатся углекислыми ваннами, стало быть приведенныя цифры могутъ только свидѣтельствовать о разнообразіи формъ, съ какими въ Цѣхоцинокѣ приѣзжаютъ и при какихъ углекислыя ванны назначаются.

Количество нервно-больныхъ: 1) въ колоніи Краснаго Креста 15—18%, 2) въ больницѣ-санаторіи Св. Ѳаддея на 200 чел. больныхъ—20—25 или 10—12, 5% 3) на военно-санитарной станціи 20—30%, а если считать случаи, гдѣ нервное заболѣваніе осложняетъ основное соматическое, то еще болѣшій %.

Изъ 235 чел. офицерскихъ чиновъ, пользовавшихся мною на Цѣхоцинской военно-санитарной станціи за 1912—1913 г., было съ неврастеніей 54 чел., съ травматическимъ неврозомъ 14, алкогольной истероэпилепсіей 2, параличемъ половины тѣла апоплектического происхожденія 3, параличемъ лицевого нерва 1, спинной сухоткой 3, невралгіей плечевого сплетенія 1, затылочнаго нерва 1, невритомъ сѣдалищнаго нерва 19, *Myositis lumbalis et neur. plexus lumbo-sacralis* 9, *Spondylosis lumbodorsalis* 1, съ другими болѣзнями (ревматизмъ и пр.) 121 чел.

Наибольшее количество нервно-больныхъ въ Цѣхоцинкѣ приходится на одержимыхъ функціональнымъ неврозомъ—неврастеніей или истеріей, или смѣшаннымъ симптомокомплексомъ. Хореическія заболѣванія встрѣчаются разъ въ 10 рѣже. Эпилептиковъ совсѣмъ мало.

Второе мѣсто занимаютъ болѣзни периферической нервной системы, невриты и невралгіи, особенно *Ischias* и параличи *n. radialis*, *peronei* и др.

На третье мѣсто приходится поставить болѣзни спинного мозга и его оболочекъ, *Tabes dorsalis*, *Myelitis*, *Polio-myelitis ant.*, травматическія и артритическія пораженія позвоночника, наконецъ кровоизліянія въ немъ.

Изъ болѣзней головного мозга чаще всего наблюдается параличъ половины тѣла вслѣдствіе кровоизліянія, тромбоза или эмболии на почвѣ сифилиса, алкоголизма, склероза сосудовъ головного мозга. Вообще болѣзни головного мозга рѣдки.

Душевно-больные насчитываются единицами, это элементъ случайный. Алкоголизмъ рѣдокъ, пьяныхъ въ Цѣхочинокѣ я совсѣмъ не видѣлъ даже въ праздники.

Цѣхочинокъ прославился какъ курортъ благодаря своимъ солянковымъ источникамъ, идущимъ на ванны и на ингаляціи и въ питье, какъ минеральная цѣлебная вода. Ванны дѣлаются изъ воды солянковыхъ источниковъ съ 2 и 6‰ содержаниемъ поваренной соли, при чемъ наиболѣе употребительна 4‰ смѣсь. Температура берется 27—29° R., продолжительность ванны обыкновенно не превышаетъ 30 м. Дѣтямъ и старикамъ дѣлается солянка 2‰ черезъ день, людямъ сильнымъ, крѣпкимъ или жирнымъ ежедневно 6‰. Если требуется большая концентрація солей, то прибавляютъ 10 фунт. „солянкавого ила“ въ холщевомъ мѣшкѣ, т. е. солянкавого остатка отъ выдѣлки на заводѣ поваренной соли, или 1 литръ „щолоку“, тоже остатка, но въ видѣ мутноватой, сильно соленой жидкости, „Иль“ содержитъ, по изслѣдованіямъ химиковъ, 82‰ ClNa , въ щелокѣ много больше MgCl_2 и CaCl_2 , чѣмъ ClNa . И то, и другое добавленіе усиливаетъ эффектъ отъ ванны, но которое лучше, трудно сказать безъ специальныхъ изслѣдованій въ виду разнаго состава этихъ веществъ. Ванны взрослымъ дѣлаются изо дня въ день или съ перерывами до 20—35, рѣдко больше. Солянковыя ванны въ умеренномъ количествѣ и не слишкомъ сильной концентраціи солей ведутъ къ улучшенію питанія, если-же злоупотреблять количествомъ, крѣпостью и т, то къ паденію вѣса, общей слабости, потери аппетита, блѣдности. Цѣль ваннъ—измѣнить, улучшить весь обмѣнъ веществъ и составъ крови, что особенно важно при хроническихъ болѣзняхъ: артритахъ, ревматизмѣ-мышечномъ и суставномъ, золотухѣ, рахитѣ, третичномъ сифилисѣ и пр. и что косвенно ведетъ къ восстановленію нормальнаго питанія нервной системы у этого рода больныхъ,

устраняетъ невроты, излечиваетъ хроническіе невриты; при острыхъ невритахъ солянковыя ванны, какъ и грязевыя и др., противопоказуются. Конечно приходится индивидуализировать т, крѣпость солянки, продолжительность сидѣнія въ ваннѣ и затѣмъ отдыха, а кромѣ того и время препровожденія больныхъ и діету, чтобы достичь благопріятнаго результата совокупностью дѣйствій. Вообще при неврозахъ примѣняютъ слабую солянку невысокой т и стремятся поднять питаніе, что легко удается. Чѣмъ очевиднѣе связь невроза съ соматическимъ заболѣваніемъ, тѣмъ болѣе приходится считаться съ показаніями для основной болѣзни въ отношеніи т, крѣпости солянки, продолжительности сидѣнія въ ваннѣ и т. д.

Не можетъ быть, конечно, шаблона въ леченіи неврововъ, возникающихъ на почвѣ соматическихъ болѣзней разнаго рода у разныхъ лицъ и успѣхъ леченія всецѣло зависитъ отъ опыта врача.

Связь невроза съ соматическимъ заболѣваніемъ вначалѣ неясная, въ теченіе леченія проявляется все съ большею очевидностью. Вмѣстѣ съ улучшеніемъ соматическаго состоянія улучшаются и функціи нервной системы, при чемъ благотворному вліянію ваннъ содѣйствуютъ во многихъ случаяхъ употребленіе внутрь, какъ питьевой воды, солянки 1 или 0,3%, натуральной или газированной, обтираніе тѣла 4% солянкой комнатной т, соответственное питаніе, ингаляція и т. д., смотря по обстоятельствамъ. Неврозы у слабосильныхъ, плохо упитанныхъ, приходится лечить слабыми солянками, даже черезъ день по ваннѣ, иначе наступитъ еще болѣе упадокъ питанія, у тучныхъ, крѣпкихъ—ежедневными ваннами съ соответствующей діетой. У лицъ тучныхъ одышка послѣ солянковыхъ ваннъ уменьшается, движенія дѣлаются болѣе легкими, свободными; таже цѣль достигается впрочемъ часто и свѣтовыми ваннами, грязями, банями и пр. мѣрами, ведущими къ усиленію обмѣна веществъ, урегулированію его. Упорные Myositis, Lumbago Torticollis весьма не рѣдко совершенно проходятъ отъ солянокъ 30—31°P. Неврозы и невриты артриковъ, ревматиковъ и алкоголиковъ поразительно хорошо устраняются улучшеніемъ отъ солянковыхъ ваннъ обмѣна веществъ; боли въ мышцахъ, суставахъ, нервахъ послѣ нѣкотораго обостренія въ первое время—исчезаютъ съ рассасываніемъ воспалительныхъ экссудатовъ. Солянкамъ содѣйствуютъ

грязевыя ванны, припарки, разныя души. Естественно, что невроты у ревматиковъ вначалѣ приходится лечить не холодной водой, а горячей — солянковыми ваннами въ 29—30°, грязевыми ваннами въ 31—33°Р., паровыми или съѣтовыми шкафчиками, банями и только потомъ, по окончаніи б. или м. длительнаго курса леченія этого рода, переходить, повиная т, въ углекислымъ ваннамъ 27—26 Р. и затѣмъ постепенно и осторожно къ душамъ 25—20° Р. Дрожанія алкоголиковъ проходятъ отъ однихъ солянокъ и воздержанія поразительно быстро. Сифилисъ въ третичныхъ своихъ проявленіяхъ лечится хорошо солянковыми ваннами, а т. к. сифилитики крайне часто бываютъ въ тоже время неврастениками, то параллельно и нервная система улучшается въ своихъ функціяхъ. Вообще невроты у сифилитиковъ довольно благодарный матеріалъ для леченія въ Цѣхонинкѣ, конечно отчасти и потому, что въ развитіи невроза у сифилитика часто играетъ роль нравственная травма. Невроты, развившіеся на почвѣ заболѣванія полового аппарата у женщинъ, лечатся солянковыми ваннами, мѣстными и общими, припарками, горячими спринцеваніями 4% солянкой 39° Р. и мѣстными лекарственными средствами. Тамъ, гдѣ въ основѣ невроза лежитъ малокровіе, лейкемія или иная болѣзнь крови, приходится вести сложное леченіе: кромѣ солянковыхъ ваннъ примѣняютъ мышьяковыя и желѣзистыя воды, кефиръ и т. д. Невроты сердца, являясь обыкновенно мѣстными симптомами тяжелой неврастении или истеріи, лечатся послѣ солянковыхъ ваннъ другими методами гидропатіи. Нѣкоторыя болѣзни кожи, имѣющія связь съ нервной системой, особенно экзема и псориазисъ, весьма часто проходятъ отъ солянковыхъ ваннъ или въ значительной степени слабѣютъ въ своихъ проявленіяхъ. Надо однако сказать, что крѣпкая солянка, особенно у лицъ съ нѣжной кожей, можетъ вызывать раздраженіе чрезмѣрно сильное и даже въ мѣстахъ наиболѣе чувствительныхъ—въ пахахъ, у женщинъ подъ грудями легкую сыпь съ зудомъ; при сильной концентраціи солей—подчасъ эритему.

Въ Цѣхонинкѣ въ большомъ ходу солянковыя ванны съ прибавленіемъ хвойнаго экстракта мѣстнаго приготовленія для взрослыхъ 1— $\frac{1}{2}$ бутылки на ванну, дѣтямъ меньше, смотря по возрасту.

Для внутренняго употребленія существуетъ солянка двухъ родовъ 0,3 и 1⁰/₀. Онѣ очень полезны при неврозахъ желудка съ потерей аппетита, отрыжками, чувствомъ полноты, запорами, требующими извѣстнаго возбужденія пищеваренія. Солянка № 8, т. е. 0,3⁰/₀ рекомендуется при слабой атоніи кишекъ, солянка № 10, т. е. 1⁰/₀ при сильной; часто газированная предпочитается обыкновенной. Мигрени, дурное настроеніе, зависящія отъ геморроя, проходятъ отъ внутренняго употребленія солянки. Пьютъ эту воду обыкновенно натопающъ 1—2—3 стакана въ день, дома или въ курзалѣ на прогулкѣ.

Ингаляціонное отдѣленіе имѣетъ для нервно-больныхъ наименьшее значеніе. Больныхъ съ истерической афоніей, съ параличемъ голосовыхъ связокъ, нервной астмой и т. п. немного, но приѣзжающіе съ этими болѣзнями часто находятъ излеченіе въ Цѣхординкѣ подъ вліяніемъ ингаляцій. Вдыханіе солянковыхъ паровъ комнатной t въ чистомъ видѣ или съ хвойнымъ экстрактомъ полезно и для тѣхъ нервно-больныхъ, у которыхъ общій неврозъ поддерживается въ значительной мѣрѣ болѣзнями носоглотки, напр. у многихъ золотушныхъ дѣтей, часто у курильщиковъ табаку и др. Ингаляціи лекарственныхъ дѣлаются преимущественно въ 35—40° P., для нихъ существуетъ особый отъ предназначенныхъ для простыхъ и ароматическихъ ингаляцій залъ со множествомъ соотвѣтственныхъ аппаратовъ.

Цѣходиновъ славится еще своими торфяными, иначе грязевыми ваннами. Торфъ, добываемый въ окрестностяхъ, соотвѣтственно обрабатывается для ваннъ машиннымъ путемъ, затѣмъ смѣшивается съ горячей 4⁰/₀ солянкой до полученія густой буро-черной массы. Грязь настолько густа, что больной опускается въ нее медленно, тяжело, и сидя въ ваннѣ, едва можетъ двигать въ ней ногами. Общія грязевыя ванны дѣлаются t 31—34° P., взрослымъ черезъ день, дѣтямъ 2 раза въ недѣлю, въ промежуточные дни принимаются обыкновенно солянковые. Сидать въ грязевой ваннѣ 10—15—20 м. Общее количество ваннъ обыкновенно небольшое, напр. 10—12; нѣкоторые, впрочемъ, принимаютъ ихъ до 20. Грязевыя ванны въ 28° не дѣлаются вовсе, т. е. слишкомъ холодны. Выйдя изъ грязевой ванны опускаются въ солянковую, чтобы смыть грязь. Грязевая ванна подымаетъ t тѣла больного на 1¹/₂—3° P, послѣ чего наступаетъ потѣніе. Есть особая комнаты-

потѣльны, но т. к. разстояніе до дому обыкновенно не большое, то больные предпочитаютъ дома лечь въ постель на 1¹/₂, — 3 часа, т. болѣе что общая слабость наступаетъ не сразу, а нѣкоторое время спустя. Примѣненіе грязевыхъ ваннъ требуетъ нѣкоторой осторожности, т. к. онѣ оказываютъ сильное вліяніе на кровяное давленіе, пульсъ, обмѣнъ веществъ, предполагаются здоровыя сердце и легкія, отсутствіе рѣзко выраженного склероза сосудовъ и чрезмѣрной возбудимости нервной системы. Необходимо имѣть въ виду при назначеніи грязевыхъ ваннъ вообще, что у многихъ отъ нихъ наступаетъ головокруженіе, головная боль, тяжесть въ груди, повышеніе общей раздражительности. Совѣтуютъ оставлять грудь, особенно сердечную область открытой, т. к. грязь для нея и тяжела, и горяча. Ванны въ 28—29° дѣйствуютъ не такъ энергично, уменьшаютъ нервную возбудимость. Собственно дѣйствіе грязевыхъ ваннъ — комбинированное: солянки и торфа. Онѣ вызываютъ обострѣніе хроническихъ процессовъ (ломота въ суставахъ, боль мышцъ, дурное настроеніе духа), но при леченіи этотъ періодъ мнимаго ухудшенія приходится терпѣливо переждать; выздоровленіе, тамъ, гдѣ оно возможно, наступаетъ иногда даже черезъ мѣсяць и болѣе послѣ окончанія курса леченія ваннами, хотя бы человекъ за это время похудѣлъ, упалъ въ вѣсѣ. Грязевыя ванны примѣняются гл. обр. при ревматизмѣ, туберкулезныхъ и др. хроническихъ воспаленіяхъ суставовъ, а также при женскихъ и нервныхъ болѣзняхъ. При женскихъ болѣзняхъ примѣняются или общія ванны, или полуванны, или наконецъ грязевыя припарки на животъ. Въ какой-бы формѣ леченіе грязями не примѣнялось у женщинъ, страдающихъ одновременно функціональнымъ неврозомъ, что бываетъ очень часто, необходимо считаться съ раздражающимъ вліяніемъ грязей на нервную систему и по окончаніи курса леченія грязями осторожно переходить къ болѣе низкимъ т черезъ солянку, углекислыя ванны и души, чтобы поднять упавшую энергію и бодрость духа. Грязевыми ваннами лечатъ особенно охотно столь часто встрѣчающійся Ischias, но примѣняются онѣ и противъ табетическихъ невралгій, міэлитовъ, менингоміэлитовъ, множественнаго неврикта и пр.

Для мѣстныхъ ваннъ берется т 35—40° Р. и ихъ можно дѣлать въ гораздо большемъ количествѣ. При мѣстныхъ, или

какъ ихъ называютъ въ Цѣхоцинкѣ фасонныхъ ваннахъ высокая t вызываетъ сначала суженіе сосудовъ, потомъ гиперемію соответствующей части тѣла съ ускореніемъ распада и удаленіемъ продуктовъ воспаленія, что именно и показывается при невритахъ. Мѣстными ваннами удобно лечить невриты *n. peronei*, *n. radialis* и др. Грязевыя припарки идутъ при энтеральгіяхъ, туберкулезѣ позвоночника и др. болѣзняхъ.

Начало примѣненія углекислыхъ ваннъ въ Цѣхоцинкѣ относится къ 1902 г. Собственно ванны дѣлаются не чисто углекислыя, а углекисло-солянковыя. CO_2 приводится въ курортъ въ металлическихъ герметически закупоренныхъ цилиндрахъ. Насыщеніе прѣсной воды углекислымъ газомъ производится въ самомъ ванномъ зданіи въ особомъ для этого помѣщеніи. Въ ванну насыщенная CO_2 прѣсная вода t 14—17° R. впускается черезъ лежащую на днѣ резиновую трубку съ мелкими отверстіями. Воду эту наливаютъ до высоты 8—15, иногда до 20 и болѣе сантим., смотря по указанію пользующаго врача, затѣмъ впускается 6% солянка, нагрѣтая до 40° R. и устанавливается надлежащая t . Насыщенная углекислотой вода шипитъ какъ сельтерская, она совершенно прозрачна и безцвѣтна; послѣ прибавленія солянки мутнѣетъ, продолжая пузыриться и бурлить; получается приблизительно 2% насыщенная CO_2 солянка. Можно наполнять ванну сначала горячей солянкой въ 35—40° R. (имѣются солянки t 35—40—70° R.), а потомъ уже наливать прѣсную воду, насыщенную углекислымъ газомъ до надлежащей t . До сихъ поръ врачи курорта не пришли къ опредѣленному выводу, какъ дѣлать смѣсь удобнѣе и лучше, чтобы удовлетворены были и техническія, и медицинскія требованія, между тѣмъ способы приготовленія ванны не безразличны для полученія опредѣленной степени насыщенія воды CO_2 (обыкновенно CO_2 въ углекисло-солянковой ваннѣ бываетъ 900—1300 сантим. въ 1 литрѣ при 27—28° R.), назначенной врачомъ, t , концентраціи солей, уровня воды. На практикѣ многіе врачи удовлетворяются возможностью получить ванны трехъ родовъ: слабыя, среднія и сильныя, но и это достигается пока не вполне. Какъ бы то ни было углекислыя ванны въ Цѣхоцинкѣ — одинъ изъ излюбленныхъ методовъ леченія, спросъ на нихъ въ разгаръ сезона очень большой.

Примѣняются онѣ различной t , но обыкновенно не выше 28° Р. и не ниже 24. Наиболѣе часто назначаются въ 27° — 26° Р. Сидятъ въ ваннѣ 10—30, чаще всего 12—15 мин. Рекомендуются объявленіемъ на стѣнѣ ванны безъ совѣта врача не принимать, сидѣть тихо, изрѣдка слегка проводя рукою по поверхности тѣла и удаляя тѣмъ насѣвшіе пузырьки газа. Полагается передъ принятіемъ ванны всякій разъ провѣрить комнату, а при выходѣ изъ нея сейчасъ-же выпускать воду, чтобы вдыхаемый воздухъ не насытился CO_2 . Эти мелочи зачастую упускаются изъ виду, а между тѣмъ головныя боли, давленіе въ груди, головокруженія, появляющіеся иногда у сидящаго въ ваннѣ и продолжающіеся б. или м. долго потомъ, вызываются въ значительной степени несоблюденіемъ упомянутаго правила. Углекислыя ванны особенно хороши для лицъ средняго возраста, но дѣлаютъ ихъ и старикамъ 60—70 л. конечно съ нѣкоторою осторожностью. Къ дѣтямъ онѣ не примѣняются.

У человѣка, погружившагося въ ванну, кожа нѣсколько блѣднѣетъ, при выходѣ или немного спустя краснѣетъ отъ расширенія кожныхъ сосудовъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ получается пріятное чувство тепла. Я не могу входить здѣсь въ детали описанія физиологическаго дѣйствія углекислыхъ ваннъ на организмъ, которое въ тому-же не вполне еще изучено. Извѣстно, что онѣ повышаютъ нѣсколько кровяное давленіе, улучшаютъ периферическое кровообращеніе и рефлекторными вліяніями благотворно дѣйствуютъ на функціи внутреннихъ органовъ. Чѣмъ спокойнѣе чѣловѣкъ сидитъ въ ваннѣ, тѣмъ болѣе нѣжное и пріятное щекотаніе тѣла при легкомъ одновременномъ охлажденіи испытываетъ онъ; соприкасающіеся съ поверхностью тѣла пузырьки газа, прежде чѣмъ подняться и лопнуть, пробѣгаютъ по кожѣ и своеобразно щекотать и освѣжаютъ; при спокойномъ лежаніи въ водѣ. 27° Р. чувствуется разливающееся по поверхности тѣла тепло, при шевеленіи конечностью—легкая въ ней прохлада, какъ бы дуновеніе вѣтерка. Чѣмъ ниже t и больше CO_2 , тѣмъ раздраженіе кожи сильнѣе, физиологическое дѣйствіе значитѣльнѣе, самочувствіе лучше; t ниже 25° Р., какъ слишкомъ прохладную, многіе не переносятъ вовсе. Полезно дѣлать ванны съ возрастающимъ содержаніемъ CO_2 и съ постепеннымъ пониженіемъ t .

Углекислыя ванны назначаютъ самымъ различнымъ больнымъ часто по окончаніи леченія солянками; дѣлаютъ ихъ не ежедневно, а въ перемежку съ солянковыми или черезъ каждыя двѣ солянки, или рекомендуется взять одну солянку, одну углекислую ванну, а третій день отдыхать. Отъ врачебныхъ соображеній зависитъ, какого порядка придерживаться въ каждомъ данномъ случаѣ. Надо сказать, что къ ваннамъ одного рода организмъ легко привыкаетъ и дѣйствіе слабѣетъ, а потому тутъ, какъ и при грязевыхъ, необходима смѣна.

Углекислыя ванны устраняютъ различные симптомокомплексы общихъ невродовъ, какъ истерія или неврастенія, между прочимъ у женщинъ половую анестезію, у мужчинъ—половую слабость. Сравнительно часто примѣняются онѣ при различныхъ заболѣваніяхъ кровеносной системы и сердца; при склерозѣ ванны дѣлаются потеплѣе, не ниже 27° R., при порокахъ сердца низшей т и продолжительнѣе; регулируя сердечную дѣятельность они приводятъ и нервную систему въ надлежащее состояніе. Полезны и при такихъ болѣзняхъ какъ Morbus Basedowi, Tabes dorsalis, Myelitis Spinalis.

Благотворное дѣйствіе углекисло-солянковыхъ ваннъ слѣдуетъ изъ вліянія т, продолжительности пребыванія въ водѣ, количества углекислаго газа, концентрацій солей и пр.; не все равно—опускается ли человѣкъ по шею въ воду и полужелитъ въ ней или сидитъ по поясъ, покрывается ли ванна простыней для предохраненія отъ вдыханія углекислоты или нѣтъ, достаточно ли провѣтрена комната или въ воздухѣ еще имѣется большое количество CO₂ и т. д. Словомъ для благотворнаго вліянія этихъ ваннъ требуется соблюденіе разныхъ правилъ и какъ и при другихъ методахъ водолеченія, полное слѣдованіе указаніямъ опытнаго руководителя леченія.

Еще въ прошломъ году электрическія ванны и другіе аппараты для электротерапіи, а также свѣтотермическія ванны находились въ тѣсномъ помѣщеніи зданія гидропатіи въ нѣсколькихъ комнатахъ, что было крайне неудобно. Съ нынѣшняго года электротерапевтическое отдѣленіе составляетъ особую обширную часть новоотстроеннаго зданія грязевыхъ и солянковыхъ ваннъ для людей несостоятельныхъ. Въ этомъ электротерапевтическомъ отдѣленіи въ 6 комнатахъ расположены аппараты для электро- и свѣтолеченія; кромѣ того имѣются

кабинеты для врачебнаго персонала и служительская, залъ для ожиданія очереди и т. д. Назначаемые врачами курорта способы электро и свѣтолеченія проводятся здѣсь опытнымъ въ этомъ дѣлѣ терапевтомъ и его ассистентомъ при помощи низшаго медицинскаго персонала, достаточно обученнаго своему дѣлу, обстоятельство весьма существенное, принимая во вниманіе боязнъ многихъ больныхъ передъ электричествомъ и относительную дороговизну леченія.

Для свѣтовыхъ ваннъ, т. е. сухого грѣтаго воздуха существуетъ множество приборовъ.

Для общей свѣтовой ванны предназначенъ всѣмъ знакомый дубовый 8-гранный выставный внутри азбестомъ шкафъ съ 48 лампочками по стѣнкамъ. Лампочки навинчиваются двоякаго рода: или изъ обыкновеннаго стекла, или изъ синяго. Можно освѣщать одну часть тѣла синимъ, другую обыкновеннымъ электрическимъ свѣтомъ, смотря по надобности. Зажигаютъ лампочки или всѣ сразу или только 36—24—12 на одной по преимуществу сторонѣ, или равномерно на всѣхъ стѣнкахъ.

Сидящему обнаженнымъ въ такомъ шкафу больному на голову одѣвается мѣдный шлемъ и на область сердца плоская металлическая коробка; черезъ нихъ проводится посредствомъ резиновой трубки вода комнатной т. Подогрѣваніе шкафа происходитъ постепенно, начиная съ 30° R. уже чувствуется порядочное тепло, при 45° R. наступаетъ сильное потѣніе. Выше 46° R. слѣдуетъ дѣлать эти ванны съ осторожностью: могутъ наступить головокруженіе, сердцебиеніе, головная боль, затѣмъ общая слабость, разбитость въ теченіе цѣлаго дня. Цѣль этихъ ваннъ достигнута потѣніемъ, для чего т 35—45° R. вполне достаточна. Сейчас послѣ выхода изъ свѣтовой ванны больной погружается на 1—3 мин. въ ванну 28—26° R. или становится подъ дождевой душъ 25—20° R., ему дѣлается влажное обертываніе или онъ просто ложится въ постель, смотря по тому, какъ указано врачомъ. Свѣтовая общая ванна продолжается 15—30 мин. Послѣ нея и здоровые чувствуютъ порядочное утомленіе, слабость, особенно въ началѣ, съ непривычки. Во время сидѣнія въ шкафу больной можетъ самъ слѣдить за т по имѣющемуся наверху термометру, что удобно и пріятно боязливымъ субъектамъ.

Надо сказать, что приготовленіе къ общей грязевой ваннѣ, гл. обр. надѣваніе холоднаго шлема на голову и металлической коробки на грудь, многихъ пугаетъ и многимъ непріятно, особенно неврастенникамъ, но потомъ больные привыкаютъ. Необходимость сидѣть на стулѣ почти неподвижно, съ высунутой черезъ отверстіе сверху головой многихъ скоро утомляетъ, а у боязливыхъ неврастенниковъ легко возникаютъ навязчивыя представленія: „а вдругъ что нибудь случится—закружится голова и пр. и нельзя будетъ выбраться“ и т. д. Впрочемъ люди съ фобіями и навязчивыми идеями спокойны, если рядомъ врачъ или иное опытное лицо и вообще скоро привыкаютъ, перестаютъ волноваться. Общія свѣтовые ванны съ сухимъ грѣтымъ воздухомъ дѣлаются при неврозахъ не часто, обыкновенно въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется еще артритъ, ревматизмъ, тучность или иная болѣзнь съ показаніемъ къ этому методу леченія. Полезны эти ванны при *Lumbago*, *Ischias'* и въ нѣкоторыхъ формахъ *Spondylosis*. Нынѣ очень немногіе врачи предпочитаютъ свѣто-электрическому шкафу—паровой. Тамъ, гдѣ теперь примѣняютъ общую свѣтовую ванну въ 35—45° Р. прежде брали паровой шкафъ 30—35° Р. 20 минутъ продолжительности съ послѣдующей охлаждающей процедурой.

Изъ аппаратовъ для мѣстныхъ, иначе фассонныхъ ваннъ, одни предназначены только для термическаго дѣйствія, другіе для совмѣстнаго дѣйствія тепла и свѣта, обыкновеннаго или синяго. Мѣстныя свѣтовые (обыкновенно съ 8-ю лампочками) и термоэлектрическія (съ реостатомъ) примѣняются какъ и общія гораздо чаще при артритахъ, чѣмъ при нервныхъ заболѣваніяхъ. Продолжительность мѣстныхъ ваннъ 20—40—60 мин., $t=50-90^{\circ}$ Р.; дѣлаютъ ихъ черезъ день. Что касается заболѣваній нервной системы, то примѣняютъ эти ванны при невритахъ, периферическихъ параличахъ, атрофіяхъ мышцъ разнаго происхожденія, энтеральгіяхъ. Лампочки изъ простого стекла и тутъ могутъ замѣняться синими. Термоэлектрическія мѣстныя ванны, т. е. нагреваемые посредствомъ металлическихъ пластинокъ на стѣнкахъ, могутъ дать и нѣсколько болѣе высокую, чѣмъ свѣтовые, но дѣйствіе ихъ только термическое, а не комбинированное свѣта и тепла. Вслѣдствіе отвлеченія крови въ одну часть тѣла и перегрѣванія ея могутъ появиться бессонница, головная боль и пр.

Синій свѣтъ примѣняется конечно и въ ручныхъ подвижныхъ, всѣмъ извѣстныхъ, лампочкахъ; наводится свѣтъ въ теченіе 5—20 мин. на болевыя точки на мѣстахъ кожной гиперестезіи.

Широкое примѣненіе имѣютъ при нервныхъ болѣзняхъ въ Цѣхоникѣ общая гидроэлектрическая ванна съ фарадическимъ или гальваническимъ токомъ t 28°—29 R. и 8—10 миллиамперъ.

Къ сожалѣнію въ отдѣленіи только одна такая ванна; она почти постоянно занята. Эти ванны примѣняются при мѣнштахъ, менингомѣнштахъ и особенно при общихъ неврозахъ. Четырехкамерной ванной пользуются не такъ часто, примѣняется она, какъ и всюду, при параличахъ по преимуществу, при чемъ токъ пропускается или сразу во всѣ 4 камеры, или только въ 2 нижнія, верхнія или боковыя на той или другой сторонѣ въ теченіе 10—25 мин., t 27—35° R. Полезной она оказывается также при истерическихъ контрактурахъ, хорическихъ парезахъ конечностей, невралгіяхъ при *Tabes dorsalis*, невритахъ и т. д.

Фарадическій токъ въ электрическихъ ваннахъ публичкой предпочитается; больнымъ болѣе убѣдительно, что токъ проходитъ сквозь тѣло.

Въ одной изъ комнатъ находится Pantostat для разныхъ терапевтическихъ мѣропріятій съ сухимъ электричествомъ. Вибраціонный массажъ примѣняется въ Цѣхоникѣ часто какъ методъ электро механо-терапии при атрофіяхъ невритическаго происхожденія, при *Polyomyelitis*, вообще при болѣзняхъ, при которыхъ волевые движенія невозможны или рѣзко ослаблены. Надо сказать, что сухимъ электричествомъ многіе врачи пользуют больныхъ у себя на дому, такъ что значительная часть нервно больныхъ не проходитъ вовсе черезъ электротерапевтическое отдѣленіе.

Я не могу привести общей цифры благопріятныхъ исходовъ леченія больныхъ въ электротерапевтическомъ отдѣленіи, но долженъ отмѣтить тотъ фактъ, что органическія заболѣванія, а съ таковыми обыкновенно приходятъ, электричество въ какой-бы формѣ и въ какомъ бы видѣ оно не примѣнялось, давало б. ч. лишь небольшое улучшеніе. Гораздо большее число благопріятныхъ случаевъ приходится на артритиковъ съ неврозомъ. Тѣмъ не менѣе электротерапія съ каж-

дымъ годомъ становится въ курортѣ популярнѣе, количество процедуръ съ 300 въ годъ открытія электротерапевтическаго кабинета возрасло до 5000, изъ нихъ до 500 приходится на разнаго рода нервно-больныхъ.

Гидропатическое отдѣленіе въ особомъ зданіи устроено въ 1905 г. Въ Цѣхоцинкѣ въ большемъ ходу души: дождевые, струевыя, циркулярныя, менѣе—души Шарко и шотландскіе. Лечение душами съ каждымъ годомъ дѣлается все болѣе популярнымъ, гл. обр. по той причинѣ, что этотъ методъ дешевъ, простъ и полезенъ при правильномъ пользованіи имъ. По официальнымъ свѣдѣніямъ въ годъ открытія гидропатическаго отдѣленія душами пользовалось 500 чел., сдѣлано процедуръ 8630, въ 1907 г.—до 700, а процедуръ было 11.000, теперь еще того болѣе. До 20°/о всей лечебщейся въ гидропатическомъ отдѣленіи публики пользуется только гидропатіей. Приблизительно 50°/о всѣхъ принимающихъ души имѣютъ нервное заболѣваніе самостоятельное или чаще какъ осложненіе въ видѣ функціональнаго невроза, истеріи или неврастеніи. При астмѣ, алкоголизмѣ и нѣкоторыхъ другихъ заболѣваніяхъ нервной системы души оказываютъ крайне благотворное дѣйствіе. Т. для обыкновенныхъ душъ берется вначалѣ 26—24° Р., потомъ постепенно черезъ каждые 2—3 дня уменьшается на 1 градусъ. Продолжительность соотвѣтственно мѣняется $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ мин. У многихъ одержимыхъ функціональнымъ неврозомъ спускать t ниже 20° Р. не приходится, чтобы не получить обратное дѣйствіе—раздраженіе. Ниже 14° Р. души вообще не дѣлаются въ Цѣхоцинкѣ, а t 18—15° примѣняется у нервно-больныхъ съ нѣкоторой осторожностью. Многіе принимаютъ солянковую ванну и душъ въ одинъ и тотъ-же день. Души Шарко дѣлаются въ Цѣхоцинкѣ съ давленіемъ 1 $\frac{1}{2}$ —2 атмосферы, не болѣе, при чемъ больной окачивается изъ кишки въ разстояніи 1—2 сажени, напр. при истерическихъ анестезіяхъ. При шотландскомъ душѣ разница t воды изъ двухъ кишекъ, изъ коихъ по очереди обливается человекъ, сперва берется малая, напр. 26 и 22° Р., потомъ все болѣе значительная, пока не достигнетъ 20°, напр. 35 и 15° Р. Смотря по роду болѣзни полезнымъ оказывается тотъ или другой способъ леченія душами, причемъ часто приходится руководствоваться просто эмпиріей и заявленіемъ самого больного о пользѣ для него того или иного

способа. Лечение обтираніемъ солянкой занимаетъ второстепенное мѣсто.

Было бы излишнимъ останавливаться на пользѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ обыкновенныхъ русскихъ бань, особенно связанныхъ съ массажемъ при мытьѣ тѣла банщикомъ. Для бань конечно нѣтъ надобности ѣздить въ курортъ, но въ ряду другихъ методовъ бальнеотерапіи, какими располагаетъ Цѣхочинокъ, и бани слѣдуетъ помянуть добрымъ словомъ. Банными пользуется гл. обр. русскій элементъ и то болѣе для опрятности, чѣмъ съ лечебными цѣлями, поляки и евреи къ банямъ не привыкли, не любятъ ихъ.

Воздушныя солнечныя ванны устроены лишь въ нынѣшнемъ году среди хвойнаго парка. Пользуются ими въѣкоторые неврастенники, страдающіе бессонницей и др., но вообще мало и лишь въ сухую теплую погоду.

Я не буду здѣсь останавливаться на вспомогательныхъ средствахъ леченія нервныхъ болѣзней въ Цѣхочинкѣ въ видѣ разныхъ минеральныхъ водъ, кефира, діеты, гимнастики и т. д. Въ паркѣ и аптекѣ имѣются всѣ главныя минеральныя воды, могущія въ извѣстныхъ случаяхъ быть полезными, нѣсколько кефирныхъ заведеній, бойко торгующихъ въ разгаръ сезона. Существуетъ нѣсколько частныхъ гимнастическихъ заведеній — для здоровыхъ и больныхъ, взрослыхъ и дѣтей, особенно послѣднихъ. Въ роскошномъ паркѣ, гдѣ дважды въ день играетъ музыка, выдѣлены и приспособлены мѣста для лаунъ-тенниса, крокета, есть Кегельбанъ и пр. Рестораны, столовыя, пукерни готовятъ пищу сообразуясь съ предъявляемыми требованіями діеты. Все устроено по возможности такъ, чтобы использовать время леченія наилучшимъ образомъ. Недостаткомъ Цѣхочинка является нѣсколько сырой и даже суровый климатъ съ теплымъ утромъ, но холоднымъ вечеромъ, частыми дождями и неустойчивостью вообще погоды. При нервныхъ болѣзняхъ это обстоятельство не имѣетъ особенно большого значенія. Практика даже показала, что въ среднемъ сезонѣ (съ 17VI по 28VII) нервно больные чувствуютъ себя не такъ хорошо какъ въ первомъ (съ 8V по 17VI) и третьемъ (съ 28VII по 8IX). Объясняется это не столько отосительно высокой *t* середины лѣта, раздражающей многихъ неврастениковъ, сколько дороговизной квартиры и стола. Тѣснотой въ нѣкоторыхъ ванныхъ зданіяхъ и многолюдствомъ.

Хожденіе въ паркѣ на музыку, прогулки по окрестностямъ среди пышныхъ луговъ травъ, роскошныхъ нивъ, красивыхъ рощъ или сухихъ песковъ, поѣздки по р. Вислѣ съ чудными видами, рыбная ловля и т. д. развлекаютъ лицъ скучающихъ, не утомляя ихъ. Даже кинематографъ и небольшой театръ существуютъ въ Цѣхоцинкѣ. Послѣ сутолоки городской жизни съ домашними или служебными заботами и хлопотами прїѣзжіе отдыхаютъ душой и тѣломъ, а это тоже является важнымъ факторомъ въ леченіи по крайней мѣрѣ функціональных неврозовъ.

Въ заключеніе спросимъ, для какихъ-же нервно больныхъ пригоденъ Цѣхоцинокъ какъ курортъ? Отвѣтъ вытекаетъ изъ всего вышеизложеннаго.

Прежде всего слѣдуетъ отмѣтить прекрасный результатъ, достигаемый въ Цѣхоцинкѣ при леченіи функціональных неврозовъ. Къ излеченію ведутъ разныя комбинаціи бальнеотерапіи, выработанная отчасти мѣстнымъ опытомъ: солянка, углекислыя и электрическія ванны, въ заключеніе души. Большое значеніе имѣетъ устраненіе соматическаго заболѣванія тамъ, гдѣ имъ поддерживается неврозъ и это весьма часто вполне возможно. Только при наличности кромѣ невроза еще болѣзни легкихъ — лучше не прїѣзжать въ Цѣхоцинокъ.

Изъ заболѣваній периферической нервной системы особенно удачно бываетъ леченіе ревматическаго и артритическаго Ischias'a солянками и грязевыми ваннами, грязевыми припарками, банями, электро свѣтовыми ваннами, не говоря уже о сухой электризаціи, массажѣ и пр. Периферическіе параличи простуднаго, алкогольнаго, послѣ инфекціоннаго происхожденія даютъ тоже большой % выздоровленія или улучшенія; тутъ примѣняются солянка разной концентраціи, часто высокой, мѣстныя, иначе фасонныя, грязевыя, электро-термическія и электросвѣтовыя ванны, сухая электризація, массажъ и пр.; при атрофіяхъ мышцы крѣпнутъ, становятся болѣе упругими, активныя движенія облегчаются.

При міелитахъ и спинной сухоткѣ отъ соответствующихъ ваннъ (солянковыя и др.) боли часто проходятъ совсѣмъ или почти совсѣмъ, походка улучшается, функція пузыря регулируется. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются воспалительные эксудаты, кровоизліянія, утолщенія надкостницы,

сдавливавшіе спинной, мозгъ улучшение послѣ курса леченія слабыми солянковыми ваннами умѣренныхъ температуръ, углекислыми, грязевыми и пр. можетъ быть поразительное и лица, которыхъ, какъ безпомощныхъ, приводили къ ваннымъ зданіямъ, весьма нерѣдко становятся вновь на ноги, приходятъ сами, опираясь на палку. Часто встрѣчающійся въ Цѣхоцинкѣ дѣтскій параличъ послѣ повторныхъ пріѣздовъ въ курортъ и при правильномъ веденіи леченія устраняется у очень многихъ. Единичными случаями попадаются въ курортѣ Paralysis agitans, прогрессивная мышечная атрофія и нѣкоторыя другія нервныя болѣзни, но леченіе ихъ б. ч. безуспѣшно.

Болѣзни головного мозга не исключая сравнительно частыхъ полупараличей отъ кровоизліянія, тромбоза или эмболии, очень рѣдко даютъ существенныя измѣненія къ лучшему. Въ старческомъ возрастѣ гемиплегіи требуютъ, какъ извѣстно, осторожнаго леченія; ранѣе 6 недѣль послѣ кровоизліянія ванны вообще противопоказаны. Нѣкоторое улучшение въ хроническихъ случаяхъ возможно, если возрастъ молодой, сердце хорошее, склерозъ сосудовъ не великъ. Грязевыя ванны тутъ безусловно не рекомендуются, другія должны быть не слишкомъ продолжительны и не очень горячи. Пріѣзжаютъ въ Цѣхоциноу лечиться и съ опухолями мозга, но при этихъ болѣзняхъ результатъ совершенно плохой. Вообще органическія заболѣванія головного мозга самый неблагоприятный матеріалъ для леченія въ Цѣхоцинкѣ.

Объ остеомахъ въ мозгу.

И. М. Кронъ.

Гетеропластическія остеомы т. е. образованія настоящей кости въ органѣ человѣческаго тѣла чрезвычайно рѣдки, еще рѣже онѣ встрѣчаются въ мягкой мозговой оболочкѣ и въ веществѣ мозга.

Rokitansky объ остеомахъ вовсе не упоминаетъ, а *Hasse* ихъ отрицаетъ совершенно: въ толщѣ мозга лишь въ видѣ исключенія встрѣчаются раковыя опухоли съ окостенѣвшимъ остовомъ или лишь частично окостенѣвшія энхондромы, обычно встрѣчается лишь обызвествленіе бугорковъ и эксудатовъ, равно какъ саркоматозныхъ опухолей; далѣе цистичерковые мѣшки сморщившіеся и обратившіеся въ известковые сrostки, обызвествленіе артеріальныхъ сосудовъ и, наконецъ, такъ наз. известковые метастазы, но не костныя опухоли въ собственномъ смыслѣ. Я здѣсь не намѣренъ коснуться болѣе часто встрѣчающихся образованій кости въ твердой мозговой оболочкѣ. Въ новѣйшей монографіи объ опухоляхъ мозга *Brunsa* мы не находимъ упоминаній о нихъ. *Oppenheim* цитируетъ 2 случая тератомъ придатка мозга: въ таковыхъ на ряду съ хрящевой тканью, зубами и эпителиальными массами имѣлась также костная ткань. *Benjamin* считалъ наблюдаемую имъ остеому окостенѣвшей липомой. *Siemon* описалъ бугорковъ съ послѣдовавшимъ извествленіемъ и окостенѣніемъ.

Bruns упоминаетъ лишь объ остеосаркомахъ. Описанныя въ ветеринарной литературѣ *Roth'омъ* и *Kitt'омъ* внутричерепныя зубныя остеомы—„окостенѣвшіе мозги“ старыхъ авторовъ относятся къ области тератологии въ отдѣлѣ тератомъ зачаточныхъ бороздъ. Немногочисленные, относящіеся къ остеомамъ въ мозгу, случаи приведены въ диссертациі *Пожарійскаго* (дисс. Хорьковъ 1904 г.), обогатившаго казуистику 3-мя новыми паталого-анатомическими объектами. Большинство описанныхъ случаевъ приходится на мозжечекъ; *Virchow*, описавшій 3 остеомы мозжечка уже указалъ на то, что мозжечекъ является излюбленнымъ мѣстомъ остеомы. *Meschede* на ряду съ остеомой лѣвой лобной доли, которая прилегла на ограниченномъ участкѣ непосредственно къ поверхности коры и здѣсь была покрыта мягкой мозговой оболочкой, нашелъ полость въ аммоніевѣ рогѣ; послѣднюю нужно разсматривать, какъ неправильность развитія; она была выстлана сплетеніемъ *chorioideae en miniature*. Въ этомъ случаѣ оказались также многочисленныя (44) бѣлыя пластинки хрящеватой консистенціи, расположенныя по всей длинѣ паутинной оболочки.

Ebstein описалъ совершенно аналогичную остеому мозжечка *Пожарійскій* предполагаетъ, что въ обоихъ случаяхъ исходнымъ пунктомъ костныхъ узловъ была мягкая оболочка а не вещество мозга. Объ остеомахъ мягкихъ мозговыхъ оболочекъ сообщили лишь *Virchow*, *Orth*, *Bensen*, *Pollack* и *Пожарійскій*. Я нашелъ въ литературѣ еще случай *Biddert'a*, не упомянутый *Пожарійскимъ*, въ которомъ локализациа остеомы и клиническая картина совершенно соотвѣтствовали нашему случаю; ниже къ этому случаю еще вернусь.

На первомъ международномъ съѣздѣ патологоанатомовъ въ Туринѣ 1911 г. *Dürck* сообщилъ о случаѣ почти полного облизвествленія одного полушарія мозга у 19-ти лѣтняго юноши. Онъ съ рожденія страдалъ поддергиваніями; позже развилась тяжелая эпилепсія—онъ сталъ идіотомъ. *Hemiplegia*

dextra съ контрактурами. Телангіектазія на лѣвой сторонѣ лица.

При вскрытіи найдено было диффузное образованіе ангиомъ мягкой мозговой оболочки надъ всей лѣвой гемисферой. Весь слой вещества мозга въ centrum semiovale былъ пронизанъ каменообразными отложеніями извести.

Вся кора мозга была пронизана многочисленными песчанистыми отложеніями. Микроскопическое изслѣдованіе, принятое послѣ декальцинаціи показало распространенное обызвествленіе сосудовъ, какъ капилляровъ такъ и болѣе крупныхъ артеріальныхъ стволовъ и диффузный слой извести въ веществѣ мозга. Dürck объясняетъ извествленіе значительными неправильностями въ питаніи полушарій, происшедшимъ изъ за развитія angioma racemosum въ мягкой мозговой оболочкѣ. Marchand сообщилъ о подобномъ же случаѣ, въ которомъ также было распространенное извествленіе мозга и angioma racemosum arteriale съ телеангіектазіею соотвѣтствующей стороны лица.

О петрификаціи гангліозныхъ клѣтокъ и ихъ отростковъ сообщили уже въ 56 г. *Virchow*, послѣ него много другихъ авторовъ. Отложеніе извести въ периферическихъ нервныхъ волокнахъ наблюдалъ *Девизикій*.

Перехожу къ нашему случаю:

К. 54 л., безъ занятій, поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе Старо-Екатериинской больницы 27 III с. г.. Въ возрастѣ 28-хъ л. онъ заболѣлъ мозговой болѣзнію сопровождавшейся лихорадкой и параличемъ лѣвыхъ конечностей. За послѣдніе три мѣсяца онъ сильно похудалъ, явилась общая слабость, упадокъ силъ, ночные поты и поносъ. Въ настоящее время страдаетъ кашлемъ и одышкой.

Б-ой очень истощенъ, худъ и малокровенъ, языкъ сухой, обложенъ, покрытъ налетомъ бѣловатаго цвѣта. Лѣвыя конечности рѣзко атрофированы, парализованы. Кости лѣвыхъ конечностей въ сравненіи съ правыми рѣзко отстали въ своемъ развитіи. Лѣвая рука находится въ локтевомъ и луче-

запястномъ суставѣ въ состояніи сгибательной контрактуры. Контрактура лѣвой ноги въ колѣнномъ и голеностопномъ суставѣ.

Въ верхнихъ доляхъ легкихъ много влажныхъ звонкихъ хриповъ и бронхиальное дыханіе. Пульсъ очень вялаго наполненія, 84 въ минуту, сердечные тоны чисты, но слабо слышны. Кишечникъ при прощупываніи болѣзненъ. Въ мочѣ слѣды бѣлка. Т° 36,7. ²⁸/III. Цианозъ концевъ пальцевъ рукъ. Сильная одышка. Пульсъ почти непрощупывается. Слабило нѣсколько разъ жидко подъ себя. Агонія. Въ 1 ч. дня exitus.

Трупъ представленъ былъ для изученія спланхнологіи ученицамъ фельдшерскихъ курсовъ при старо-Екатерининской болницѣ. Помощница преподавателя анатоміи отмѣтила, что во внутреннихъ органахъ нѣтъ измѣненій, объясняющихъ смерть. Приглашенный прозекторъ больницы обратилъ вниманіе на атрофію и контрактуру конечностей и произвелъ вскрытіе черепа и позвоночника.

Пользуюсь случаемъ, чтобы выразить многоуважаемому Александру Ивановичу Синеву благодарность за любезно мнѣ предоставленный случай и за фотографическіе снимки препаратовъ.

Мозговые оболочки не представляютъ ничего особеннаго. Вены мягкой мозговой оболочки слегка расширены. Извилины мозга нормальной конфигураціи. При проведеніи фронтальнаго разрѣза въ области центральной доли ножъ въ области полосатаго тѣла наткнулся на твердое тѣло, занимавшее большую часть *nuclei lentiformis et caps. int d.* и простирающееся внаружи въ бѣлое вещество до коры *insulae Reilii* и книзу почти до *cornu inf. ventriculi lateralis*. Описанное твердое тѣло повсюду выдѣрено въ мозговое вещество, изъ котораго оно не выдѣляется. Его поверхность покрыта выступами и зазубринами. Продольный размѣръ его 2,3 сант; поперечный почти 2 сант. См. рис. 1.

На поверхности *lobi semilunaris post. s.* и *l. cuneiform. d.* находится также подъ мягкой мозговой оболочкой маленькая костная опухоль длиною въ 0,5 пр. 0,6 сант., проникающая въ вещество мозга.

Препаратъ изъ праваго мозжечковаго полушарія: дѣло идетъ о своеобразномъ образованіи, которое какъ инородное тѣло выдѣрилось въ край мозжечка и не находится въ тѣс-

номъ соединеніи съ веществомъ послѣдняго. Уже макроскопически можно отличить многочисленные болѣе широкія и узкія полосы, окрашенныя въ синій или красный цвѣтъ. Подъ микроскопомъ видно, что опухоль имѣетъ строеніе губчатого вещества кости съ толстыми перекладами; виднѣются широкіе, содержащіе известъ, костныя переклады, которыя окружаютъ



Рис. 1.

систему отверстій неправильнаго размѣра, состоящія изъ рыхлой богатой жировыми клѣтками соединительной ткани, въ которой имѣются также лимфоциты болѣе крупнаго и мелкаго размѣра и капилляры разнообразныхъ размѣровъ. Эта жировая ткань есть костный мозгъ, заполняющій просвѣты губчатого вещества. Ср. рис. 2. Въ костномъ мозгу виднѣются одиночныя, красныя, содержащія ядра кровяныя тѣльца (нормобласты). У полюса этого образованія, наиболѣе глубоко внѣдреннаго въ мозжечекъ, образованіе кости менѣе замѣтно; здѣсь основа ткани состоитъ изъ плотныхъ, тѣсно сплетенныхъ волоконъ

соединительной ткани, въ которой видѣются одиночныя известковые островки; здѣсь дѣло идетъ, стало быть, не о костномъ веществѣ, но объ инкрустаціи соединительной ткани въ видѣ отдѣльных пятенъ. Кромѣ значительныхъ известковыхъ островковъ въ соединительнотканномъ веществѣ находятся еще участки, гдѣ известъ расположена въ



Рис. 2.

видѣ зернышекъ и конгломератовъ, диффузно окрашивающихся гематоксилиномъ. Также въ краевой зонѣ болѣе крупныхъ обызвествленныхъ участковъ встрѣчаются подобныя известковыя зернышки, беспорядочно расположенныя.

На отдѣльныхъ препаратахъ видна нѣжнозернистая, крошковидная субстанція, не обнаруживающая органическаго строенія и напоминающая „Globulargmasse“ описанную Virchow'омъ. Съ одной стороны она граничитъ съ костью, съ соединительно-тканной капсулой. Вещество мозжечка на большемъ протяженіи опухоли отдѣлено отъ вещества послѣдней, какъ бы щелью; у края вещества мозжечка имѣется довольно

широкій соединительно тканый покровъ, который въ немногихъ мѣстахъ сросенъ съ наружной стороной описаннаго образованія. Здѣсь отсутствуетъ сѣрый слой коры, кость граничитъ съ зерновымъ слоемъ. Въ боковыхъ отдѣлахъ костнаго образованія гангліозный слой поврежденъ. Расположенная у мозжечка соединительно тканная перепонка довольно бѣдна ядрами и содержитъ своеобразное скопленіе зернышекъ, напоминающихъ отложенія извести.

На препаратѣ, окрашенномъ по Van Gieson'у виднѣется также картина, а именно, что опухоль не вездѣ принимаетъ строеніе губчататаго вещества кости, но въ своей правой зонѣ состоитъ изъ плотной соединительной ткани, волокна которой перекрещиваются въ различномъ направленіи, образуя плотное сплетеніе.

Опухоль на другой сторонѣ мозжечка имѣетъ то же строеніе; въ одной и той же пластинкѣ чередуются иногда мѣста, гдѣ имѣется аморфная известь и гдѣ она уже совершенно связана съ основнымъ веществомъ. Вещество мозжечка по его краю мѣстами испещрено. Здѣсь опухоль связана съ мозжечкомъ рыхлой тканью, въ которой содержатся соединительно тканые элементы и гліозныя волокна; внутри этой ткани лежатъ маленькіе островки мозжечковаго вещества—гетеротопія искусственнаго происхожденія.

Соединительно-тканная оболочка, содержащая сосуды окружаетъ опухоль какъ бы капсулой; въ отдѣльныхъ мѣстахъ протянуты широкіе соединительно-тканые тяжи отъ капсулы къ сосѣднему веществу мозжечка, и отщепляютъ мелкіе островки мозжечковаго вещества отъ рядомъ лежащей ткани.

Исходная точка костныхъ образованій по всей вѣроятности лежала въ мягкой оболочкѣ мозга; ткань послѣдней столь нѣжная, основа, къ которой прилегаетъ остеома, столь малой прочности, что, какъ указываетъ Пожарійскій, невозможно прослѣдить ея анатомическія отношенія. На препаратахъ изъ *corpus striatum* опухоль имѣетъ приблизительно величину вишневоы косточки и лежитъ, какъ инородное тѣло, рѣзко ограниченное въ окружающемъ мозговомъ веществѣ, отъ котораго она все же отдѣлена какъ бы щелью. Строеніе опухоли и здѣсь даетъ картину губчататаго костнаго вещества съ толстыми перекладинами. Большіе участки поперечнаго разрѣза образованы соединительной тканью, подвергшейся разлитому объ-

известленію, не обнаруживающей костного характера. Вся краевая зона опухоли состоитъ изъ подобной широкой соединительно-тканной массы, въ которой произошелъ процессъ диффузнаго обызвествленія.

Капсула, окружающая кость, состоитъ изъ фиброзно-волокнуистой, интенсивно окрашенной эозиномъ ткани; волокна ея толсты, гіалиново перерождены, ядра почти отсутствуют. Въ отдѣльных мѣстахъ видно, что щель образована искусственно, а что широкіе соединительно-тканые тяжи съ расширенными сосудами проникаютъ въ окружающее вещество мозга со стороны капсулы. Между веществомъ мозга и опухолью протянуты мостики рыхлой соединительной ткани. Кромѣ крупныхъ неправильной формы костныхъ перекладныхъ находятъ также узкіе костные тяжи. Костный слой выделяется своимъ однороднымъ основнымъ веществомъ и вѣдренными ядрышками съ типичными отростками; въ костныхъ тѣлцахъ кѣтки большей частью сохранены.

Костные полости и тѣльца обнаруживаютъ большей частью нормальное строеніе. Кѣтки большей частью ясно зазубрены. Ядра костныхъ тѣлецъ въ отдѣльных мѣстахъ не окрашиваются. Кость какъ видно можетъ также погибнуть, некротизироваться и въ живомъ организмѣ. Говерсовы каналы и пластинки находятся почти вездѣ. Пластинки расположены или параллельно поверхности кости или концентрически. По краю кости только изрѣдка виднѣются единичные остеобласты. Во многихъ мѣстахъ видно, какъ кость безъ рѣзкихъ границъ переходитъ въ окружающую соединительную ткань; и какъ она возникаетъ въ новообразованной соединительной ткани. Очень рѣдко въ единичныхъ мѣстахъ можно констатировать переходъ фибробластовъ въ остеобласты. Развившаяся костная ткань является такимъ образомъ, какъ и нормальная, высокодифференцированнымъ органоиднымъ образованіемъ. Она имѣетъ пластинчатое межкѣточное вещество, костные тѣльца, лакуны, костно-мозговые полости и пронизана Говерсовыми каналами. Ни періоста, ни хряща нигдѣ не видно. Нигдѣ нѣтъ слѣдовъ прогрессивнаго процесса. Нигдѣ не видно ни слѣдовъ дальнѣшаго роста кости, ни отпрысковъ описаннаго образованія ни роста опухоли по краямъ. Образованіе производитъ впечатлѣніе, что первичный очагъ подвергся окостенѣнію безъ увеличенія въ объемѣ, окружающее мозговое вещество находится въ состояніи размягченія.

Со стороны спинного мозга слѣдуетъ отмѣтить явленія хроническаго лептоменингита, нисходящее перерожденіе пирамидныхъ путей лѣвой части спиннаго мозга и уменьшеніе гангліозныхъ клѣтокъ въ лѣвой половинѣ спиннаго мозга. Если мы разберемъ гистологическія данныя, то окажется, что всѣ образованія въ *corpus striat. dex.* и въ обоихъ полушаріяхъ мозжечка обнаруживаютъ однородный характеръ и различаются лишь степенью развитія кости. Количество извести и мертвой облизвествленной ткани превалируетъ въ полосатомъ тѣлѣ и въ лѣвомъ полушаріи мозжечка надъ новообразованной костью, тогда какъ въ правомъ полушаріи кость заполняетъ почти все пространство. Костный мозгъ имѣетъ ясно выраженный характеръ жирового, онъ особенно богатъ жировыми клѣтками.

Это показываетъ, что процессъ уже долгое время заглохъ, за это говоритъ также малое количество остеобластовъ въ полостяхъ костнаго мозга. Во всѣхъ трехъ остеомахъ выступаетъ тѣсная связь между костью и соединительной тканью, кость возникла въ новообразованной соединительной ткани, видно, какъ тяжъ соединительной ткани продолжается въ основное вещество кости, кость отдѣлена отъ мозгового вещества соединительной тканью. Происхожденіе описанной картины можно объяснить слѣдующимъ образомъ: первичные дефекты мозгового вещества обильно замѣщены соединительной тканью, исходящей изъ стѣнокъ сосудов—образованіемъ ткани мезодермальнаго происхожденія. Въ этомъ рубцѣ дѣло отчасти дошло до облизвествленія по типу инкрустациа, и отчасти до окостенѣнія. Облизвествленіе во многихъ мѣстахъ носитъ разлитой характеръ; также образованіе костнаго матеріала неравномѣрно распредѣлено по всей области, но ограничивается отдѣльными участками.

Гетеропластическое образованіе кости находится въ тѣсной связи съ проблемами, касающимися специфичности тканей. Его возникновеніе можно въ нѣкоторыхъ случаяхъ объяснить эмбриональными причинами, но гораздо чаще имѣются истинныя метаплазіи соединительной ткани. Уже Virchow ставилъ въ связь гетеропластическія остеомы съ предшествовавшими воспалительными явленіями, обусловившими соеди-

нительно-тканная новообразованія. По поводу остеомы въ мозгу онъ говоритъ, что соединительнотканное вещество образуетъ основу костей. „Эта соединительная ткань является реакціею на раздраженіе нейроглии и въ этомъ смыслѣ образованіе остеомы является какъ бы концемъ ограниченного энцефалита“ Образованіе костей нельзя поставить въ тѣсную связь съ мозговыми кровоизліяніями и различнаго рода энцефалитическими очагами. Противъ этого говоритъ чрезвычайно рѣдкое нахожденіе остеомы въ мозговомъ веществѣ. Патолого-анатомическія наблюденія послѣдняго десятилѣтія и экспериментальныя изслѣдованія *Sacerdotti* и *Grattini* существенно повліяли на выясненіе этого вопроса. Послѣдніе авторы перерѣзали у кроликовъ сосуды лѣвой почки между двумя лигатурами и получали затѣмъ образованіе настоящей кости со значительнымъ количествомъ мозга и обильнымъ новообразованіемъ межуточной соединительной ткани. Кость тутъ произошла вслѣдствіе непосредственной ткани, какъ это наблюдается при нормальномъ образованіи черепа и почти всѣхъ костей лица. Пожарійскій также съ помощью прекращенія кровообращенія въ почкѣ у кролика получилъ сперва отложеніе извести, а затѣмъ развитіе грануляціонной ткани и наконецъ образованіе кости съ костнымъ мозгомъ. *Пожарійскій* констатировалъ во всѣхъ органахъ, въ томъ числѣ въ мозгу, исключая лишь сердце и почки человѣка, которыхъ онъ не могъ изслѣдовать, образованіе костной ткани. Для образованія послѣдней онъ считаетъ необходимымъ слѣдующія условія; во первыхъ некрозъ ткани или по крайней мѣрѣ склерозъ ея, который такъ рѣзко выраженъ, что сопровождается пропитываніемъ извѣстковыми солями, во вторыхъ послѣ обызвествленія обызвествленныя массы по своимъ химическимъ свойствамъ походятъ на амилоидъ, въ третьихъ въ окружности очага развивается содержащая сосуды грануляціонная ткань.—Непосредственнаго превращенія волоконъ старой соединительной ткани въ межклеточную субстанцію и клетокъ ея въ кост-

ныя тѣльца — метаплазіи въ смыслѣ *Virchow'a* *Пожарійскій* не наблюдалъ. Кость образуется по *Пожарійскому* благодаря дѣятельности остеобластовъ, которыя дифференцируются изъ фибробластовъ грануляціонной ткани. Къ подобнымъ выводамъ приходятъ *Pollack*, *Lubarsch*, *Marchand* и друг. *Biddert* утверждаетъ, что всегда развивается молодая, богатая кѣт-очными элементами ткань, аналогичная періосту и костному мозгу. Своей дѣятельностью она производитъ кость. Костно-мозговая ткань просходитъ изъ двухъ источниковъ: во 1) изъ тутъ же образовавшихся кѣтотъ и волокнистыхъ пучковъ и во 2) она можетъ произойти непосредственно изъ крови и косвенно изъ костнаго мозга... мы вѣдь знаемъ, какъ легко элементы костнаго мозга проникаютъ въ кругъ кровообращенія.

Въ нашихъ препаратахъ процессъ поводимому закончился; по крайней мѣрѣ не видно никакихъ слѣдовъ образованія грануляціонной ткани, но и здѣсь ясно замѣтна тѣсная связь между соединительной и костной тканью. Не взирая на приводимые *Пожарійскимъ* и другими факты намъ все же кажется, что для образованія остеомъ въ мозгу необходимы индивидуальныя предрасположенія, такъ какъ иначе подобное обильное мезодермальное и костное образованіе трудно объяснить.

Biddert предполагаетъ, что остеомы въ мозгу происходятъ изъ заблудившихся частицъ внутренней надкостницы (твердой мозговой оболочки), которыя затѣмъ окружаются мозговымъ веществомъ. Вкратцѣ упомянемъ, что отдѣльные авторы при-бѣгаютъ для объясненія происхожденія окостенѣній къ ученію объ оссифицирующемъ діатезѣ, къ гипотезѣ *Cohnheim'a*.

Изъ вышеприведеннаго описанія слѣдуетъ, что приведенный нами случай образованія кости въ соединительнотканномъ рубцѣ нельзя причислить къ новообразованіямъ, къ остеомамъ, въ узкомъ смыслѣ слова. То же относится по моему и къ прочимъ, описаннымъ въ литературѣ случаямъ,

хотя авторы описываютъ ихъ какъ истинныя опухоли и онѣ какъ таковыя вошли въ учебникъ Biddert'a объ опухоляхъ. Правильнѣе было ихъ обозначить, какъ окостенѣвшія образования. Не всѣ гетерогенныя образования въ мозгу, хотя и достигающія значительной величины, заслуживаютъ быть осматриваемыми съ точки зрѣнія онкологіи. Нашъ случай представляетъ интересъ, какъ благодаря своей локализациі въ полосатомъ тѣлѣ, такъ особенно и вслѣдствіи нахождения костныхъ образований въ трехъ областяхъ мозга.—

Позволю себѣ коснуться въ нѣсколькихъ словахъ клинической картины. Лѣвосторонняя гемиплегія нашего больного обусловилась болѣзью, перенесенной въ 5-ти лѣтнемъ возрастѣ, на что указываетъ, кромѣ анамнеза, отсталость въ ростѣ костей лѣвыхъ конечностей. Локализацию патологическаго процесса можно съ достовѣрностью предположить въ правомъ полосатомъ тѣлѣ. По всѣмъ вѣроятіямъ дѣло шло объ имѣвшемся когда то энцефалитическомъ очагѣ, въ которомъ постепенно развивалось образование костей, въ свою очередь поддерживавшее раздраженіе. Я такимъ же образомъ объясняю себѣ случай *Biddert'a*, который настаиваетъ на томъ, что гемиплегія у его 59 л. больного, страдавшаго съ дѣтства сведеніемъ правыхъ конечностей, обусловливалась остеомой въ лѣвомъ полосатомъ тѣлѣ.

Въ случаѣ *Biddert'a* интересенъ также тотъ фактъ, что несмотря на значительный объемъ остеомы б-ой занимался тяжелымъ трудомъ и прожилъ до 59 л. Костныя образования въ мозжечковыхъ полушаріяхъ нашего б-го повидимому не вызвали особыхъ симптомовъ, что вполне понятно, если припомнимъ, что въ случаѣ *Ebstein'a* всѣ симптомы отсутствовали, хотя опухоль занимала почти все лѣвое полушаріе мозжечка.

Клиническая картина опухоли мозга отсутствовала, какъ въ моемъ, такъ и во всѣхъ остальныхъ трехъ случаяхъ остеомъ въ мозгу, описанныхъ съ изложеніемъ исторіи болѣзни.—

Л и т е р а т у р а.

Biddert; Virch. Arch. 1882, т. 88.

Cohn; V. A. 106 p. 378.

Dürck; Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 1912.

Девуцкий; 1910. " "

Ebsteain; Grosses Osteom der linken Kleinhirnhemisphäre
V. A. 1870 I. 49.

Elnor; Ueber Pachymeningitis ossificans J. D. Münhen
1896.

Frankel; Münch. med. Wochenschr. 1902 № 34.

Marburg; Endarteriitis Cartilag der grossen Hirnge-
fässe. Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.
1902 № 8—9.

Marchand; Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 1912.

Meschede; Osteom des grossen Gehirns u Ventrikelbil-
dung v. A j 35.

Oppenheim; Geschwülste des Gehirns. Nothnagels Handb.

Pollack; Ueber Knochenbildung in der Lauge v. A. т.
165 p. 129.

Пожарійскій; Гетеропластическое образование кости.
Дисс. Харьковъ 1904.

" " Ziegerls Beitr. т. 38. (подробн. указ. лит.)

Sacerdotti; u Grattini: Ueber heteroplastische Knochen-
bildung v. A. j. 168.

Siemon; Angedehntes Defekt und teilweise verknocherter
Tumor der linken Gehirnhemisphäre J. D. Mar-
burg 1893.

Virchow; Ueber Metaplasie r. A. 97 p. 410.

" " Die krankhaften Geschwülste.

Zander; Ueber die Entwicklung der Osteome der Arach-
noidea spinalis.

функціональнія нервныя разстройства и теорія Freud'a.

Доктора С. Ляссъ.

Къ функціональнымъ нервнымъ разстройствамъ мы въ настоящее время относимъ неврастенію (пріобрѣтенную и обусловленную наслѣдственнымъ предрасположеніемъ), неврозъ страха, травматическій неврозъ, психастенію и истерію. Подъ неврастеніей въ точномъ смыслѣ этого слова мы теперь понимаемъ комплексъ симптомовъ, которые сводятся къ „раздражительной слабости и астеніи всего организма въ его психическихъ, двигательныхъ, вазомоторныхъ и трофическихъ функціяхъ“. При вѣкоторыхъ измѣненіяхъ въ области чувства и воли интеллектъ остается нетронутымъ и память вполне сохраненной (R a u m o n d). Симптомы эти являются послѣ продолжительнаго переутомленія.

Отъ этого состоянія отличаютъ наслѣдственную или конституціональную неврастенію, которая развивается болѣею частью уже съ юношескаго возраста у людей, отягощенныхъ патологической наслѣдственностью. Въ этомъ случаѣ

¹⁾ Настоящая работа также предполагалась для вып. 3-го посв. Л. О. Дарьяшевичу. Р е д.

*) Докладъ физико-медицинскому обществу въ Саратовѣ

болѣзненные симптомы развиваются почти безъ явныхъ причинъ и почти никогда совсѣмъ не исчезаютъ. Въ послѣдніе годы, главнымъ образомъ благодаря трудамъ Freud'a выдѣленъ особый неврозъ, такъ наз. неврозъ страха (Angstneurose). Больные одержимые этою болѣзнію, почти постоянно находятся въ тревожномъ ожиданіи какого-нибудь несчастья, болѣзни, а чаще всего внезапной смерти. Эти боязливыя ожиданія часто сопровождаются мучительными ощущеніями въ области различныхъ внутреннихъ органовъ, въ особенности сердца и дыхательнаго аппарата. Къ симптомамъ этой же болѣзни относятся приступы ночного страха у взрослыхъ и у дѣтей, а также страхъ передъ грозой, бурей, боязнъ темноты, боязнъ открытыхъ пространствъ и т. д. Этого рода неврозы представляютъ переходъ къ случаямъ травматическаго невроза, который развивается послѣ сильнаго нервнаго потрясенія, въ особенности при желѣзнодорожныхъ и аналогичныхъ катастрофахъ.

Подъ психо-неврозами мы понимаемъ тѣ нервныя расстройства, въ которыхъ болѣзненные явленія со стороны психики выражены гораздо рѣзче, чѣмъ въ предыдущихъ случаяхъ. Сюда относится психастенія, или неврозъ навязчивыхъ состояній, и истерія.

При психастеніи—различнаго рода мысли, ощущенія и двигательные акты навязываются больному помимо и вопреки его желанію. Больной самъ сознаетъ эти явленія, какъ болѣзненныя, ненормальныя, но избавиться отъ нихъ онъ не можетъ; даже наоборотъ, чѣмъ больше усилій больной прилагаетъ, чтобы отдѣлаться отъ этихъ мыслей, тѣмъ менѣе ему это удается. Сюда относятся, напр., богохульныя мысли, навязчивое ощущеніе брезгливости, навязчивый страхъ передъ острыми предметами, клептоманія, навязчивый импульсъ къ поджегамъ, убійству и т. д.

Точнаго и общепризнаннаго опредѣленія и пониманія истерій мы до сихъ поръ не имѣемъ. Мы знаемъ, что боль-

ные этого рода представляют болѣзненные измѣненія всей своей психической индивидуальности, болѣзнь длится многіе годы и сопровождается явлениями то раздраженія, то крайняго угнетенія въ области различныхъ отдѣловъ нервной системы (судороги, параличи, слѣпота или повышенная чувствительность къ свѣту.....); время отъ времени появляются разнообразныя припадки различной интенсивности и продолжительности, сопровождающіеся большимъ или меньшимъ помраченіемъ сознанія. Кто наблюдалъ истеричныхъ больныхъ, тому несомнѣнно бросалось въ глаза, что передъ нимъ какъ бы не одинъ и тотъ же человѣкъ, что въ зависимости отъ состоянія больного передъ наблюдателемъ выступаетъ какъ бы нѣсколько различныхъ лицъ въ одной и той же тѣлесной оболочкѣ, а въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ дѣло доходитъ даже до полнаго раздвоенія личности. Но то же самое, только въ менѣе рѣзкой степени, мы часто наблюдаемъ у истеричныхъ напр.,—забываніе цѣлаго ряда событій изъ ихъ жизни, когда, казалось, они жили сознательно и слѣдовательно, должны были объ этихъ событіяхъ помнить. Особенно рѣзко явленіе расщепленія, дезагрегаціи сознанія наблюдается во время припадковъ большой истеріи, о которыхъ больные впоследствии не сохраняютъ никакого воспоминанія.

На основаніи этого и цѣлаго ряда другихъ фактовъ многіе авторы опредѣляютъ истерію, какъ болѣзнь, при которой цѣллыя группы представленій слишкомъ легко отпадаютъ, откалываются отъ общаго сознанія, отъ нашего суммарнаго Я, и образуютъ отдѣльныя, до известной степени самостоятельныя, отъ главнаго Я не зависимыя, ассоціаціи. „Истерія—болѣзнь личности, характеризующаяся способностью психики расчленяться на отдѣльныя самостоятельныя группы, въ результатѣ чего вмѣстѣ съ суженіемъ поля сознанія наблюдается частичное или полное раздвоеніе личности“ (Raymond).

Такова въ самыхъ общихъ чертахъ современная классификація неврозовъ и психо-неврозовъ. Перейдемъ теперь къ теоріи F r e u d'a и психо-аналитическому методу.

Лѣчите не болѣзнь, а больного—основной девизъ врачеванія уже съ давнихъ поръ. Для того чтобы изучить больного, мы тщательно разбирались въ его наслѣдственности, въ его анамнезѣ тщательно разспрашивали о венерическихъ болѣзняхъ и алкоголизмѣ; но настроенные въ прошломъ вѣкъ слишкомъ матеріалистически, мы мало интересовались психическими переживаніями нашихъ больныхъ, взаимоотношеніемъ этихъ переживаній и причиной ихъ появленія, и можетъ быть изъ ложнаго стыда мало знакомились съ половой жизнью больныхъ. Правда, мы давно знали, что разныя неправильности половой жизни вредно вліяютъ на здоровье, но вся она во всемъ ея цѣломъ, психическія явленія, связанныя съ ней,—все это намъ стало извѣстно лишь за послѣдніе годы главнымъ образомъ благодаря трудамъ F r e u d'a и его послѣдователей. Ходячая мораль учить, что половой инстинктъ совершенно отсутствуетъ у дѣтей до періода половой зрѣлости. Лишь къ этому времени онъ пробуждается и болѣе или менѣе опредѣленно даетъ о себѣ знать въ послѣдующіе годы. Школа F r e u d'a ѣдко осмѣиваетъ эти шаблонныя воззрѣнія. По его даннымъ ребенокъ ведетъ „половую жизнь“ чуть ли не съ перваго дня рожденія, ибо сосаніе груди представляетъ собой много сходнаго съ половымъ актомъ. Постоянно изучая разныя мѣста своего тѣла, ребенокъ при дотрогиваніи до половыхъ органовъ получаетъ особенно пріятныя ощущенія, и онъ поэтому склоненъ къ повторенію этихъ ощущеній. Отсюда склонность дѣтей къ мастурбаціи, мальчики любятъ кататься верхомъ, спускаться по периламъ, качаться на колѣняхъ..... Дѣвочки охотно разыгрываютъ роль матерей и играютъ въ куклы. Для малышей нѣтъ большаго удовольствія какъ лежать въ постели матери. Вопросъ, какимъ образомъ появляются на

свѣтъ дѣти, очень интересуется малышей. Сказкѣ объ аистахъ они не вѣрятъ; по ихъ теоріи дѣти находятся въ животѣ матери—непонятно только, какимъ образомъ они оттуда выходятъ. Но воспитаніемъ стараются выѣдрить въ сознаниі подростковъ, что всякаго рода эротическія побужденія—явленія или вредныя, или грѣшныя, нечистыя. Поэтому половыя чувства невольно надолго насильственно ассоціируются съ чувствомъ стыда и отвращенія. Рано или поздно ребенокъ узнаетъ о половомъ актѣ, большею частью узнаетъ случайно, грубо, неосторожно, . . . —и это всегда производитъ сильное, иногда потрясающее впечатлѣніе. Такимъ образомъ половой инстинктъ всегда существуетъ у ребенка, всегда такъ или иначе даетъ онъ о себѣ знать, но взрослые своимъ благочестивымъ и богобоязненнымъ воспитаніемъ стараются этотъ инстинктъ задавить у юношей, вытѣснить его изъ ихъ сознания до того времени, когда по нашимъ соображеніямъ и по существующимъ социальнымъ, но не фізіологическимъ условіямъ, проявленіемъ его не причинитъ больше никакого вреда для общественнаго положенія юношей. Природа не очень считается съ нашими условностями и Freud на большомъ клиническомъ матеріалѣ пришелъ къ тому заключенію, что всякаго рода нервныя разстройства зависятъ *исключительно* отъ ненормальностей въ половой жизни, которыя имѣли мѣсто когда-либо, хотя бы даже въ раннемъ дѣтствѣ. Болѣзненная наследственность, заразные болѣзни, истощеніе, переутомленіе,—всѣ эти условія сами-по-себѣ будто бы никогда не могутъ вызвать нервнаго разстройства, которое развивается только вслѣдствіе причинъ сексуальнаго характера; всѣ же обычно указываемыя причины—это только способствующіе, но не каузальные моменты.

Каковы же тѣ методы, которыми пользуется Freud и которые дали ему возможность и право притти къ этимъ заключеніямъ. Уже тридцать лѣтъ тому назадъ Breuer случайно натолкнулся на тотъ фактъ, что въ гипнотическомъ

состояніи больного можно разспросами узнать много фактовъ, при помощи которыхъ гораздо легче объясняются многія странности въ поведеніи и состояніи больныхъ Freud въпослѣдствіи сталъ систематически примѣнять этотъ методъ; но въ скоромъ времени долженъ былъ его видоизмѣнить. Дѣло въ томъ, что не всѣхъ же больныхъ удастся довести до сомнамбулизма и не у всѣхъ удастся въ состояніи гипноза узнать интимныя стороны жизни. Поэтому пришлось отказаться отъ примѣненія гипноза. Можно проникнуть въ подсознательную область больныхъ и другими путями. Для этого въ настоящее время примѣняются слѣдующіе способы:

1) Предложите больному въ совершенно спокойной и удобной для него обстановкѣ, при отсутствіи какихъ-либо виѣшнихъ раздраженій разсказать рѣшительно всѣ мысли, которыя приходятъ ему въ голову; больной не долженъ при этомъ скрывать абсолютно никакихъ мыслей. Оказывается: всѣ эти якобы случайныя мысли на самомъ дѣлѣ ничего случайнаго собой не представляютъ; а наоборотъ, это весьма цѣнный матеріалъ, который является хорошимъ ключемъ къ самымъ тайникамъ души человѣка.

Послѣдователи Freud'a, главнымъ образомъ Цюрихская школа, далѣе разработали этотъ методъ слѣдующимъ образомъ. Предлагаютъ больному цѣлый рядъ словъ, на каждое изъ нихъ онъ долженъ найти болѣе или менѣе подходящее слово. При этомъ записывается время реакціи. Этотъ такъ наз. способъ ассоціаціи также является цѣннымъ способомъ, для разузнаванія душевной жизни человѣка.

3) Уже давно извѣстно, что сновидѣнія отнюдь не являются случайными, находятся въ зависимости отъ душевной жизни человѣка и ею строго обусловливаются. Чѣмъ проще душевная жизнь человѣка, тѣмъ элементарнѣе его сновидѣнія. Сновидѣнія дѣтей представляютъ собой почти копіи ихъ желаній; во снѣ ребенокъ получаетъ все то, о чемъ онъ мечталъ въ теченіи дня. Сновидѣнія взрослыхъ или находятся въ

непосредственной связи со всѣмъ пережитымъ въ теченіи протекшаго дня, или, особенно въ болѣзненномъ состояніи, носятъ болѣе или менѣе фантастическій характеръ, разгадать который представляетъ большія трудности.

Сновидѣнія станутъ намъ понятнѣе, если мы скажемъ нѣсколько словъ о безсознательныхъ психическихъ процессахъ. Это не nonsens. Громадная масса пережитыхъ нами явленій не сознаются нами въ каждый данный моментъ, но такъ какъ они оставляютъ слѣдъ въ нашемъ мозгу, то почти всегда мы можемъ ихъ вспомнить съ большей или меньшей точностью. Въ этой безсознательной области имѣются свои прочныя ассоціаціи, т. наз. комплексы. Эта область гораздо обширнѣе сознательной области. Подобно тому, какъ мы говоримъ о мірѣ видимомъ и о громадномъ міровомъ пространствѣ, нами не воспринимаемомъ, аналогично этому мы говоримъ о сознательной и безсознательной душевной жизни.

Но въ жизни каждого человѣка бываютъ переживанія, которыя онъ хотѣлъ бы забыть, вычеркнуть изъ своего прошлаго, навсегда вытѣснить изъ своего сознанія.... Съ большимъ или меньшимъ усиліемъ ему удастся вытѣснить ихъ въ безсознательную область и даже на время забыть про нихъ; но далеко не всегда эти переживанія пребываютъ въ покоѣ въ безсознательной области. Та преграда, та цензура, которая не пускаетъ ихъ въ область сознанія, по той или иной причинѣ ослабѣваетъ больше или меньше; тогда эти мучительныя переживанія, эти злые духи, прорываются въ той или иной видоизмѣненной формѣ въ область сознанія, нарушаютъ правильное теченіе мышленія и дѣйствій.... Попросите больного рассказать всѣ его мысли и понятно, что Вы въ нихъ часто можете найти слѣды того, что такой тягостью лежитъ у него на душѣ. Цензура эта больше ослабѣваетъ ночью во время сна, и тогда эти мучительныя воспоминанія прошлаго и переживанія настоящаго даютъ о себѣ знать въ сновидѣніяхъ.

Анализировать ихъ очень трудно; и я не буду останавливаться на тѣхъ способахъ, при помощи которыхъ легче удастся расшифровать сновидѣнія и разъяснить ихъ какъ себѣ, такъ и больному.

Такимъ образомъ и сновидѣнія даютъ намъ ключъ къ такимъ тайникамъ души, о которыхъ ничего нельзя узнать въ бодрственномъ состояніи больного.

4) Последнимъ вспомогательнымъ орудіемъ для возможно полного изученія душевной жизни человѣка являются т. наз. симптомныя (характерныя) поступки. Это—общеизвѣстныя обмолвки, описки, очитки, случаи, когда человѣкъ по ошибкѣ заходитъ не туда и дѣлаетъ не то, что нужно и т. под. Все это—явленія, разумѣется, не случайнаго характера—они опредѣляются конечно душевнымъ состояніемъ человѣка, характерны для него; слѣдовательно, по нимъ мы также можемъ умозаключать о томъ, что человѣкъ переживаетъ.

Всѣ эти способы даютъ намъ возможность болѣе полного освѣщенія всѣхъ закоулковъ, всѣхъ тайниковъ человѣческой души, даютъ возможность разгадать и всѣ тѣ странныя мысли, чувства, поступки, которые такъ часто удивляютъ насъ и самого больного своей странностью, непонятностью. Оказывается, что всѣ эти болѣзненные явленія будто бы значительно теряютъ въ своей интенсивности и даже совершенно исчезаютъ, если удастся выяснить больному, откуда и какъ развились всѣ эти странности. Тѣмъ самымъ, что мы переводимъ прошедшія переживанія, давно забытыя травмы изъ области подсознательной въ область сознательную, даемъ возможность сознанию воздѣйствовать на нихъ путемъ всесторонней критики, мы этимъ самымъ какъ бы обезвреживаемъ ихъ; группы представлений, когда-то отпавшія отъ нашего Я, вновь могутъ съ нимъ соединиться, и вмѣсто прежняго распада личности мы опять получаемъ возможность болѣе или менѣе полного ея восстановленія, синтеза, а слѣдовательно, и выздоровленія.

Вотъ въ самыхъ общихъ чертахъ изложеніе теоріи Freud'a. Талантливо изложенная и постепенно дополняемая и разрабатываемая она нашла себѣ много приверженцевъ, но еще больше горячихъ противниковъ. Можно сказать, что въ послѣдніе годы ни одинъ спеціальнѣйшій съѣздъ не обходится безъ страстныхъ нападокъ на эту гипотезу. И нужно сознаться: насколько психо-аналитическій методъ находитъ общее признание и сочувствіе, какъ цѣнный способъ для всесторонняго освѣщенія душевной жизни человѣка, настолько же гипотеза Freud'a о томъ, что единственною причиною невротизма и психоневротизма являются только ненормальности и болѣзненные переживанія сексуальнаго характера,—эта именно гипотеза вызываетъ самые страстные споры. Оппоненты считаютъ даже вреднымъ и опаснымъ, что подросткамъ приходится задавать весьма щекотливые вопросы, добиваться отъ нихъ отвѣтовъ относительно различныхъ подробностей будто имъ неизвѣстной половой жизни и т. д. На всѣ эти возраженія Freud отвѣчаетъ только ссылкой на исторіи болѣзни своихъ больныхъ. Онъ не знаетъ ни одного случая, гдѣ правильно примѣненный и доведенный до конца психо-аналитическій методъ не указалъ бы существованія сексуальной травмы, какъ единственной причины нервнаго расстройства. По его мнѣнію „энергія полового чувства—есть всетаки единственный и постоянный источникъ энергій для невроза“..... Поэтому всѣ тѣ которые возражаютъ, не сумѣли по его мнѣнію, дойти до основной причины болѣзни—пусть они тщательно примѣняютъ этотъ методъ, и онъ не сомнѣвается, что они получаютъ тѣ же результаты. Что же касается до того вреда, который якобы можетъ получиться при разспрашиваніи подростковъ, то Freud не только это отрицаетъ, но даже напротивъ, ожидаетъ отъ этого только одной пользы для больныхъ.

Стараясь, насколько это возможно, провѣрить за послѣдніе годы на своемъ матеріалѣ данныя гипотезы Freud'a,

я долженъ сказать, что во многихъ случаяхъ *психо-неврозовъ* гипотеза эта находитъ извѣстныя основанія. Во всѣхъ случаяхъ истеріи и во многихъ случаяхъ навязчивыхъ состояній болѣе или менѣе легко удается найти значительныя отступленія отъ нормы въ половой жизни больныхъ или въ тѣхъ психическихъ переживаніяхъ, которыя тѣсно связаны съ этой областью. Но кромѣ этихъ ненормальностей мы находимъ въ каждомъ случаѣ и другія вредныя условія. Поэтому еще большою вопросъ, имѣютъ-ли эти сексуальныя травмы то исключительное значеніе, которое Freud желаетъ имъ приписать. Въ поясненіе можно привести слѣдующіе примѣры.

Случай I-ый. Молодая дѣвушка 19-ти лѣтъ. Патологическая наслѣдственность: мать истеричная, отецъ кончилъ самоубійствомъ. *Habitus gracilis*. Въ послѣднее время интимная связь съ однимъ холостымъ господиномъ, который по своему общественному положенію стоитъ гораздо выше ея и значительно старше ея по возрасту. Увѣрялъ, что женится на ней. Беременность. На 2-ой мѣсяцъ искусственный абортъ. Послѣ этого продолженіе прежняго мирнаго сожительства. За послѣдніе 2-м. г-нѣ, получившій отъ дѣвушки все, что хотѣлъ, сталъ тяготиться этой связью; пошли слухи, что онъ женится на другой; признаки охлажденія и невниманія къ первой. На этой почвѣ частыя ссоры.— Заболѣваніе началось цѣлымъ рядомъ припадковъ большой истеріи. Всѣ эти обычныя тоническія и клоническія судорги и многія другія болѣе цѣлесообразныя движенія дѣйствительно можно было вполне свободно толковать, какъ пантомимическія движенія, такъ или иначе связанныя съ половой жизнью. Но вотъ судороги кончились. Начинается періодъ галлюцинацій и аффективныхъ позъ. Взглядъ устремленъ въ одну точку, гдѣ больная видитъ кого-то, повидимому, своего обидчика; вполне опредѣленными, страстными, полными гнѣва выраженіями она рассказываетъ, всю свою драму, какъ они жили послѣднее время, какъ онъ посылалъ еѣ дѣлать абортъ, какъ онъ хочетъ жениться на другой потому, что ему нравятся только 17-ти лѣтнія, а ей уже 19-ть и т. д. Припадокъ кончился. Сознаніе проясняется. Больная не сохраняетъ ни малѣйшаго воспоминанія о томъ, что съ ней былъ припадокъ, что съ ней было во время

припадка и что она при этомъ говорила. Случай чрезвычайно простой, я бы сказалъ—вульгарный. Наличие психической травмы, связанной съ сексуальными переживаниями, выступать здѣсь съ полною очевидностью; больная эту травму хорошо знаетъ, но сознание ея никакъ не можетъ примириться съ создавшимся положеніемъ. Въ результатѣ этого конфликта между рядами представленій, которыя никакъ не могутъ существовать совмѣстно въ томъ же сознаниі, у человѣка съ неустойчивой отъ рожденія нервной системой появляются припадки, во время которыхъ неспрiятныя, обычно вытѣсняемыя изъ сознания представленія, овладѣваютъ всѣмъ сознаниемъ.... Никакого особеннаго анализа въ данномъ случаѣ не требовалось: больная во время припадка будучи въ безсознательномъ состояніи, сама рассказывала все, что накопилось у нея на душѣ.

Далеко не такъ ясно обстояло дѣло въ другомъ случаѣ съ мальчикомъ 19-ти лѣтъ. Также патологическая наследственность со стороны матери. Слишкомъ изнѣживающее воспитаніе. Поѣздка въ отдаленный большой городъ съ цѣлю развлеченій; много шумныхъ вечеровъ въ обществѣ другихъ дѣтей, въ особенности одной сверстницы — дѣвочки, которая ему нравилась больше другихъ. Попытка переписываться съ этой дѣвочкой. По возвращеніи домой корь съ высокой t^0 . Когда корь стала проходить, у мальчика появились припадки. Первые изъ нихъ начинались такимъ образомъ, что онъ падалъ на полъ сначала лицомъ внизъ, потомъ переворачивался, лицомъ вверхъ; нѣсколько странныхъ движеній, очень подозрительныхъ по своему характеру. Послѣ этого галлюцинаціи и приступъ возбужденія: нападаютъ какія-то разбойники, онъ отражаетъ это нападеніе и т. д.—Въ гипнотическомъ спѣ мальчикъ рассказалъ, что это—картины изъ кинематографа; рассказывалъ что-то и о домашней женской прислугѣ; но спрашивая о всякихъ деталяхъ его жизни, какъ то не хотѣлось и не удавалось спросить его о его половой жизни *въ 12-ть лѣтъ!* Но поведение мальчика и въ бодрственномъ состояніи и во время припадковъ давало право съ большою вѣроятностью говорить о какихъ-то сексуальныхъ переживанияхъ и травмахъ. Подчеркиваю патологическую наследственность въ обоихъ случаяхъ и думаю, что въ каждомъ случаѣ рѣзко выраженной истеріи мы непременно найдемъ

ненормальную наслѣдственность въ восходящихъ поколѣніяхъ, Если даже допустить, что въ каждомъ случаѣ истеріи мы *непретѣнно* найдемъ сексуальную травму, то еще большой вопросъ, играетъ ли въ этомъ заболѣваніи главную роль эта травма или болѣзненная наслѣдственность. Лично я придаю громадное значеніе наслѣдственности, какъ біологическому фактору, который опредѣляетъ всю конструкцію, а слѣдовательно, и степень выносливости нашей нервной системы; сексуальной же травмѣ придаю значеніе лишь вызывающаго момента.

Что касается навязчивыхъ состояній, то во многихъ изъ нихъ также удастся указать на сексуальныя ненормальности, какъ на одну изъ причинъ этихъ заболѣваній. Въ поясненіе этой мысли позволю себѣ привести только слѣдующіе 2 случая изъ многихъ, бывшихъ подъ наблюденіемъ.

I. Рѣчь идетъ о женщинѣ 33-хъ лѣтъ отъ роду. Отецъ умеръ отъ чахотки. Мѣсячныя съ 14 лѣтъ, замужемъ съ 17-ти лѣтъ. 7 беременностей; послѣдній выкидышъ. Выскабливаніе; при этомъ большая потеряла много крови. Послѣ этого угнетенное состояніе, временами тоска, впоследствии навязчивая брезгливость. Дома всѣ рѣшительно предметы казались ей какими-то нечистыми, грязными; она избѣгала касаться ихъ руками; такъ двери она отпирала и запирала ногой, а не рукой; обмывала стулъ, раньше чѣмъ сѣсть на него; другіе люди не должны были касаться руками посуды. Прачка передъ стиркой сама должна была надѣть чистое бѣлье; больная сама все время слѣдила, чтобы ни одинъ кусокъ бѣлья не упалъ во время сушки. Очень „боялась“ мужчинъ—пряталась отъ нихъ; не могла поздороваться съ ними за руку, послѣ этого должна была долгое время мыть руки, даже лицо и волосы; да вообще дома она только и дѣлала, что мыла руки, такъ что онѣ даже потрескались. Сношеніе съ мужемъ имѣть не можетъ; coitus—это самый грязный актъ; когда приходится уступить настояніямъ мужа, она послѣ этого считаетъ себя окончательно загрязненной, и „грязь эту не удастся отмыть“. Трудно себѣ представить тѣ мученія, которыя больная испытывала на пароходѣ по дорогѣ въ Саратовъ; каюту, которую она заняла, предварительно должны были мыть горячей водой, никакихъ предметовъ она не могла касаться..... Изъ продолжительныхъ разспросовъ удалось достаточно выяснить разви-

тіе этой брезгливости. Оказывается, еще до замужества больная, наученная какой-то подругой, приучилась онанировать; продолжала это и въ первые годы замужества. Последніе годы potentia у мужа нѣсколько ослабѣла, и единичный актъ пересталъ удовлетворять ее; больная стала искусственно возбуждать своего мужа, но и это ее не удовлетворило и въ концѣ концовъ она всегда прибѣгала къ онанизму. Въ ноябрѣ 1908 г., когда она мѣрила платье въ квартирѣ портнихи, ей впервые пришла въ голову мысль, что последняя, какъ замужняя, навѣрное имѣетъ сношенія со своимъ мужемъ и, можетъ быть, трогала грязными руками ея платье. Такимъ образомъ въ представленіи больной платью сдѣлалось грязнымъ, и она до него не дотронулась. Не помогла и святая вода, которою она окропила платье. Скоро сдѣлалось поганимъ все, что висѣло около платья. Возможно что большую травму причинило больной выскабливаніе, произведенное безъ наркоза врачомъ мужчиной въ присутствіи мужского и женскаго больничнаго персонала. Во всякомъ случаѣ послѣ этого представленіе о нечистотѣ, грязи, ассоціируется со всѣми предметами. Между прочимъ можно отмѣтить, что больная и мужъ ея очень религіозны и считаютъ половой актъ грѣшнымъ и нечистымъ.

Такимъ образомъ причинами даннаго тяжелаго заболѣванія является: 1) патологическая наслѣдственность, 2) цѣлый рядъ ненормальностей въ области половой жизни, 3) потеря крови во время операціи и 4) способствующимъ моментомъ могли быть обычные религіозныя воззрѣнія на coitus, какъ на „грѣхъ“, какъ на нехорошее, грязное дѣло.

Случай 2-ой. Гораздо труднѣе было точно добраться до этиологическаго момента въ случаѣ навязчиваго страха у одной очень скрытной интеллигентной дѣвушки 32-хъ лѣтъ. Рѣзко выраженная патологическая наслѣдственность (у отца старческое слабоуміе, у матери туберкулезъ, братъ страдалъ туберкулезомъ, былъ душевно боленъ и кончилъ самоубійствомъ). Въ возрастѣ 18-ти больная на улицѣ вдругъ почувствовала головокруженіе и чуть не упала. Больная стала бояться повторенія этого, но тѣмъ не менѣе много лѣтъ порядочно владѣла собой и продолжала работать въ одномъ изъ общественныхъ учрежденій. 25 и 26-ти лѣтъ больная жила въ одной квартирѣ съ однимъ господиномъ, который ее любилъ и требовалъ отъ нея совмѣстной жизни. По словамъ больной, она ему въ этомъ

отказала. На почвѣ постоянного взаимнаго полового раздраженія, вѣроятно безъ всякаго удовлетворенія, у господина развилось сильное нервное разстройство (неврозъ страха?), состояніе же нашей больной значительно ухудшилось. Она уже не могла одна безъ провожатаго итти и возвращаться со службы. Года черезъ три больная уже дошла до такого состоянія, что совершенно не можетъ выйти на улицу, не можетъ одна оставаться въ комнатѣ; на нее при этомъ нападаетъ отчаянный страхъ, необъяснимое волненіе: она боится обморока, во время котораго она яко-бы можетъ остаться безъ помощи. Въ данномъ случаѣ причинными моментами навязчиваго страха является: 1) патологическая наслѣдственность, 2) ненормальность въ области половой жизни, которая однако не удалось вполне детально выяснить и связать съ навязчивымъ ощущеніемъ.

Позволю себѣ теперь привести случаи психоневрозовъ, въ развитіи которыхъ сексуальный моментъ, повидимому, имѣлъ мало значенія или даже никакого. Возьмемъ хоть слѣдующій случай.

Женщина 30-ти лѣтъ отъ роду, 13 лѣтъ замужемъ. Мужъ значительно старше ея. Половая жизнь протекаетъ совершенно правильно. Каждый годъ беременность, роды и кормленіе. Вѣчныя заботы и хлопоты о дѣтяхъ, которыми больная всецѣло предана. Постоянныя тревоги за здоровье дѣтей, постоянныя вставанья къ нимъ по ночамъ, ухаживанія за ними при ихъ частыхъ болѣзняхъ: все это вмѣстѣ взятое сдѣлало ее истощенной, малокровной и слабонервной. Въ іюнѣ 1910 г. дѣти заболѣваютъ коклюшемъ, и одинъ изъ нихъ умираетъ. Послѣ этого у матери развивается тоскливое состояніе, страхъ болѣзни и смерти. Мнительная отъ природы, она прислушивается ко всевозможнымъ своимъ ощущеніямъ, они кажутся ей очень опасными, она чувствуетъ, будто сердце у нея останавливается, что пища не проходитъ и т. д. По случаю холерной эпидеміи она боится ѣсть не только сырые, но и варенные фрукты, боится есть варенье. При эпидеміи дифтерита не можетъ выйти на воздухъ боится заболѣть, не можетъ двигаться свободно, не можетъ глотать свободно и т. д. Подробные и настойчивые разспросы больной относительно половой

жизни и возможных переживаний, связанных съ этой областью, долгое время приводили къ отрицательнымъ результатамъ. Когда больная достаточно ознакомилась съ лѣчившимъ ее врачомъ и нашла возможнымъ вполне довѣрять ему, то она рассказала очень важныя подробности изъ своего ранняго дѣтства. Когда ей было 7—8 лѣтъ, она жила у своей тетки. Эта послѣдняя находилась въ интимной связи съ г-омъ К., который въ послѣдствіи женился на нашей больной. Онъ ходилъ въ домъ тетки и имѣлъ съ ней половыя сношенія, не стѣсняясь присутствіемъ 7-ми лѣтней дѣвочки, которая черезъ 10 лѣтъ сдѣлалась его женой. Больная хотя и была тогда ребенкомъ, хорошо запомнила эти посѣщенія, которыя тогда производили на нее тяжелое впечатлѣніе. Тѣмъ не менѣе, выйдя въ послѣдствіи замужъ за этого человѣка, она жила хорошо и была вполне здорова въ теченіе первыхъ 11—12 лѣтъ замужества. Въ теченіи всего этого времени больная, какъ выше указано, то носила, то рожала, то кормила, часто ухаживала за больными дѣтьми, очень часто не досыпала по ночамъ, потому что не довѣряла дѣтей прислугѣ. Все это сильно истощило нервную систему этой женщины, вообще слабой по своей конституціи. Продолжительная болѣзнь дѣтей коклюшемъ и смерть одного изъ нихъ окончательно подорвали ея здоровье. Можетъ быть, въ смыслѣ пониженія сопротивляемости организма нѣкоторое значеніе имѣло то обстоятельство, что мужъ ея болѣлъ сифилисомъ.—Во всякомъ случаѣ, мы у этой больной находимъ слишкомъ много моментовъ, которые одни безусловно вредно вліяли на состояніе ея здоровья; а пережитыя въ дѣтствѣ сексуальныя травмы, говоря объективно и безпристрастно, должны быть отнесены на самый задній планъ.—Между прочимъ, послѣ того какъ больная, сильно волнуясь, рассказала врачу, все, что ей пришлось когда то пережить и испытать въ сексуальномъ отношеніи, послѣ того какъ она „отреагировала“ бывшія когда-то травмы, состояніе ея здоровья нисколько не улучшилось, и ея лѣченіе пришлось продолжать обычно употребляемыми физико-химическими способами и гипнотическимъ внушеніемъ, которое и раньше примѣнялось къ этой больной. Результаты этого лѣченія и послѣдовавшей за этимъ поездки на берегъ моря получились вполне удовлетворительныя.

Позволю себѣ, наконецъ, привести хотя бы одинъ изъ очень многихъ такихъ случаевъ, гдѣ не удалось констатировать никакой сексуальной травмы.

Рѣчь идетъ о женщинѣ 33-хъ лѣтъ съ патологической наслѣдственностью. У больной длительныя семейныя непріятности съ родными ея мужа и эти непріятности могли сыграть роль подготовительнаго момента. Непосредственнымъ моментомъ заболѣванія явилось извѣстіе о внезапной смерти ея сестры отъ холеры.

Слѣдуетъ отмѣтить, что вопреки мнѣнію Freud'дистовъ, смерть близкихъ людей часто производитъ потрясающее впечатлѣніе на душевную сферу, въ особенности, если въ наличности имѣются другія условія, способствующія заболѣванію; но этими другими условіями далеко не всегда являются какія-либо ненормальности въ области половой жизни.

Случаевъ обычной шаблонной неврастеніи я совсѣмъ не привожу. Каждый врачъ на своемъ собственномъ матеріалѣ можетъ убѣдиться, что въ происхожденіи ея играютъ роль многіе причинные моменты, въ томъ числѣ и сексуальнаго характера, но эти послѣдніе отнюдь не играютъ исключительной роли *всегда и вездѣ*.

На основаніи вышеизложеннаго, думается мнѣ, можно безъ натяжки придти къ тому заключенію, что психо-аналитическій методъ безусловно обогащаетъ наши способы изслѣдованія, а нерѣдко является даже незамѣнимымъ средствомъ для расшифровыванія таинственныхъ продуктовъ творчества нашей бессознательной жизни. Сексуальная же теорія происхожденія нервныхъ разстройствъ далеко не всегда оправдывается дѣйствительностью, да иначе и быть не можетъ. Мы можемъ себѣ представить цѣлый рядъ условій или травмъ личнаго, семейнаго, служебнаго или общественнаго характера, которыя, въ особенности при патологической наслѣдственности, могутъ вызвать болѣе или менѣе рѣзко выраженное продолжительное нервное разстройство. Тяжелая болѣзнь ребенка

или близкаго человѣка, связанная съ волненіями и бессонными ночами, смерть его, могутъ вызвать нервное истощеніе у матери, и искать въ каждомъ случаѣ—ненормальности сексуальнаго характера и придавать имъ исключительное значеніе представляется натяжкой. Волненія и сильныя потрясенія, связанныя съ общественнымъ движеніемъ, точно также могутъ вызвать нервное заболѣваніе.—То обстоятельство, что Freud выдвигаетъ исключительно сексуальный моментъ, имѣетъ много объясненій: 1) каждая новая идея, чтобы проложить себѣ дорогу въ сознаніе людей, въ своей борьбѣ за существованія съ другими идеями—непремѣнно должна подчеркивать свое значеніе гораздо больше, чѣмъ дѣйствительность даетъ на это право. 2) Современные социальныя условія, какъ въ Западной Европѣ, такъ и въ Россіи въ извѣстной своей части являются наиболѣе подходящими для распространенія идей, подобныхъ тѣмъ, которыя выдвигаетъ Freud. Вѣдь не даромъ такой серьезный ученый, какъ Fogel, пять лѣтъ тому назадъ написалъ большую книгу о половомъ вопросѣ. Въ этой книгѣ, какъ во многихъ аналогичныхъ, между прочимъ приводится та мысль, что потребность половой жизни даетъ себя знать въ возрастѣ около 20-ти лѣтъ, а между тѣмъ въ силу экономическихъ причинъ семейная жизнь дѣлается доступной въ гораздо болѣе позднемъ возрастѣ. Отсюда неудовлетворенная потребность. При этомъ возникаетъ весьма спорный вопросъ о томъ, какъ это обстоятельство вліяетъ на здоровье человѣка. Съ другой стороны, частые неудачные браки, трудность развода и въ связи съ этимъ невозможность спокойной семейной жизни, какъ въ фізіологическомъ, такъ и въ моральномъ отношеніяхъ, отсюда постоянныя катаклизмы, стороннія увлеченія,—все это доказываетъ, что брачный институтъ въ его современной формѣ, является устарѣлымъ; въ неясныхъ образахъ уже намѣчается его дальнѣйшая эволюція... Наконецъ, литература, которая не только отражаетъ эти стороны жизни, но и сама очень охотно увлекается сексуальными

темами во всевозможныхъ проявленіяхъ и освѣщеніяхъ этого вопроса, — все это вмѣстѣ взятое создастъ атмосферу, въ которой сексуализмъ или эротизмъ является слишкомъ насыщеннымъ.

Этимъ, можетъ быть, также объясняется и то обстоятельство, что такой талантливый и проницательный, изслѣдователь какъ Freud, увлеченный своимъ новымъ словомъ и подъ вліяніемъ внушенія со стороны всей окружающей его среды сильно преувеличилъ значеніе сексуализма и сексуальныхъ травмъ, какъ этиологическаго момента нервныхъ болѣзней. Пройдетъ модное увлеченіе, отпадетъ отъ гипотезы все случайное и все навѣянное, и здоровое ядро этой теоріи—психо-аналитическій методъ—останется, и дальнѣйшія наблюденія укажутъ дѣйствительные предѣлы его примѣненія.



Къ вопросу патологіи мозгового придатка.

Д-ра Т. Хр. Зибертъ (Либава).

Со времени работъ *Pierre Marie*, *R. Virchow*'а, *Möbius*'а и другихъ авторовъ вопросъ объ акромегаліи и вообще о заболѣваніяхъ мозгового придатка неоднократно подвергался подробному изученію. Какъ ни разнятся результаты клиническихъ и экспериментальныхъ наблюденій, въ общемъ необходимо придерживаться воззрѣнія, что болѣе обильная функція (*Hyperfunctio*) железистой части мозгового придатка вызываетъ состояніе *акромегаліи*, т. е. разрастаніе въ длину и ширину рукъ и ногъ, челюсти и вообще костной системы, языка, и увеличеніе объема головы, между тѣмъ какъ пониженіе функціи (*Hypofunctio*) проявляется въ прекращеніи дѣятельности половой сферы и въ наступающемъ общемъ ожирѣніи. (*Dystrophia cerebro-genitalis*). Заболѣванія нервной части мозгового придатка способны вызвать болѣзненное состояніе всего организма, похожее на рахитъ. — Такова въ общихъ чертахъ патологія *Hypophysis*'а. Въ теченіе послѣднихъ лѣтъ мнѣ представлялась возможность подробно изслѣдовать нѣсколько случаевъ новообразованій мозгового придатка въ Лифляндской Земской Лечебницѣ для душевно-больныхъ „Стаккельнъ“ (д-ръ А. Беръ), въ клиникѣ глазныхъ болѣзней Вюрцбургскаго Университета (Проф. Th. Hess), въ Гамбургской лечебницѣ для душевно-больныхъ „Фридрихсбергъ“ (Проф. Weygandt).

въ клиникѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней королевской Charité въ Берлинѣ (Проф. Bonhoffer) и въ поликлиникѣ д-ра К. Mendel'я въ Берлинѣ. Къ этимъ наблюденіямъ я присоединяю два случая изъ моей практики послѣдняго года, которые я позволяю себѣ здѣсь опубликовать.

I. 20-лѣтній крестьянинъ-рыбакъ въ теченіе послѣднихъ пяти лѣтъ жаловался на общую слабость и на сильныя головныя боли, отъ которыхъ часто страдалъ его сонъ. За послѣдніе три года ростъ его въ длину чрезвычайно увеличивался и вмѣстѣ съ тѣмъ руки и ноги получили неуклюжій видъ вслѣдствіе чрезмѣрнаго роста.

Status. Ростъ 181 сант., вѣсъ тѣла 67 килограммовъ (по таблицѣ *Dreyfuss'*а больной, слѣдовательно, на 16⁰/₁₀₀ легче нормы). Голову больного послѣ изслѣдованія емкости ея кефалометрическимъ способомъ *Rieger'*а, можно отнести по отношенію къ огромному росту тѣла къ типу незначительной микроцефалии. Челюсть не выступаетъ впередъ, но проявляетъ массивную и очень толстую костную ткань, такъ что пальцемъ нельзя пройти между горизонтальными вѣтками кости. Спинной хребетъ находится въ состояніи сильнаго кифоза и сколиоза съ выпуклостью въ лѣвую сторону. Грудная клѣтка съ правой стороны объемистѣе, чѣмъ съ лѣвой. Ребра, видимо, уклоняются отъ нормы: они извилисты и искривлены. Мечевидный отростокъ глубоко вдавился. Кости таза нормальны. — Верхнія и нижнія конечности по отношенію къ туловищу имѣютъ выдающуюся длину, но особенно обращаетъ на себя вниманіе *длина рукъ и ногъ*. Руки представляютъ собою типъ длинный и узкій, длина ихъ съ основанія до конца средняго пальца 24 сантиметра; длина ногъ на подошвѣ отъ пятки до конца мезинца 33 сантиметра. Ноги носятъ характерный видъ „*pes planus*“. Кожа тѣла блѣдна, влажна и вяла. Въ бедренной области кожа обезцвѣчена въ двухъ клинообразныхъ симметрично расположенныхъ участкахъ (*Depigmentatio*). Половые органы слабо развиты; ростъ волосъ около нихъ весьма незначительный, въ подмышечныхъ впадинахъ волосы совершенно отсутствуютъ. — Черепные нервы безъ патологическихъ измѣненій. Мускулатура конечностей находится въ состояніи диффузной атрофіи; болѣе сильныя размѣры принимаетъ атрофія мышцъ около перваго и пятаго пальцевъ обѣихъ рукъ.

На электрическій токъ мышцы реагируютъ вяло, но вполне ясно, какъ при раздраженіи со стороны нерва, такъ и при прямомъ раздраженіи. Вообще вся мускулатура слаба и вяла. Эта общая слабость мышцъ на ногахъ достаточно объясняетъ происхожденіе „*pes planus*“. Движенія совершаются медленно и съ трудомъ, больной едва въ состояніи ходить, удерживаясь при помощи палокъ. *Языкъ громадной величины и* заполняетъ собою всю ротовую полость. При попыткѣ высунуть языкъ впередъ появляется легкая дрожь, но не замѣчается никакихъ отклоненій въ сторону. Больной говоритъ медленно и съ открытымъ ртомъ, анартрії не имѣется.—Легкія и сердце нормальны. Моча чиста, удѣльный вѣсъ ея 1,017, не содержитъ ни бѣлка, ни сахара. Количество мочи (за 4 сутокъ) колебалось между 1250 и 1400 кб. сантиметрами. Пульсъ правильный, мягкій, 76 ударовъ въ минуту. Ногти рукъ и ногъ широки и грубы (*Megalonychia*). Секреторныхъ аномалій со стороны кожи не наблюдалось. Половые органы нормально развиты. Зрачки равномѣрны, на свѣтъ и при аккомодациі реагируютъ вполне правильно. *Дно глаза, какъ и поле зрѣнія, никакихъ болѣзненныхъ измѣненій не представляютъ* (Д-ръ Ишрейтъ). Колѣнные сухожильные рефлексy ясно выражены, но нѣсколько трудно возбуждаемы, на правой сторонѣ яснѣе, чѣмъ на лѣвой (тяжесть ногъ?) Ахиллесовы рефлексy нормальны. Кожные рефлексy съ брюшныхъ покрововъ и подошвы ногъ отсутствуютъ. Клонуса стопъ не замѣчается. Симптомы Babinsk'аго, Oppenheim'a и Mendel—*Бехтерева* даютъ отрицательные результаты. Чувствительность внѣшнихъ покрововъ и глубокихъ частей тѣла хорошо сохранена.

Относительно половой жизни мы не имѣемъ никакихъ данныхъ, говорящихъ за какія-нибудь аномаліи.

Случай этотъ представляетъ собою явную картину *акромегаліи*, замѣчательную особенно тѣмъ, что предполагаемое при такихъ состояніяхъ увеличеніе роста железистой части мозгового придатка не проявлялось измѣненіями со стороны зрительныхъ нервовъ, а именно атрофіей носовой части ихъ и соответствующимъ выпаденіемъ поля зрѣнія (*Hemianopsia bitemporalis*) Колоссальныя руки и ноги, огромный ростъ (181 см!), увеличеніе челюсти и вообще костной системы,

большой языкъ, широкіе ногти и сильная головная боль достаточно поддерживаютъ выше означенный клинический діагнозъ.

До извѣстной степени абсолютно противоположную картину представлялъ другой случай пораженія мозгового придатка.

II. 15-лѣтній конторщикъ заболѣлъ 1 годъ тому назадъ припадками головныхъ болей. Сначала эти болевые состоянія появлялись очень рѣдко, затѣмъ стали все чаще и чаще, причемъ каждый припадокъ сопровождался обильною рвотой. Такъ какъ больной вмѣстѣ съ тѣмъ жаловался на ослабленіе зрѣнія, онъ обратился къ главному врачу, который призналъ это состояніе за мигрень. Три мѣсяца спустя больной обратился ко мнѣ съ заявленіемъ, что его состояніе все ухудшается, и что онъ лѣвымъ глазомъ больше не въ состояніи видѣть.

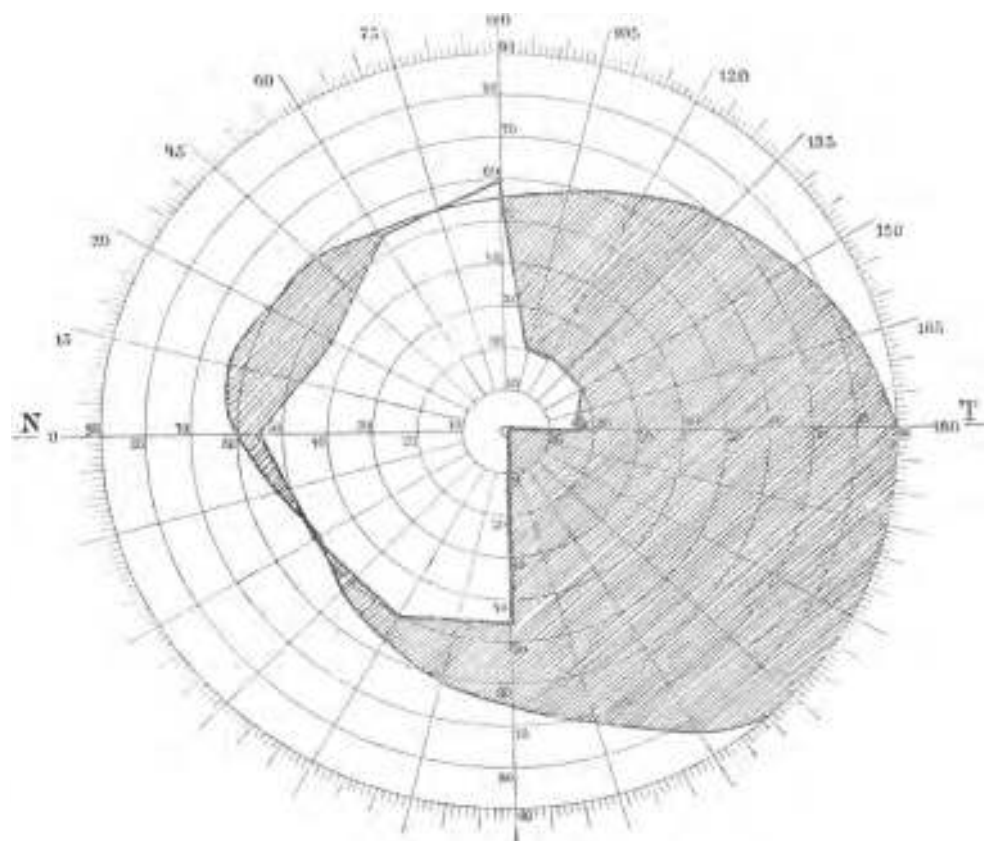
Длина тѣла его 164 сантиметра, вѣсъ 69 килограммовъ т. е. на 15% превышаетъ норму по таблицѣ *Dreyfuss'a*. Со стороны внутреннихъ органовъ патологическихъ измѣненій не имѣется. Моча прозрачна съ удѣльнымъ вѣсомъ 1,012, не содержитъ ни бѣлка, ни сахара. Количество ежедневной мочи около 1350 кб. см. Сухожильные рефлексy нижнихъ конечностей оживлены, однако не имѣется признаковъ бокового склероза (симптомы *Babinsk'а*го и *Oppenheim'a* отрицательны, нѣтъ клоническихъ подергиваній стопы). Функции мышечной системы совершаются правильно, движенія свободны и плавны, *Diadokokinesis* не имѣется. Шатанія тѣла при закрытыхъ вѣкахъ не замѣчается, слуховые нервы нормальны, равновѣсіе сохраняетъ хорошо. *Явная аносмія*, только сильный запахъ формалина (*n. trigeminus?*) воспринимается больнымъ. Глаза немного выступаютъ впередъ. Движенія глазныхъ мышцъ свободны. При поворачиваніи глазныхъ яблоковъ въ сторону наблюдается дрожаніе (*Nystagmus*) въ горизонтальномъ направленіи. Зрачки при равномерномъ свѣтѣ расширены (*Mydriasis*)—8 миллиметровъ въ діаметрѣ. На свѣтѣ лѣвый зрачекъ не реагируетъ, а правый зрачекъ при сильномъ свѣтовомъ источникѣ суживается медленно до 6 миллиметровъ. Отъ солнечнаго свѣта зрачки суживаются оба до діаметра въ 4 миллиметра. Замѣчательно, что такое суживаніе происхо-

дить только тогда, когда вліянію солнечнаго свѣта подвергается правый глазъ, между тѣмъ какъ лѣвый зрачекъ (при закрытомъ правомъ глазѣ) подѣ вліяніемъ даже самаго яркаго солнечнаго свѣта не измѣняетъ своего діаметра и остается въ своемъ расширенномъ состояніи (8 милл.). Перемѣна діаметра зрачковъ при пере мѣнѣ направленія взгляда (Convergence) происходитъ весьма живо.

Результатъ изслѣдованія глазного дна (Д-ръ Ишрейтъ): Съ обѣихъ сторонъ *застойный сосокъ*, при чемъ соски на *носовой сторонѣ* носятъ болѣе характерный видъ застоя, чѣмъ на височной. Вены сѣтчатой оболочки находятся въ состояніи сильной извилистости, что позволяетъ заключить о существованіи раньше болѣе сильнаго застоя. При грубомъ изслѣдованіи пальцами на правомъ глазу замѣчается суженіе поля зрѣнія на височной сторонѣ. Результатъ офтальмоскопическаго изслѣдованія вполне объясняетъ вмѣстѣ съ другими данными необычныя явленія со стороны зрачковъ. На лѣвомъ глазу намъ представляется состояніе такъ называемой „*Reflextaubheit*“ зрительнаго нерва: вслѣдствіе пораженія центростремительнаго пути нервъ не оказывается больше способнымъ ввести свѣтовой рефлексъ, но существующая реакція праваго глаза указываетъ на то, что зрительный нервъ сохранилъ еще эту способность, и этимъ достаточно объясняется одновременное суживаніе зрачка лѣваго, слѣпнаго глаза (сочувственная реакція) — Пульсъ нѣсколько учащенъ, 104, умѣреннаго напряженія.

Больной находился 6 дней подѣ клиническимъ наблюденіемъ. За это время температура тѣла не превышала 37°. Кожа рукъ и ногъ постоянно была залита потомъ въ дистальныхъ отдѣлахъ, на подобіе перчатокъ и чулковъ, сухая, выше расположенная кожа отдѣлялась отъ нижняго потѣющаго участка (*Akrohyperidrosis*). Реакція Вассерманна въ сывороткѣ (Д-ръ Беттакъ) показала отрицательный результатъ. Вопросъ о половой жизни въ такомъ сравнительно молодомъ возрастѣ не могъ играть сколь-нибудь замѣтной роли и поэтому долженъ быть оставленъ въ сторонѣ. Послѣ шестидневнаго наблюденія больной былъ выписанъ изъ клиники, ему былъ назначенъ іодъ съ мышьякомъ.

Фиг. 1.



Мѣсяцъ спустя онъ снова представился. За это время вѣсъ еще прибавилъ на два килограмма. Головные боли и рвота по прежнему составляли главные его жалобы.

Изслѣдованіе функціи глазъ (Д-ръ Ишрейтъ) показало: на лѣвой сторонѣ—полный амаврозъ, на правой сторонѣ—*правосторонняя (височная) геміанопсія* (фиг. 1).

Состояніе дна глаза оказалось прежнимъ—застойный сосочекъ и начинающаяся атрофія зрительныхъ нервовъ.—Зрачки и вообще вся нервная система были въ такомъ же состояніи, какъ раньше. На фотографическомъ снимкѣ Рентгеновскими лучами получилась тѣнь нижней части черепа, такъ что изъ него нельзя было заключить о величинѣ турецкаго сѣдла.

Вопросъ объ операціи обсуждался мною и хирургомъ Д-ромъ Бремъ, однако мы не считали возможнымъ совѣтовать больному операцію, имѣя въ виду соображенія *Ziehen'a*, который предлагаетъ операцію только въ случаѣ грозящей опасности ослѣпленія, а въ данномъ случаѣ зрительные нервы претерпѣли уже весьма крупныя измѣненія. Сверхъ того нельзя не обратить вниманія на довольно печальные до сихъ поръ результаты операцій при заболѣваніяхъ мозгового придатка.

Въ теченіе слѣдующихъ шести недѣль больной совершенно ослѣпъ и на правый глазъ, головные боли еще усилились, и онъ больше не былъ въ состояніи вставать съ кровати.—Разрѣшеніе на вскрытіе послѣ предстоящей въ скоромъ времени смерти я не получилъ и поэтому позволилъ себѣ сообщить объ этомъ случаѣ безъ анатомическаго діагноза.

Безъ сомнѣнія, мы имѣемъ здѣсь дѣло съ злокачественнымъ новообразованіемъ мозгового придатка, которое вполне согласно анатомическому расположенію мозговыхъ частей поражало перекрестъ зрительныхъ нервовъ (*Chiasma opticum*). Общее ожирѣніе, о которомъ свободно возможно было заключить и объективно по отношеніямъ таблицы *Dreyfuss'a*, говорило въ пользу того, что новообразование разрушило железистую ткань *Hypophysis'a* въ довольно высокой степени, и что за этимъ процессомъ послѣдовало пониженіе функціи столь важнаго для внутренняго обмѣна веществъ органа. Какъ уже выше было сказано, вопросъ о прекращеніи половыхъ

функцій долженъ быть оставленъ открытымъ. Признаковъ акромегаліи не имѣлось. Это явленіе также говоритъ въ пользу того, что новообразование скоро уничтожило железистую ткань мозгового придатка и не вызвало сначала путемъ механическаго раздраженія усиленную функцію. Головная боль, рвота, застойный сосокъ и аносмія, вслѣдствіе разрушенія обонятельныхъ нервовъ, представляютъ собою другіе признаки новообразования Нурорфизис'а. Скорый и мягкій пульсъ нисколько не исключаетъ мозговой опухоли, какъ это и сообщаетъ *Heilbronner*.

Клиническій діагнозъ: *Sarcoma hypophysios*.



РЕФЕРАТЫ.

Психіатрія.

И. Д. Ермаковъ. Психозъ при акромегаліи, осложненной сирингоміэліей. Труды психіатрической клиники Императорскаго Московскаго Университета. Москва, 1913.

Послѣ краткаго обзора литературы, касающейся случаевъ психоза при акромегаліи, при сирингоміэліи, а также и при комбинаціи этихъ двухъ заболѣваній, авторъ приводитъ случай, наблюдавшійся имъ въ Московской психіатрической клиникѣ.

Больная 32 лѣтъ, отягощенная психопатической и невропатической наслѣдственностью обнаружила первые признаки психоза 11 лѣтъ тому назадъ въ видѣ галлюцинацій—зрительныхъ и общаго чувства. Съ того времени у больной наблюдались двѣ ремиссіи, при чемъ она, однако, всегда обнаруживала странности характера и бредовыя идеи. Настоящее заболѣваніе является лишь обостреніемъ процесса и характеризуется усилившимися бредовыми идеями, галлюцинаціями, маниакальнымъ возбужденіемъ. Наиболѣе выдающіеся симптомы болѣзни характерны для *dementia praecox*; это—аутизмъ, амбивалентность, галлюцинаціи и ложныя галлюцинаціи, не имѣющія никакого отношенія къ бреду и т. п. однако, картина болѣзни осложняется симптомами, происходящими изъ акромегаліи, сирингоміэліи (форма, описанная *Petren'омъ*) Сюда относится прежде всего явленіе, подмѣченное *Schlesinger'омъ* при сирингоміэліи—связываніе бредовыхъ представленій съ разстроенной чувствительностью, при чемъ эта послѣдняя не даетъ больнымъ возможности корригировать ихъ бредовыя идеи. Особая тяжесть психической дѣятельности, извѣстная неповоротливость, непластичность очень характерна для больныхъ акромегаліей. Отмѣчая роль наслѣдственности и predispositiona въ день возникновенія психоза при акро-

мегалии, авторъ указываетъ далѣе, что описанный имъ случай слѣдуетъ разсматривать, какъ раннее слабоуміе, въ которое вплелись черты обѣихъ нервныхъ болѣзней. Что касается тенденціи продуцировать бредовыя идеи, то она свойственна дегенеративной психикѣ, содержаніе же черпается болынымъ изъ его комплексныхъ переживаній. *Р. Авербухъ.*

И. Д. Ермаковъ. Истерическая эпилепсія. Труды психіатрической клиники Императорскаго Московскаго Университета. Москва. 1913.

Разсматривая вопросъ о дифференціальномъ діагнозѣ, авторъ приходитъ къ выводу, что не существуетъ ни одного симптома, имѣющаго абсолютную цѣнность для различенія между эпилепсіей и истеріей.

Далѣе авторъ сообщаетъ 4 случая истерической эпилепсіи, въ которыхъ припадки симулировали настоящую эпилепсію. Но въ то время, какъ при эпилепсіи припадки имѣютъ причину анатомическую или химическую, при истеріи всегда находятся причины психологическія—въ описанныхъ случаяхъ—ощущеніе своей слабости и малоцѣнности (Minderwertigkeit).

По мнѣнію автора истерическая эпилепсія развивается на почвѣ вырожденія. Психологической основой ея является ощущеніе малоцѣнности и компенсація его съ помощью фантазій. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ такая компенсація не удастся, разыгрываются состоянія слабости, обмороковъ, безпамятства и т. п. Чувства ужаса и страха (особенно у дѣтей и подростковъ) играютъ очень важную роль въ дѣлѣ развитія истерической эпилепсіи. *Р. Авербухъ.*

В. П. Петровъ. Корсаковский симптомокомплексъ въ трехъ случаяхъ прогрессивнаго паралича. Труды психіатрической клиники Императорскаго Московскаго Университета. Москва. 1913.

Авторъ описываетъ три случая прогрессивнаго паралича, въ которыхъ наблюдался Корсаковский симптомокомплексъ, и приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ;

1. Необходимо отличать Корсаковский симптомокомплексъ отъ Корсаковскаго психоза.

2. Случаи прогрессивнаго паралича съ Корсаковскимъ симптомокомплексомъ встрѣчаются чаще, чѣмъ можно было бы думать на основаніи литературныхъ данныхъ

3. Корсаковский симптомокомплексъ наблюдается въ начальныхъ стадіяхъ прогрессивнаго паралича или во время его свѣтлыхъ промежутковъ при ясномъ сознаніи больного.

4. Появленіе ложныхъ воспоминаній или псевдореминисценцій, составляющихъ одну изъ существенныхъ частей Корсаковского симптомокомплекса можно объяснить тѣмъ, что больной съ разстройствомъ способности запоминанія недавняго, сохраняя ясность сознанія и память прошлаго, старается отдать себѣ отчетъ въ окружающемъ, въ особенности, если къ больному кто-нибудь обращается съ вопросами.

5. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ прогрессивнаго паралича съ Корсаковскимъ симптомокомплексомъ картина болѣзни бываетъ очень похожа на болѣзнь — Корсаковский психозъ.

9. Описаніе подробныхъ исторій болѣзни съ Корсаковскимъ симптомокомплексомъ имѣетъ большое значеніе въ качествѣ матеріала для раскрытія въ будущемъ природы и сущности памяти.

Р. Авербухъ.

Психоанализъ.

И. Д. Ермаковъ. Патологія дыхательной эмотивности. (Къ вопросу о нѣкоторыхъ разстройствахъ дыханія). Труды психиатрической клиники Императорскаго Московскаго Университета. Москва. 1913.

Авторъ сообщаетъ нѣсколько случаевъ разстройства дыханія. Во всѣхъ этихъ случаяхъ не имѣется никакихъ анатомическихъ измѣненій, а также никакихъ разстройствъ общаго питанія, единственной причиной всѣхъ этихъ разстройствъ являются, отгѣсненные въ область безсознательнаго, аффекты. Путемъ психоанализа удастся вызвать у больныхъ воспоминанія о вытѣсненныхъ аффективныхъ переживаніяхъ и освободить ихъ отъ болѣзненныхъ явленій.

Р. Авербухъ.

S. Freud. Психоанализъ дѣтскаго возраста. Психотерапевтическая библіотека. IX. Москва. 1913.

Въ предлагаемой читателю книгѣ *Freud* пытается пойти къ разрѣшенію давно назрѣвшаго вопроса, который

хорошо извѣстенъ всѣмъ родителямъ, о причинахъ дѣтскаго страха. Трудно пока сказать будутъ ли благодарны ближайшія поколѣнія *Freud*'у за тотъ методъ, помощью котораго онъ пытается разсѣять страхъ дѣтскаго воображенія. Возможно, конечно, что изъ ряда тѣхъ многочисленныхъ неизвѣстныхъ, изъ которыхъ слагается явленіе „дѣтскаго страха“, одно развивается на почвѣ сексуальной, но у насъ нѣтъ пока неоспоримыхъ данныхъ и мы ничего категорически утверждать не можемъ. Авторъ со свойственнымъ ему увлеченіемъ и смѣлостью, заранѣе исключая всѣ возраженія, вопросъ о происхожденіи дѣтскихъ фобій ставитъ исключительно на сексуальную почву. Правъ ли *Freud*—покажетъ недалекое будущее, такъ какъ эта, его первая попытка уяснить эволюцію дѣтской психологіи и вмѣстѣ съ тѣмъ подойти къ вопросу о рациональномъ воспитаніи ребенка, не можетъ остаться единственной. Здѣсь затронутъ очень сложный вопросъ, который можно назвать „половымъ воспитаніемъ“. Многочисленные попытки врачей, педагоговъ и самихъ родителей свое временно удовлетворить любопытство ребенка къ сожалѣнію не поддаются учету и громадное большинство родителей либо совершенно игнорируютъ этотъ „щекотливый“ вопросъ, либо предоставляютъ времени разрѣшить его и результаты подобного отношенія хорошо извѣстны всѣмъ намъ.

Большая заслуга *Freud*'а заключается именно въ томъ, что онъ первый, а не ограничиваясь теоретическими разсужденіями, обосновыв етъ свои соображенія конкретными фактами. Только подобнаго рода изслѣдованія и могутъ приблизить насъ къ разрѣшенію этого большого вопроса.

Но очень жаль, что авторъ, располагая только однимъ наблюденіемъ и то не своимъ, такъ смѣло разрѣшаетъ эту сложную проблему. Возможно, конечно, что его Гансъ, какъ онъ самъ говоритъ, типичный случай, но вѣдь типы выводятся не изъ единицъ, а слагаются изъ массъ! Предлагая свой специфическій методъ психоанализа для терапіи и быть можетъ профилактики „дѣтскаго страха“ врачамъ и читающей публикѣ, для которой каждая новая книга законъ, *Freud* беретъ на себя слишкомъ большую отвѣтственность, такъ какъ его методъ можетъ быть безвреднымъ только въ рукахъ опытнаго психотерапевта; я не говорю о пользѣ, о которой вообще

пока сказать не сможет и самъ авторъ—это покажетъ будущее.

Трудно сказать, что опаснѣе для гибкой, многогранной души ребенка—фобіи-ли (которыя были у насъ всѣхъ и такъ же незамѣтно исчезали, какъ и появлялись) или несвоевременно и грубо разрѣшенный, хотя бы путемъ психоанализа, половой вопросъ. Избавляя ребенка отъ фобій, мы путемъ психоанализа, быть можетъ, навязываемъ ему чуждыя мысли и направляемъ его психику по весьма опасному пути—повторяю, мы не знаемъ истинной причины „дѣтскаго страха“ и наблюденіе *Freud'a* только попытка, попытка, возможно, неудачная. Оставляя въ сторонѣ слабыя мѣста книги, на которыя впрочемъ указываетъ и самъ авторъ, мы должны привѣтствовать этотъ первый шагъ въ области послѣдовательнаго наблюденія развитія и теченія „дѣтскаго страха“.

Горячо рекомендую книгу врачамъ, но отнюдь не широкой публикѣ, будемъ надѣяться, что опытъ *Freud'a* не останется единственнымъ.

Е. Е. Добровольскій.

Изъ Московскаго общества психіатріи и неврологіи.

Въ засѣданіи 12 февраля с. г. въ научной части его были заслушаны доклады: 1) *И. Н. Введенскій*: „Случай *Корсаковского психоза послѣ дизентеріи*“; вольноопредѣляющійся, 23 л., обремененъ тяжелой физической и нейро-психической наслѣдственностью; за время до настоящаго заболѣванія, среди обычнаго психическаго состоянія, у больного все-таки отмѣчены кратковременныя приступы сильнаго возбужденія съ послѣдующей амнезіей, вспыхивавшіе отъ незначительныхъ поводовъ, 27 іюля 1812 г.—тяжелая дизентерія; въ концѣ августа констатировано разстройство аментивнаго характера; вначалѣ октября констатировано рѣзкое разстройство памяти текущихъ событій при относительной сохранности памяти прошлаго, многочисленныя конфабуляціи, нѣкоторая неясность сознанія и незначительныя галлюцинаціи; въ половинѣ октября—проясненіе сознанія, разстройство же памяти и конфабуляціи оставались съ постепеннымъ улучшеніемъ за послѣдующіе мѣсяцы; въ соматической сферѣ отмѣ-

чено: диплопія, нистагмъ, повышеніе рефлексовъ, атактичская походка и рядъ сомнительныхъ симптомовъ, которые одними отрицались, другими констатировались: наметкъ на клонусъ стопы, Бабинскій, пальцевой рефлексъ, неравенство зрачковъ; параличей, атрофій, болѣзненности нервныхъ стволовъ и мышцъ не отмѣчено; со стороны крови и спинальной жидкости, при изслѣдованіи, реакція Wassermann'a оказалась отрицательной. Докладчикъ нашелъ въ литературѣ только одинъ подобный своему случай, гдѣ также дизентерія играла роль, какъ этиологическій моментъ Корсаковского психоза. При обсужденіи своего случая, докладчикъ высказался такъ: душевное расстройство у описываемаго имъ случая хорошо укладывается въ рамки Корсаковского психоза; симптомокомплексъ же со стороны соматической сферы подходитъ къ атактической формѣ полиневрита или къ поліоэнцефалиту, возможна и совмѣстность ихъ.

Въ преніяхъ по докладу д-ра *Введенскаго*: *В. И. Семидаловъ* высказался противъ полиневрита въ случаѣ докладчика и за діагнозъ-поліоэнцефалитъ типа Wernike; докладчикъ, оппонируя, указалъ на то, что не настаиваетъ на полиневритѣ, но и не отрицаетъ его: при болѣе выраженности атактическихъ явленій, можно было бы констатировать и легкую степень пареза. *В. К. Хорошко*, какъ и д-ръ *Семидаловъ*, основываясь на томъ, что больной былъ осмотрѣнъ въ Старо-Екатерининской больницѣ невропатологомъ, также высказываются, что полиневритъ тамъ не могъ быть просмотрѣнъ: д-ръ *Хорошко* видѣлъ б-го въ промежутокъ времени между пребываніемъ въ С. Екатер. больницѣ и въ лѣчебницѣ гдѣ онъ находится въ данное время, и также не констатировалъ у него явленій полиневрита. *М. А. Захарченко*: видѣлъ б-го мѣсяць назадъ и высказался тогда за полиневритъ, при чемъ базируетъ свое мнѣніе на анализѣ констатированныхъ у больного симптомовъ, удовлетворительно объяснявшихся діагнозомъ полиневрита; діагнозъ поліоэнцефалита уже меньше гармонируетъ съ сравнительно легкимъ теченіемъ всей болѣзни, слишкомъ мало распространены и слабо выражены глазные параличи. *В. Г. Мацкевичъ*: съ чисто анатомической точки зрѣнія, не видитъ существенной разницы между обѣими формами (Корсаковскій симптомокомплексъ съ полиневритомъ съ одной стороны и геморрагическимъ поліоэнцефалитомъ съ

другой); данный б-ой, вѣроятно, представляетъ какъ бы иллюстрацію къ экспериментамъ Lotmar съ отравленіемъ животныхъ дизентерійнымъ ядомъ, гдѣ получались разсѣянные очаги въ центральной нервной системѣ. *В. А. Гиляровский*: признавая характерность въ данномъ случаѣ разстройствъ памяти для Корсаковского психоза, въ тоже время отмѣтилъ наличность стойкихъ бредовыхъ идей, нетипичныхъ для послѣдняго; по отношенію къ діагнозу данного случая, высказался за разлитое заболѣваніе мозга, м. б., въ смыслѣ энцефалита.

2) Затѣмъ, *В. Э. Дзержинскій* дѣлалъ докладъ—демонстрированіе съ больного закупоркой *arteriae cerebelli post. inf.*: больной, 47 л.; въ анамнезѣ алкоголизмъ; 20 л. назадъ к. то заболѣваніе съ послѣдовательной атрофіей мышцъ лѣвой кисти; 10 дек. 1912 г. ночью, послѣ выпивки, инсультъ безъ потери сознанія; развилась такая картина: диплопія, нистагмъ, суженіе глазной щели и зрачка слѣва, агеузія, параличъ мягкаго неба и глосовой связки слѣва, икота, разстройство глотанія, атаксія въ лѣвой рукѣ и меньше въ другихъ конечностяхъ, разстройство статики, лѣвосторонняя латеропульсія, боль въ лѣвой половинѣ головы, аналгезія слизистыхъ оболочекъ носа и рта слѣва, правосторонняя геміаналгезія, кромѣ участка около носа и глаза, на лѣвой половинѣ лица; термогипестезія лица слѣва и туловища съ конечностями справа; артеріосклерозъ; Wassermann -- отрицательный. За періодъ отъ инсульта до 9 февр. 1913 г. исчезла диплопія, разстройство глотанія, анестезіи и атаксія нѣсколько улучшились.

Кромѣ демонстрированія этого больного. *В. Э. Дзержинскій* привелъ данныя о другомъ больномъ съ подобнымъ же симптомокомплексомъ: 48 л., алкоголикъ въ прошломъ; съ 9 окт. по 16 окт. 1912 г. 3 инсульта съ послѣдовательными: глухота на лѣвое ухо центрального характера, агеузія, диплопія, суженіе глазной щели и зрачка слѣва, затрудненная рѣчь и глотаніе, параличъ мягкаго неба и голосовой связки слѣва. Геміанестезія болевая и термическая справа. Гемигипестезія тактильная справа. Атаксія, особенно, въ лѣвыхъ конечностяхъ. Разстройство статики. Лѣвосторонняя латеропульсія. Диффузная слабость всѣхъ мышцъ слѣва. Гипалгезія слизистыхъ оболочекъ слѣва. Отсутствие сухожильныхъ рефлексовъ на нижнихъ конечностяхъ. За время отъ 25 окт. 10

22 янв. 1913 г. глухота, тактильная гипестезія, атаксія правыхъ конечностей исчезли; агеузія, диплопія, слабость анестезіи, расстройства статики уменьшились. Больной провелъ специфическое лѣчение въ виду положительной реакціи Wassermann'a въ крови.

Анализируя свои 2 приведенныхъ случая, *В. Э. Держинскій* высказался такъ: въ обоихъ случаяхъ имѣется выпаденіе функціи участка продолговатаго мозга, питаемого задне-нижней мозжечковой артеріей. Главными симптомами синдрома закупорки этой артеріи являются: на сторонѣ очага параличъ мягкаго неба, голосовой связки и sympathici, поражение чувствующей порціи тройничнаго нерва; на противоположной сторонѣ—болевая и термическая анестезія туловища и конечностей; расстройства статики.

Въ преніяхъ по докладу *В. Э. Держинскаго: М. А. Захарченко* отмѣтилъ рядъ интересныхъ особенностей демонстрированного случая: распространеніе анестезіи на половину головы, противоположную очагу, переходящую диплопію; вопросъ о генезѣ расстройствъ статики остается, по-прежнему, самымъ темнымъ, т. е. поражение лабиринта здѣсь исключается; *М. А. Захарченко* не соглашается съ докладчикомъ относительно роли Монаковского пучка въ генезѣ параличей, т. е. при закупоркѣ art. cerebellaris этотъ пучекъ, повидимому, повреждается постоянно, слѣвательно, симптомы выпаденія его должны были бы быть постоянными, чего нельзя отмѣтить при анализѣ клинической картины; *М. А. Захарченко* думаетъ, что проще объяснить параличи пораженіемъ пирамидъ, для чего имѣется достаточно анатомическихъ основаній.

Докладчикъ объясняетъ гемипарезъ у одного изъ своихъ больныхъ, всетаки, пораженіемъ Монаковского пучка: онъ всегда поражается при закупоркѣ art. cerebellaris, а затѣмъ парезы равномерно захватываютъ не только конечности, но и туловище и шею; затѣмъ, анатомическое поражение к. н. системы въ мозгу не во всѣхъ случаяхъ влечетъ за собой одинаковыя функціональныя расстройства.

3) Слѣдующимъ былъ заслушанъ докладъ *О. Б. Феммана* на тему: „Къ вопросу объ обученіи отсталыхъ дѣтей“: профилактика нейро-психической сферы должна начинаться съ начальной школы; въ организаціи нормальныхъ школъ должны принимать участіе и психіатры: послѣдніе должны

приобрѣтать знаніе дѣтской психологіи и психопрофилактики на практикѣ т. е. знакомствомъ съ психически-непормальными дѣтьми; докладчикъ предлагаетъ Обществу избрать Комиссію для организаціи такого изученія.

Въ преніяхъ по докладу *М. А. Захарченко* отмѣтили, что нѣкоторые французскіе авторы проводятъ рядъ курсовъ лѣченія препаратами всѣхъ железъ по очереди, считая дѣтскую отсталость продуктомъ разстройства железъ внутренней секреціи и спрашивалъ докладчика, видалъ ли онъ такое лѣченіе въ Германіи по отношенію къ остальнымъ дѣтьмъ. Докладчикъ пояснилъ, что по отношенію къ послѣдней, онъ не слышалъ о такомъ лѣченіи.

В. И. Семидаловъ спросилъ докладчика, сколько лѣтъ тамъ существуютъ вспомогательныя школы и удалось ли прослѣдить дальнѣйшую судьбу питомцевъ. На это докладчикъ пояснилъ: вспомогательныя школы въ Германіи функционируютъ около 50 лѣтъ, большая часть питомцевъ хорошо исполняютъ свои профессіи, немногіе вступили въ конфликтъ съ законами.

Въ засѣданіи 12 марта были заслушаны: 1) докладъ *М. О. Гуревича*: „Объ эпилептоидныхъ состояніяхъ у психопатовъ и ихъ ограниченіе отъ эпилепсіи“; указываетъ на необходимость ограничивать эпилептоидныя состоянія отъ эпилепсіи; главнымъ дифференціальнымъ признакомъ можетъ служить наличность опредѣленной психопатичной конституціи и доброкачественность теченія эпилептоидныхъ состояній: эти основныя признаки эпилептоида дали возможность докладчику исключить эпилепсію въ своихъ 2-хъ случаяхъ, гдѣ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ припадки бывали больше 100 въ сутки.

Въ преніяхъ: *Т. Семеновъ* указалъ, что прогнозъ у эпилептиковъ безъ отягощенности стигматами дегенераціи, все-таки, лучше, чѣмъ у дегенерантовъ; *Т. И. Юдинъ* высказался, что въ первомъ случаѣ докладчика очень трудно дифференцировать болѣзнь отъ настоящей эпилепсіи въ виду, напр., тенденціи къ образованію эпилептического характера, въ виду имбецильности, неправильности черепа; *О. Б. Фельцманъ* указалъ, что нѣтъ ни одного признака, наличность котораго съ несомнѣнностью говорила бы за эпилепсію или истерію.

Докладчикъ въ отвѣтъ оппонентамъ указываетъ: въ обоихъ его случаяхъ психика была не эпилептической, больные легко переносили припадки; дегенеративную эпилепсію слѣдуетъ выдѣлить изъ состава эпилепсіи, подобно формамъ *Bratz* и *Oppenheim*'а; для эпилепсіи измѣненіе личности и опредѣленный *Endzustand* не менѣе характерны, чѣмъ для пизофреніи.

2) Слѣдующимъ было заслушано сообщеніе *Я. Д. Мацкевича*: „Демонстрація препаратовъ случая сифилитическаго эндартеріита мелкихъ сосудовъ головного мозга“: анатомическому изслѣдованію былъ подвергнутъ случай делиріознаго состоянія съ эпилептиформными судоргами; мягкая мозговая оболочка, крупныя сосуды безъ измѣненій, мелкіе сосуды представляютъ картину рѣзкаго эндартеритическаго процесса: периваскулярная инфильтрація при маломъ увеличеніи, большое же увеличеніе обнаруживаетъ, что инфильтраціи нѣтъ, а на лицѣ рѣзкая пролиферація какъ эндотеліальныхъ клѣтокъ, такъ и адвентиціальныхъ; имѣется и размноженіе сосудовъ; въ участкахъ, питаемыхъ эндартеритически измѣненными сосудами—рѣзкая картина хроматолиза нервныхъ клѣтокъ; изрѣдка попадають палочковидныя клѣтки; окраска по 5-ому методу *Alzheimer*'а даетъ рѣзкое амебоидное превращеніе гліи въ бѣломъ веществѣ, а глав. обр., подъ эпендимой боковыхъ желудочковъ; окраска по *Bielschowski*, *Weigert*, *Schorlach-Rott* и др. ничего особеннаго не дала.

Въ преніяхъ по докладу: *М. О. Гуревичъ* указалъ на особенное значеніе для психіатріи трактующей формы; эндартеритъ мелкихъ сосудовъ даетъ клиническую картину въ видѣ эпилептоида, сумеречныхъ состояній, остраго бреда; случай послѣдняго наблюдалъ и оппонентъ, при чемъ анатомически оказался эндартеритъ мелкихъ сосудовъ.

Слѣдующимъ былъ заслушанъ докладъ *О. М. Родіонова* „Къ вопросу о законодательствѣ о душевно больныхъ въ Россіи“: докладчикъ подвергъ критическому анализу нѣкоторые пункты проекта *Н. Н. Баженова* по трактующему вопросу.

Въ засѣданіи Общества 2 апрѣля: 1) былъ заслушанъ докладъ *В. Э. Держинскаго*: „Къ ученію о рефлекторныхъ и церебральныхъ атрофіяхъ“: на основаніи литературы и 30 клиническихъ случаевъ, изъ которыхъ 6 окончились аутоп-

сіей и были обслѣдованы микроскопически, докладчикъ приходитъ къ слѣдующимъ положеніямъ: весь ходъ рефлекторныхъ (I) и церебральныхъ (II) амиотрофій представляется въ такомъ видѣ:

Ad. I. 1) наличие пораженія на периферіи (артриты, переломы и пр.);

3) патологическіе импульсы по периферическому чувствующему нейрону къ клѣткамъ переднихъ роговъ, болѣе сильныя въ области соответствующаго сегмента и постепенно уменьшающіеся въ выше и ниже лежащихъ сегментахъ;

3) патологическое функціональное состояніе заинтересованныхъ моторныхъ клѣтокъ, вызывающее: а) простую диффузную атрофію въ соответствующихъ мышцахъ; б) повышение сухожильныхъ рефлексовъ; в) атрофіи и умираніе менѣе жизнеспособныхъ двигательныхъ клѣтокъ, дающее въ результатъ полную гибель и дегенерацію мышечныхъ волоконъ;

Ad. II. 1) наличие церебральнаго пораженія, кровоизліяніе и т. п.);

2) патологическіе импульсы по цереброспинальнымъ путямъ къ клѣткамъ переднихъ роговъ;

3) то же, что и при рефлекторныхъ амиотрофіяхъ.

Въ преніяхъ по докладу, *М. А. Захарченко* указалъ, что клиническіе факты не вполне соответствуютъ сведенію церебральныхъ амиотрофій къ измѣненіямъ клѣтокъ переднихъ роговъ; амиотрофіи развиваются очень быстро, моторная же клѣтки гибнутъ сравнительно поздно; церебральныя амиотрофіи, повидимому, вызываются многими моментами, въ числѣ ихъ не послѣднюю роль надо отнести на разстройство циркуляціи въ парализованныхъ мышцахъ

С. П. Чернышевъ, говоря объ измѣреніяхъ докладчика, указалъ, что на основаніи своихъ измѣреній, убѣдился въ томъ, что разница въ —1 снт. объема мышцъ лежитъ въ предѣлахъ ошибки; *Е. Г. Дьловъ* подтвердилъ, что небольшая разница при измѣреніи окружности конечности не можетъ служить доказательствомъ амиотрофіи: въ большемъ числѣ измѣреній у солдатъ, оппонентъ, убѣдился въ преобладаніи окружности лѣваго плеча на 1 снт. въ сравненіи съ правымъ; затѣмъ д-ръ *Дьловъ* задается вопросомъ, не могутъ ли рефлекторныя амиотрофіи зависѣть отъ восходящаго неврита

Н. И. Гиршберг задает докладчику запросъ, не дѣлалъ ли онъ такихъ же точныхъ измѣреній при полиоміелитѣ, что могло бы сказать за или противъ объясненій докладчикомъ аміотрофій при церебральныхъ пораженіяхъ

Докладчикъ возражаетъ: на основаніи своего случая перерезки art. axillaris съ послѣдовательными парезами, но безъ атрофіи мышцъ, думаетъ, что незначительныя измѣненія кровообращенія при гемиплегіяхъ не могутъ быть причиной аміотрофіи; относительно измѣренія думаетъ, что повторныя измѣренія у одного и того же больного и гдѣ атрофія увеличивается съ $\frac{1}{4}$ до 2—3 снт. предыдущая маленькая разница имѣетъ уже большую цѣнность; измѣреній при полиоміелитѣ не производилъ за неимѣніемъ такого матеріала.

2) Слѣдующимъ былъ заслушанъ докладъ *М. А. Невусихина*: „Къ казуистикѣ параноидныхъ заболѣваній съ демонстр. больныхъ“:

Въ преніяхъ по докладу-демонстрированію больныхъ: *И. Н. Введенскій* отмѣтилъ, что докладчикъ на предшествовавшей конференціи первый случай трактовалъ, какъ алкогольное заболѣваніе; по мнѣнію оппонента, отсутствіе систематизированнаго бреда не говоритъ противъ алкогольной параной.

М. О. Гуревичъ также первый случай считаетъ невыяснившимся, возможно, что здѣсь и алкогольное заболѣваніе.

О. Б. Фельцманъ: второй случай считаетъ типичнымъ для dem. praesox; первый случай, хотя съ увѣренностью и нельзя отмѣнить алкоголизма, но многое заставляетъ думать объ алкогольной „ретуши“, случай же можно отнести и къ dem. praesox

Н. И. Гиршбергъ находитъ достаточно основаній думать объ алкогольномъ галлюцинозѣ.

Послѣ этого доклада-демонстрированія, *В. Э. Держинскій* демонстрировалъ діапозитивы (рентгенограммы) патологическихъ череповъ: гидроцефаліи, микроцефаліи, рахита, 2 случая оксидефаліи, 2 случая тригоноцефаліи, скафоклиноцефаліи, окси—клиноцефаліи, пятицефаліи, 2 случая акроцефало-синдактиліи.

А. А. Суховъ.

10 октября 1913 г. состоялось 7-ое очередное засѣданіе Общества были заслушаны доклады: 1) *Я. Д. Мацкевичъ*:

„Из вопросу объ извращеніи рефлексовъ“; 2) С. М. Родіоновъ: „Итоги и впечатлѣнія съ психіатрической переписи на Уралѣ“. 3) Л. А. Прозоровъ: „Изъ исторіи русской психіатріи: Иванъ Федоровичъ Рюль“.

По докладу д-ра Мацкевича въ преніяхъ. О. Б. Фельцманъ: задаетъ вопросъ о случайности указываемаго докладчикомъ симптома; обѣщаетъ демонстрировать случай, гдѣ вмѣсто обычнаго колыннаго рефлекса получалось отведеніе перонеальной группы. П. П. Тутышкинъ спрашиваетъ не было ли симптомовъ, которые указывали бы на локализацию процесса по близости нижняго конца шейнаго отдѣла med. spinalis.

Д-ръ Родіоновъ высказалъ слѣдующее: за время участія въ психіатрической переписи въ Уфимской губ. за 2 мѣсяца осмотрѣлъ 424 человека изъ 135 селеній; считая по количеству больныхъ, докладчикъ наблюдалъ слѣдующія формы: врожденное слабоуміе—88, эпилепсія 73, прогрессивный параличъ 11; другія формы въ сравнительно меньшемъ числѣ. Изъ наблюдавшихся больныхъ, 46 пользовалось раньше въ больницѣ: больные эти могутъ отличены въ своей средѣ только психіатромъ. Одинъ случай прогрессивнаго паралича интересенъ тѣмъ, что со словъ родныхъ, длится уже 35 лѣтъ. Затѣмъ, докладчикъ очерчиваетъ бытъ больныхъ и въ заключеніе доклада говоритъ о полезности въ дополненіе къ переписямъ обследовать психопатіи населенія путемъ длительного наблюденія

Н. А. Вырубовъ спрашиваетъ докладчика о данныхъ Санитарнаго бюро по вопросу о распространеніи среди мѣстнаго населенія сифилиса и туберкулеза, а также о данныхъ отчетовъ винной монополіи по вопросу о дешевомъ потребленіи алкоголя; все это важно для сопоставленія съ отмѣченными докладчикомъ формами дегенераціи; затѣмъ, интересны примѣры отдѣльных семей съ частыми заболѣваніями родителей съ обѣихъ сторонъ туберкулезомъ и прогрессивнымъ параличемъ; важно знать поясненія по поводу 46 больныхъ, раньше бывшихъ въ больницѣ, а во время переписи вращавшихся въ населеніи; интересно знать цифру населенія обследованнаго района.

Д-ръ Родіоновъ: Діагностика 46-ти больныхъ, до переписи пользовавшихся въ больницѣ, была сопоставлена съ діагнозомъ докладчика и выяснилось, что въ данное время ока-

зались здоровыми тѣ, кто страдалъ періодическимъ психозомъ и 2 случая *dementiae praecoxis*; въ остальныхъ больничная діагностика совпала съ діагнозомъ докладчика.

П. П. Тутышкинъ: говоритъ о назрѣвшемъ вопросѣ коренной реформы дѣла переписи; о важности связи общей санитарной и психіатрической переписи.

И. Н. Введенскій говоритъ о неоднородности матеріала съ этнографической стороны, слѣдовательно, и съ бытовой; о необходимости выясненія вопроса о вліяніи этихъ условій на характеръ психопатій. Докладчикъ пояснилъ д-ру *Введенскому*, что онъ не могъ отмѣтить различія психическихъ заболеванийъ въ зависимости отъ національности; какъ будто, алкогольные психозы и прогрессивный параличъ больше распространены среди русскаго населенія.

Л. А. Прозоровъ въ своемъ докладѣ, всесторонне освѣтилъ научно-общественныя заслуги д-ра *Рюль* въ дѣлѣ психіатріи въ частности Больницы Всѣхъ Скорбящихъ; дѣятельность д-ра *Рюль* относилась къ 20—40 годамъ прошлаго столѣтія.

Въ 8-омъ очередномъ засѣданіи Общества 31 октября с. г. были заслушаны доклады: 1) *Е. К. Краснушкинъ*, „*Serо-діагностическій методъ Abderhalden'a въ психіатріи*“; 2) *Т. Е. Сегаловъ*, „*Нѣсколько замѣчаній къ вопросу о значеніи инфекции и паринфекции (мозгической) въ этиологіи прогрессивнаго паралича*“.

Д-ръ *Краснушкинъ* реферируетъ взгляды *Abderhalden'a* на своеобразное строеніе различныхъ клѣточныхъ элементовъ и на значеніе такой специфичности структуры для обмѣна веществъ, на роль т. н. *Abmehrfemente*. Техника оптическаго и діализаціоннаго методовъ трудная; методъ діализаціи болѣе доступенъ, болѣе распространенъ, хотя простъ только въ принципѣ; затѣмъ докладчикъ излагаетъ технику метода; реферируетъ исторію распространенія въ клиникѣ реакціи и принциповъ *Abderhalden'a*; въ выводахъ докладчикъ думаетъ, что реакція *Abderhalden'a* укрѣпила связь между біологіей и психіатріей и можетъ составить эпоху въ ней.

Въ преніяхъ по докладу *П. П. Тутышкинъ* указываетъ, что центръ тяжести долженъ лежать въ новомъ вообще направленіи въ патологіи и біологіи: ученіе о внутренней секреціи, менделизмъ въ общей біологіи, реакція *Wassermann'a* и т.

д. напоминает данная литературы по вопросу о связи нѣкоторыхъ формъ психопатологіи съ разстройствомъ железъ, думаетъ о такой же зависимости между ними и напр., прогрессирующимъ параличемъ.

Докладчикъ защищаетъ особенное значеніе реакціи Abderhalden'a, т. к. она усиливаетъ наше пониманіе біологическихъ процессовъ при психическихъ заболѣваніяхъ и поясняетъ предположеніе о взаимоотношеніи железъ внутренней секретіи.

Т. И. Юдинъ отмѣчаетъ интересъ сопоставленія реакцій Abderhalden'a съ реакціей Bordet и Gengou; оппонентъ, года 1½ назадъ, продолжалъ реакцію Bordet и Gengou съ сывороткой 20-25 больныхъ дем. раексох, при чемъ въ качествѣ антигена пользовался щитовидной железой и яичковой: ни разу ничего не получилось; въ одномъ случаѣ изслѣдованія сыворотки базедовички также ничего не получилъ съ щитовидной железой.

Докладчикъ высказалъ оппоненту, что въ такомъ же положеніи былъ и Fauser, многолѣтняя работа котораго съ реакціей Bordet и Gengou у дешево-больныхъ, по провѣркѣ Ehrlich'омъ, оказалось тщетной.

Д-ръ *Балаябинъ* запрашиваетъ докладчика о послѣднихъ работахъ въ трактуемой имъ темѣ по отношенію къ офтальмологіи, на что докладчикъ реферировать работы по отношенію къ послѣдней.

В. А. Громбахъ спрашиваетъ, какъ долго сохраняются органы? Не обладаетъ ли реакція Abderhalden'a чувствительностью индивидуальной реакціи?

Докладчикъ выясняетъ, что стерильно сохраняемые органы, не должны измѣняться; запасовъ органовъ хватаетъ ненадолго; на второй вопросъ въ литературѣ нѣтъ указавій.

Б. К. Хорошко указываетъ, что приглядываясь къ методикѣ въ лабораторіи Abderhalden'a, онъ убѣдился, что методика очень сложная; отсутствіе, напр., химической стерильности (напр., потъ съ рукъ) можетъ привести къ положительнымъ результатамъ, ассистенты самого Abderhalden'a не всегда единодушны; теорія Abderhalden'a очень близка къ теоріи реакціи Bordet-Gengou, Wassermann'a; видимо, оптическая проба болѣе объективна; по мнѣнію самого Abdergalden'a, на первомъ мѣстѣ должна стоять клиника.

Д-ръ *Сегаловъ* въ своемъ докладѣ приходитъ къ выводу, что прогрессивный параличъ и *tabes* обусловливаются наличиемъ въ организмѣ жизнеспособныхъ спирохетъ, потерявшими характеръ спирохетъ первичнаго склероза и приобрѣвшихъ уже въ организмѣ новыя своеобразныя свойства; т. что трактуемое заболѣваніе докладчикъ считаетъ какъ бы вызваннымъ вырожденной расой микроорганизмовъ, и предлагаетъ называть „параинфекція“.

И. П. *Тутышкинъ* отмѣчаетъ что взглядъ докладчика совпадаетъ съ мнѣніями *Noguchi* и *Moog*.

В. К. *Хорошко* думаетъ, что нахожденіе спирохетъ въ мозгу паралитиковъ не рѣшаетъ вопроса о связи прогрессивнаго паралича съ сифилисомъ, а есть только эмпирическій фактъ.

А. А. *Суховъ*.

Въ засѣданіи 22 октября были заслушаны доклады: 1) Н. Н. *Якунинъ*: „*Шитовидная железа и arthritis deformans*“. Докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: въ послѣдніе годы при разработкѣ ученія о внутренней секреціи железъ многими, какъ заграничными, такъ и русскими авторами было обращено вниманіе на зависимость между хроническими заболѣваніями суставовъ вообще и *arthritis deformans* въ частности и разстройствомъ секреціи щитовидной железы. Большинство авторовъ считаетъ, что обезображивающій артритъ развивается при ослабленіи дѣятельности этой железы (гипотиреозидизмъ). Проф. *Вельяминовъ* высказывается за мнѣніе, что въ основѣ болѣзни лежитъ не ослабленная, а извращенная *gl. thyreoidea* (дистиреозъ). Повидимому, между этими мнѣніями нѣтъ коренного различія: извращеніе функціи выражается или ея усиленіемъ, или ослабленіемъ, иногда чередующимися между собой. и въ каждомъ данномъ случаѣ можно говорить о гипо-или-гипертиреозидизмѣ, смотря по преобладанію тѣхъ или другихъ симптомовъ. „Докладчикъ приводитъ клиническій случай: 29 сент. 1912 г. поступила въ Маріинскую больницу, С., 42-хъ лѣтъ; у нея типичныя симптомы *arthritis deformans*; кромѣ того, у больной на лицо симптомы ослабленія функціи щитовидной железы, смѣняющіяся иногда недолгимъ періодомъ гиперсекреціи. Въ Маріинской больницѣ больная въ теченіе 6 мѣсяцевъ провела курсъ

лѣченія препаратами щитовидной железы: установленную максимальную дозу (0.1) переносила хорошо, но высшая доза вызывала явления гипертиреоза; чрезъ недѣлю отъ начала лѣченія у больной стало отмѣчаться прочное улучшение, а къ концу лѣченія движения въ пораженныхъ отдѣлахъ конечностей увеличились больше, чѣмъ вдвое, боли почти исчезли. Данный случай докладчикъ относитъ къ категоріи дистиреоидизма, однако превалировали явления ослабленія функции железы. Въ своихъ положеніяхъ докладчикъ пришелъ къ слѣдующему: "1) между хроническимъ обезображивающимъ артритомъ и разстройствомъ функций щитовидной железы существуетъ несомнѣнная связь; 2) въ основѣ артритовъ лежитъ дистиреозъ, но этотъ послѣдній, повидимому, самъ зависитъ отъ общаго ослабленія дѣятельности железы; 3) при такихъ артритахъ показано лѣченіе препаратами щитовидной железы; 4) въ дозировкѣ ихъ требуется большая осторожность, такъ какъ ослабленная железа легко можетъ приходить въ состояніе раздраженія".

Въ преніяхъ по докладу, *И. А. Вагашевъ* поставилъ слѣдующіе запросы: 1) насколько опредѣленно можно установить связь микседемы съ вліяніемъ лучистой энергіи въ видѣ рентгенотерапіи; этотъ вопросъ важенъ при сопоставленіи съ той гипотезой, которая связываетъ эндемическій зобъ и эндемическій остеоартритъ съ употребленіемъ питьевыхъ водъ высокой радіоактивности; 2) точно ли установлены анкилозы въ случаѣ докладчика; б. м. тутъ было механическое затрудненіе сгибанію и разгибанію, вслѣдствіе разрастанія эпифизовъ; 3) не отмѣчено ли случаевъ увеличенія щитовидной железы въ объемѣ при ея функціональной недостаточности.

Докладчикъ отвѣтилъ д-ру *Вагашеву*: 1) въ случаѣ, описанномъ *Acchioté*, не имѣется указаній на вліяніе лучистой энергіи на щитовидную железу; 2) анкилозы наблюдались въ случаѣ докладчика только въ нѣсколькихъ мелкихъ суставахъ; 3) относительно связи между пониженіемъ дѣятельности щитовидной железы и увеличеніемъ или уменьшеніемъ ея, то таковой связи, судя по литературѣ, нѣтъ: при увеличеніи железы могутъ быть явленія ослабленія функции и наоборотъ.

П. П. Тутышкин интересуется, по поводу доклада д-ра *Якунина*, связью артритизма вообще съ плюригландулярной системой.

Докладчикъ высказалъ оппоненту слѣдующее: вопросъ взаимной связи всѣхъ железъ внутренней секреціи очень интересенъ, но находится еще въ начальномъ періодѣ своей разработки; дѣлать сейчасъ какіе либо выводы преждевременно, докладчикъ въ своемъ случаѣ и докладѣ не задавался этимъ вопросомъ, ограничившись темой заглавія своей работы.

Слѣдующимъ докладчикомъ былъ *М. М. Бременеръ* на тему: „*Научное и общественное значеніе Лиги борьбы съ венерическими болѣзнями*“.

Затѣмъ былъ заслушанъ докладъ *А. А. Сухова* на тему: „*Къ клиникѣ сифилитической эпилепсiи*“. Докладчикъ, очертивъ современное состояніе вопроса и приведя литературу его, привелъ клиническій случай *lues cerebri* въ формѣ *epilepsia Jackson*, изученный стационарно въ Лѣчебницѣ Э. П. Левенштейна въ Москвѣ: мѣщанская дѣвица, 18 л., пост. въ лѣчебницу 20 фев. 1913 г., вып. 2 іюля. Со стороны анамнеза слѣдуетъ отмѣтить: у тетки по отцу была эпилепсія; больная въ своей семьѣ 2-ая изъ 12; изъ нихъ въ дѣтствѣ умерло 5; больная съ дѣтства всегда была слабой, „малокровной 9 лѣтъ начала учиться училась плохо и не могла „отъ малокровiя“ окончить городскую школу; 16-ти лѣтъ начались регулы, ходили съ характеромъ дисмеворреи; года 2 назадъ у больной начались эпилептическіе припадки; припадки бывали съ характеромъ большихъ припадковъ, иногда бывали малые напоминавшіе иногда парафазію-афазію; больная еще до припадковъ лѣчились когда то ртутными втираніями, но „безъ толку“; лѣченіе бромистыми препаратами не оказывало никакого вліянія на припадочную болѣзнь.

Въ лечебницѣ больная провела около $4\frac{1}{2}$ мѣсяца: у больной сифилидологомъ, пр.-доп. Мос. Ун. *П. А. Павловымъ*, констатированы несомнѣнные симптомы наслѣдственнаго сифилиса: гуммозные періоститы въ лѣвой надбровной области, на гребнѣ правой лопатки, на голеняхъ и лимфаденитъ локтевыхъ железъ, Wassermann рѣзко положительный. Со стороны

нервной системы слѣдуетъ отмѣтить слѣдующіе симптомы: со стороны черепныхъ—нѣкоторая вялость зрачковыхъ рефлексовъ, небольшое повышеніе рефлекса съ нижней челюсти; въ остальномъ черепные нервы нормальны; органы чувствъ и среди нихъ органъ зрѣнія (дно глазъ) нормальны (только на роговицѣ и на периферіи дна глазъ офтальмологомъ *Я. А. Смирновымъ* констатированы слѣды наследственнаго сифилиса; со стороны двигательной сферы можно констатировать скорую утомляемость правой верхней конечности; со стороны чувствительности констатируется частное предъ-и-послѣ-припадочное разстройство нѣкоторыхъ видовъ чувствительности и мышечнаго чувства въ правой верхней конечности, преимущественно въ кистевомъ отдѣлѣ; частыя сильныя головныя боли: со стороны рефлексовъ констатировано: вялость-угнетенность.

Въ лѣчебницѣ констатированы припадки epilepsiae Jackson'a: клоническія судорги, начинавшіяся стереотипно съ пальцевъ правой верхней конечности, разливавшіеся на предплечье, плечо, нижнія вѣтви праваго же лицевого нерва, правую нижнюю конечность, предъ-и-припадочныя явленія въ видѣ гипестезій; рѣже гиперестезій разныхъ видовъ чувствительности; иногда въ припадкѣ отмѣчались явленія парафазіа, сознаніе терялось рѣдко, амнезіа отмѣчалась въ нѣкоторые припадки; зрачковые рефлексы и кожные угасали въ припадкѣ; пульсъ учащался: припадочныя явленія бывали днемъ и ночью; первую половину пребыванія больной въ лѣчебницѣ бывали сравнительно часто и оставляли послѣдовательную утомленность и треморъ правой верхней конечности, что больная не могла за ѣдой сама работать ножомъ или вилокъ.

Теченіе болѣзни и лѣченіе въ общемъ шли такъ: начали лѣченіе съ іодо-терапии и инъекцій Enesol; такъ какъ замѣтнаго дѣйствія такая комбинація не оказывала, то перешли къ іодо-ртуто-терапии; 15 мая сдѣлано 1-ое вливаніе Neosalvarsan (O. 45); недѣли чрезъ 3—2-ое вливаніе, недѣли чрезъ 2—3-е вливаніе (O. 6); вливанія перенесены хорошо; судя по выводу изъ проведеннаго лѣченія, хорошее дѣйствіе на общее состояніе больной (прибавку вѣса, хорошее самочувствіе и управленія органовъ), на проясненіе психическихъ

силъ и самочувствія, на припадочныя явленія, на исчезаніе проявленій сифилиса со стороны костяка и железъ—оказалъ только комбинированный методъ салъварсано-терапіи съ ртутно-іодо-лѣченіемъ. Докладчикъ и по поводу лѣченія такихъ формъ (сифилитической эпилепсіи) привелъ данныя литературы и указалъ на то, что приведенный имъ случай подтверждаетъ выводы ея.

А. А. Суховъ.

ХРОНИКА И СМѢСЬ.

— Постройка психіатрической клиники Императорскаго Казанскаго Университета закончилась и уже приступлено къ оборудованію ея. Открытіе предполагается не позднѣе сентября 1914 года.

— 27-го ноября текущаго года исполнилось 25-ти лѣтіе существованія психіатрической лечебницы Самарскаго Губернскаго Земства. Празднованіе этого знаменительнаго дня въ исторіи учрежденія, обслуживающаго громаднѣе по пространству и количеству населенія районъ предполагалось приурочить къ 1 му декабря текущаго года.

— Совѣтъ Министровъ отклонилъ ходатайство Харьковскаго Губернскаго Земства о принятіи не счетъ казны части расхода по содержанію Харьковской губернской психіатрической больницы (Обозрѣніе Психіатріи № 4—5).

— С.- Петербургская губернская земская управа постановила расширить больницу для душевно-больныхъ въ имѣніи губ. земства «Сиворицы», доведя комплектъ больныхъ съ 350 человѣкъ до 600 (Журналъ-Невропатологіи. Книга 3—4).

— Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ была командирована особая Комиссія на юго-востокъ Россіи съ цѣлью выясненія мѣста, удобнаго для постройки психіатрической лечебницы, которая бы обслуживала районъ Екатеринославской «Ставропольской губерніи и области войска Донскаго. Комиссія, осмотрѣвъ мѣсто, предназначенное для постройки лечебницы въ Нахичевани, Ставрополѣ у Луганскѣ, нашли послѣдній наиболѣе удобнымъ и высказалась за постройку лечебницы въ Луганскѣ. (Журн Невр. кн. 3—4).

— Министерство внутреннихъ дѣлъ, согласно ходатайству главнаго начальника Примурскаго Края, выразило принципиально свое согласіе на устройство въ краѣ окружной лечебницы для душевно-больныхъ по расчету на 750 ч., опредѣливъ приблизительно стоимость устройства лечебницы въ суммѣ 1,700.000. Министерство финансовъ и Государственный Контролеръ также изъявили принципиальное согласіе на отпускъ необходимыхъ для постройки средствъ изъ государственнаго Казначейства. (Журн. Невр. Кн 3—4).

— Въ Саратовской губ. нѣкая г-жа Терникова изъявила желаніе бесплатно уступить губернскому земству на постройку зданій районной психіатрической лечебницы 50 десятинъ земли, находящейся при станціи «Ершово» Покровско-Уральской линіи желѣзной дороги (Врач. Газ. № 43).

— Въ виду крайняго переполненія петербургскихъ городскихъ психіатрическихъ больницъ возбужденъ вопросъ о расширеніи Ново-знаменской городской больницы. Въ настоящее время въ этой больницѣ помѣщается 1100 больныхъ. Предполагается съ весны будущаго года приступить къ постройкѣ на Ново-знаменской дачѣ новаго зданія на 500 больныхъ. Съ постройкой этого зданія явится возможность отчасти разгрузить больницы, расположенныя въ чертѣ города. (Врач. Газ. № 43).

— Начальникъ главнаго военно-санитарнаго управленія утвердилъ постановленіе конференціи Военно Медицинской Академіи о раздѣленіи, освободившейся послѣ ухода акад. В. М. Бектерева, кафедры нервныхъ и душевныхъ болѣзней и объ объявленіи конкурса на замѣщеніе двухъ кафедръ: кафедры нервныхъ и кафедръ душевныхъ болѣзней (Врач. Газ. № 46).

— Pasteur'овскій Институтъ получилъ отъ неизвѣстнаго лица 90000 фр. для учрежденія преміи за лучшую работу о леченіи воспаленія мозговыхъ оболочекъ. (Врач. Газ. № 46),

ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ,

Протоколъ IV засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ
1 мая 1913 года.

Предсѣдательствовали проф. Даркшевичъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: проф. Осиповъ, Оаворскій, Клячкинъ, Баклушинскій, Протопоповъ, Донсковъ, Михайловъ, Эмдинъ. Тупицинъ, Алексѣевъ, Фридеманъ.

Открывая засѣданіе, предсѣдатель сообщилъ о смерти дѣйствительнаго члена Общества, проф. И. А. Праксина; за последнее время покойный сократилъ кругъ своихъ занятій по болѣзни, въ былые годы онъ принималъ замѣтное участіе въ дѣятельности Общества. Предлагаетъ почтить память его вставаніемъ.

1. Посѣтитель Общества М. П. Михайловъ: Объ отношеніи первіхъ вагъ къ дыхательнымъ движеніямъ (съ демонстраціей кри-выхъ) *).

П Р Е Н І Я:

Проф. Даркшевичъ. Вы доказали, что въ блуждающемъ нервѣ имѣются двоякаго рода центроостремительныя волокна. Центры одни и тѣже или различны? Кіковы механизмъ остановки экспираторной и инспираторной?

Докладчикъ. По Шульгину 2 центра: при нормальныхъ условіяхъ функціонируетъ одинъ центръ, при ненормальныхъ — выступаетъ и дѣйствіе другого.

Проф. Даркшевичъ. Важно, какая мускулатура дѣйствуетъ при экспираторной и инспираторной остановкѣ.

Какъ долго живутъ животныя послѣ перерѣзки vagorum?

Докладчикъ. У меня жили часа 2. Я объ этомъ не заботился. Могутъ жить 1 годъ 8 мѣсяцевъ.

Проф. Осиповъ. Вы работали только съ самымъ нервомъ. Меня интересуетъ, не наблюдали ли кѣкого нибудь отношенія къ дыхательному центру, связи съ p phrenico. Животныя могутъ жить долго, если позаботиться о томъ, чтобы не было пневмоніи.

Докладчикъ. Затрудняюсь отвѣгить на Вашъ вопросъ.

*) Въ ближайшемъ № «Неврологическаго Вѣстника» будетъ помѣщена оригинальная работа.

Проф. Даркшевичъ. Возраженій на Ваше объясненіе фактовъ нѣтъ. Общество присоединяется къ Вашему мнѣнію. Важень в прось о центрахъ. Благодарить докладчика

Заслушанъ и утвержденъ протоколъ III-го засѣданія Общества 20 апрѣля 1913 года.

Въ виду заявленія казначея Общества И. Д. Баклушинскаго о поступленіи взноса отъ д-ра Гликмана, исключеннаго изъ числа членовъ согласно § 38 Устава Общества въ мартовскомъ засѣданіи сего года, постановлено возстановить его въ правахъ дѣйствительнаго члена и выслать журналъ за одинъ годъ.

Проф. Даркшевичемъ, Осиповымъ и Баклушинскимъ предложень въ дѣйствительные члены Общества д-ръ М. П. Михайловъ. Постановлено баллотировать въ ближайшемъ засѣданіи Общества.

Предсѣдатель Л. Даркшевичъ.

Секретарь В. Ворошиловъ.

Протоколъ V-го засѣданія Общества Невропатологовъ и психіатровъ 15 мая 1913 года.

Предсѣдательствовали проф. Осиповъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: Левчаткинъ, Сколозубовъ, Первушинъ, Донсковъ, Баклушинскій, Протопоповъ, Алексѣевъ, Тупицынъ, Оаворскій, Шоломовичъ, Лепухинъ, Болбергъ, Леманъ, посторонняя публика, студенты.

1. Дѣйствительный членъ В. И. Левчаткинъ: Судебно-психіатрическій случай (съ демонстраціей больного).

Испытуемый нанесъ тяжкое смертельное поврежденіе своей женѣ и поврежденіе кулакомъ младшему сыну. Пьянствовалъ; намѣренія убить не имѣлъ; сдѣлалъ это, т. к. жена находилась въ связи съ его младшимъ сыномъ. Отецъ пьяница, волостнымъ судомъ отрѣшенъ отъ хозяйства на хуторѣ.

Въ 1 часть ночи явился къ сосѣду, сказалъ, что на хуторѣ разбойники хтятъ его убить; убилъ жену за то, что она скрывала 3 дня разбойниковъ.

Врачъ далъ заключеніе, что психическія способности не разстроены во время испытанія и что, во время совершенія преступленія онъ не былъ въ состояніи разстройства психическихъ способностей: помнить на другой день обстоятельства убійства.

Испытуемый былъ отправленъ въ окружную лечебницу. Обманы органовъ чувствъ, алкоголизмъ. Переживанія, которыя онъ испытывалъ въ то время: представлялось, что жена его и сынъ занимаются половыми сношеніями. Слышалъ плачъ жены, перешептыванія на чердакѣ. Объективно: Paresis n. facialis sinistri незначительный. Р 90 въ 1, Пониженіе остроты зрѣнія праваго глаза. Суженіе поля зрѣнія на бѣлый, зеленый и красный цвѣта. Глоточный рефлексъ пониженъ. Болѣзненность подъ послѣднимъ ребромъ слѣва.

Испытуемый перенесъ травму головы, былъ безъ памяти.

Испытуемый въ засѣданіи рассказываетъ, какъ ему представлялось, что на его хуторъ напали вооруженные люди, просовывали въ щели кинжалы, которыя онъ перебивалъ топоромъ, подъ ноги подставлялъ сковороды, пилу, чтобы защититься отъ кинжаловъ. Жена уговаривала его, говоря, что ему представляется. Слышалъ голоса, что надо его прикончить а потомъ чай пить, «его жена самоваръ поставить». Онъ накиннулъ косу на жену, ударилъ колуномъ; ударилъ ли и сына, не помнитъ. Раму выбить, выскочилъ въ окно, бросилъ косу, побѣждалъ. «Они съ чердака за мной, куда ни скроюсь,—вездѣ найдутъ меня». Побѣждалъ къ товарищу, упалъ, обезсилѣлъ. Они сѣли въ кружокъ выпиваютъ; говорили, что не будутъ здѣсь рѣзать,—испачкаешься кровью. Побѣждалъ, встрѣтилъ хуторянина, взялъ мужиковъ, пошли на хуторъ, влѣзъ въ окно, мужики сказали: здѣсь нѣтъ никого, тебѣ все представляется. Пошелъ къ уряднику, у лѣса встрѣтилъ тѣхъ же людей, вернулся, взялъ провожатыхъ. Когда шелъ лѣсомъ, по сторонамъ шли эти люди. Урядникъ арестовалъ его. Слышалъ голоса «мѣтъ въ сердце»; машутъ невидимымъ ножомъ, но не вижу». Настала ночь, открывается «потолоклина». изъ меня идетъ кровь, качаютъ машинкой, считают до 30, потомъ отливаютъ; говорятъ: «много крови, по крайней мѣрѣ 3 ведра, ослабнеть», а я ничего не чувствую, стоять могу на одной ногѣ. Отправили къ слѣдователю, потомъ въ полицейское правленіе; дорогой попросилъ разсыльнаго зійти въ трактиръ, выпилъ 2 сотки, послѣ уснуть, почувствовалъ себя лучше, утромъ «вошелъ въ сознаніе».

И сейчасъ думаю, не могу отрѣшиться отъ мысли, что люди были, остальное можетъ быть и отъ водки было.

Докладчикъ. Въ началѣ марта, въ маѣ наблюдалось измѣненіе психической дѣятельности,—тоска, бессонница, трясенье, обманы органовъ чувствъ, все это послѣ перерыва злоупотребленія алкоголемъ. Въ юлѣ все это повторяется и принимаетъ длительное теченіе. Бредъ супружеской невѣрности и преслѣдованія. Тяжелыя переживанія проходятъ послѣ выпитыхъ 2 со-

токъ водки. Испытуемый не можетъ отрѣшиться отъ мысли, что люди все таки были. Многолѣтнее злоупотребленіе алкоголемъ. Иллюзорныя зрительныя и слуховыя воспріятія.

Бессонница, tremor, обманы органовъ—*delirium tremens*. Особенности случая: слуховыя галлюцинаціи обычно слабѣе, здѣсь комбинація обмановъ органовъ чувствъ: въ разбираемомъ случаѣ переходная форма къ затяжному бреду, подострой алкогольной параноіѣ авторовъ.

Ослабленіе глоточнаго рефлекса, ступженіе поля зрѣнія указываютъ и на истерію.

П Р Е Н І Я:

Проф. О с и п о в ъ. Сообщеніе очень интересно. Отмѣчаетъ полиморфность галлюцинацій, прочно фиксировавшихся въ сознаніи. Сейчасъ онъ ищетъ доказательствъ, было ли это въ дѣйствительности. Случай имѣетъ существенное значеніе съ бытовой точки зрѣнія. Юридическая точка зрѣнія является наиболѣе пострадавшей. Нѣтъ достаточно врачебныхъ силъ, чтобы освѣтить надлежащимъ образомъ случай. Человѣкъ несомнѣнно больной признавался дѣлствовавшимъ въ здоровомъ умѣ и твердой памяти. Терминъ не совсѣмъ подходитъ. Я знаю случай чистой *paranoia alcoholica*. Здѣсь извращенное отношеніе къ окружающему и бредъ. Со стороны единства терминологіи правильнѣе назвать *psychosis alcoholica* или прибавить *gallucinatoria*.

Д о к л а д ч и к ъ. Я не настаиваю на терминологіи, употребляю, какъ названіе для переходной формы между *delirium tremens* и *psychosis alcoholica*.

Проф. О с и п о в ъ. Благодарить докладчика.

2, Дѣйствительный членъ А. Д. Сколосубовъ: Параноикъ—женоубійца. Демонстрація больного.

Измѣненіе личности. Идеи бреда. Интересно, что сохранилось воспоминаніе о совершенномъ преступленіи. Нисколько не сожалѣетъ; считаетъ что исполнилъ волю Бога. «Я убилъ сатану». Въ прошломъ отмѣчается ушибъ головы; го разсказамъ свидѣтелей, лежалъ день безъ памяти. Видѣнія бѣлаго ангела, бѣлыхъ птицъ. Во время чтенія объ антихристѣ показалось, что жена что-то шептала, а т. к. она была противъ чтенія, рѣшилъ, что она сатана. Не хотѣлось убивать, предлагалъ ей покаяться, но она была колдуньей; будучи сатаной, она не могла покаяться. Жена созналась, что въ великую субботу еще до замужества она летала въ видѣ змѣя. Видѣлъ небо отверстое, на землѣ стоялъ ангелъ, народъ былъ мертвый «я одинъ сидѣлъ надъ всѣми». Видѣлъ голубыхъ и бѣлыхъ птицъ.

Видѣлъ, что готовится къ суду Божію.

Читая книги рѣшилъ, что Богъ его избралъ.

Видѣлъ пророка Илью.

«Странники были у меня. Подъ видомъ Василія явился Илья».

Заразился сифилисомъ. На военной службѣ пилъ водку.

Скатилося бревно, ушибъ голову, лежалъ въ больницѣ.

Отецъ пьянствовалъ. Со Степанидой жилъ 5 лѣтъ.

По нѣкоторымъ словамъ считалъ, что жена измѣняетъ съ Павломъ. Передъ убійствомъ не прятался.

Черепъ брахицефалическій, ассиметрія лица, недоразвитіе и приращеніе ушныхъ сережекъ.

Глоточный рефлексъ ослабленъ. Дермографизмъ слабый.

Правый зрачекъ овальной формы.

Дегенеративный субъектъ, злоупотреблявшій алкоголемъ сифилитикъ, считаетъ себя человѣкомъ необыкновеннымъ. Странности замѣчались давно.

Систематизированныя идеи бреда преслѣдованія, величія, супружеской невѣрности. Галлюцинаціи зрительныя и слуховыя. Трансформация личности.

Бредовое помѣшательство на религіозный почвѣ (*Paranoïa hallucinatoria religiosa*).

Продемонстрированъ испытующий.

П Р Е Н І Я:

Левчаткинъ отмѣчаетъ хладнокровность при совершеніи преступленія

Шошломовичъ. Много данныхъ считать данный случай за паранойю, но есть соображенія, которыя заставляютъ предполагать, не разовьется ли что-нибудь другое: есть повидимому вліяніе сифилиса. Элементы слабоумія есть. Пожалуй, случай окажется сложнымъ: *dementia paranoïdes* + органическое заболѣваніе.

Докладчикъ. Весь симптомокомплексъ паранойи; что будетъ черезъ годъ—два, сказать не могу.

Проф. Осиповъ. Жаль, что не сдѣлана Wassermann'овская реакція. Существенныхъ элементовъ слабоумія я не замѣчаю. Поносторонность сужденія свойственна паранойѣ. Благодарить докладчика отъ имени Общества.

Въ административной части засѣданія произведена баллотировка въ дѣйствительные члены Общества д-ра М. П. Михайлова. Избранъ (9 избират. и неизбират.). Отъ проф. Н. М. Попова предсѣдательствующій передаетъ благодарность Обществу,

за помѣщеніе портрета въ книжкѣ «Неврологическаго вѣстника». По поводу предстоящаго 25-ти лѣтняго юбилея научно-преподавательской дѣятельности председателя Общества проф. Л. О. Даркшевича Общество постановило: посвятить юбиляру 3-ій выпускъ Неврологическаго Вѣстника за текущій годъ въ видѣ юбилейнаго номера.

Предсѣдатель В. П. Осиповъ.
Секретарь В. Ворошиловъ.

Въ среду 18 сентября 1913 года состоялось административное засѣданіе Общества.

Предсѣдательствовалъ проф. В. П. Осиповъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: Первушинъ, Ѡваторскій, Клячкинъ, Донсковъ, Шоломовичъ, Баклушинскій, Лапухинъ.

По предложенію предсѣдательствовавшего въ засѣданіи проф. В. П. Осипова, председатель Общества проф. Л. О. Даркшевичъ, по поводу исполнившагося 25-лѣтія научно-преподавательской дѣятельности, въ виду заслугъ, оказанныхъ имъ Обществу въ качествѣ предсѣдателя и сотрудника, и принимая во вниманіе и крупныя заслуги на поприщѣ неврологіи, единогласно избранъ въ почетные члены Общества.

Постановлено: поднести юбиляру дипломъ на званіе почетнаго члена Общества, адресъ и юбилейный выпускъ «Неврологическаго Вѣстника».

Постановлено: созвать 1 октября въ 1 часть дня въ одномъ изъ Университетскихъ помѣщеній экстренное засѣданіе Общества, посвященное чествованію предсѣдателя Общества проф. Л. О. Даркшевича по поводу исполнившагося 25-лѣтія его научно-преподавательской дѣятельности.

Въ дѣйствительные члены Общества предложень д-ръ П. І. Эмдинъ (Первушинъ, Ѡваторскій, Ворошиловъ). Постановлено баллотировать въ одномъ изъ слѣдующихъ засѣданій Общества

Предсѣдатель В. П. Осиповъ.
Секретарь В. Ворошиловъ.

Протоколь экстреннаго засѣданія 0-ва 1-го октября 1913 года.

Въ актовомъ залѣ Университета во вторникъ 1 октября, въ экстренномъ торжественномъ засѣданіи Общества Невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ происходило чествованіе предсѣдателя Общества проф. Л. О. Даркшевича по поводу исполняющагося 25-лѣтія его научно-преподавательской дѣятельности.

Къ 1 часу дня актовъ залъ Университета былъ полонъ. Присутствовали члены медицинскаго факультета, преподаватели другихъ факультетовъ, врачи, студенты, почитатели юбиляра. Появленіе Ливерія Осиповича въ залѣ было встрѣчено долго не смолкавшими единодушными аплодисментами.

Юбиларъ занялъ предсѣдательское мѣсто. Предсѣдательствовалъ проф. В. П. Осиповъ. Представители различныхъ Обществъ и учреждений тепло и задушевно привѣтствовали юбиляра. Въ рѣчахъ было отмѣчено, какое огромное вліяніе на постановку научнаго дѣла и преподаванія невропатологіи въ Казанскомъ Университетѣ имѣла глубокая общая и специальная медицинская эрудиція юбиляра. Научная дѣятельность Л. О. вылилась въ рядѣ блестящихъ фундаментальныхъ ученыхъ изслѣдованій, снискавшихъ юбиляру громкое европейское имя. Талантливый представитель каѳедры, соединившей въ своемъ лицѣ глубокія научныя знанія съ исключительной преданностью и любовью къ преподаванію, Л. О. создалъ клинику, стоящую на уровнѣ европейскихъ, получивъ въ началѣ своей дѣятельности въ свое распоряженіе всего лишь 2 скромныя комнаты съ крайнѣ бѣднымъ инструментаріемъ. Свою клиническую дѣятельность Л. О. увѣнчалъ обширнымъ оригинальнымъ курсомъ нервныхъ болѣзней, занявшимъ исключительно почетное мѣсто въ неврологической литературѣ.

Первый адресъ прочитанъ былъ отъ медицинскаго факультета Казанскаго Университета деканомъ факультета проф. В. П. Осиповымъ. Проф. И. М. Догель привѣтствовалъ юбиляра лично отъ себя, поднеся ему свою работу объ алкоголизмѣ.

Проф. В. П. Осиповъ, какъ товарищъ предсѣдателя Общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ, сообщилъ объ избраніи юбиляра въ почетные члены Общества. Адресъ отъ Общества прочелъ проф. Н. А. Миславскій и вручилъ дипломъ на званіе почетнаго члена Общества. Секретарь редакціи журнала Н. А. Донсковъ вручилъ посвященный юбиляру 3-й вып. XX-го тома „Неврологическаго Вѣстника“.

Предсѣдатель Общества врачей при Казанскомъ Университетѣ проф. Ѳ. Я. Чистовичъ прочелъ адресъ отъ Общества, вручилъ юбиляру дипломъ на званіе почетнаго члена Общества.

и посвященный ему юбилейный выпускъ „Казанскаго Медицинскаго Журнала“.

Адресъ отъ клиники нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета прочелъ лаборантъ клиники прив.-доц. А. В. Фаворскій. Ассистентъ той же клиники В. П. Первушинъ, приведя характеристику исторіи развитія клиники за время завѣдыванія ею проф. Даркшевичемъ (последніе 21 годъ), передалъ юбиляру альбомъ фотографій «Казанская нервная клиника въ иллюстраціяхъ». Г. А. Клячкинъ, первый по времени написавшій работу подъ руководствомъ Л. О. привѣтствовалъ юбиляра отъ имени его многочисленныхъ учениковъ и вручилъ ему 2 тома работъ его учениковъ (1892—1913 г.).

Отъ клиники терапевтической принесъ привѣтствіе проф. А. Н. Каземъ Бекъ, отъ дерматологической—проф. В. О. Бургсдорфъ, отъ глазной—проф. А. Г. Агабабовъ, отъ акушерско-гинекологической—проф. В. С. Груздевъ.

Адресъ отъ «Офтальмологическаго Кружка при казанской клиникѣ глазныхъ болѣзней», избравшаго юбиляра въ свои почетные члены прочелъ прив.-доц. В. В. Чирковский. Далѣе, произнесены задушевные привѣтствія своему учителю отъ врачей выпуска 1913 г., отъ студентовъ медиковъ V курса, IV курса, отъ студенческаго медицинскаго кружка. Проф. Осиповъ прочелъ адресъ отъ «Педагогическаго Общества при И. Каз. Университетѣ», избравшаго юбиляра своимъ почетнымъ членомъ. Отъ Общества врачей-женщинъ принесла привѣтствіе юбиляру В. Н. Осипова, какъ горячему поборнику высшаго Женскаго образованія въ лучшемъ смыслѣ. Адресъ отъ Казанской Окружной лечебницы прочелъ прив.-доц. В. И. Левчаткинъ, отъ Городской Шамовской больницы пр.-доц. В. Б. Владиміровъ. Проф. К. А. Арнштейнъ, передавая юбиляру альбомъ фотографій его товарищей, учениковъ и почитателей, коснулся въ своей рѣчи духовнаго облика юбиляра. Онъ константировалъ полное соотвѣтствіе поступковъ Ливерія Осиповича его идейнымъ стремленіямъ и убѣжденіямъ. Рѣчь была покрыта громомъ аплодисментовъ всей аудиторіи.

Клиническіе служители, привѣтствуя юбиляра, поднесли ему хлѣбъ-соль.

Г-жа Миролюбова и проф. Д. И. Дубяго привѣтствовали Л. О. какъ врача, крайне отзывчиваго и внимательнаго къ нуждамъ своихъ больныхъ. Секретарь Общества В. К. Ворошиловъ передалъ юбиляру, посвященный ему Сентябрьскій выпускъ журнала «Вопросы Психіатріи и Неврологіи» Редакція журнала помѣщая біографію и рядъ краткихъ рефератовъ о главнѣйшихъ работахъ Ливерія Осиповича, горячо выражаетъ свою призна-

тельность и уваженія ему, какъ выдающемуся научному и общественному дѣятелю.

Далѣе, секретаремъ Общества В. К. Ворошиловымъ оглашенъ длинный рядъ телеграфныхъ и письменныхъ привѣтствій юбиляру отъ различныхъ учреждений, ученыхъ Обществъ, клиникъ, больницъ и отдѣльныхъ лицъ.

Въ своей отвѣтной рѣчи разстроенный юбиляръ сердечно благодарилъ всѣхъ, почтившихъ его своими привѣтствіями и давшихъ ему пережить столько пріятныхъ моментовъ въ этотъ знаменательный для него день. Болѣе детально Л. О. остановился въ своемъ отвѣтѣ по адресу Казанскаго Медицинскаго Факультета, своихъ сотрудниковъ по Казанской нервной клиникѣ, своихъ учениковъ—студентовъ, врачей-женщинъ и клиническихъ служителей.

Присутствующіе устроили юбиляру продолжительную овацию.

Стоявшее на повѣсткѣ сообщеніе дѣйствительнаго члена Общества Х. И. Протопопова: „Къ симптоматологіи и терапіи ischias'a“ отложено, засѣданіе закрыто.

Предсѣдатель В. П. Осиповъ.

Секретарь В. Ворошиловъ.

Протоколъ очереднаго VI-го засѣданія Общества 6 ноября 1913 года

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: проф. Осиповъ, Первушинъ, Шоломовичъ, Клячкинъ, Донсковъ, Хрусталева, Протопоповъ, Кочергинъ. Горяевъ, Ивановъ, Болбергъ, Баклушинскій, Штейнбергъ, Болдаревъ, Любенецкій, студенты.

Предсѣдатель: Глубоко благодаренъ Обществу за честь, оказанную мнѣ 1 октября. Тронутъ оказаннымъ мнѣ вниманіемъ. По мѣрѣ силъ буду служить Обществу, преслѣдуя его цѣли.

1. Дѣйствительный членъ Х. И. Протопоповъ: Демонстрація больныхъ со смѣшанной формой страданія железъ внутрѣнной секреціи.

(Ауторефератъ).

Первый случай—больной 27 лѣтъ. Въ анамнезѣ: росъ болѣзненнымъ ребенкомъ, часто лихородка, до 14 лѣтъ—*enuresis nocturna*, 2 травмы, одна съ потерей сознанія. Въ 1903 г. опуханіе шеи и головныя боли, затѣмъ опуханіе всего тѣла въ теч. мѣсяца, съ этого времени вялость и лѣнь, остановка раста.

1905 г.—ухудшеніе памяти. Въ 1908 г. констатировано битемпоральное суженіе поля зрѣнія. Съ 1907—1913 г.—головныя боли, иногда со рвотой. Въ концѣ августа у. г. быстро пропало зрѣніе въ правомъ глазу (въ теч. мѣсяца). Въ это же время сталъ хуже видѣть лѣвымъ глазомъ. Въ сентябрѣ констатировано: общемозгов. симптомы: головн. боли, застойный сосокъ, повышенн. давленіе люмбалн. жидкости; очагов: явленія со стор. поля зрѣнія (начало зрит. разстр. съ выпад. нар. $1\frac{1}{2}$ пол. зрѣнія), можжечков. катаlepsія; со стор. внутренней секреціи: недоразвитіе, малый ростъ (144 ст.), ожирѣніе, понижен *libido*, сонливость, вторичн. полов. признаки; со стор. черепа: измѣненіе *sellae turc.* костей черепа и *sinus*’овъ. Диагнозъ: *tumor hypophysis sine acromegalia*, типа Frölich’a, комбинир. съ акромегалич. измѣнен. черепа; явленія *dystrophia adip-genital*, кр. того, сочетаются съ явленіями миксѣдемы.

Второй случай—больная 13 лѣтъ. Въ анамнезѣ съ ранняго дѣтства наклонность къ рвотамъ безъ желудочн. разстр. и головной боли, съ 10 лѣтъ какія то боли въ животѣ и ощущенія холода. Съ 1908 г.—послѣ инфекции—головокруж., боли во всемъ тѣлѣ и головн. боль, черезъ 1 $\frac{1}{2}$ г. шатаніе при ходьбѣ, утомляемость, усиленіе ощущеній холода, частый позывъ на мочеиспусканіе. Въ апрѣлѣ 1913 г.—констатиров. отсутствіе мѣсячныхъ—не достат. развитіе грудныхъ железъ, атаксія (с. Romberg’a), нистагмъ, акромегалич. подбородокъ; въ сентябрѣ—адіадокикинезъ, катаlepsія (можжечк.), миксѣдематозн. явленія, эозинофилія, полиурія, увеличеніе *sinus*’овъ, утолщеніе костей, *uterus foetalis*. Такимъ образомъ, есть элементы окромелаліи: выступающая челюсть, увеличеніе *sinus*’овъ, полиурія; миксѣдемы: отечность лица и пальцевъ р., ощущенія холода, эозинофилія; пораж. *ovaria*: недост. развит. вторичн. полов. признаковъ, *uterus foetalis* кромѣ того, можжечковые симптомы. Диагнозъ: смѣшанн. эоболѣвъ. железъ внутр. секреціи, *insuffisance pluriglandulaire* (Claude et Gongerot).

Общность обоихъ случаевъ: порочной анамнезъ, начало заболѣвъ. въ періодъ полового сазрѣванія, явленія недоразвит. (инфантилизмъ), можжечков. симптомы и одновременно нарушенія функций нѣсколькихъ железъ внутр. секрeціи.

П Р Е Н І Я.

Горяевъ. Со стороны внутреннихъ органовъ—картина псевдоанеміи. Шумъ толчка не патогномониченъ. Симптомы со стороны бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ соотвѣтствуютъ даваемому

докладчикомъ объясненію—пониженію функціи железъ внутренней секреціи.

Проф. О с и п о в ъ. Представленные докладчикомъ случаи представляютъ большой интересъ. Ученіе объ органахъ внутренней секреціи настолько разработано, что мы въ состояніи діагносцировать смѣшанныя формы.

Ш о л о м о в и ч ъ. Въ какой связи стоятъ каталептическія явленія

Д о к л а д ч и к ъ. Определенно отвѣтить не могу. Существуетъ взглядъ, что каталепсія міогеннаго происхожденія, другіе рассматриваютъ явленіе, какъ выраженіе интоксикаціи мозжечка.

Проф. Д а р к ш е в и ч ъ. Клиника не затрудняется въ діагнозъ въ типическихъ случаяхъ пораженія того или другого органа внутренней секреціи. Смѣшанныя формы не такъ легко еще діагносцируются. Случаи находятся въ пограничной области съ клиникой терапевтической. Ваше толкованіе встрѣчаетъ сочувствіе Общества. Благодарить докладчика, взявшаго на себя трудъ продемонстрировать больныхъ, и Н. К. Горяева, положившаго много труда при изслѣдованіи крови демонстрированныхъ больныхъ.

2. Посѣтитель Общества М. В. Кочергинъ: Демонстрація больного съ рѣзко выраженными содружественными движеніями правой руки.

(Ауторефератъ).

Больной К., котораго я имѣю честь демонстрировать обществу, интересенъ для насъ благодаря имѣющимъ у него т. н. содружественнымъ движеніямъ въ правой парализованной рукѣ.

Исторія болѣзни въ существенныхъ чертахъ слѣд.: больной на 1-омъ году своей жизни перенесъ какое то острое инфекціонное заболѣваніе, послѣ котораго образовалась правосторонняя гемиплегія. Ходить и говорить началъ 5 лѣтъ и до 14 лѣтъ ходилъ и говорилъ очень плохо, но съ 14 лѣтъ сталъ быстро развиваться и въ наст. время говорить и ходить хорошо. Пишетъ лѣвой рукой. Объект. изслѣд.: лѣвая половина лица больше правой; paresis n. fac. dextrī, главн. обр. верхней вѣтви, парезъ праваго hypoglossa. Произвольн. движ. отсут. въ кисти и пальцахъ правой руки, сильно огран. въ остальн. суст. руки. Легкій парезъ движенія стопы и пальцевъ правой ноги. Походка паретическая. Атаксія въ правой рукѣ и ногѣ. Сухож. рефл. оживлены справа. Правый подошвенный вялый, гипертонія мышцъ правой руки—небольшая. Мышцы прав. руки хуже мышцъ лѣвой. Фарадическая и голов. возбужд. мышцы пр. руки колич. немного пони-

жена. Небольш пониж. болевого и температ. чувства перифер. типа на правой рукѣ, ноги и отчасти на пр. пол. лица.

Рѣзко разстроено мышечное чувство въ пальцахъ правой руки и отчасти ноги Астереогнозъ справа.

Интереснѣ всего въ этомъ случаѣ это существованіе т. н. содружественныхъ движеній въ кисти и пальцахъ правой парализованной руки. Самостоятельныя движенія въ кисти и пальцахъ прав. руки отсутств., но если больной начин. дѣлать разгибаніе, напр., указательнаго пальца лѣвой руки, то тотчасъ же возникаетъ такого же направленія и почти равнаго объема движеніе и въ правомъ указательномъ пальцѣ. Если больной разогнетъ всѣ пальцы лѣвой руки, то разгиб. всѣ пальцы правой руки. Движеніямъ кисти лѣвой руки вполне соотвѣтствуютъ движенія кисти прав. р.. Пронація супинація лѣваго предплечія, вызыв. одновр. движ. аналогичн. характера и справа.

Слѣдовательно у нашего больного въ прошломъ былъ энцефалитъ, главный фокусъ котораго помѣщался, въ передней центральной извилинѣ въ нижней $1\frac{1}{3}$ ея, распространяясь нѣсколько впереди и кзади. За такую локализацию говорятъ: распределеніе наиболѣе выраженныхъ параличныхъ явленій, разстройство чувствительности и то, что больной сталъ говорить 5 лѣтъ и до 14 л. говорилъ плохо. Наблюдаемые у больного содружественныя движенія, объясняются двусторонней иннервацией пирамиднымъ пучкомъ

П Р Е Н І Я:

Проф. Даркшевичъ. Случай интересенъ по демонстративности и размѣру патологическихъ содружественныхъ движеній, ясныхъ и определенныхъ. Въ теоретическомъ отношеніи случай интересенъ тѣмъ, что ясно говоритъ за двухстороннюю иннервацию со стороны пирамиднаго пучка. Случай представляетъ интересъ и въ практическомъ отношеніи: правая рука никогда не дѣйствовала, онъ пишетъ лѣвой рукой; это даетъ основаніе желать, чтобы въ школѣ учили писать и лѣвой рукой. Быть можетъ рѣчь даннаго больного есть результатъ викарной дѣятельности праваго полушарія. Благодарить докладчика.

Прочтены и утверждены протоколы засѣданій 1-го и 15-го мая 1914 года.

На обращеніе Правленія Общества Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова состоялось постановленіе: Присоединиться къ участию въ устройствѣ 13—23 ноября сего года «Пироговскаго дня» въ Казани, принявъ участіе въ сборѣ пожертвованій среди врачей и лицъ сочувствующихъ на сооруженіе Дома Н. И. Пирогова.

Для указанной цѣли намѣчены слѣдующіи лица: Ворошиловъ, Шоломовичъ, Лапухинъ, Ивановъ, Архангельская.

На обращеніе Русскаго Союза Психіатровъ и Невропатологовъ объ установленіи программныхъ темъ для предстоящаго въ Петербургѣ въ апрѣлѣ 1914 года II-го Съѣзда Союза, состоялось постановленіе: поставить этотъ вопросъ на повѣстку ближайшаго засѣданія Общества.

Секретаремъ Общества Ворошиловымъ оглашено заявленіе, кагорое подалъ членъ Общества Г. А. Клячкинъ, исполняя просьбы товарищей и отъ своего имени.

Во 2-мъ выпускѣ «Неврологическаго Вѣстника» помѣщена статья д-ра Эриксона «Нервные и душевные заболѣванія у евреевъ». Въ предисловіи къ своей статьѣ авторъ высказываетъ свои взгляды объ евреяхъ крайне оскорбительнаго характера. Авторъ позволяетъ себѣ приписывать цѣлой національности такія свойства, какъ лживость, крайнее корыстолюбіе, жестокость; по его словамъ, евреи во всѣ времена представляли изъ себя антигосударственный элементъ и т. п. Все это авторомъ ничѣмъ положительно не обосновывается и такимъ образомъ это является его субъективнымъ мнѣніемъ. Считая, что подобнаго рода сужденія являются крайне негуманными и оскорбляющими человѣческое достоинство, я предполагаю, что статья д-ра Эриксона попала въ ученый журналъ случайно, по недоразумѣнію, и твердо надѣюсь, что редакція подтвердитъ мое предположеніе».

Проф. О с и п о в ъ. Редакція «Неврологическаго Вѣстника» вообще широко принимала всѣ статьи, руководствуясь критеріемъ научности, относя критерій къ статьямъ въ цѣломъ. Этой точкѣ зрѣнія статья д-ра Эриксона удовлетворяетъ. Въ виду того, что въ началѣ статьи есть рѣзкіе пункты, редакція рѣшила сдѣлать примѣчаніе: „Помѣщая настоящую статью, редакція оставляетъ высказываемыя въ ней взгляды на отвѣтственности автора“. Это примѣчаніе, по недоразумѣнію, не попало во 2-й выпускъ и было помѣщено въ 3-емъ выпускѣ «Неврологическаго Вѣстника». Примѣчаніе указываетъ на то, что отношеніе редакціи къ взглядамъ автора совершенно опредѣленно.

Статью не могу признать антисемитическаго направленія въ ней указывается на гениальность, меньшую преступность евреевъ, трудолюбіе, любовь къ дѣтямъ и т. п.

Не считаю, что статья можетъ придавать тенденцію журналу.

На первыхъ страницахъ почти сплошь питаты; 2 мѣста представляютъ, дѣйствительно, субъективное мнѣніе автора.

Признаю, что есть въ статьѣ рѣзкости и редактированіе въ этой части могло быть строже.

Если поступить въ редакцію научная статья на затронутую д-ромъ Эриксономъ тему иного характера, она будетъ принята для напечатанія въ журналѣ.

Вопросъ признается исчерпаннымъ.

Редакторомъ журнала «Неврологическій Вѣстникъ», проф. В. П. Осиповымъ указывается на то, что Журналъ расширяется, расходы по журналу увеличиваются. Наступитъ моментъ, когда денежныя дѣла Общества станутъ затруднительными. В. П. Осиповъ предлагаетъ повысить плату за журналъ для подписчиковъ до 8 руб.

Постановлено; поставить вопросъ на повѣстку слѣдующаго засѣданія

А. С. Шоломовичъ. Въ дополненіе къ докладу судебно-психіатрическаго случая по вопросу о возрастѣ дочери испытуемаго сообщая, что послѣ моего сообщенія явился ко мнѣ Давыдовъ и установилъ, что бывшая у меня его дочь, дѣйствительно, взрослая; ей былъ 21 годъ, когда она была у меня. Относително себя Давыдовъ сообщилъ, что у него былъ снова эпилептич. припадокъ, во время котораго онъ обгрызъ себѣ пальцы руки; т. обр. и діагнозъ и возрастъ дочери испытуемаго установлены вполне въ согласіи съ сдѣланнымъ мной сообщеніемъ.

Произведена баллотировка въ дѣйствительные члены Общества д-ра П. И. Эмдина. Избранъ.

Предсѣдатель Л. Даркшевичъ.

Секретарь В. Ворошиловъ.

Соединенное засѣданіе Общества врачей и Общества невропатологовъ и психіатровъ, посвященное памяти Н. И. Пирогова, въ среду 13 ноября 1913 года.

(Въ этотъ день, въ годовщину рожденія Н. И. Пирогова, Правленіемъ Общества Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова былъ организованъ повсемѣстно въ Россіи сборъ пожертвованій среди врачей и черезъ врачей у лицъ, сочувствующихъ на сооруженіе въ Москвѣ Дома имени Пирогова).

Предсѣдательствовавшій въ засѣданіи проф. О. Я. Чистовичъ, открывая засѣданіе, даетъ характеристику свѣточа русской науки и гуманиста, идеи котораго еще и теперь волнуютъ общество и ждуть своего претворенія въ жизнь. Духовный обликъ Пирогова объединялъ русскихъ врачей, видящихъ олицетвореніе своихъ стремленій въ претвореніи въ жизнь идей этого великаго русскаго врача и великаго гражданина. Благодаря Пирогову

русская наука приняла участіе и заняла почетное мѣсто въ мировой наукѣ.

Два слѣдовавшихъ затѣмъ доклада касались вопросовъ, особенно близкихъ дѣятельности Н. И. Пирогова.

Н. И. Дамперовъ подѣлился своими впечатлѣніями отъ постановки медицинскаго дѣла въ Болгаріи во время послѣдней войны. Предварительно докладчикъ напоминаетъ о заслугахъ въ этомъ дѣлѣ Н. И. Пирогова. Онъ первый примѣнилъ анестезію (1847 г.), гипсовую повязку, резекцію; доказалъ заразное происхожденіе раневыхъ болѣзней, ввелъ багачную систему. Его трудамъ мы обязаны устройствомъ перевязочныхъ пунктовъ, которымъ онъ придавалъ кардинальное значеніе.

Докладчикъ работалъ въ качествѣ хирурга въ тылу, вдали отъ театра военныхъ дѣйствій; онъ вынесъ впечатлѣніе за время своей полугодовой работы, что военно санитарныя требованія прѣдъявленныя еще Пироговымъ, болгарской арміей еще не усвоены. Организациа медицинскаго дѣла въ Болгаріи создана по образцу русской. Собственнаго медицинскаго факультета въ Болгаріи нѣтъ, учатся медицинѣ теперь во Франціи, раньше въ Россіи. Всѣ врачи страны были во время войны двинуты на передовыя позиціи, а тылъ и страна осталась совершенно безъ врачебной помощи. Военно санитарное вѣдомство вызывало всеобщее неудовольствіе. Эвакуація раненыхъ была поставлена очень плохо, на простыхъ телегахъ безъ врачебной помощи они переправлялись въ глубь страны на протяженіи недѣли и болѣе, и только здѣсь накладывалась повязка, какъ слѣдуетъ. Докладчикъ ставитъ въ упрекъ болгарскимъ врачамъ то, что они тампонируютъ и зондируютъ раны, неправильно накладываютъ повязки, въ госпиталяхъ грязь, больничный персоналъ плохъ. Болгарскіе солдаты терпѣливы, выносливы; отношеніе ихъ къ русскимъ врачамъ было доброжелательное.

П. П. Денике сдѣлалъ сообщеніе о раненіяхъ турецкой остроконечной пулею новаго образца и первой помощи при нихъ по даннымъ Балканской войны 1912 года. Докладчикъ приходитъ къ выводу, что благодаря перемѣщенію центра тяжести въ пулѣ новаго образца къ тупому концу, во время полета и въ тѣлѣ раненаго происходитъ кувырганіе пули, вслѣдствіе чего она является болѣе вредоносной и опасной для цѣлости тканей.

М. В. Казанскій сдѣлалъ дополненіе къ указаннымъ докладамъ, воспользовавшись отчетомъ о собраніи врачей, работавшихъ на войнѣ отъ Краснаго Креста. Въ возникшихъ затѣмъ преніяхъ было отмѣчено, что неправильный образъ дѣй-

стій врачей на полѣ битвы слѣдуетъ отнести не столько въ счетъ ихъ незнанія, сколько на плохую общую организацію военнаго медицинскаго дѣла.

Предсѣдатель Л. Даркшевичъ.

Секретарь В. Ворошиловъ.

Списокъ книгъ и брошюръ поступившихъ въ редакціяхъ.

- 1) Медицинскій Отчетъ по психіатрической больницѣ Курскаго Губернскаго земства, за 1912 г.
- 2) Отчетъ по психіатрической лечебницѣ Пензенскаго губ. Земства за 1912 г.
- 3) Вѣстникъ психологіи Т. IX вып. IV и V.

Открыта подписка на 1914 годъ

на

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).

Подписная цѣна въ годъ 8 руб.

Хроника и смѣсь	1015
Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ	1017

М. П. Михайловъ. Обь отношеніи *per vi vagi* къ дыхательнымъ движеніямъ (съ демонстраціей кривыхъ). *В. И. Левчатинъ.* Судебно-психіатрическій случай (съ демонстраціей больного). *А. Д. Сколозубовъ.* Параноикъ—женоубійца. Демонстрація больного. *Х. И. Протопоповъ.* Демонстрація больныхъ со смѣшанной формой страданія железъ внутренней секреціи. *М. В. Кочеринъ.* Демонстрація больного съ рѣзко выраженными содружественными движеніями правой руки.

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

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 8 руб. Отдѣльные книжки по 2 руб. Журналъ посвящается невропатологіи и психіатріи съ судебно-психиатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологіи и эмбриологіи нервной системы, нервной физиологіи и психологіи.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всемъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературные обзоры, рефераты и рецензіи, относящіеся къ темъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается въ редакціи (Казань, Университетъ психо-физиологическая лабораторія) и во всехъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всемъ разсчетомъ по подпискѣ и продажѣ отдѣльных выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приему помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться въ редакцію (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ», просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. Н. А. Миславскаго (Казань), проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней), проф. Н. М. Попова (Одесса) и проф. В. П. Осипова (Казань). Размѣръ статей не долженъ превышать 5 печатныхъ листовъ, печатаніе свыше производится въ счетъ автора! Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя представителя Общества. Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распрѣдѣленіе 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, 1912 и 1913 г. по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи Н. А. Донсковъ.