

Принято  
1914 г.

# НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Импе-  
раторскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

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

проф. В. П. Осипова.  
(Казань).

Томъ **XXI** вып. **3.**



Казань.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета

1914.



12303-382

ЖД. 692

1908

ОГЛАВІЕ

Описание невропатологической поликлиники при Императорском Казанском Университете  
Проф. В. П. Осиповъ  
Проф. В. А. Миславскій

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

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

Издательство Императорскаго Казанскаго Университета  
1908

## Къ открытію клиники душевныхъ болѣзней Императорскаго Казанскаго Университета \*).

Проф. В. П. Осипова.

### I.

Если въ настоящее время Императорскій Казанскій Университетъ включаетъ въ число своихъ учебно-вспомогательныхъ учрежденій по медицинскому факультету университетскую клинику душевныхъ болѣзней, построенную и оборудованную въ соотвѣтствіи съ современными требованіями гигиены и психіатрическихъ знаній, то это отнюдь не является заслугою одного какого-либо лица или группы лицъ, а должно быть разсматриваемо, какъ продуктивное завершеніе работъ и стремленій ряда лицъ, въ исторической послѣдовательности занимавшихъ кафедру психіатріи въ Казанскомъ Университетѣ, Медицинскаго факультета и Совѣта Университета, всегда стоявшихъ на высотѣ славныхъ научныхъ традицій, Окружного начальства и Министерства Народнаго Просвѣщенія, вполне сочувственно пошедшаго навстрѣчу представленіямъ Университета о необходимости постройки клиники, Города, а также представительныхъ учрежденій, Государственной Думы и Государственнаго Совѣта, вотировавшихъ соотвѣтствующіе кредиты и законопроекты.

Для того, чтобы не быть голословнымъ и сдѣлать сказанное понятнымъ, я начну съ изложенія краткаго очерка

---

\*) Статья была набрана когда выяснилось, что вслѣдствіе военныхъ событій открытіе клиники откладывается. В. О.

развитія условій преподаванія психіатріи въ Казанскомъ Университетѣ.

Преподаваніе психіатріи въ Казанскомъ Университетѣ началось съ 1866 года, и первымъ преподавателемъ психіатріи былъ *А. И. Фрезе*<sup>1)</sup>, сначала преподававшій психіатрію въ качествѣ доцента Университета, а съ октября 1872 г. уже въ качествѣ ординарнаго профессора медицинскаго факультета.

Проф. *Фрезе* былъ организаторомъ и устройтеlemъ Казанской Окружной Лѣчебницы для душевно-больныхъ, открывшейся въ 1867 году; *Фрезе* былъ вполне подготовленный, научно-образованный психіатръ, стоявшій на высотѣ тогдашнихъ научныхъ требованій, получившій психіатрическое образованіе не только въ Россіи, въ Преображенской Лѣчебницѣ въ Москвѣ, но и за границей.

Вполнѣ естественно, что въ ту эпоху зарожденія преподаванія психіатріи въ русскихъ Университетахъ, когда не только научно-подготовленныхъ преподавателей психіатріи, но и вообще психіатровъ, было очень мало, выборъ Казанскаго Университета остановился на *Фрезе*.

До открытія Окружной Лѣчебницы преподаваніе психіатріи было теоретическимъ, но со времени своего открытія Лѣчебница стала служить и цѣлямъ Университетскаго преподаванія, при чемъ *Фрезе* совмѣщалъ въ своемъ лицѣ обязанности профессора и обязанности директора вновь открытой Лѣчебницы. Объ удобствахъ или неудобствахъ такого совмѣщенія и преподаванія въ то время не могло быть и рѣчи, можно было только отъ души привѣтствовать фактъ установленія преподаванія психіатріи въ Университетѣ, да и обязанности директора вначалѣ сравнительно небольшой

---

<sup>1)</sup> *Н. М. Залоскинъ*. За сто лѣтъ. Біографическій словарь профессоровъ и преподавателей Императорскаго Казанскаго Университета (1804—1904). Ч. II. Стр. 365—366.

больницы были уже не слишкомъ сложны, такъ какъ лѣчебница была открыта всего на 200 кроватей <sup>1)</sup>). Дѣятельность проф. *Фрезе* въ Университетѣ закончилась въ январѣ 1884 года, за мѣсяць до его смерти. Вполнѣ естественно, что при жизни проф. *Фрезе* ни у него самого, ни у другихъ членовъ университетской коллегіи не могло появиться мысли о необходимости специальной университетской клиники душевныхъ болѣзней. *Фрезе* былъ единственнымъ профессоромъ Казанскаго Университета, бывшимъ въ то же время и директоромъ Окружной лѣчебницы, такъ какъ послѣ него совмѣщеніе этихъ должностей въ одномъ лицѣ не допускалось; лѣчебница имѣла самостоятельнаго директора, а профессоръ университета по кафедрѣ душевныхъ болѣзней являлся въ то же время консультантомъ лѣчебницы. Такое положеніе по отношенію къ Окружной лѣчебницѣ занялъ назначенный въ 1885 г. послѣ *Фрезе* на кафедре душевныхъ болѣзней проф. *В. М. Бехтеревъ*, такое же положеніе занимали и его преемники по кафедрѣ.

Въ разсматриваемый періодъ времени вообще медицинскій факультетъ имѣлъ далеко недостаточное, можно сказать ничтожное количество клиническихъ учрежденій, и члены факультета были весьма озабочены развитіемъ клиническаго преподаванія въ соответственныхъ учрежденіяхъ. Особенно интенсивно указанное стремленіе обнаруживается съ 1887 года, сначала довольно робко и неувѣренно, выражаясь главнымъ образомъ въ заботахъ о расширеніи нынѣ т. наз. старой клиники, затѣмъ съ каждымъ годомъ настоятельная потребность въ устройствѣ клиники заявляется все тверже и громче.

Въ засѣданіи медицинскаго факультета 6 сентября 1888 года деканъ проф. *Щербатовъ* сообщилъ факультету содержаніе докладной записки, представляемой въ Министер-

---

<sup>1)</sup> Казанская Окружная лечебница для душевно-больныхъ.—Казань. 1911 г. Стр. 2.

ство Народнаго Просвѣщенія, на основаніи результатовъ экстреннаго засѣданія факультета 27 августа; въ этомъ засѣданіи разсматривался рядъ вопросовъ, связанныхъ тѣснѣйшимъ образомъ съ преподаваніемъ; въ этой запискѣ было указано, что съ постройкой новаго зданія для кабинетовъ и лабораторій теоретическія кафедры будутъ обставлены удовлетворительно; что же касается до помѣщенія факультетскихъ клиникъ, то, какъ показалъ многолѣтній опытъ, это помѣщеніе не можетъ отвѣчать современнымъ требованіямъ науки. Единственно возможное полное устраненіе этихъ неудобствъ состояло бы въ постройкѣ новаго зданія для факультетскихъ клиникъ, гдѣ бы могли помѣщаться, сверхъ существующихъ, также отдѣленія и вновь проектируемыхъ клиникъ: сифилитической, дѣтской, нервной и *психіатрической*; однако въ виду значительности требуемой на это суммы, факультетъ, не настаивая на указанной мѣрѣ, предлагаетъ палліативъ, заключающійся въ выдѣленіи амбулаторій въ особое зданіе, постройкѣ зданія для дѣтской клиники въ 10 кроватей и освобожденіи 5-ти кроватей для нервно-больныхъ. Кроме сказаннаго, деканомъ было сообщено содержаніе добавочной докладной записки, составленной на основаніи заявленій профессоровъ *Н. О. Ковалевскаго* и *В. М. Бехтерева*, изъ котораго видно, что *В. М. Бехтеревъ* „словесно обратился съ просьбой“ ходатайствовать передъ г. Министромъ о постройкѣ психіатрической клиники. (См. Протоколы факультетскихъ засѣданій, соотв. указаннымъ датамъ, стр. 128—140).

Вотъ какъ началось дѣло о постройкѣ психіатрической клиники, необходимость которой отчетливо сознавалась факультетомъ. Наиболѣе же заинтересованное въ дѣлѣ преподаванія психіатріи лицо, проф. *В. М. Бехтеревъ*, въ ближайшее затѣмъ засѣданіе факультета 30 сентября внесъ записку, характеризующую неудовлетворительность условий клиническаго преподаванія психіатріи въ Казанскомъ Университетѣ и указывающую на необходимость постройки специаль-

ной Университетской клиники для душевно-больныхъ, какъ на единственный возможный способъ поставитъ преподаваніе на надлежащую высоту.

Привожу содержаніе записки проф. *В. М. Бехтерева* цѣликомъ.

По поводу условій клиническаго преподаванія психіатріи при Казанскомъ Университетѣ, считаю необходимымъ заявить Медицинскому факультету слѣдующее:

Заведеніе, которое въ настоящее время служитъ для демонстраціи душевно-больныхъ студентамъ Университета, расположено по Сибирскому тракту въ разстояніи около 5 верстъ отъ центральной части города, въ которой помѣщается Университетъ. Уже одинъ этотъ фактъ показываетъ, съ какими условіями приходится считаться и профессору, отъ котораго Университетскимъ уставомъ требуется не только систематическое, но и клиническое преподаваніе психіатріи, и студентамъ-медикамъ, обязаннымъ ознакомиться съ душевными болѣзнями не только теоретически, но и практически, у кровати больныхъ. Не говоря о томъ, что въ настоящее время студенты могутъ видѣть и наблюдать душевно-больныхъ Окружной Лечебницы лишь на клиническихъ лекціяхъ профессора, такъ какъ по дальности разстоянія Лечебницы отъ города они не имѣютъ возможности ни посѣщать обходъ больныхъ профессоромъ, ни курировать больныхъ Лечебницы, необходимо замѣтить, что Сибирскій трактъ при выѣздѣ изъ города, какъ осенью, такъ и ранней весной, вслѣдствіе сплошной грязи становится почти непроходимымъ. Благодаря этому обстоятельству, какъ это ни странно на первый взглядъ, преподаваніе клинической части психіатріи въ Казанскомъ Университетѣ поневолѣ приходится сообразовать съ сезономъ г. Казани. Излишне разяснять, въ какомъ направленіи и въ какой степени это обстоятельство отражается на ходѣ самыхъ клиническихъ занятій.

Дальнѣйшимъ условіемъ, неблагоприятно отзывающимся на клинической части психіатріи въ Казанскомъ Университетѣ, является то обстоятельство, что научныя и учебно-вспомогательныя средства по кафедрѣ психіатріи сосредоточены въ зданіи Университета, гдѣ читается и теоретическій курсъ психіатріи, а больные, къ изслѣдованію которыхъ должны

быть примѣняемы эти средства, находятся за нѣсколько верстъ отъ Университета въ зданіи Окружной Лечебницы.

Наконецъ, независимо отъ вышеуказанныхъ условій, необходимо констатировать, что въ Окружной Лечебницѣ по самому устройству и внутренней организаціи оной не представляется никакой возможности выдѣлить ту или другую часть ея подъ особое клиническое отдѣленіе, которое находилось бы въ завѣдываніи профессора. Отсутствие же этого приводитъ къ тому, что Окружная Лечебница представляетъ собою клинику лишь по названію—тѣмъ болѣе, что правилами Госпитальной Клиники при Окружной Лечебницѣ, утвержденными Министерствомъ Внутреннихъ Дѣлъ, профессору психіатріи обеспечивается собственно право демонстраціи больныхъ Лечебницы студентамъ, но не обеспечивается за нимъ право медицинскаго завѣдыванія той или другой частью Лечебницы, безъ чего, само собою разумѣется, страдаетъ и самое клиническое изученіе душевныхъ болѣзней.

По всѣмъ этимъ причинамъ я прошу ходатайства Факультета предъ Министерствомъ объ устройствѣ при Казанскомъ Университетѣ особой клиники для душевно-больныхъ приблизительно на 30-35 кроватей съ тѣмъ однако же, чтобы и Окружная Лечебница, служащая въ настоящее время для цѣлей преподаванія психіатріи, оставалась по прежнему учебно-вспомогательнымъ учрежденіемъ Университета и могла бы служить для обмѣна больныхъ клиники. Въ случаѣ, если Министерство почему-либо не найдетъ возможнымъ осуществить постройку особой клиники для душевно-больныхъ при Казанскомъ Университетѣ, то не найдетъ ли Факультетъ возможнымъ ходатайствовать чрезъ Министерство Народнаго Просвѣщенія объ устройствѣ Министерствомъ Внутреннихъ Дѣлъ для излечимыхъ больныхъ Казанской Окружной Лечебницы особаго корпуса внутри г. Казани съ тѣмъ, чтобы въ этомъ корпусѣ и могла быть устроена клиника для душевно-больныхъ при нѣкоторой помощи денежными средствами (для содержанія штатовъ этой клиники) со стороны Министерства Народнаго Просвѣщенія. Этимъ путемъ съ одной стороны была бы удовлетворена потребность выдѣленія излечимыхъ больныхъ Казанской Окружной Лечебницы въ особое помѣщеніе, отдѣльное отъ настоящаго помѣщенія Окружной Лечебницы, переполняемаго съ каждымъ годомъ все

большимъ и большимъ числомъ хроническихъ неизлечимыхъ душевно-больныхъ; съ другой стороны, городъ, а вмѣстѣ и округъ получили бы новое заведеніе для душевно-больныхъ, въ которомъ въ настоящее время въ г. Казани чувствуется настоятельнѣйшая потребность, вслѣдствіе огромнаго ежегоднаго привоза въ городъ душевно-больныхъ, какъ изъ всего Казанскаго Округа, такъ и изъ Сибири и Ташкентскаго Края <sup>1)</sup> и, наконецъ, Университетъ приобрѣлъ бы для себя клинику, которая удовлетворяла бы всѣмъ учебнымъ и научнымъ потребностямъ. Казань 29 сентября 1888 г. В. Бехтеревъ.

Изъ этой записки видно что главными препятствіями для удовлетворительнаго преподаванія клинической психіатріи студентамъ были слѣдующія: дальность разстоянія лѣчебницы отъ города, исключаящая возможность посѣщенія студентами обходовъ больныхъ профессоромъ и возможность курированія больныхъ; непроходимость Сибирскаго тракта вслѣдствіе грязи осенью и весной; расчлененіе мѣста клиническаго преподаванія отъ лабораторіи, помѣщающейся въ Университетѣ; невозможность выдѣленія въ лѣчебницѣ самостоятельнаго клиническаго отдѣленія. Всѣ эти мотивы нельзя не признать крайне существенными, и съ убѣдительною ихъ нельзя не согласиться

Въ засѣданіи 31 декабря медицинскій факультетъ, на основаніи предложенія Правленія Университета о доставленіи въ Министерство Народнаго Просвѣщенія затребованныхъ

---

<sup>1)</sup> Какъ велика въ г. Казани потребность въ новомъ заведеніи для душевно-больныхъ, явствуетъ изъ того, что въ настоящее время за пополненіемъ больными въ Казанской Окружной Лечебницѣ масса ежегодно вновь привозимыхъ въ Казань душевно-больныхъ, не находя для себя настоящаго помѣщенія, или должны возвращаться обратно на родину, или же направляться далѣе въ Москву и въ Петербургъ, гдѣ часто постигаетъ душевно-больныхъ та же неутѣшительная участь, какъ и въ г. Казани. Слѣдуетъ здѣсь отмѣтить также фактъ, что за послѣднее время въ Казани все чаще и чаще стали повторяться случаи бросанія привозимыхъ душевно-больныхъ ихъ родственниками на произволъ судьбы.

послѣднимъ свѣдѣній о необходимыхъ постройкахъ и ихъ стоимости, снова разсматривалъ этотъ вопросъ и пришелъ къ заключенію о необходимости постройки помѣщенія для клиники терапевтической, хирургической, акушерской, офтальмологическихъ, кожныхъ и сифилитическихъ болѣзней, нервной, дѣтской и *психіатрической*; на все это признавалась потребной сумма въ 200.000 рублей; не надѣясь однако на единовременный отпускъ такой значительной суммы, факультетъ постановилъ ходатайствовать объ ежегодномъ отпускѣ въ 25.000 руб. съ тѣмъ чтобы на первый разъ было приобретено необходимое для постройки мѣсто, а затѣмъ клиническія зданія строились бы по частямъ.

Въ то время отношенія каседры душевныхъ болѣзней въ Окружной Лѣчебницѣ регулировались правилами, утвержденными Министромъ Внутреннихъ Дѣлъ 2 декабря 1885 г.; привожу ихъ цѣликомъ.

### Правила для устройства госпитальной клиники душевныхъ болѣзней въ Казанской Окружной Лѣчебницѣ во имя Божіей Матери Всѣхъ Скорбящихъ.

1. Для усовершенствованія медицинскихъ студентовъ Казанскаго Университета въ госпитальной практикѣ по душевнымъ болѣзнямъ въ находящейся въ Казани Окружной Лѣчебницѣ во имя Божіей Матери Всѣхъ Скорбящихъ учреждается практическая госпитальная клиника душевныхъ болѣзней.

2. Съ указанной цѣлью профессоръ медицинскаго факультета Казанскаго Университета по психіатріи назначается консультантомъ означенной Лѣчебницы; онъ преподаетъ у кровати больныхъ практическія клиническія лекціи душевныхъ болѣзней.

3. Въ помощь профессору психіатріи опредѣляется, по его выбору и съ обоюднаго согласія, въ качествѣ ассистента, одинъ изъ врачей Лѣчебницы или состоящихъ въ штатѣ Лѣчебницы, или прикомандированныхъ къ оной отъ Медицинскаго Департамента Министерства Внутреннихъ Дѣлъ.

4. Въ указанной клиникѣ студенты послѣдняго медицинскаго курса Университета упражняются въ распознаваніи и лѣченіи душевныхъ болѣзней на значительномъ числѣ разнообразныхъ случаевъ и постепенно приготавливаются подъ надзоромъ профессора къ самостоятельному врачебному дѣйствованію средствами раціональными и по возможности простыми.

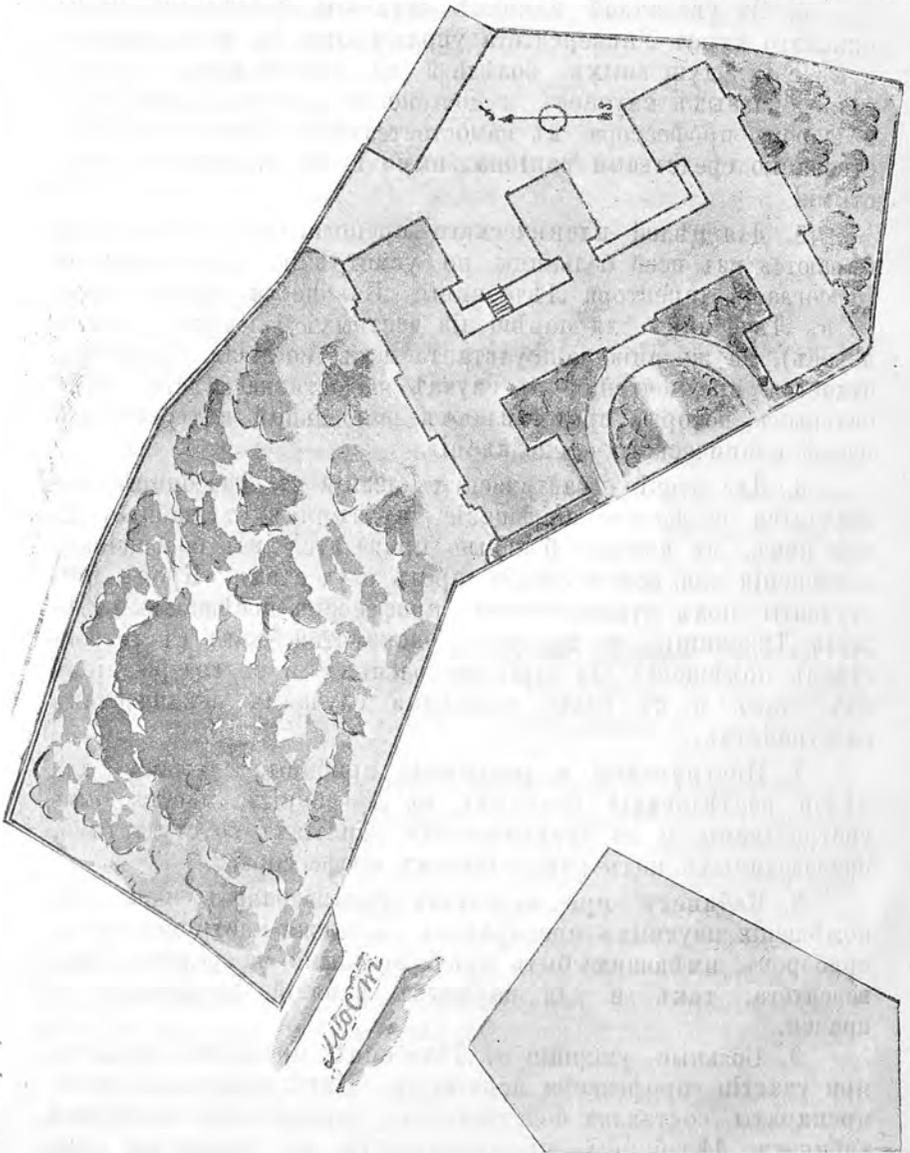
5. Для цѣлей клиническаго преподаванія больные выбираются изъ всей больницы по усмотрѣнію консультанта и съ согласія директора Лѣчебницы. Изъ числа обращающихся въ Лѣчебницу для помѣщенія частныхъ больныхъ (пансіонеровъ), по желанію консультанта и съ согласія директора, отдается предпочтеніе, въ случаѣ недостатка мѣстъ, тѣмъ больнымъ, которые представляютъ наибольшій интересъ для цѣлей клиническаго преподаванія.

6. Для чтенія практическихъ лекцій въ Лѣчебницѣ назначается отдѣльное помѣщеніе (аудиторія) съ кабинетомъ при немъ, въ которое больные приводятся изъ больничнаго помѣщенія для демонстраціи предъ студентами. Кромѣ того студенты подъ руководствомъ профессора посѣщаютъ отдѣленія Лѣчебницы, въ которыхъ знакомятся, какъ съ устройствомъ помѣщенія для душевно-больныхъ и съ содержаніемъ ихъ, такъ и съ болѣе тяжелыми случаями психическихъ разстройствъ.

7. Инструменты и различные приборы, служащіе для цѣлей изслѣдованія больныхъ въ Лѣчебницѣ, могутъ быть употребляемы и на практическихъ занятіяхъ со студентами, производимыхъ подъ руководствомъ профессора.

8. Кабинетъ при аудиторіи предназначенъ, какъ для помѣщенія научныхъ препаратовъ, а также инструментовъ и приборовъ, имѣющихъ быть прибрѣтенными на средства Университета, такъ и для научныхъ занятій профессора и врачей.

9. Больные, умершіе въ Лѣчебницѣ, подлежатъ вскрытію при участіи профессора психіатріи. Патолого-анатомическіе препараты, составляя собственность патолого-анатомическаго кабинета Лѣчебницы, предоставляются въ пользованіе профессора, какъ научный матеріаль.



Генеральный планъ Психіатрической Клиники.

Приведенныя правила, давая возможность болѣе или менѣе успѣшнаго преподаванія психіатріи въ Университетѣ, содержали въ себѣ рядъ существенныхъ дефектовъ, въ значительной степени указанныхъ въ запискѣ проф. *В. М. Бехтерева*.

Между тѣмъ, возникшее дѣло о постройкѣ новыхъ клиникъ продолжалось. Университетъ вступилъ въ переговоры съ Городской Думой, которая предоставила Университету выборъ для постройки участка въ мѣстности, называемой Русской Швейцаріей, въ Академической слободѣ или на Арскомъ полѣ. Выборъ Университета остановился на площади Арскаго поля, простирающейся между Б. Лядской и Новогоршечной улицами и Односторонкой Арскаго поля и продолжающейся черезъ оврагъ за т. наз. Земляной мостъ вдоль заловъ сада Военнаго Госпиталя. Выбирая указанное мѣсто, Университетъ руководствовался слѣдующими соображеніями: 1) Арское поле представляетъ ровное, сухое, грунтовое мѣсто, незаселенное, тогда какъ Р. Швейцарія вблизи кладбища, изрыта оврагами, вблизи Казанки (малярія), площадь въ Академической тоже изрыта оврагами, частью засыпанными навозомъ; 2) Арское поле въ чертѣ городскихъ построекъ, не такъ удалено отъ Университета, что удобно и для больныхъ; 3) Арское поле доступно во всякое время года, въ Швейцаріи же бывають вьюги, бураны, грязь; студенты же часто плохо одѣты, должны удѣлять время на уроки; 4) Арское поле находится рядомъ съ Военнымъ Госпиталемъ, гдѣ также ведутся занятія со студентами; 5) на Арскомъ полѣ всѣ клиники будутъ сгруппированы вмѣстѣ; 6) это даетъ возможность устройства центральной кухни; 7) снабженіе водой и газомъ на Арскомъ полѣ доступнѣе и дешевле.

Городъ убѣдился доводами Университета и предоставилъ подъ постройку намѣченную мѣстность, о чемъ медицинскому факультету стало извѣстно 5 іюля 1889 года; тогда же была избрана для выработке плановъ и смѣтъ коммисія изъ дирек-

торовъ будущихъ клиникъ и проф. гигиены *М. Я. Капустина*, рѣшившая, что новыя клиники необходимо строить по павильонной системѣ, съ присоединеніемъ къ нимъ и *отдѣленія психіатрическаго* на 30 кроватей. Составленіе плановъ было поручено инженеру *Л. К. Хрионовичу*.

Къ осени 1889 года Университету было отпущено на постройки 100,000 руб., были затребованы планы и смѣты предполагаемыхъ клиническихъ построекъ съ указаніемъ на имѣющіяся въ виду отпускъ дальнѣйшихъ средствъ. 10 августа были разсмотрѣны представленные *Хрионовичемъ* планы и единогласно одобрены комиссіей и факультетомъ; въ томъ же засѣданіи были опредѣлены мѣста построекъ, при чемъ постановлено: помѣстить за госпитальнымъ садомъ зданія кабинетовъ судебно-медицинскаго и патолого-анатомическаго и клиники *психіатрическую* и нервную; несмотря на возраженія проф. нервныхъ болѣзней *Сколотубова* о неудобствѣ соседства клиникъ нервной и психіатрической, факультетъ остался при своемъ рѣшеніи, исходя изъ соображенія, что по уставу существуетъ одна общая кафедра, а наличность въ составѣ факультета двухъ представителей можетъ оказаться явленіемъ преходящимъ. Впослѣдствіи постановленіе о мѣстѣ для постройки клиники нервныхъ болѣзней было измѣнено.

Постройка новыхъ учебно-вспомогательныхъ учреждений, а въ ихъ числѣ и психіатрической клиники, налаживалась не такъ скоро, и это обстоятельство, конечно, послужило поводомъ для представителя кафедры душевныхъ болѣзней, проф. *В. М. Бехтерева*, хлопотать объ измѣненіи и дополненіи правилъ, устанавливавшихъ отношеніе кафедры психіатріи въ Окружной лѣчебницѣ; на основаніи его ходатайства, поддержаннаго факультетомъ, послѣдовало дополненіе прежнихъ правилъ, введенное въ жизнь съ 27 февраля 1893 года и остающееся въ силѣ до настоящаго времени.

Дополненіе къ правиламъ, утвержденнымъ Министерствомъ Внутреннихъ Дѣлъ 2 декабря 1885 года для устройства Госпитальной клиники душевныхъ болѣзней въ Казанской Окружной лѣчебницѣ во имя Божіей Матери Всѣхъ Скорбящихъ.

1. Веденіе наблюденій и лѣченіе больныхъ въ лѣчебницѣ, избираемыхъ профессоромъ для клиническихъ лекцій, можетъ быть поручено профессоромъ, подъ условіемъ его личнаго руководства, университетскому ординатору или ассистенту, состоящему при кафедрѣ психіатріи.

2. Въ такомъ случаѣ сему ординатору или ассистенту, если онъ состоитъ при Министерствѣ Внутреннихъ Дѣлъ и прикомандированъ къ лѣчебницѣ, предоставляется по возможности квартира въ самой лѣчебницѣ.

3. Директоръ, администрація и врачи лѣчебницы со своей стороны содѣйствуютъ всѣми зависящими отъ нихъ мѣрами возможно полному и всестороннему удовлетворенію потребностей клиническаго преподаванія психіатріи въ лѣчебницѣ, при чемъ выборъ профессоромъ больныхъ для клиническихъ занятій со студентами производится по соглашенію съ директоромъ лѣчебницы. Въ случаѣ несогласія, послѣдній обязанъ представить о семъ письменный отзывъ.

4. Для той же цѣли возможно полного и всесторонняго удовлетворенія потребностей клиническаго преподаванія психіатріи въ лѣчебницѣ профессоръ психіатріи извѣщается о всѣхъ предстоящихъ въ лѣчебницѣ патологоанатомическихъ вскрытіяхъ наканунѣ послѣднихъ и заблаговременно приглашается на всѣ научныя собранія врачей въ лѣчебницѣ и разборы больныхъ, присутствуетъ на этихъ засѣданіяхъ и разборахъ и, если признаетъ нужнымъ, можетъ высказать свое мнѣніе по поводу діагноза и лѣченія больныхъ, равно какъ и по поводу судебно-медицинскихъ заключеній врачей.

5. Скорбные листы больныхъ, подготовленныхъ къ лекціямъ, со времени передачи больныхъ для наблюденія профессору и университетскому ординатору предоставляются въ распоряженіе послѣдняго со всѣми другими свѣдѣніями объ этихъ больныхъ. Въ свою очередь университетскій ординаторъ обязанъ вписывать въ листы всѣ свои наблюденія надъ больными за тотъ періодъ времени, пока больные находились подъ его надзоромъ.

6. Университетскому ординатору предоставлено право устраивать и вести обходы палатъ лѣчебницы со студентами.

7. Профессоръ психіатріи можетъ, если пожелаетъ, публиковать результаты своихъ клиническихъ наблюденій надъ больными лѣчебницы при условіи лишь соблюденія общихъ правилъ, существующихъ относительно огласки подобнаго рода свѣдѣній.

Нельзя не признать, что приведенное дополненіе къ прежнимъ правиламъ, расширяя и углубляя положеніе кафедръ психіатріи въ лѣчебницѣ, являлось несомнѣнно весьма существеннымъ въ дѣлѣ преподаванія и научной работы преподавателей кафедръ въ лѣчебницѣ, но, конечно, главные дефекты, связанные съ отсутствіемъ особой Университетской клиники, расширеніемъ правъ кафедры въ лѣчебницѣ не устранялись.

26 сентября 1893 года проф. *В. М. Бехтеревъ* былъ назначенъ профессоромъ Императорской Военно-Медицинской Академіи. Онъ оставилъ Казанскій Университетъ, значительно улучшивъ положеніе преподавателя психіатріи введеніемъ только что приведеннаго дополненія къ правиламъ 1885 года; вопросъ же о постройкѣ новыхъ клиникъ, въ томъ числѣ и психіатрической, какъ разъ въ половинѣ сентября 1893 г. вошелъ въ такую фазу: Министръ Народнаго Просвѣщенія призналъ необходимымъ поручить составленіе плановъ клиникъ архитектору Московскаго Университета Быковскому; это объясняется, повидимому, тѣмъ, что въ мартѣ 1893 года цѣлый рядъ членовъ медицинскаго факультета заявили о неудовлетворительности, по ихъ мнѣнію, помѣщеній клиникъ, проектированныхъ первымъ составителемъ плановъ; въ сентябрѣ же предполагалось также командированіе члена Совѣта Министровъ фонъ-Анрепа для ознакомленія съ мѣстностью, на которой предстояло строить клиники. Факультетомъ было предположено раньше прежде всего строить клиники хирургическую, глазную, акушерско-гинекологиче-

скую, *психіатрическую* и дѣтскую. Въ комиссіи, состоявшей изъ представителей соотвѣствующихъ кафедръ при участіи члена Совѣта Министра Народнаго Просвѣщенія фонъ-Анрепа, Попечителя Учебнаго Округа, архитектора Московскаго Университета Быковскаго и Ректора Университета, 3 сентября 1893 г. было постановлено строить клиники въ указанномъ факультетомъ порядкѣ, опредѣливъ на первую очередь постройку акушерской, глазной, хирургической и дѣтской клиникъ. Въ ноябрѣ же 1895 года стало извѣстнымъ, что техническій строительный комитетъ М. Н. Пр. призналъ планы и смѣты этихъ четырехъ клиникъ, составленные архитекторомъ Быковскимъ, правильными и что на постройку ихъ отпущены кредиты въ размѣрѣ 400,000 руб.

Такимъ образомъ, постройка психіатрической клиники была отложена на болѣе позднюю очередь.

Въ 1894 году кафедра душевныхъ болѣзней въ Казанскомъ Университетѣ была замѣщена проф. Варшавскаго Университета *Н. М. Поповымъ*.

21 декабря проф. *Н. М. Поповъ* вошелъ въ медицинскій факультетъ съ заявленіемъ, въ которомъ указалъ, что 13 ноября 1890 года медицинскій факультетъ постановилъ ходатайствовать о постройкѣ психіатрической клиники, что не осуществлено до настоящаго времени; въ одномъ изъ засѣданій комиссіи изъ членовъ факультета подъ предсѣдательствомъ проф. *Анрепа* было постановлено, въ виду недостатка средствъ строить четыре клиники, оставивъ психіатрическую клинику въ прежнихъ условіяхъ. „Опытъ показываетъ“, писалъ проф. *Поповъ*, „что ея положеніе крайне неудовлетворительно: помѣщеніе клиники въ Окружной лѣчебницѣ, принадлежащей другому вѣдомству, преслѣдующему другія цѣли, безусловная зависимость отъ администраціи этой лѣчебницы, отдаленіе лѣчебницы отъ города при условіяхъ нашего климата—все это имѣетъ слѣдствіемъ то, что въ Казанскомъ Университетѣ не было и нѣтъ клиническаго преподаванія

психіатріи въ собственномъ смыслѣ слова; слушатели лишены возможности непосредственно знакомиться съ больными, изучать ихъ, наблюдать за теченіемъ ихъ болѣзни, и только въ послѣдніе годы они имѣютъ случай изслѣдовать душевнобольныхъ и то на государственномъ экзаменѣ. Это очень печально, тѣмъ болѣе, что именно благодаря клиническому элементу преподаванія психіатрія приобрѣла глубокое практическое значеніе. Каждому врачу приходится имѣть дѣло съ больнымъ человѣкомъ, а каждое страданіе отражается на психической жизни: поэтому каждый врачъ поставленъ въ необходимость выработать умѣніе обращаться съ больнымъ, и лучшей школой для этого является психіатрическая клиника. Клиническая психіатрія является одной изъ существенныхъ частей медицинскаго образованія; какъ специальная область медицины, она въ послѣднее время вслѣдствіе требованій практической жизни и непосредственно приобрѣтаетъ все большую и большую важность“.

Въ засѣданіи 13 ноября 1890 г., на которое ссылается проф. *Поповъ*, дѣйствительно было поставлено въ первую очередь строить тѣ клиники, которыя требуютъ особыхъ приспособленій для правильнаго веденія преподаванія и занятій: хирургическую, акушерско-гинекологическую, офталмологическую, дѣтскую и *психіатрическую* и необходимый для клиники патолого-анатомическій институтъ; прочія же клиники, терапевтическую, сыпную и нервныхъ болѣзней, временно оставить въ старомъ помѣщеніи, сдѣлавъ необходимыя улучшенія, мѣсто же, предназначенное для нихъ по плану, оставить незастроеннымъ.

Мы видѣли однако, что за недостаткомъ средствъ постройка психіатрической клиники была отложена. Факультетъ отозвался на заявленіе проф. *Попова*, возбудивъ ходатайство объ увеличеніи ассигнованной на постройки суммы, но получилъ отвѣтъ, что Министерство не возражаетъ противъ боль-

шаго числа построекъ при условіи, что стоимость ихъ не превыситъ ассигнованныхъ 400.000 рублей.

Однако весной 1899 года изъ Министерства послѣдовалъ запросъ о нуждахъ преподаванія, въ отвѣтъ на который было постановлено ходатайствовать о расширеніи учебно-вспомогательныхъ учреждений.

Вскорѣ послѣ этого была избрана съ одобренія попечителя учебнаго округа совѣтская коммиссія, на обязанности которой лежало выяснить степень необходимости постройки разныхъ учебно-вспомогательныхъ учреждений Университета и установить порядокъ ихъ постройки. Вмѣстѣ съ тѣмъ и въ медицинскомъ факультетѣ возобновилось дѣло о дальнѣйшихъ клиническихъ постройкахъ. Въ засѣданіи 5 мая 1900 года было опредѣлено: при постройкѣ новыхъ учебно-вспомогательныхъ учреждений медицинскаго факультета держаться слѣдующаго порядка: 1) клиника терапевтическая, нервная и *психіатрическая*; 2) институты физиологической и патологической анатоміи, судебной медицины и оперативной хирургіи и 3) общей патологіи, гигиены и хирургической патологіи; при этомъ постройку клиникъ терапевтической, нервной и *психіатрической* производить одновременно, также желательно производить одновременно и постройку институтовъ анатомическаго, патолого-анатомическаго и гигиеническаго; по удовлетвореніи всѣхъ построекъ желательно построить госпитальныя клиники и пропедевтическую.

Въ засѣданіи совѣтской коммиссіи 27 мая было заслушано заявленіе декана медицинскаго факультета о предположенныхъ факультетомъ постройкахъ, при чемъ отмѣчено, согласно постановленію факультета, что *терапевтическая съ нервной и психіатрической клиники* должны строиться одновременно и *въ первую очередь*. Въ представленныхъ при этомъ планахъ и сметѣхъ инженера Колмакова стоимость *психіатрической* клиники, включая отопленіе и вентиляцію, водопроводъ и водостоки, электрическое освѣщеніе и прове-

деніе газа были вычислены въ 122,500 руб., при чемъ клиника предполагалась на 35 кроватей.

Дальнѣйшій ходъ событій оказался весьма неблагоприятнымъ для осуществленія постройки психіатрической клиники: въ Совѣтѣ все предположенныя всеми факультетами и комиссіей постройки были раздѣлены на *три категоріи* по степени ихъ необходимости и порядку предполагаемаго осуществленія: *I категорія*. 1. Анатомическій институтъ. 2. Зданіе служительскихъ казармъ. 3. Восточный пристрой къ главному корпусу. 4. Химическая лабораторія. 5. Физическій институтъ. 6. Зданіе для институтовъ патологической анатоміи, судебной медицины и оперативной хирургіи.

*II категорія*: 1. Кабинетъ общей патологіи, хирургической патологіи и гігіены. 2. Терапевтическая и нервная клиники. 3. Астрономическая обсерваторія (постройка фотографическаго экваторіала). 4. Приспособленіе зданія старой клиники.

*III категорія*: 1. *Психіатрическая*, госпитальная хирургическая и терапевтическая клиники и пропедевтическая клиника. 2. Магнитная и метеорологическая обсерваторія.

Такимъ образомъ постройка психіатрической клиники, отодвинутой въ предпоследнюю очередь третьей категоріи весьма многочисленныхъ построекъ, тѣмъ самымъ была отложена на неопредѣленно-продолжительное время и въ противорѣчій съ постановленіемъ медицинскаго факультета, признавашаго необходимымъ строить психіатрическую клинику въ первую очередь и подтвердившему свое постановленіе не одинъ разъ.

Всего было предположено построекъ на сумму свыше 2,000,000 рублей. Были разработаны соответственные планы и смѣты, и была избрана Совѣтская депутатція изъ профессоровъ *Высоцкаго, Левашова, Любимова и Фортунатова*, для которой было испрошено разрѣшеніе Министерства явиться въ С.-Петербургъ для личнаго ходатайства объ изложенныхъ нуждахъ Университета.

11 сентября 1900 года депутація доложила Совѣту о результатахъ своей поѣздки и своего ходатайства, которые оказались весьма успѣшными: Министръ Народнаго Просвѣщенія Боголѣповъ обѣщаль притти на помощь Университету ассигнованіемъ съ 1902 г. 500,000 руб., а Министръ Финансовъ гр. Витте обѣщаль ходатайствовать объ ассигнованіи съ того же 1902 г. 1,000,000 руб., если не будетъ военныхъ осложненій, которыхъ, по его словамъ, „не предвидится“. (См. Протоколы Совѣта). Существенныхъ осложненій въ то время дѣйствительно не случилось (Китай). 17 мая 1902 г. всѣ чертежи были возвращены въ Университетъ, будучи одобрены для постройки, но ассигнованія обѣщанныхъ кредитовъ не послѣдовало; видимо, обстоятельства измѣнились, и ожидалась осложненія, миновавшія раньше.

Дѣйствительно, 9 марта 1904 года Университетъ получилъ извѣщеніе, что въ виду военныхъ дѣйствій (война съ Японіей) кредиты сокращаются, и потому Министерство Нар. Просв. не признаетъ нынѣ возможнымъ давать дальнѣйшее движеніе строительнымъ проеѣтамъ.

Такъ временно прервалось дѣло о постройкахъ учебно-вспомогательныхъ учрежденій Казанскаго Университета, уже близившееся къ осуществленію.

## II.

Мы видѣли, что каждый представитель кафедры психіатріи въ Казанскомъ Университетѣ возбуждалъ ходатайство о необходимости постройки спеціально Университетской клиники душевныхъ болѣзней; ходатайство это горячо поддерживалось медицинскимъ факультетомъ, но въ дальнѣйшемъ движеніи его не баловали удачи, впрочемъ, война задержала осуществленіе вообще всѣхъ намѣченныхъ Университетомъ построекъ на неопредѣленное время.

Убѣдившись въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ преподаванія по занимаемой мною кафедрѣ душевныхъ болѣзней (съ ав-

густа 1906 г.) въ крупныхъ недостаткахъ клиническаго преподаванія психіатріи при условіи помѣщенія клиники въ Округной лѣчебницѣ, я тоже, конечно, пришелъ къ выводу о настоятельной необходимости для Университета имѣть спеціальную клинику душевныхъ болѣзней.

Поэтому въ засѣданіи медицинскаго факультета 12 февраля 1910 года я представилъ свои соображенія по указанному поводу въ видѣ записки, какъ это дѣлалось и моими предшественниками. Какъ видно будетъ ниже, за истекшій періодъ времени появились еще нѣкоторые основанія, заставившія заботиться о скорѣйшей постройкѣ психіатрической клиники. Выслушавъ мои соображенія, факультетъ, неизмѣнно стоящій на стражѣ всѣхъ нуждъ преподаванія, по славной традиціи, всегда имъ поддерживаемой, единогласно постановилъ направить ходатайство о постройкѣ клиникъ Ректору для передачи въ Совѣтъ Университета для дальнѣйшаго его движенія и осуществленія.

Вслѣдствіе этого въ засѣданіи Совѣта 29 марта 1910 года было заслушано слѣдующее представленіе медицинскаго факультета:

„Медицинскій факультетъ, въ засѣданіи своемъ 12 сего февраля, слушалъ представленіе г. экстраординарнаго профессора по кафедрѣ психіатріи В. П. Осипова, отъ 9 февраля, слѣдующаго содержанія: „13 ноября 1890 г. Медицинскій факультетъ Императорскаго Казанскаго Университета, по представленію профессора В. М. Бехтерева, постановилъ ходатайствовать о постройкѣ психіатрической клиники, признавъ необходимость этого учрежденія для преподаванія психіатріи студентамъ Университета.

Десять лѣтъ тому назадъ профессоръ по кафедрѣ душевныхъ болѣзней въ Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ Н. М. Поповъ, указавъ на то, что постройка психіатрической клиники, несмотря на признаніе ея необходимости, не получила осуществленія, въ новомъ ходатайствѣ передъ факультетомъ привелъ слѣдующіе мотивы необходимости по-

стройки клиники душевныхъ болѣзней: „Опытъ показываетъ“ писалъ проф. Н. М. Поповъ въ своемъ ходатайствѣ, „что положеніе кафедръ психіатріи въ Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ крайне неудовлетворительно: помѣщеніе клиники въ Окружной лѣчебницѣ, принадлежащей другому вѣдомству, преслѣдующему другія цѣли, безусловная зависимость отъ администраціи этой лѣчебницы, отдаленіе лѣчебницы отъ города при условіяхъ нашего климата—все это имѣетъ слѣдствіемъ, что въ Университетѣ не было и нѣтъ клиническаго преподаванія психіатріи въ собственномъ смыслѣ слова; слушатели лишены возможности непосредственно заниматься съ больными, изучать ихъ, наблюдать за теченіемъ ихъ болѣзни, и только въ послѣдніе годы они имѣютъ случай изслѣдовать душевно-больныхъ, и то на государственномъ экзаменѣ. Это очень печально, тѣмъ болѣе, что именно благодаря клиническому экзамену преподаваніе психіатріи приобрѣло глубокое практическое значеніе. Каждому врачу приходится имѣть дѣло съ больнымъ человѣкомъ, а каждое страданіе отражается и на психической жизни; поѣтому каждый врачъ поставленъ въ необходимость выработать умѣніе обращаться съ больными, а лучшей школой для этого является психіатрическая клиника. Клиническая психіатрія является одной изъ существенныхъ частей медицинскаго образованія; какъ спеціальная область медицины, она въ послѣднее время вслѣдствіе требованія практической жизни и непосредственно приобрѣтаетъ все большую и большую важность.“ (Дѣло за № 65, стр. 149—150; началось въ 1900 г., кончилось въ 1904 г.).

Изъ заявленія декана Медицинскаго факультета на имя предсѣдателя комиссіи по вопросу о расширеніи учебно-вспомогательныхъ учрежденій Императорскаго Казанскаго Университета отъ 27 мая 1900 г. за № 275 видно, что факультетъ единогласно постановилъ ходатайствовать передъ Министромъ Народнаго Просвѣщенія объ отпускѣ суммъ на постройку ряда учрежденій, при чемъ было постановлено: терапевтическую, нервную и психіатрическую клиники строить одновременно и въ первую очередь.

Медицинскій факультетъ мотивировалъ свое постановленіе неудобствомъ помѣщать психіатрическую клинику въ Окружной лѣчебницѣ, выражающимся, главнымъ образомъ, въ невозможности пользоваться матеріаломъ, находящимся въ этомъ

учрежденіи, въ предѣлахъ потребностей преподаванія и научныхъ занятій. Вслѣдствіе сего Медицинскій факультетъ и полагалъ желательнымъ выстроить отдѣльную психіатрическую клинику (дѣло № 64, стр. 82).

Конечно, психіатрическая клиника не была единственнымъ учрежденіемъ, въ которомъ ощущалась настоятельная необходимость Университетомъ вообще и Медицинскимъ факультетомъ въ частности. Въ то время даже не была удовлетворена надлежащимъ образомъ потребность въ анатомическомъ институтѣ. Совѣтъ согласился съ мнѣніемъ факультета, лишь отодвинувъ очередь постройки психіатрической клиники. Ходатайство Университета передъ Министромъ о постройкѣ цѣлаго ряда учебно-вспомогательныхъ учреждений окончилось было успѣшно, но реализаціи предложенныхъ кредитовъ помѣшала русско-японская война, о чемъ Университетъ и былъ поставленъ въ извѣстность отъ 9 марта 1904 г. бумагой за № 2745 (см. дѣло за № 64, стр. 253).

Освѣживъ въ памяти присутствующихъ своимъ краткимъ очеркомъ исторію вопроса о постройкѣ психіатрической клиники и отчасти другихъ учебно-вспомогательныхъ учреждений Университета, я позволю себѣ предложить вниманію факультета еще рядъ основаній, изъ которыхъ вытекаетъ необходимость осуществленія постройки психіатрической клиники въ возможно скоромъ времени. Основанія эти слѣдующія:

1) При настоящемъ положеніи дѣла профессоръ ограниченъ въ возможности проводить въ жизнь свои научно-психіатрическія идеи, вести систематическое наблюденіе, изученіе и лѣченіе больныхъ со студентами и врачами, развивая свою врачебную школу. Сказанное естественнымъ образомъ вытекаетъ изъ различія задачъ и обстановки лѣчебницы съ одной стороны и клиники съ другой.

2) Изслѣдованіе больныхъ соотвѣтственно современнымъ научнымъ требованіямъ при настоящихъ условіяхъ почти невозможно, такъ какъ оно связано съ необходимостью примѣненія цѣлаго ряда сложныхъ психофизическихъ аппаратовъ и приборовъ, установка которыхъ допустима лишь въ лабораторіяхъ и клиническихъ учрежденіяхъ; перевозка этихъ приборовъ изъ университетской лабораторіи въ Окружную лѣчебницу невозможна по ихъ сложности и нѣжности, перевозить же больныхъ въ университетскую лабораторію небезопасно и дорого. Такимъ образомъ страдаетъ научная работа.

3) Университетъ ежегодно тратитъ на перевозку студентовъ въ Окружную лѣчебницу 500 руб., т. е.  $\frac{1}{1000}$  съ капитала свыше 12000 руб.

4) Казанское Губернское Земство предполагаетъ строить свою лѣчебницу-колонию для душевно-больныхъ, содержащихся за счетъ земства въ Окружной лѣчебницѣ; эта лѣчебница, повидимому, будетъ отстоять отъ города значительно дальше, чѣмъ Окружная лѣчебница; съ осуществленіемъ этого плана Окружная лѣчебница лишится громаднаго большинства острыхъ больныхъ, доставляемыхъ Казанскимъ Губернскимъ Земствомъ; между тѣмъ, эти больные представляютъ необходимый, наибольшій интересъ для преподаванія, составляя главное ядро преподаванія. Въ настоящее время земство уже взяло изъ лѣчебницы 150 больныхъ въ уже основанное имъ убѣжище для хрониковъ. (См. докладъ Губернской Управы и Коммиссіи по организациіи призрѣнія душевно-больныхъ 68 чрезвычайному Казанскому Губернскому Собранію. 1909 г.... 2) Поручить Губернской Управѣ совмѣстно съ организаціонной комиссіей составить планъ и смѣту на устройство колоніи для тѣхъ психическихъ больныхъ, которые нуждаются въ содержаніи въ специальномъ лѣчебномъ учрежденіи, при чемъ первоначальнымъ штатомъ признать 400 кроватей.—Земскимъ Собраніемъ въ январѣ 1910 г. прежнія постановленія подтверждены и постановлено произвести изслѣдованіе мѣстности для постройки лѣчебницы).

Только-что приведенныя соображенія выдвинуты мною не для того, чтобы убѣдить въ необходимости возможно скорой постройки психіатрической клиники Медицинскій факультетъ, который еще въ 1900 г., основываясь на представленіи проф. Попова, высказался единогласно за эту постройку въ первую очередь; я выдвинулъ ихъ въ надеждѣ, что они принесутъ пользу при дальнѣйшемъ движеніи возбуждаемаго мною дѣла; я надѣюсь, что присоединивъ мои дополнительные соображенія къ доводамъ проф. Н. М. Попова, Совѣтъ Университета, если факультетъ признаетъ правильнымъ передать мое заявленіе дальше, найдетъ возможнымъ выдѣлить дѣло о постройкѣ психіатрической клиники и возбудить соответствующее ходатайство.

Принимая во вниманіе особенность душевныхъ болѢзней, продолжающихся въ лучшемъ случаѣ 5—6 мѣсяцевъ и значительно долѣе, я полагаю бы необходимымъ рассчитывать

клинику на содержаніе и помѣщеніе 50 больныхъ; это количество больныхъ при развитіи амбулаторіи можетъ удовлетворить потребности преподаванія при настоящемъ комплектѣ учащихся, значительно превышающемъ ихъ комплектъ 10 лѣтъ тому назадъ. Половина состава больныхъ могла бы быть платной, какъ и въ другихъ клиникахъ Университета, и occupied бы свое содержаніе. Планъ постройки 1900 г. необходимо переработать или даже составить заново, соотвѣтственно современнымъ требованіямъ науки.“

„Медицинскій факультетъ, вполне соглашаясь съ приведенными профессоромъ В. П. Осиповымъ доводами и соображеніями о вполне назрѣвшей потребности въ постройкѣ психіатрической клиники, единогласно постановилъ покорнѣйше просить Ваше Превосходительство возбудить ходатайство о безотлагательной постройкѣ названнаго учрежденія.“

По заслушаніи сего проф. В. П. Осиповъ просилъ Совѣтъ Университета, при обсужденіи предложеннаго вопроса, обратить особое вниманіе на состоявшееся постановленіе Казанскаго Губернскаго Земства, которое рѣшило построить свою собственную лѣчебницу-колонию для острыхъ душевнобольныхъ на 400 кроватей. Эта лѣчебница будетъ отстоять отъ города, повидимому, на значительномъ разстояніи (верстъ 15—20). Туда будутъ переведены больные, и нынѣшняя лѣчебница лишится громаднаго матеріала острыхъ больныхъ, матеріала, преимущественно необходимаго для преподаванія. Хроники—это уже второстепенный и не столь важный матеріалъ, а они-то почти только и останутся въ теперешней лѣчебницѣ и затѣмъ уголовные и статейные больные, но эти послѣдніе, благодаря тому режиму, при какомъ они должны содержаться, не представляютъ для занятій со студентами благоприятнаго и удобнаго матеріала.

Представленіе медицинскаго факультета вызвало въ Совѣтѣ горячія пренія: представители различныхъ факультетовъ и различныхъ кафедръ естественнымъ образомъ вспомнили и о тяжеломъ положеніи завѣдуемыхъ ими учреждений; возраженія, приведенныя противъ немедленнаго осуществленія постройки психіатрической клиники, сводились не въ возраженіямъ принципиальнаго свойства, а въ указаніямъ на необхо-

димостъ и другихъ построекъ. Однако Совѣтъ убѣдился доводами проф. *В. Н. Тонкова*, *Л. О. Даркшевича*, *А. М. Миронова* и *Н. А. Миславскаго*, убѣдительно доказывавшихъ наступающую остроту положенія въ клиническомъ преподаваніи психіатріи, благодаря измѣняющемуся составу больныхъ въ Окружной лѣчебницѣ, и признавъ вопросъ выясненнымъ, постановилъ: передать представленіе Медицинскаго факультета въ Правленіе Университета для изготовленія, при содѣйствіи проф. *В. П. Осипова*, смѣты и плана для постройки психіатрической клиники, каковыя по изготовленіи и просить Правленіе Университета представить въ Совѣтъ для возбужденія соотвѣтствующаго ходатайства <sup>1)</sup>.

Для выработки эскизнаго проекта клиники университетскому архитектору *И. И. Брюно* было предложено составленное представителемъ каедры опредѣленное заданіе, программа, которую я здѣсь приводить не буду, такъ какъ планъ былъ составленъ примѣнительно къ этому заданію, и онъ будетъ яснымъ изъ описанія самой клиники.

Эскизный проектъ былъ представленъ въ Правленіе Университета къ 11 мая и рассмотрѣнъ и одобренъ въ томъ же засѣданіи Правленія, постановившаго внести его для рассмотрѣнія въ ближайшее засѣданіе Совѣта; при обсужденіи проекта постройки въ Правленіи выяснилось еще одно весьма существенное условіе, побуждавшее ускорить постройку клиники и заключавшееся въ томъ, что со стороны Городскаго Управленія начали слышаться претензіи на Университетъ, не использовавшій въ теченіе періода времени болѣе 10 лѣтъ отведенную ему Городомъ землю.

---

<sup>1)</sup> Ученныя записки Императорскаго Казанскаго Университета. Годъ LXXVIII. Кн. 2. Февраль. Казань. 1911. Стр. 24—34. (Проток. засѣд. Сов. 29 марта 1910 года.)

Въ засѣданіи Совѣта 17 мая 1911 г. было заслушано представленіе Правленія Университета отъ 13 мая слѣдующаго содержанія: „Правленіе, рассмотрѣвъ въ засѣданіи своемъ 11 мая, при участіи профессора *В. П. Осипова*, составленные и. об. архитектора Университета г. *Брюно* планы на постройку психіатрической клиники, признало ихъ отвѣчающими своему назначенію.

Объ этомъ Правленіе имѣетъ честь увѣдомить Совѣтъ, съ присоединеніемъ, что означенные планы имѣютъ быть доставлены въ Совѣтъ 17 сего мая, по составленіи г. *Брюно* объяснительной записки <sup>1)</sup>.

Къ сему Правленіе считаетъ долгомъ сообщить, что при сужденіи о постройкѣ названной клиники члены Правленія пришли къ заключенію, что постройка психіатрической клиники, помимо тѣхъ основаній, какія изложены въ представленіи Медицинскаго факультета отъ 12 февраля с. г. за № 80, должна быть осуществлена безотлагательно и поставлена въ первую очередь и еще потому, что необходимо использовать отведенное Городомъ подъ постройку елиниевъ мѣсто во избѣжаніе возможныхъ претензій со стороны Городского Управленія.“—*Единогласно опредѣлили*: „Вполнѣ раздѣляя мнѣніе Медицинскаго факультета и Правленія Университета о необходимости и неотложности постройки психіатрической клиники, просить ходатайства г. Попечителя Округа о безотлагательной постройкѣ названной клиники съ ассигнованіемъ на то необходимой суммы въ размѣрѣ 178695 рублей. Къ представленію приложить составленный г. *Брюно* эскизъ психіатрической клиники и пояснительную къ нему записку“ <sup>2)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Планы и записка были доставлены. В. О.

<sup>2)</sup> Ученныя Записки Императорскаго Казанскаго Университета. Годъ ЛХХVIII. Кн. 3. Мартъ. Казань. 1911. Стр. 239—240. (Протоколы Засѣданій Совѣта).

Съ этого времени началось уже въуниверситетское движеніе проекта, сначала въ Учебный Округъ, а оттуда въ Министерство Народнаго Просвѣщенія. Проектъ постройки психіатрической клиники, необходимой не только для преподаванія психіатріи студентамъ Университета и для занятій врачей, но и для населенія широкаго района, былъ встрѣченъ сочувственно бывшимъ въ то время Попечителемъ *А. Н. Деревицкимъ* и тотчасъ пересланъ въ Министерство, гдѣ къ проекту тоже отнеслись сочувственно; сочувствіе это выразилось прежде всего въ томъ, что архитекторъ Министерства проф. *Л. П. Шишко*, принявъ близко интересы Университета, улучшилъ проектъ, предложивъ нѣсколько иную группировку помѣщеній, и любезно взялся составить планъ и смѣту постройки и дѣйствительно выполнилъ это въ ближайшій срокъ; при этомъ необходимый кредитъ на постройку былъ увеличенъ приблизительно до 230,000 руб. Если бы *Л. П. Шишко* не взялся составить планы и смѣту, то при условіи составленія послѣднихъ болѣе ограниченными средствами Университета, при условіи пересылки плановъ изъ Петербурга въ Казань и обратно, при условіи невозможности пользоваться составителю указаніями специалиста одновременно тамъ и здѣсь, планы и смѣта несомнѣнно не успѣли бы ко внесенію въ Законодательныя Учрежденія въ смѣту 1911 года. Бывшій Министръ Народнаго Просвѣщенія *А. Н. Шварцъ* внесъ необходимый кредитъ въ смѣту 1911 года, и онъ былъ разрѣшенъ Законодательными Учрежденіями, такъ что Университетъ получилъ возможность зимой 1911—12 года запасти необходимые матеріалы, а съ весны 1912 года начать и самую постройку клиники.

Не могу умолчать, что весьма близкое участіе въ осуществленіи проекта постройки клиники на 50 кроватей, при прохожденіи проекта въ Государственной Думѣ принялъ казанскій депутатъ членъ Государственной Думы д-ръ *И. В. Годневъ*, а въ Государственномъ Совѣтѣ оказалъ содѣйствіе

Членъ Государственнаго Совѣта проф. Казанскаго Университета *А. В. Васильевъ*.

Для осуществленія постройки была утверждена строительная коммиссія, въ составъ которой вошло Правленіе Университета во главѣ съ Ректоромъ, профессоръ по кафедрѣ душевныхъ болѣзней *В. П. Осиповъ*, ассистентъ при кафедрѣ *Н. А. Донсковъ*, архитекторъ-строитель *И. И. Брюно*, архитекторъ Учебнаго Округа *С. В. Бечко-Друзинъ* и представитель отъ Государственнаго Контроля. Въ своей дѣятельности коммиссія руководилась особой Высочайше утвержденной инструкціей, предоставлявшей коммиссіи весьма широкія права. Вся постройка велась т.-наз. подрядно—хозяйственнымъ способомъ.

Осенью же 1911 года черезъ Попечителя Учебнаго Округа поступилъ отъ Министерства запросъ относительно необходимаго числа кроватей въ психіатрической клиникѣ, а также размѣра ежегодныхъ расходовъ на ея содержаніе.

Правленіе Университета, обсудивъ, вслѣдствіе предложенія Попечителя Округа, вопросъ относительно числа коекъ въ проектируемой къ возведенію при Казанскомъ Университетѣ психіатрической клиникѣ, а также о размѣрѣ ежегодныхъ расходовъ на ея содержаніе, и разсмотрѣвъ вмѣстѣ съ симъ представленныя профессоромъ психіатріи Осиповымъ относящіяся къ сему вопросу данныя, высказало слѣдующія соображенія:

„I. О необходимости имѣть въ клиникѣ 50 больныхъ:  
1) Въ 1899 году, когда утверждались штаты клиникъ Казанскаго Университета, число студентовъ медицинскаго факультета равнялось 443, въ настоящее же время ихъ болѣе 900: въ частности, на V курсѣ ихъ было около 50 человѣкъ, въ настоящее же время свыше 150. 2) Глазная, акушерско-гинекологическая и хирургическая клиники, имѣющія отъ 30—35 кроватей, находятся въ весьма стѣсненномъ положеніи, вслѣдствіе недостаточнаго количества клиническаго матеріала

для преподаванія, а матеріаль этихъ клиникъ отличается наибольшей подвижностью; недостаточность означеннаго количества кроватей и послужила причиною ходатайства объ увеличеніи штатовъ семи уже существующихъ клиникъ на 35 кроватей, т. е., на 5 кроватей для каждой, отъ 35—40<sup>1)</sup> (см. протоколъ засѣд. медицин. факультета, отъ 19 ноября 1908 г., ст. 3, п. 3 и отъ 28 ноября 1908 г., VII). 3) Клинический матеріаль психіатрическихъ клиникъ отличается наибольшей неподвижностью, такъ какъ въ лучшемъ случаѣ больные остаются въ клиникахъ 5—6 мѣсяцевъ, а обычно гораздо дольше. 4) Обмѣнъ больныхъ съ Казанской Окружной лѣчебницей не можетъ быть достаточно живымъ по слѣдующимъ причинамъ: больные попадаютъ въ Окружную лѣчебницу чрезъ губернское земство, которое направляетъ туда лишь земскихъ плательщиковъ Казанской губерніи, слѣдовательно, только находящіеся въ клиникѣ земскіе плательщики могутъ служить со стороны клиники матеріаломъ для обмѣна, если не считать пансіонеровъ (платныхъ больныхъ), которыхъ возьмутъ всегда охотно, но это убыточно для клиники; такъ какъ обмѣнъ больныхъ долженъ регулироваться со стороны клиники интересами преподаванія и науки, то, разъ клиника будетъ брать изъ лѣчебницы иногубернскихъ больныхъ,—и возможный небольшой обмѣнъ быстро сократится. Съ постройкой земствомъ своей лѣчебницы (вдалекѣ отъ города, въ 12—15 верст.) Окружная лѣчебница превратится въ лѣчебницу для хрониковъ всего округа (7 губерній), матеріаль, имѣющій мало значенія для преподаванія, для испытуемыхъ арестантовъ и статейныхъ (95 ст.) больныхъ. Въ настоящее время при Окружной лѣчебницѣ уже закончено зданіе для 100 арестантовъ, вмѣстѣ съ тѣмъ число хрониковъ увеличилось, такъ какъ земство само призываетъ 150 больныхъ). Указанныя

---

<sup>1)</sup> Въ настоящее время акушерско-гинекологическая клиника возбудила ходатайство объ увеличеніи числа кроватей до 45. В. О.

обстоятельства, конечно, ставятъ возможность обмена больныхъ въ болѣе неблагопріятныя условія. 5) Въ Петербургѣ клиника содержитъ 100 душевно-больныхъ, при этомъ опытъ Петербургской клиники Императорской Военно-Медицинской Академіи, въ которой на V курсѣ студентовъ меньше, чѣмъ въ Казанскомъ Университетѣ, показываетъ, что число въ 100 больныхъ все еще не вполне обеспечиваетъ преподаваніе. 6) Такие города, какъ напр., Кіевъ, Одесса, имѣющіе городскія психіатрическія больницы для острыхъ больныхъ, могутъ дать жителямъ матеріалъ для обмена съ клиниками: полумилліонное населеніе этихъ городовъ даетъ возможность выбора клиническаго матеріала, а желѣзнодорожное положеніе ихъ обуславливаетъ притокъ больныхъ въ эти университетскіе центры въ теченіе круглаго года. Иное дѣло Казань: населенія 180 тысячъ, половина татарскаго (интересъ для преподаванія вслѣдствіе незнакомаго языка падаетъ), притокъ больныхъ зимой почти отсутствуетъ, усиливаясь съ навигаціей, т. е. весной, когда преподаваніе кончается; необходимо, слѣдовательно, до окончанія навигаціи съ осени набирать клинической матеріалъ, который обеспечилъ бы преподаваніе въ теченіе учебнаго года. Желѣзнодорожное положеніе Казани (окончаніе дороги тупикомъ) приводитъ къ тому, что зимой больные Камскаго раіона (изъ Вятки, Перми и др.) ѣдутъ въ Москву и Петербургъ.

Вотъ соображенія, заставляющія поддерживать необходимость штата для психіатрической клиники въ 50 кроватей“.

Тогда же былъ разработанъ ежегодный бюджетъ психіатрической клиники и ея штатъ, о чемъ будетъ сказано ниже.

Зима 1911—12 года прошла въ приготовленіяхъ къ постройкѣ—запасались строительные матеріалы, заключались условія съ различными подрядчиками.

Весной 1912 года было приступлено къ самой постройкѣ. 20 мая 1912 года была совершена закладка зданія пси-

психіатрической клиники, въ 2 часа дня; молебствіе и освѣщеніе строящагося зданія было совершено пресв. Анастасіемъ, ректоромъ Духовной Академіи, бывшимъ проф. Казанскаго Университета.

Осенью новое зданіе было покрыто крышей.

Постройкой зданія, которая подвигалась впередъ естественнымъ путемъ, конечно, не могло ограничиться устройство клиники—зданіе необходимо оборудовать, и суммы на оборудованіе должны быть въ распоряженіи строителей заблаговременно, до окончанія постройки, такъ какъ такія стороны оборудованія зданія, какъ проведеніе электрическаго освѣщенія, части водопроводныхъ трубъ и нѣк. другія, находятся въ тѣснѣйшей связи со строительными работами. Соответствующій кредитъ былъ исчисленъ въ размѣрѣ 55000 рублей и разрѣшенъ въ этой же суммѣ Законодательными Учрежденіями, при чемъ отпущенъ Университету въ два срока—25000 въ 1913 году и 30000 въ 1914 году.

Къ осени 1913 года зданіе было почти закончено, зимою, весною и лѣтомъ производилась его внутренняя отдѣлка и выполнялось оборудованіе клиники съ такимъ расчетомъ, чтобы она могла начать функционировать съ осени 1914 года.

Штаты и бюджетъ психіатрической клиники были приняты Правленіемъ Университета и представлены въ Министерство въ слѣдующемъ видѣ.

II. Ежегодные расходы по содержанію клиники складываются изъ расходовъ: а) на содержаніе личнаго состава, б) на учебную часть, в) содержаніе больныхъ, г) хозяйственные нужды.

а) Врачебно-преподавательскій персоналъ клиники долженъ состоять: изъ директора—профессора, клиническаго ассистента, лаборанта, трехъ штатныхъ ординаторовъ (не считая сверхштатныхъ ординаторовъ<sup>1)</sup>), см. выписки изъ про-

<sup>1)</sup> Въ случаѣ отсутствія сверхштатныхъ ординаторовъ, число штатныхъ должно быть увеличено до 4.

токоловъ засѣданій медицинскаго факультета, отъ 19 и 28 ноября 1908 г.) Содержаніе этимъ лицамъ должно соотвѣтствовать штатамъ другихъ клиникъ.

#### Фельдшерско-надзирательскій персоналъ:

Принимая во вниманіе опытъ различныхъ психіатрическихъ больничныхъ учрежденій, можно высказаться за желательность введенія въ клиникѣ женскаго фельдшерско-надзирательскаго персонала, какъ на женской, такъ и на мужской половинѣ; равнымъ образомъ, служители—мужчины могутъ быть лишь въ спокойномъ и остромъ мужскомъ отдѣленіи, во всѣхъ же остальныхъ отдѣленіяхъ могутъ быть сидѣлки (какъ это уже дѣлается, напр., въ больницѣ Александра III въ С. Петербургѣ). Принимая во вниманіе дѣленіе клиники на двѣ половины (мужскую и женскую), необходимость постояннаго самаго тщательнаго дежурства и надзора за душевнобольными, слѣдуетъ взять, какъ *minimum*, 4 фельдшерицы и 4 надзирательницы, съ содержаніемъ:

4 фельдшерицамъ по 600 р. . . . .	2400 р.
4 надзирательницамъ по 480 р. . . . .	1920 р.
<hr/>	
И т о г о . . . . .	4320 р.

*Примѣчаніе:* содержаніе фельдшерицамъ и надзирательницамъ повышено, въ виду трудности службы въ психіатрической клиникѣ.

При уменьшеніи числа больныхъ, число фельдшерицъ и надзирательницъ не можетъ быть уменьшено.

#### Служительскій персоналъ:

25 служителей и сидѣлокъ по 240 р. . . . .	6000 р.
1 швейцарь 150 р. . . . .	150 р.
1 разсылный 150 р. . . . .	150 р.
1 поварь 240 р. . . . .	240 р.
1 помощникъ повара 180 р. . . . .	180 р.

1 посудникъ 120 р. . . . .	120 р.
1 кочегаръ 150 р. . . . .	150 р.
1 экономка 360 р. . . . .	360 р.
2 лабораторныхъ служителя по 150 р. . . . .	300 р.
<u>Итого . . .</u>	
	6150 р.

*Кромѣ того:*

1. Письмоводитель. . . . .	480 р.
1. Помощникъ смотрителя. . . . .	750 р.

*Примѣчаніе:* желательно предоставить право администраціи клиники назначать жалованье служителямъ и сидѣлкамъ, начиная съ меньшей суммы и постепенно повышая ее.

б) Учебная часть:

Содержаніе лабораторій, выписка книгъ и журналовъ 1000 руб. въ годъ. . . . . 1000 р.

в) Содержаніе больныхъ:

25 больныхъ пансіонеровъ въ теченіе 12-ти мѣсяцевъ по 1 рублю въ день . . . . .	9125 р.
25 больныхъ II класса, считая по 50 коп. въ день въ теченіе 9 мѣсяцевъ. . . . .	3375 р.
Расходъ на бѣлье 700 руб. въ годъ. . . . .	700 р.
Стирка бѣлья 600 р. . . . .	600 р.
Аптека 1500 р. . . . .	1500 р.
<u>Итого . . .</u>	
	15290 р.

Продовольствіе 34 человекъ низшаго служительскаго персонала, считая по 6 руб. въ мѣсяць, въ теченіе 12 мѣсяцевъ. . . . . 2448 р.

*Примѣчаніе:* въ виду трудности службы въ психіатрическихъ лѣчебницахъ, плата служительскому персону

налу повышена по сравненію съ штатами другихъ клиникъ: казенное продовольствіе вводится отчасти на томъ же основаніи, отчасти съ цѣлью обезпечить душевнобольныхъ отъ злоупотребленій со стороны прислуги.

г) Хозяйственная часть:

Освѣщеніе, отопленіе, вода 5-ти новыхъ клиникъ обходится въ 18457 руб. 65 коп., т. е. 3691 р. 53 к. въ среднемъ на каждую. Принимая во вниманіе, что психіатрическая клиника содержитъ больныхъ въ  $1\frac{1}{2}$  раза больше, слѣдуетъ считать эту сумму въ размѣрѣ 5537 руб. 20 коп.. Клиники ходатайствуютъ объ увеличеніи суммы на отопленіе и освѣщеніе до 28200 руб., слѣдовательно, и на психіатрическую клинику надо считать пропорціонально больше, т. е. до 7000 руб. (см. протоколъ 19 и 28 ноября) . . . . . 7000 р.  
 Расходъ на ремонтъ . . . . . 4000 р.  
 — на вывозку нечистотъ . . . . . 5000 р.

*Примѣчаніе:* Съ постройкой очистительной станціи или канализаціи послѣдній расходъ отпадаетъ.

Общій расходъ выражается въ суммѣ:

*Личный составъ:*

1) по учебной части . . . . . 6300 р.  
 2) по хозяйственной части . . . . . 12050 р.  
 Хозяйственная часть . . . . . 16000 р.

Итого . . . 53098 р. \*)

\*) Въ Законодательныя Учрежденія былъ внесенъ кредитъ въ размѣрѣ 51038 руб. съ незначительными сокращеніями по рубрикамъ содержанія больныхъ, такъ какъ 10 платныхъ больныхъ должны содержаться на ихъ собственный счетъ. В. О.

### III. Приходъ:

Клиникѣ предоставляется право имѣть въ числѣ больныхъ до 25 пансіонеровъ съ платою высшей, чѣмъ въ другихъ клиникахъ, соотвѣтствующею платѣ въ психіатрическихъ больницахъ, т. е., отъ 75—150 руб. въ мѣсяцъ. Въ случаѣ необходимости особой прислуги и особаго ухода за больными означенная плата можетъ быть повышена на сумму, не превышающую 30 руб. въ мѣсяцъ.

Часть остальныхъ больныхъ можетъ состоять изъ земскихъ плательщиковъ, съ платою около 180 руб. за 12 мѣсяцевъ.

Пансіонеры могутъ оставаться въ клиникѣ и на лѣто. Это особенно необходимо, принимая во вниманіе навигаціонный наплывъ больныхъ въ Казань и прекращеніе притока больныхъ съ закрытіемъ навигаціи.

*Примѣчаніе:* расходы на лѣтнее пребываніе больныхъ могли бы быть отнесены на спеціальныя средства клиники.

Относительно земскихъ больныхъ слѣдуетъ замѣтить, что ихъ можетъ быть больше, но взято 12 человекъ при расчетѣ потому, что соблюдая интересы преподаванія, клиника будетъ принимать и не земскихъ больныхъ.

Спеціальныя средства клиники расходуются на основаніи § 10 Правилъ о взиманіи платы и освобожденіи отъ нея больныхъ, лѣчащихся стаціонарно въ факультетскихъ клиникахъ Императорскаго Казанскаго Университета и лѣчащихся амбулаторно свѣтомъ въ дерматологической клиникѣ:— „Согласно пункта 11 Высочайше утвержденнаго 16 января 1906 г. мѣнія Государственнаго Совѣта, суммы, собранныя съ больныхъ за лѣченіе, причисляются къ спеціальнымъ средствамъ Университета для обращенія на расходы по улучшенію матеріальнаго положенія клиникъ и по расширенію ихъ учебно-вспомогательныхъ установленій. Полученныя съ больныхъ деньги расходуются на потребность тѣхъ клиникъ, съ которыхъ суммы эти поступили.“

## III.

Клиника предназначается для помѣщенія 50 человекъ больныхъ, 30 мужчинъ и 20 женщинъ, но помѣщеніе рассчитано такимъ образомъ, чтобы можно было при дальнѣйшемъ расширеніи бюджета, въ случаѣ необходимости, помѣстить въ ней до 75—80 больныхъ.

Самое зданіе клиники двухъэтажное съ полуподвальнымъ этажомъ, котораго сначала имѣлось въ виду избѣгнуть совершенно, но осуществить который всетаки пришлось по слѣдующимъ соображеніямъ.

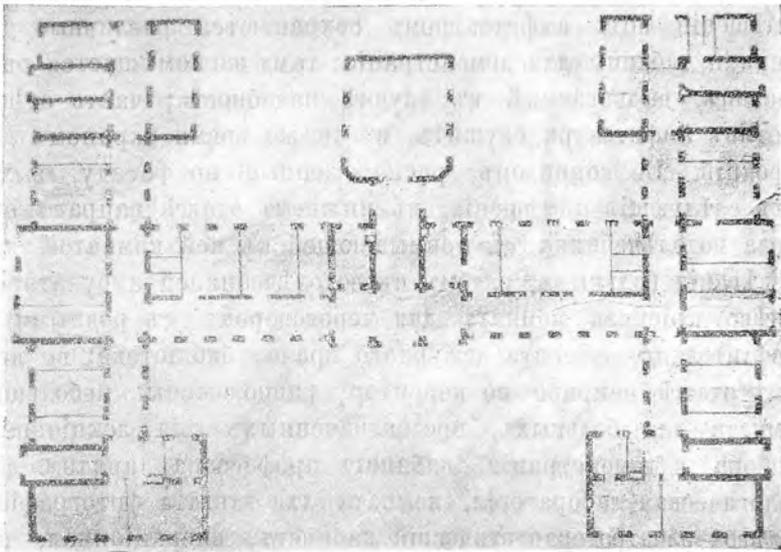
Главнымъ фасадомъ зданіе, занимающее по улицѣ 34 сажени, обращено на юго-юго-западъ; такимъ образомъ клиника не имѣетъ чисто сѣверной стороны, а сѣверо-сѣверо-восточную; такое отношеніе зданія къ странамъ свѣта ставитъ его въ исключительно благопріятныя условія въ смыслѣ освѣщенія. Въ глубину зданія клиника распространяется на 25 саж.

Передъ фасадомъ зданія легкая кирпично-желѣзная ограда, за которой полуциркульный подъездъ къ главному входу; по обѣимъ сторонамъ зданія вдоль улицы тянутся каменные четырехаршинной вышины стѣны, ограничивающія площади, примыкающія къ зданію и предназначенныя для разбивки садовъ; каменная стѣна отдѣляетъ клинику съ восточной стороны отъ сосѣдней площади, предназначенной для постройки патолого-анатомическаго института и другихъ медицинскихъ учрежденій, каменная же стѣна отдѣляетъ клинику съ сѣвера отъ мѣста инженерной дистанціи и парка военнаго госпиталя; съ запада и отчасти съ сѣвера клиническое мѣсто ограничивается деревяннымъ заборомъ, такъ какъ крутой склонъ оврага и свойство грунта не позволило возвести здѣсь каменную стѣну.

Конечно, идеальная лѣчебница для душевно-больныхъ должна строиться по павильонной системѣ, при которой больные различныхъ категорій помѣщаются въ особыхъ зданіяхъ,

спеціально для нихъ приспособленныхъ. Когда же дѣло идетъ о постройкѣ клиники на 50 больныхъ, то по вполне понятнымъ соображеніямъ удобства преподаванія и отчасти экономическимъ возможны и законны нѣкоторыя отступленія отъ строгаго проведенія павильонной системы.

Клиника состоитъ, какъ видно изъ приложеннаго эскизнаго плана, изъ двухъ флигелей, мужского и женскаго, совершенно симметрично расположенныхъ; флигели совершенно одинаковой величины, но меньшее количество больныхъ женщинъ позволило устроить въ этомъ флигелѣ небольшую квартиру для ассистента клиники и устроить въ этомъ же фли-



Планъ внутренняго расположенія клиники.

гелѣ психофизиологическую лабораторію. Оба флигеля соединены между собою поперечной частью, подобно перекладинѣ буквы *и*; эта поперечная часть представляетъ собою центральную часть зданія клиники; здѣсь находится вестибюль, вправо и влево отъ котораго въ обѣ стороны по фасаду зданія въ обоихъ этажахъ его тянется широкій, свѣтлый ре-

креационный корридоръ. Прямо изъ вестибюля лѣстница въ аудиторію и во второй этажъ клиники.

Аудиторія, рассчитанная на 200 слушателей, представляетъ какъ бы отростокъ центральной части зданія, вытянувшійся на сѣверъ; 6 большихъ оконъ аудиторіи выходятъ на востокъ и на западъ; она раздѣляетъ клиническій дворикъ на двѣ части, отдѣляя половину его, примыкающую къ женскому отдѣленію, отъ примыкающей къ мужскому. Въ аудиторіи амфитеатръ, проекціонный аппаратъ въ видѣ эпидіоскопа, приспособленіе для затемнѣнія оконъ. Въ аудиторіи два входа, одинъ внизу, другой на верхнюю площадку амфитеатра. Электрическое освѣщеніе аудиторіи въ потолкѣ. Въ помѣщеніи подь амфитеатромъ сохраняются различные рисунки и таблицы для демонстраціи; тамъ же помѣщается эпидіоскопъ, выдвигаемый въ случаѣ надобности; часть стѣны противъ амфитеатра служитъ въ то же время экраномъ для проекцій. Въ корридоръ, расположенный по фасаду, выходятъ слѣдующія помѣщенія: въ нижнемъ этажѣ направо отъ входа водолѣбница съ примыкающей къ ней комнатой для раздѣванія больныхъ; рядомъ съ водолѣбницей амбулаторія; налѣво пріемная комната для переговоровъ съ родными и посѣтителями, комната дежурнаго врача, бібліотека; во второмъ этажѣ направо по корридору расположены: небольшая комната для больныхъ, предназначенныхъ для лекціоннаго разбора и демонстраціи, кабинетъ профессора, анатомо-физиологическая лабораторія, комната для занятія фотографіей; налѣво—электротерапевтическій кабинетъ, операціонная, помѣщеніе живущаго въ клиникѣ ординатора и нѣк. др.

Одинъ конецъ главнаго, фасаднаго корридора ведетъ въ женское отдѣленіе (направо), а другой—въ мужское (налѣво); въ каждомъ флигелѣ находятся отдѣленія для спокойныхъ, слабыхъ и возбужденныхъ больныхъ; отдѣленія для спокойныхъ больныхъ выходятъ въ сторону улицы, а отдѣленія для возбужденныхъ расположены въ болѣе удаленныхъ ча-

стяхъ зданія, выходящихъ къ госпитальному парку; палаты отдѣленій выходятъ въ свѣтлый корридоръ, расположенный поперечно главному корридору и служащій для сообщенія между отдѣленіями. Больные имѣютъ, конечно, особыя дневныя и ночныя помѣщенія, общія и отдѣльныя комнаты. Прямо противъ входа изъ главнаго корридора въ отдѣленіе въ нижнемъ этажѣ находится обширная, свѣтлая палата для постельнаго содержанія больныхъ. Для того, чтобы попасть въ отдѣленіе, всѣ больные должны пройти изъ главнаго корридора черезъ „фильтръ“, состоящій изъ небольшой пріемной комнаты и изъ ваннаго помѣщенія; только принявъ ванну, больные попадаютъ въ отдѣленія. Объ удобствахъ и цѣлесообразности такой организаціи распространяться излишне.

Непосредственно изъ ванной комнаты идетъ дверь въ отдѣленіе, т. е. въ широкій корридоръ отдѣленія и въ обширную, свѣтлую палату постельнаго режима. На случай сильнаго и шумнаго возбужденія больныхъ имѣется нѣсколько отдѣльныхъ комнатъ, отнюдь не носящихъ характера т. наз. изоляторовъ въ прежнемъ смыслѣ слова; эти комнаты имѣютъ окна такой же величины, какъ и въ другихъ помѣщеніяхъ, но только переплетъ оконныхъ рамъ нѣсколько чаще, стекла въ рамахъ толстыя и т. наз. „сырыя“, т. е. матовыя; эти стекла, почти не поглощая свѣта, нѣсколько уменьшаютъ его яркость, нерѣдко раздражающую возбужденныхъ больныхъ; кромѣ того, эти стекла не позволяютъ видѣть больного извнѣ, отдѣляя въ то же время его самого отъ внѣшнихъ зрительныхъ раздраженій. Описываемыя комнаты не служатъ цѣлямъ *изоляции* больныхъ, а предназначены для *отдѣленія* возбужденныхъ больныхъ, въ случаѣ надлежащихъ показаній, на небольшой періодъ времени, для проведенія постельнаго режима въ отдѣльной комнатѣ, при чемъ больной никогда не остается безъ надзора; эти помѣщенія, утратившія характеръ и значеніе прежнихъ изоляторовъ, лучше обозначать терминомъ *сепараторовъ*, лучше соотвѣтствующимъ ихъ значенію и стусшевывающимъ старое повятіе изолятора.

Верхній этажъ предназначенъ для сподойныхъ больныхъ пансіонеровъ и для бесплатныхъ интеллигентныхъ больныхъ, которыхъ по вполнѣ естественнымъ основаніямъ лучше отдѣлять отъ маловультурнаго элемента лѣчебницы.

Въ задней половинѣ второго этажа мужского флигеля находятся помѣщенія для служителей; помѣщенія для сидѣлокъ расположены въ первомъ этажѣ подъ аудиторіей.

Главныя особенности постройки клиники заключаются въ обилии свѣта, въ устройствѣ половъ и въ системѣ отопления и вентиляціи.

Хорошее освѣщеніе клиническихъ помѣщеній прежде всего обуславливается уже упомянутымъ выгоднымъ положеніемъ зданія по отношенію къ странамъ свѣта, благодаря которому самая неблагоприятная для помѣщенія сторона, сѣверо-сѣверо-восточная, является всетаки стороною, освѣщаемой по утрамъ солнечнымъ свѣтомъ. Второе условіе хорошаго освѣщенія обуславливается обиліемъ и размѣрами оконъ, имѣющихъ нѣсколько больше двухъ аршинъ ширины и около четырехъ аршинъ высоты. Окна въ помѣщеніяхъ постельнаго содержанія, въ корридорахъ отдѣленій для возбужденныхъ больныхъ, въ гостинныхъ и столовыхъ—двойной ширины. При вышинѣ клиническихъ помѣщеній отъ 6—7 аршинъ и при весьма благоприятномъ отношеніи площади оконъ къ площади пола въ ясные дни клиника залита свѣтомъ и почти не имѣетъ темныхъ угловъ. Третье условіе, способствующее хорошему освѣщенію клиники, заключается въ томъ, что всѣ оконные переплеты металлическіе; устройствомъ металлическихъ переплетовъ имѣлось въ виду достигнуть возможно большаго освѣщенія помѣщеній, такъ какъ переплеты эти весьма тонки и отнимаютъ очень мало свѣта; только въ отдѣленіяхъ для сильно возбужденныхъ больныхъ переплеты довольно часты, хотя при толстыхъ стеклахъ это не такъ существенно, удешевляетъ, впрочемъ, вставку стекла въ случаѣ, если больной разобьетъ его; во всѣхъ же остальныхъ

помѣщеніяхъ оконные переплеты имѣютъ красивый рисунокъ, при чемъ ширина отдѣльныхъ стеколъ не менѣе шести вершковъ. По нашему мнѣнію, широкіе оконные переплеты при хорошемъ надзорѣ, особенно въ клиническихъ учрежденіяхъ, вполне допустимы, и мы нисколько не задумались сдѣлать этотъ небольшой шагъ впередъ въ направленіи системы *po-restraint* въ новомъ университетскомъ клиническомъ учрежденіи. Конечно, при этомъ условіи уже совершенно не приходится говорить не только о тюремномъ видѣ оконъ, но и о замѣнѣ рѣшетокъ наружныхъ оконными переплетами, такъ какъ этого нѣтъ.

Вышина подоконниковъ надъ поломъ 22 вершка. Форточки сдѣланы въ верхнихъ частяхъ оконныхъ рамъ, при чемъ внутренняя форточка не приходится противъ наружной; форточки открываются посредствомъ ключей вагоннаго типа; при хорошемъ устройствѣ клинической вентиляціи пользоваться форточками почти не приходится.

Полы въ клиникѣ четырехъ видовъ: въ корридорахъ и помѣщеніяхъ перваго и втораго этажей, въ отдѣленіяхъ преобладаютъ полы изъ дубоваго паркета, наложеннаго на асфальтъ; такіе полы весьма прочны, ихъ можно мыть, они весьма плохо проводятъ звукъ, при ходьбѣ по такимъ поламъ получается впечатлѣніе, точно звукъ отъ ходьбы заглушается ослабляющей его педалью. Во всѣхъ помѣщеніяхъ, гдѣ на полу можетъ быть вода и другія жидкости, куда приносится съ улицы грязь и мокрый снѣгъ, а слѣдовательно, гдѣ полы необходимо часто мыть, они сдѣланы изъ высшаго сорта плитокъ; такіе полы въ водолѣчебницѣ, въ которой и стѣны выложены плитками на 3 аршина отъ пола, въ ваннахъ, въ ванныхъ комнатахъ, въ флоретахъ, въ анатомо-физиологической лабораторіи, въ вестибюлѣ. Въ помѣщеніяхъ для служительскаго персонала полы деревянные крашеные. Въ полуподвальномъ этажѣ полы бетонные.

Стѣны всюду имѣютъ панель изъ голубоватой масляной краски на 3 аршина отъ пола, верхнія половины стѣнъ и потолки бѣлые, карнизовъ въ отдѣленіяхъ нѣтъ, соединенія потологовъ со стѣнами закругленныя. Помѣщенія операціонной, водолѣчебницы и нѣк. др., о которыхъ будетъ сказано ниже, выкрашены сплошь масляной краской. Небольшіе карнизы ради эстетическихъ цѣлей допущены внѣ отдѣлений—въ вестибюлѣ, въ аудиторіи, въ рекреационныхъ корридорахъ, по парадной лѣстницѣ, въ квартирѣ ассистента.

Въ Казанской клиникѣ душевныхъ болѣзней примѣнено впервые въ заведеніи для душевно-больныхъ т. наз. паро-бетонное отопленіе по системѣ инженера *Яхимовича*<sup>1)</sup>. Основная особенность этой системы отопленія заключается въ томъ, что при ней калориферы, находящіеся въ неглубокихъ стѣнныхъ нишахъ, замазываются бетономъ и кирпичомъ въ уровень съ поверхностью стѣнъ; калориферы сообщаютъ свое тепло бетону, который сохраняетъ его довольно долго, лишь постепенно излучая его въ окружающую среду; этимъ достигается равномерное нагрѣваніе комнатъ, между тѣмъ какъ при открытыхъ калориферахъ температура обычно падаетъ вмѣстѣ съ быстрымъ остываніемъ ихъ послѣ прекращенія топки; интересъ же этой системы для психіатрической лѣчебницы, какъ таковой, заключается въ томъ, что всѣ части отопленія совершенно закрыты, такъ какъ печи представляютъ изъ себя просто опредѣленныя нагрѣваемые части стѣнъ. Нечего и говорить, что при паро-бетонной системѣ нѣтъ сухости воздуха, свойственной другимъ системамъ съ

<sup>1)</sup> В. А. Яхимовичъ. О паро-бетонномъ отопленіи желѣзно-дорожной больницы на ст. Саратовъ Ряз.-Ур. Ж. Д. Доклады: инженера В. Д. Захарова, санитарнаго врача П. А. Можайкина и инженера В. А. Яхимовича. Саратовъ 1909 *W. A. Jachimowitz. Dampfheizkörper aus Zementmörtel oder Beton.—Gesundheits-Ingenieur. 33 Jahrg. 1910. № 16.* Паро-или водо-бетонное отопленіе и вентиляція системы инж.-техн. В. А. Яхимовича. Саратовъ.

открытыми горячими калориферами, нѣтъ и пригоранія пыли, попадающей на горячіе колориферы.

Съ отопленіемъ соединена вентиляція, вентиляторы работаютъ при помощи электричества.

Вентиляціонная система устроена такимъ образомъ, что воздухъ, поступающій въ зданіе, проникаетъ въ трубы не снизу, съ уровня земли, гдѣ онъ достаточно загрязненъ, а сверху, изъ трубъ, выходящихъ на крышу; такое устройство вентиляціи обезпечиваетъ чистоту притекающаго воздуха. По трубамъ воздухъ проходитъ внизъ, въ полуподвальный этажъ, гдѣ въ каждомъ флигелѣ зданія находится по большой воздушной камерѣ; въ камеру воздухъ поступаетъ снизу, изъ канала около двухъ аршинъ вышиною и одного аршина въ ширину; здѣсь онъ очищается водянымъ фильтромъ, согрѣвается цѣлой системой паробетонныхъ печей, увлажняется водой широкихъ и плоскихъ увлажнителей и только послѣ этой процедуры поступаетъ во внутреннія помѣщенія клиники.

Освѣщеніе клиники электрическое, нѣсколько специальный характеръ устройство его носитъ въ отдѣленіяхъ для возбужденныхъ больныхъ, гдѣ электрическія лампочки накаливанія находятся въ плафонахъ, придѣланныхъ къ потолку, что даетъ мягкій свѣтъ, равномерно разливающейся по помѣщенію и не раздражающій больныхъ; въ этихъ же отдѣленіяхъ выключатели, хотя и устроенные по типу вагонныхъ ключей, находятся выше человѣческаго роста. Для полного освѣщенія существуетъ дежурная сѣть, позволяющая проводить нѣкоторую экономію въ освѣщеніи, но оставляющая достаточно свѣта для наблюденія за больными.

Для контроля за исправностью дежурствъ надзирательскаго персонала въ клиникѣ устроенъ контрольный аппаратъ въ видѣ контрольныхъ электрическихъ часовъ, дающихъ отмѣтку на бумажномъ циферблатѣ при поворотѣ ключомъ контактныхъ штифтиковъ, имѣющихся въ каждомъ отдѣленіи. Этотъ аппаратъ позволяетъ слѣдить за правильностью по-

сѣщеніи отдѣленій дежурнымъ персоналомъ и въ то же время, въ случаѣ какого-либо нежелательнаго происшествія въ одномъ изъ отдѣленій, даетъ возможность дежурному надзирателю доказать, гдѣ онъ былъ въ это время и когда явился въ то или другое отдѣленіе.

Для облегченія сношеній съ отдѣленіями устроены внутренніе телефоны.

Ванны въ клиникѣ фаянсовыя, равно какъ и умывальники и писсуары; только въ отдѣленіяхъ для возбужденныхъ больныхъ ванны чугунныя эмалированныя. Вода въ ванну напускается посредствомъ ключа, также и въ умывальникѣ. Горячая вода подведена въ ванныя помѣщенія отъ центральнаго отопленія, но имѣется и отдѣльная ванная топка, предназначенная для теплаго времени года, когда общее отопленіе бездѣйствуетъ.

Въ полуподвальномъ этажѣ клиникѣ помѣщены: отопленіе, именно, котлы съ топками, при чемъ это помѣщеніе пришлось углубить значительно ниже уровня подвального пола; топки приспособлены такъ, чтобы можно было пользоваться въ качествѣ топлива дровами или нефтью. Въ комнатѣ подъ водолѣбницей помѣщены компрессоръ и нѣе. другія приспособленія для водолѣбницы. Рядомъ въ обширныхъ помѣщеніяхъ мастерскія, бібліотека ред. „Неврологическаго Вѣстника“, цейхгаузъ. Нѣсколько комнатъ этого этажа пришлось отвести подъ служительскія квартиры, такъ какъ помѣщеній въ I и II этажахъ, назначенныхъ для этой цѣли, оказалось недостаточно. Въ лѣвомъ флигелѣ полуподвального этажа, также за недостаткомъ помѣщенія въ другихъ этажахъ, пришлось устроить кухню. Кухня занимаетъ обширное помѣщеніе въ три окна, съ плиточнымъ поломъ; въ ней плита, четыре мѣдныхъ котла для варки пищи паромъ, котлы низкаго давленія.

Кромѣ обычныхъ отдѣленій для больныхъ, т. е., для спокойныхъ, слабыхъ, возбужденныхъ и постельнаго режима,

въ первомъ этажѣ женскаго флигеля устроено небольшое отдѣленіе для заразныхъ больныхъ, на случай необходимости изолированія при такихъ болѣзняхъ, какъ рожа, дизентерія и др. Это отдѣленіе занимаетъ сѣверо-западную часть флигеля и ограничивается сплошь капитальными стѣнами; оно не сообщается съ другими отдѣленіями и имѣетъ входъ со двора; кромѣ передней, отдѣленіе состоитъ изъ двухъ комнатъ съ полами изъ плитокъ, снабжено фаянсовой ванной; стѣны и потолокъ окрашены сплошь масляной краской, углы закругленные, карнизовъ нѣтъ; отдѣленіе въ каждый данный моментъ можетъ быть подвергнуто дезинфекціи паромъ, такъ какъ въ него проведены для этой цѣли особыя трубы отъ отопленія, подобно тому, какъ это сдѣлано въ операціонной.

Лабораторіи анатомо-физиологическая и психофизическая снабжены необходимыми приборами для соответственныхъ изслѣдованій, и здѣсь не мѣсто описывать ихъ съ этой стороны, такъ какъ научный инвентарь ихъ перешелъ изъ психофизиологической лабораторіи, находившейся до постройки клиники въ верхнемъ этажѣ западнаго крыла Университета. Конечно, въ дальнѣйшемъ эти лабораторіи подлежатъ развитію и при наличности средствъ обогащенію новыми приборами и приспособленіями, но при тѣхъ скудныхъ средствахъ, которыя отпускались на нихъ до настоящаго времени, онѣ не могли считаться оборудованными плохо. Столы для микроскопическихъ занятій, для экспериментовъ надъ животными и обстановка психофизиологической лабораторіи сдѣланы заново.

Водолѣчебница и электролѣчебница содержатъ все необходимое для употребительныхъ и необходимыхъ въ психиатрической клиникѣ водолѣчебныхъ и электролѣчебныхъ процедуръ, какъ для пользованія стаціонарныхъ, такъ и амбулаторныхъ больныхъ.

Кромѣ параднаго входа, каждый флигель клиники, мужской и женскій, имѣетъ по двѣ лѣстницы; такимъ образомъ

каждый этажъ каждаго флигеля имѣеть по два выхода наружу, а слѣдовательно, каждое отдѣленіе имѣеть свой выходъ. Этимъ предусматривается смѣшеніе больныхъ различныхъ категорій, достигается обособленность и самостоятельность отдѣленій въ учрежденіи, не построенномъ по системѣ отдѣльныхъ павильоновъ, и вмѣстѣ съ тѣмъ такое обиліе самостоятельныхъ выходовъ изъ отдѣленій устраиваетъ всякую опасность для больныхъ, въ случаѣ пожара; впрочемъ, опасность пожара въ клиникѣ сводится къ minimum'у, такъ какъ зданіе сплошь каменное и желѣзо-бетонное (сводъ, рекреационный корридоръ), и только потолокъ верхняго этажа настланъ по деревяннымъ балкамъ. На случай же горѣнія внутри клиники, пожара, въ смыслѣ горѣнія обстановки, деревянныхъ перегородокъ и т. под., въ самомъ зданіи устроены соотвѣтствующіе краны съ рукавами, которые, въ случаѣ надобности, могутъ быть безъ замедленія приведены въ дѣйствіе.

Самое устройство отдѣленій для больныхъ не носитъ по возможности специфическаго характера, кромѣ необходимыхъ мѣръ, диктуемыхъ благоразуміемъ, какъ отсутствіе крючковъ, дверныхъ ручекъ обыкновеннаго типа въ видѣ крючка или замкнутой скобки, цѣпочекъ для спуска воды въ клозетахъ. Отдѣленія для спокойныхъ больныхъ обставлены просто, удобно и комфортабельно. Для больныхъ существуетъ библіотека, выписываются газеты; развлечения въ видѣ билліарда, рояля и др. Помѣщенія для спокойныхъ интеллигентныхъ больныхъ обставлены изящнѣе и комфортабельнѣе, чѣмъ для больныхъ мало-интеллигентныхъ, но, конечно, и этимъ больнымъ предоставлены всѣ удобства, необходимыя для больного человека. Каждое отдѣленіе имѣеть буфетныя комнаты для подогреванія пищи, въ нихъ проведена горячая вода. Кровати для всѣхъ больныхъ съ проволочными сѣтчатými матрацами прочныя и удобныя; для больныхъ слабыхъ въ кроватямъ пристегиваются невысокіе бортики, защищающіе больного отъ паденія; спинки кроватей сплошныя, не изъ прутьевъ.

Шнурки отъ оконныхъ шторъ, находящихся между рамами, скрыты въ желобкахъ, такъ что не могутъ представлять опасности suicidii въ рукахъ больныхъ; въ желобкахъ скрыты и цѣпочки для спуска воды въ клозетахъ.

Въ отдѣленіяхъ для сильно возбужденныхъ больныхъ кровати замѣнены кожаными кушетками съ изголовьемъ. Конечно, въ отдѣленіи для постельнаго режима и для возбужденныхъ больныхъ, не пользующихся постельнымъ содержаніемъ, обстановка заключаетъ въ себѣ лишь все необходимое, ничего лишняго, допущеннаго въ спокойныхъ отдѣленіяхъ, здѣсь нѣтъ по вполнѣ понятнымъ соображеніямъ. Чтобы шумъ изъ безпокойныхъ отдѣленій не безпокоилъ спокойныхъ и слабыхъ больныхъ, перегородки и двери между отдѣленіями сдѣланы полами, и въ нихъ насыпана т. наз. опоа.

Удобныя и свѣтлыя отдѣленія клиники должны производить благопріятное впечатлѣніе на больныхъ. Изъ оконъ клиники видъ на сосѣдній госпитальный паркъ; такъ какъ клиника находится въ самой высокой части города, то изъ второго этажа ея на юго-западъ видѣется Волга и заволжскія высоты, на югъ—понижающаяся, овражистая часть города, частью покрытая зеленью.

Сама клиника имѣетъ съ западной стороны обширную площадь, на которой разбивается садъ, небольшой садъ разбивается и съ восточной стороны; съ сѣверной—асфальтированный дворъ, а по границѣ (съ сѣвера) владѣній военнаго госпиталя и инженерной дистанціи расположены службы: погребъ, ледникъ, навѣсъ для дровъ, помѣщеніе для животныхъ. Всѣ указанныя помѣщенія каменные, стѣны погребовъ бетонныя, равно какъ и полы. Къ сожалѣнію, отсутствіе въ Казани канализаціи заставило устроить во дворѣ обширныя цистерны для нечистотъ, удаляемыхъ посредствомъ вывоза, что падаетъ немалымъ нагляднымъ расходомъ на бюджетъ клиники, но, повидимому, будетъ продолжаться недолго, такъ какъ надо надѣяться на скорое осуществленіе канализаціи,

которая должна явиться истиннымъ благодѣяніемъ для города вообще и для большихъ учреждений, особенно больничныхъ, въ частности.

Конечно, при оборудованіи большого и сложнаго учрежденія всегда останутся нѣкоторыя упущенія, небольшіе дефекты, которые трудно предусмотрѣть исчерпывающимъ образомъ; но, выясняясь по мѣрѣ функционированія учрежденія, всѣ они могутъ быть исправлены и пополнены съ теченіемъ времени, тѣмъ болѣе, что клиника будетъ въ состояніи, какъ слѣдуетъ ожидать, владѣть довольно значительными специальными средствами.

Въ заключеніе. вспоминая, съ какимъ рѣдкимъ вниманіемъ, усердіемъ, любовнымъ участіемъ и добросовѣстностью относились члены строительной комиссіи къ постройкѣ и оборудованію психіатрической клиники Императорскаго Казанскаго Университета, входя самымъ педантичнымъ образомъ во всѣ мелочи подлежащихъ ихъ компетенціи вопросовъ, я не могу удержаться отъ выраженія увѣренности, что такое отношеніе къ постройкѣ является залогомъ дальнѣйшей успѣшной дѣятельности новой клиники, которая явится достойнымъ сочленомъ въ семьѣ клиническихъ учреждений славнаго Казанскаго Университета.

Пожелаемъ вновь открываемому учрежденію пышнаго развитія и широкой плодотворной работы на поприщѣ развитія отечественной психіатріи, на пользу страдающему душевно-больному человѣку и на славу Университета.



Общій видъ Клиники со стороны улицы.

Изъ клиники нервныхъ и душевныхъ болѣзней Императорскаго  
Юрьевскаго Университета [Проф. В. Ф. Чижа].

---

## Къ вопросу о затяжныхъ аффективныхъ состояніяхъ.

М. В. Брезовскаго.

Ассистента клиники и привать-доцента Университета.

Среди многочисленныхъ намъ извѣстныхъ психопатическихъ синдромовъ или временныхъ симптомокомплексовъ, такъ называемыхъ, **затяжныхъ аффективныхъ состояній** заслуживаютъ нашего вниманія, какъ вслѣдствіе практической важности ихъ, такъ и вслѣдствіе чисто теоритического интереса: мы здѣсь имѣемъ дѣло съ психическими заболѣваніями несомнѣнно психогеннаго происхожденія. Однако въ психіатрической литературѣ описанію и изученію этихъ состояній посвящены лишь весьма немногіе труды, равнымъ образомъ и въ систематическихъ изложеніяхъ общей и спеціальной психопатологіи они или совершенно не упоминаются, или же имъ удѣляется лишь небольшое мѣсто. Причина заключается въ томъ, что **затяжные аффективные состоянія** обыкновенно не разсматриваются какъ самостоятельныя заболѣванія, такъ какъ они наблюдаются обыкновенно только въ видѣ временныхъ осложненій, возникающихъ на почвѣ другой основной, болѣзни, напр. истеріи, конституціональной психопатіи и т. д. Понятно

что такия довольно рѣдкия состоянія, не мѣняющія общей картины болѣзни и не имѣющія никакого вліянія на теченіе и исходъ основной болѣзни, обращали на себя мало вниманія до тѣхъ поръ, пока не было приступлено къ болѣе тщательному анализу психопатическихъ состояній какъ таковыхъ, при чемъ оставался въ сторонѣ вопросъ объ исходѣ заболѣванія. При такомъ болѣе тщательномъ изученіи подобныхъ состояній оказалось, что затяжныя аффективныя состоянія встрѣчаются не только какъ синдромы на почвѣ какой либо другой психической или нервной болѣзни, а также совершенно самостоятельно. Такой фактъ выдвигаетъ затяжныя аффективныя состоянія изъ ряда другихъ синдромовъ и симптомовъ, болѣе или менѣе типическихъ для психопатическихъ конституцій вообще; онъ доказываетъ ихъ большое значеніе. Эти случаи самостоятельнаго развитія затяжныхъ аффективныхъ состояній имѣютъ особенную практическую важность, такъ какъ они могутъ протекать въ формахъ, производящихъ впечатлѣніе остраго или подостраго душевнаго заболѣванія.

Что-же представляютъ собою затяжныя аффективныя состоянія? Мы знаемъ, что это понятіе принадлежитъ новѣйшей психіатрической литературѣ; мы встрѣчаемъ его впервые въ учебникѣ психіатріи *Ziehen'a*. Здѣсь, въ систематическомъ изложеніи аффективныхъ психозовъ авторъ причисляетъ къ этимъ психозамъ также и затяжныя аффективныя колебанія („protrahierte Affektschwankungen“), состоянія психическаго измѣненія, которыя обыкновенно развиваются изъ остраго аффекта и которыя въ простѣйшихъ случаяхъ представляютъ ничто иное, какъ болѣзненно усиленную и продолженную аффективную реакцію въ смыслѣ первоначальнаго аффекта, вызвавшаго реакцію. Продолжительность такого состоянія бываетъ различная: отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ недѣль. Такъ какъ эти состоянія въ сущности представляютъ аффекты съ ненормальнымъ развитіемъ, то мы можемъ ожидать въ случаяхъ затяжныхъ аффективныхъ состояній таковыхъ-же

нарушеній правильного хода ассоціацій, какія наблюдаются вообще въ состояніяхъ острыхъ аффектовъ, т. е. нарушеній хода ассоціацій разнаго рода, въ зависимости отъ сущности самого аффекта и отъ интенсивности его. Аффектомъ называется по *Ziehen*'у такое чувство, которое по своей интенсивности способно вліять на ходъ ассоціацій; аффекты извѣстной интенсивности уже не только оказываютъ вліяніе на ходъ ассоціацій, но нарушаютъ правильность его. Мы констатируемъ поэтому въ случаяхъ затяжныхъ аффективныхъ состояній нѣкоторое ограниченіе круга ассоціацій въ смыслѣ даннаго аффекта, отъ чего находятся въ зависимости сужденія и дѣйствія; затѣмъ вниманіе и отзывчивость измѣняются согласно съ аффектомъ. Въ болѣе тяжкихъ случаяхъ наблюдаются тѣ же самыя явленія, только большей интенсивности и съ осложненіями: пониманіе всего окружающаго міра находится въ тѣсной зависимости отъ аффекта, наблюдаются ложное истолкованіе дѣйствительности и бредовыя идеи; наблюдаются обыкновенно иллюзіи и нерѣдко галлюцинаціи. Далѣе въ зависимости отъ упомянутыхъ состояній бывають иногда нарушенія ориентированности, болѣею частью легкія, быстро проходящія. Иногда наблюдается спутанность; она бываетъ обыкновенно кратковременная и ложная, т. е. происходитъ отъ того, что вниманіе больного вполне поглощается внутреннимъ міромъ его и онъ не обращаетъ вниманія на вѣншній міръ; затѣмъ не менѣе иногда бывають суммарное воспоминаніе и даже кратковременные періоды амнезіи. Впрочемъ спутанность, дефекты воспоминанія и амнезія—явленія рѣдкія и встрѣчаются только какъ эпизоды; къ типу затяжныхъ аффективныхъ состояній продолжительная спутанность не относится. Затяжныя аффективныя состоянія относятся къ аффективнымъ психозамъ въ смыслѣ *Ziehen*'а; но несмотря на богатую симптоматику и на иногда встрѣчающуюся значительную продолжительность, эти состоянія не производятъ впечатлѣнія вполне развитаго психоза; ихъ по *Ziehen*'у можно считать abortивными психозами.

Упомянутыя теоритическія положенія относятся къ весьма разнообразнымъ клиническимъ картинамъ. Нужно замѣтить, что въ виду того, что подкладкой затыжныхъ состояній могутъ служить аффекты, различные и по своимъ свойствамъ, и по своей интенсивности, и въ виду различія психической организаціи разныхъ индивидуумовъ, являющаяся клиническая картина, и затѣмъ и общее теченіе всего затыжнаго аффективного состоянія не представляютъ чего-нибудь однороднаго или типическаго съ чисто практической (симптоматологической) точки зрѣнія, но тѣмъ не менѣе общее отклоненіе отъ нормы бываетъ всегда одно и то-же. Встрѣчаются конечно и случайныя осложненія, и вторичныя отклоненія отъ ожидаемаго развитія даннаго случая. Если имѣть въ виду всѣ случаи затыжныхъ аффективныхъ состояній, т. е. также и тѣ, которые не нуждаются въ больничномъ леченіи, то можно сказать, что изъ общаго числа заболѣваній только немногія обнаруживаютъ симптомы, указывающія на значительное нарушеніе хода и связи ассоціацій и поэтому производятъ впечатлѣніе серіознаго психическаго заболѣванія; въ большинствѣ случаевъ мы видимъ только элементы такого развитія. Эти простѣйшіе случаи по своей симптоматологіи совершенно примыкаютъ къ физиологическимъ аффектамъ. Остальные, т. е. болѣе тяжкіе случаи затыжныхъ аффективныхъ состояній по своей клинической картинѣ занимаютъ широкую область, предѣломъ которой съ одной стороны служатъ тѣ-же состоянія физиологическихъ аффектовъ, съ другой—симптомокомплексы, которые по своему психопатологическому строенію совершенно идентичны съ такими, какіе мы наблюдаемъ въ случаяхъ острыхъ психозовъ маниакально-депрессивной группы, и группы острой параной. Общее теченіе всѣхъ этихъ различныхъ случаевъ представляетъ много типичнаго: это безъ исключенія излечимыя состоянія, продолжающіяся отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ недѣль, развивающія то изъ острого аффекта то изъ общаго совмѣстнаго воздѣйствія ряда

однородныхъ или разнородныхъ аффектовъ; такое развитіе можно назвать подострымъ.

Для пониманія клинической картины, наблюдаемой при затяжныхъ аффективныхъ состояніяхъ намъ нужно имѣть въ виду свойства и теченіе обыкновенныхъ аффектовъ: затяжныя аффективныя состоянія представляютъ въ сущности только ненормальную продолжительность даннаго аффекта въ связи съ ненормальною интенсивностью его, то аффекта, взятаго какъ одно цѣлое, то одной изъ составныхъ частей, т. е. одного изъ болѣе интенсивныхъ симптомовъ аффекта. При подобномъ разборѣ одного изъ интенсивныхъ состояній аффекта, напр. аффекта гнѣва, мы убѣждаемся въ богатствѣ возможныхъ отклоненій отъ нормы въ смыслѣ затяжнаго аффективного состоянія, если мы имѣемъ въ виду, что каждая отдѣльная группа симптомовъ можетъ стать центромъ развивающейся клинической картины. При такомъ остромъ интенсивномъ аффектѣ мы наблюдаемъ слѣдующее: возникшее напряженіе требуетъ немедленнаго разрѣшенія или облегченія; ассоціація дѣйствуетъ преимущественно или исключительно въ соотвѣтствующемъ направленіи; она стремится прямо къ цѣли, пропуская при этомъ болѣе или менѣе значительныя ассоціативныя комплексы. Происходяція такимъ образомъ при ограниченіи или даже отсутствіи борьбы мотивовъ сужденія или дѣйствія обнаруживаютъ извѣстные дефекты въ сравненіи съ сужденіями и дѣйствіями, являющимися результатомъ нормальнаго мышленія. Но нарушается не только правильный ходъ ассоціацій, а могутъ при достаточно сильныхъ аффектахъ также страдать и воспріятія. Нѣкоторыя воспріятія, особенно такія, которыя не имѣютъ прямыхъ отношеній къ представленіямъ или воспріятіямъ, преобладающимъ въ сознаніи во время аффекта, могутъ остаться неувоенными или могутъ быть недостаточно усвоены. Съ другой стороны другія ощущенія, особенно тѣ, которыя имѣютъ отношеніе къ преобладающему представленію или воспріятію, могутъ при поступ-

ленія въ сознаніе восприниматься въ искаженномъ видѣ, сообразно съ аффектомъ; получаютъ аффективныя иллюзіи (Affektillusionen), поддерживающія аффектъ и, съ другой стороны, происходящія на почвѣ уже существующаго аффекта. Нерѣдко встрѣчаются единичныя галлюцинаціи; но крайней мѣрѣ можно съ большою вѣроятностью полагать, что имѣются не иллюзіи, а галлюцинаціи. Естественнымъ послѣдствіемъ такихъ измѣненій упомянутыхъ психическихъ процессовъ является болѣе или менѣе искаженное или недостаточное воспоминаніе относительно всего происходившаго во время аффективнаго состоянія; отчасти такое ошибочное воспоминаніе зависитъ отъ неправильнаго пониманія окружающаго міра, которое не получаетъ исправленія, между тѣмъ, какъ собственно воспоминаніе страдаетъ въ менѣе значительной степени. Если разсмотрѣть дефекты воспоминанія, то мы встрѣчаемся со всѣми возможными нарушеніями его: отъ легкаго искаженія бывшихъ фактовъ до иллюзій и галлюцинацій воспоминаній и до частичной амнезіи, доходящей иногда до значительныхъ пробѣловъ воспоминаній. Если описанное состояніе имѣетъ значительную интенсивность и нѣкоторую продолжительность, то оно называется патологическимъ аффектомъ; такое состояніе принято считать проходящимъ (транзиторнымъ) умопомѣшательствомъ, главнымъ образомъ въ слѣдствіе разстройства ассоціацій. Мы видимъ, что нѣтъ рѣзкой границы между физиологическими и патологическими аффектами, но равнымъ образомъ нѣтъ никакой границы между острымъ аффективнымъ состояніемъ и осложненіемъ его, состоящимъ въ появленіи симптомовъ остраго сумеречнаго состоянія—„аффективнаго, сумеречнаго состоянія“ (Affektdämmerzustand)—состоянія, представляющаго собою ничто иное, какъ дальнѣйшее развитіе нарушенія хода ассоціацій, приближающееся къ спуганности: мы констатируемъ въ такихъ случаяхъ между прочимъ нарушеніе ориентированности, бредовое истолкованіе окружающаго міра, амнезію. Далѣе слѣдуетъ упомянуть о такъ называемыхъ аффективныхъ кризисахъ (Affektkrisen). Аффективные кризисы—

это также состоянія остраго аффективнаго возбужденія; при этихъ состояніяхъ происходитъ чрезмѣрное выраженіе аффекта посредствомъ соотвѣтствующихъ, слишкомъ интенсивныхъ и слишкомъ обильныхъ „выразительныхъ движеній или актовъ“. Разстройства ассоціацій при аффективныхъ кризисахъ вполне соотвѣтствуютъ разстройствамъ ассоціацій при другихъ состояніяхъ остраго аффективнаго возбужденія; такъ напр. мы наблюдаемъ въ такихъ случаяхъ тѣ-же аномаліи воспріятій, суженіе круга ассоціацій, дефекты воспоминаній, амнезію и т. д.

Всѣ описанныя состоянія обнаруживаютъ болѣе или менѣе значительное нарушеніе ассоціативной дѣятельности— „помраченіе сознанія“,—изъ нихъ менѣе интенсивныя практически причисляются къ фізіологическимъ состояніямъ, болѣе интенсивныя къ транзиторному умопомѣшательству; всѣ эти состоянія имѣютъ ограниченную продолжительность. Сущность затяжныхъ аффективныхъ состояній состоитъ въ томъ, что аффективное состояніе продолжается чрезмѣрно долго. И въ этихъ случаяхъ менѣе интенсивныя состоянія практически считаются нормальными или во всякомъ случаѣ не считаются психическими заболѣваніями, между тѣмъ, какъ болѣе интенсивныя представляютъ особенный типъ психическаго заболѣванія, принадлежащій къ аффективнымъ психозамъ *Ziehen's*а. Развитие затяжныхъ аффективныхъ состояній происходитъ большею частью такимъ образомъ, что послѣ остраго аффективнаго состоянія не возстановливается душевное равновѣсіе, а остается въ теченія нѣкотораго продолжительнаго времени психически ненормальное состояніе, представляющее ничто иное, какъ продолженіе аффекта. Только двигательное выраженія аффекта въ видѣ чрезмѣрныхъ выразительныхъ движеній и поступковъ, обусловленныхъ аффектомъ („*Affekthandlungen*“), составляющіе признакъ наивысшаго аффективнаго напряженія, аффективнаго пароксизма, исчезаютъ, но могутъ быть легко вызваны новымъ, даже незначительнымъ, душевнымъ волненіемъ; повышеніе интенсивности задѣтыхъ въ дан-

номъ случаѣ чувствованій и зависящее отъ него нарушение обычнаго хода ассоціацій сохраняются, пока мало-по-малу не наступаетъ усвоение. Центромъ тяжести всего душевнаго расстройства является аффектъ, т. е. повышение интенсивности задѣтыхъ чувствованій, всѣ остальные симптомы—только послѣдствія существующаго аффекта. Тщательное изучение случаевъ затяжныхъ аффективныхъ состояній показываетъ, что хотя заболѣваніе съ практической точки зрѣнія и начинается съ остраго аффективнаго состоянія, въ дѣйствительности продромальной періодъ, ведущій къ этому острому аффекту, долженъ считаться началомъ заболѣванія, такъ какъ уже во время этого періода происходитъ усиленіе интенсивности задѣтыхъ въ данномъ случаѣ чувствованій и, слѣдовательно, уже могутъ существовать и обнаруживаться нѣкоторые элементы будущаго аффективнаго состоянія. Иногда уже въ продромальномъ періодѣ аффективное состояніе достигаетъ значительной, почти патологической высоты и только послѣ сравнительно долгаго времени наступаетъ пароксизмъ въ видѣ патологическаго аффекта или аффективнаго кризиса; иногда дѣло совсѣмъ не доходитъ до аффективнаго пароксизма. Изъ всего изложеннаго мы заключаемъ, что, хотя всѣ упомянутыя формы по своей сущности представляютъ истинныя затяжныя аффективныя состоянія, въ практикѣ примѣняется это понятіе лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ болѣе значительными отклоненіями отъ нормы; мы здѣсь встрѣчаемся съ такимъ-же затрудненіемъ, какъ при разграниченіи патологическаго аффекта отъ простаго.

Что касается общаго теченія затяжныхъ аффективныхъ состояній, то уже было упомянуто, что въ простѣйшихъ случаяхъ происходитъ лишь медленное разрѣшеніе аффекта или же возстановленіе его до окончательнаго возстановленія душевнаго равновѣсія послѣ начальнаго душевнаго волненія. Въ этихъ случаяхъ, стоящихъ на границѣ между физиологическими и патологическими душевными состояніями, мы наблюдаемъ не-

достаточно обоснованную продолжительность намъ понятнаго и объяснимаго аффекта, обыкновенно въ видѣ продолжительнаго соотвѣствующаго настроенія, а также и соотвѣствующія повышенная отзывчивость и впечатлительность. Такія внѣшнє преувеличенныя радость, печаль, гнѣвъ, страхъ, боязнь, увлеченіе и т. д. обыкновенно не производятъ впечатлѣнія ненормальнаго состоянія и только при чрезчуръ продолжительномъ сохраненіи аффективнаго состоянія въ извѣстной интенсивности поднимается вопросъ о психическомъ здоровьѣ даннаго субъекта. Далѣе, случаи, въ которыхъ кромѣ замедленія развитія или разрѣшенія аффекта наблюдаются также эпизоды чрезчуръ интенсивнаго выраженія аффекта, при чемъ происходятъ нарушенія правильнаго хода ассоціацій и общее приближеніе къ типу аффективнаго сумеречнаго состоянія, легко узнаваемы и не нуждаются въ болѣе подробномъ описаніи. Патологическое состояніе психики въ этихъ случаяхъ не подвергается сомнѣнію, но обыкновенно оно приписывается лишь интенсивному эпизоду, нерѣдко понимаемому какъ „припадокъ умоиступленія.“ Несмотря на иногда весьма значительныя нарушенія правильнаго хода ассоціацій и эти эпизоды по своей незначительной продолжительности не производятъ впечатлѣнія болѣзни, а только представляются болѣзненнымъ состояніемъ.

Итакъ, въ перечисленныхъ случаяхъ центръ тяжести болѣзненнаго состоянія составляетъ болѣзненное настроеніе съ типическими особенностями вліянія на ходъ ассоціацій, присущими каждому аффекту и характерными для него; болѣе грубыя нарушенія ассоціативной дѣятельности (въ родѣ временной потери ориентированности, продолжительнаго бредоваго истолкованія окружающаго міра и т. д.) наблюдаются лишь во время аффективныхъ пароксизмовъ. Но есть также „осложненные“ случаи, въ которыхъ наблюдается продолжительное нарушеніе ассоціативной дѣятельности вслѣдствіе интенсивности и продолжительности аффекта. Эти случаи

встрѣчаются въ видѣ острыхъ психозовъ, которые съ чисто симптоматологической точки зрѣнія могли бы быть причислены къ случаямъ острой простой или острой галлюцинаторной параной; съ точки зрѣнія происхожденія—патогенеза—эти психозы представляютъ случаи дѣйствительно аффектогенныхъ душевныхъ болѣзней, въ которыхъ аффектъ является и причиною развитія, и условіемъ непремѣннымъ и необходимымъ для дальнѣйшаго теченія болѣзни. Типическое развитіе и теченіе такого психоза происходитъ слѣдующимъ образомъ: у субъекта, обыкновенно истощеннаго или обладающаго нѣкоторымъ соответствующимъ расположеніемъ, имѣется комплексъ представленій, сопряженныхъ съ живыми аффектами. Подъ вліяніемъ разныхъ происшествій, имѣющихъ дѣйствительное или мнимое отношеніе къ этому комплексу представленій или же не имѣющихъ никакого прямого отношенія къ нему (рѣдко), но все-таки увеличивающихъ общее аффективное состояніе, ассоціація функціонируетъ только въ смыслѣ упомянутаго комплекса представленій, является переходъ въ аффективнымъ пароксизмамъ, а затѣмъ и бредъ отношенія, иллюзіи и бредовыя истолкованія. Такъ какъ упомянутый комплексъ представленій обыкновенно имѣетъ логическую связь, какъ между отдѣльными составными частями, такъ и между всѣмъ комплексомъ и другими представленіями, то психозъ развивается въ видѣ какъ-бы систематической параной. Часто присоединяются единичныя галлюцинаціи, которые, какъ и иллюзіи, бредовыя истолкованія и бредъ относятся къ первоначальному комплексу или же къ уже развившимся пополненіямъ этого комплекса. Наблюдается также часто временная спутанность; однако дѣйствительной спутанности вслѣдствіе безсвязности ассоціацій по всей вѣроятности совершенно нѣтъ или же она представляетъ вторичное осложненіе, не имѣющее ничего общаго съ затяжнымъ аффективнымъ состояніемъ; обыкновенно наблюдается мнимая спутанность, происходящая отъ того, что все вниманіе заболѣвшаго

обращено на внутреннія, психическія происшествія, такъ что подрывается постоянное соотношеніе съ внѣшнимъ міромъ; часто впрочемъ такая связь и не подрывается вовсе, а пациентъ кажется спутаннымъ по другимъ причинамъ; мы убѣждаемся въ томъ, что дѣйствительной спутанности не было, если пациентъ впоследствии оказывается совершенно ориентированнымъ за все время мнимой спутанности и не имѣетъ дефектовъ воспоминанія. Впрочемъ кажущаяся глубокая спутанность у этихъ больныхъ нерѣдко или даже обыкновенно смѣняется періодами совершенной ясности. Иногда встрѣчаются состоянія экстаза, т. е. состоянія, въ которыхъ подъ воздѣйствіемъ живого галлюцинаторнаго воспріятія, чувствованія получаютъ максимумъ интенсивности и ассоціація задерживается до прекращенія—получаются состоянія чистаго „созерцанія“; такого рода экстатическія состоянія обыкновенно попадаютъ совмѣстно съ галлюцинаціями зрѣнія или слуха, рѣже съ галлюцинаціями въ области осязанія.

Такое состояніе остраго психоза большею частью продолжается только нѣсколько дней, но попадаютъ случаи гораздо большей продолжительности—до нѣсколькихъ недѣль. Обыкновенно мы не имѣемъ впечатлѣнія типическаго психоза, такъ какъ общая картина болѣзни быстро мѣняется, послѣ спутанности наступаетъ эпизодъ ясности, затѣмъ опять наступаетъ психопатическое состояніе... Постоянно бросаются въ глаза зависимость состоянія отъ первоначальнаго симптомокомплекса и аффективное возбужденіе, легко вызываемое и повышаемое. Систематизація бреда, обыкновенно наблюдаемая, не соотвѣтствуетъ истинной систематизаціи при простой параноѣ. Въ этихъ случаяхъ не происходитъ образованія системы (какъ въ случаяхъ паранои); эта система уже имѣется при самомъ возникновеніи болѣзни. Такъ напр. сравнительно нерѣдко наблюдаются сюда относящіеся случаи, возникшіе на почвѣ религиозныхъ чувствованій. Въ такихъ случаяхъ мы

наблюдаемъ обыкновенно, что религіозныя представленія заболѣвшаго, подъ вліяніемъ интенсивныхъ чувствованій даютъ матеріаль къ иллюзіямъ, галлюцинаціямъ, бреду, экстатическимъ состояніямъ, при чемъ наблюдаются послѣдовательность и общій порядокъ, присушіе системѣ религіозныхъ представленій заболѣвшаго, словомъ, получаютъ какъ бы не единичныя галлюцинаціи и бредовыя идеи, а цѣлая система, между тѣмъ, какъ въ дѣйствительности имѣются именно лишь единичныя явленія подобнаго рода. Въ случаяхъ обыкновенной параной онѣ (галлюцинаціи и бредовыя идеи) могли бы дать матеріаль къ созданію системы лишь послѣ значительныхъ пополненій и развитій, тогда какъ онѣ въ нашихъ случаяхъ затыжныхъ аффективныхъ состояній, будучи ничѣмъ инымъ, какъ проявленіемъ уже существующей религіозной системы, даютъ уже съ самаго начала всему состоянію видъ систематическаго параноическаго состоянія.—Въ другихъ случаяхъ мы констатируемъ просто галлюцинаціи и бредъ безъ видимой системы, но всегда въ строгой зависимости отъ комплекса представленій, сопряженнаго съ аффективнымъ состояніемъ.

Теченіе простыхъ и осложненныхъ случаевъ затыжныхъ аффективныхъ состояній можетъ быть обусловлено внѣшними обстоятельствами въ весьма значительной степени. При отсутствіи новыхъ душевныхъ волненій и всякихъ другихъ причинъ, могущихъ задержать обратное развитіе состоянія, психозъ продолжается сравнительно короткое время, напр. галлюцинаторный періодъ можетъ продолжаться всего нѣсколько дней; въ противномъ случаѣ гораздо большая продолжительность такого тяжкаго періода какъ и вообще всей болѣзни и особенно эпизодическое появленіе осложненій и пароксизмовъ весьма часто является реакціей на внѣшнія воздѣйствія. Прогнозъ можно считать абсолютно хорошимъ; по отношенію къ простымъ случаямъ въ этомъ отношеніи нѣтъ никакихъ сомнѣній; что-же касается осложненныхъ случаевъ, то по наблюденіямъ Ziehen'a имѣется около 50% неблагопріятныхъ исходовъ;

однако если примѣняемъ понятіе затяжныхъ аффективныхъ случаевъ лишь въ томъ смыслѣ, какъ оно положено здѣсь, то мы получаемъ абсолютно хорошій прогнозъ. Затяжныя аффективныя состоянія какъ таковыя, т. е. самостоятельныя случаи, оканчиваются выздоровленіемъ, но не только не исключены рецидивы, но они предвидятся съ большою вѣроятностью въ томъ случаѣ, если больной вновь попадаетъ въ среду, способную вызывать душевныя волненія.

Болѣе подробная симптоматологія случаевъ затяжныхъ аффективныхъ состояній вслѣдствіе весьма обильныхъ разновидностей не можетъ быть изложена вкратцѣ; типъ этихъ расстройствъ лучше всего демонстрируется на примѣрахъ; ниже слѣдуютъ исторіи болѣзней случаевъ съ аффективными пароксизмами и съ параноическими состояніями; самые протѣйшіе случаи затяжныхъ аффективныхъ состояній едва-ли нуждаются въ изображеніи примѣромъ.

*№ 6418 клиническаго журнала.*

А. Ю, 53 лѣтъ\* отъ-роду, помѣщается въ клинику сыномъ; она страдаетъ, по словамъ сына, бредомъ послѣдованія. Пациентка въ теченіе послѣднихъ лѣтъ никакими болѣзнями не страдала, вообще была всегда совершенно здорова. Со стороны нервной системы до сихъ поръ отклоненій отъ нормы не замѣчено; п-ка заболѣла въ первый разъ въ жизни душевною болѣзнію. Она всегда была своевольная, капризная и первая женщина. Сынъ больной не можетъ подробно изложить возникновеніе и теченіе теперешней болѣзни, такъ какъ онъ живетъ въ другомъ городѣ, но онъ узналъ слѣдующее: около новаго года п-ка стала безъ всякой извѣстной причины обнаруживать безпокойство и боязливость. Она стала думать, что про нее говорятъ нехорошее, наконецъ стала бояться, что ее хотятъ убить. Она выбѣжала изъ дому на улицу, утверждала, что у нея въ комнатѣ скрылись убійцы, обращалась къ полиціи. Такое состояніе продолжалось вѣсколько дней. П-ка уже раньше почему-то боялась своего зятя, мужа дочери; теперь она полагала, что по всей вѣроятности ее хочетъ лишить жизни именно этотъ зять—для того, чтобы завладѣть

ей имуществомъ. Припадки крайняго страха прекратились въ настоящее время, послѣ прибытія сына, но п-ка все еще безпокойна, все ожидаетъ чего-то недобраго, боится, высказываетъ соотвѣтствующія мысли.

20.1. П-ка—тучная женщина ниже средняго роста. Соматическое состояніе вполне удовлетворительно, отклоненій отъ нормы нѣтъ. П-ка вполне ориентирована, многократно утверждаетъ, что она въ стѣнахъ клиники чувствуетъ себя внѣ всякой опасности. Однако требуетъ вечеромъ, чтобы у нея въ комнатѣ всю ночь горѣла лампа. При входѣ врача всегда вздрагиваетъ. Очень неохотно говоритъ о происшедшемъ, излагая впрочемъ все приблизительно такъ, какъ изложилъ все сынъ п-ки, а потомъ, разговорившись, уже не знаетъ мѣры своему разсказу и говоритъ неустанно, сообщая массу подробностей.

25.1 До сихъ поръ новыхъ припадковъ страха не было. Однако п-ка, заявившая въ первый день, что она во всемъ слушается врача, теперь исполняетъ все буквально: принимаетъ лекарство, обѣдаетъ, гуляетъ, наконецъ встаетъ съ постели только тогда, когда врачъ лично ее заставляетъ. Спрошенная о причинѣ такого поведенія она вмѣсто объясненія—плачетъ. Когда врачъ, несмотря на требованія п-ки, къ ней уже не является, она довольствуется тѣмъ, что ей говорятъ: „докторъ прибываетъ,“—и только тогда встаетъ съ постели, обѣдаетъ, гуляетъ и т. д. Сонъ удовлетворителенъ.

1.2 Припадкъ страха не было. Оказывается, что п-ка въ дѣйствительности своевольная, капризная женщина, полная всякихъ претензій и вмѣстѣ съ тѣмъ немного боязливая, подверженная сомнѣніямъ и недовѣрчиво относящаяся не только къ другимъ, но и къ себѣ. Постоянно требуетъ къ себѣ врача, осведомляется, правильно ли она исполняетъ все, чего отъ нея требуютъ; продолжаетъ все исполнять буквально. Относительно своего бывшаго страха она говоритъ, что она ошиблась, она теперь знаетъ, что ей не зачѣмъ было бояться, но все-таки этотъ страхъ имѣлъ нѣкоторое основаніе. Затѣмъ п-ка подробно излагаетъ свою исторію, при чемъ разсказъ соотвѣтствуетъ разсказу 20 января.

10.2 Припадкъ страха до сихъ поръ не было. П-ка все недовольна, обнаруживаетъ нерѣдко недовѣріе къ окружающимъ. Осведомляется у врача, не собираются ли въ клиникѣ ее электризовать, или не электризуютъ ли ее уже тайно. Не

читаетъ писемъ, которыя получаютъ: это ее могло бы волновать, да кромѣ того, можетъ быть, эти письма-поддѣльныя. Разспрошенная она не объясняетъ ничего, а беретъ или свои слова обратно, или же—чаще всего плачетъ: „зачѣмъ Вы меня мучите?“ Много претензій, постоянно требуетъ къ себѣ врача. Считаетъ себя совершенно здоровой, желаетъ выпи- саться.

1.3 Уже нѣсколько недѣль замѣчается замѣтное успо- коеніе п-ки, наступившее съ тѣхъ поръ, какъ желанія и тре- бованія ея принципиально игнорируются.

1.4 Дальнѣйшее успокоеніе. П-ка сознаетъ (какъ уже и раньше), что поведеніе ея въ январѣ было ненормальнымъ.— П-ка весьма обидчива, постоянно чувствуетъ себя обиженной, плачетъ много: смѣется и сейчасъ-же переходитъ къ плачу. Другихъ отклоненій отъ нормы нѣтъ.

20.4 Выписана. Состояніе то-же самое т. е. паціентка достигла своего status quo ante около 6—8 недѣль тому назадъ.

Ретроспективный анамнезъ п-ки (отъ 20. янв. 1 февр. 20. апр.)

Въ маѣ 1912 г. умеръ мужъ больной, за которымъ она ухаживала сама въ теченіе всего послѣдняго времени. Смерть мужа произвела на п-ку глубокое впечатлѣніе. Послѣ смерти мужа п-ка стала чувствовать себя беззащитной, проводила время безъ всякаго занятія въ слишкомъ большой пустой квартирѣ, стала не находить себѣ мѣста. Она на два мѣсяца уѣхала на курортъ, а затѣмъ отправилась погостить (въ другой городъ) къ своей замужней дочери. Здѣсь п-ка жила въ постоянномъ безпокойствѣ и страхѣ. Часто происходили неприятыя сцены, все говорили о наслѣдствѣ и дѣлѣжѣ оставшагося послѣ смерти мужа п-ки имущества, при чемъ зять въ рѣзкой формѣ заявляетъ претензіи, которыя п-кѣ казались несправедливыми. Своего зятя, человека придирича- ваго и вспыльчиваго, любившаго имѣть при себѣ заряженный револьверъ и въ своихъ разговорахъ намекать на это, п-ка все болѣе и болѣе боялась, особенно потому, что она убѣди- лась, что зять не только пустословить, а дѣйствительно спо- собенъ пускать въ ходъ револьверъ (онъ убилъ выстрѣломъ свою собственную собаку, ужавшую что-то). Наконецъ п-ка боялась зятя настолько, что не хотѣла впускать его въ свою

комнату, полагая, что онъ сторяча можетъ убить ее (неприятныя сцены насчетъ наслѣдства все продолжались). Пробывъ въ этомъ домѣ всего съ перерывами около двухъ мѣсяцевъ, п-ка уѣхала къ себѣ домой, нервно измученная и въ твердомъ убѣжденіи, что зять—опасный человѣкъ, отъ котораго можно ожидать всего и котораго она должна бояться больше всѣхъ, такъ какъ она не исполнила претензій зятя насчетъ наслѣдства и они разстались недружелюбно. Она даже опасалась, что зять что-нибудь предприметъ противъ нея, чтобы получить наслѣдство.—Когда п-ка пріѣхала домой, она не могла ужиться въ слишкомъ большей квартирѣ и рѣшила часть комнатъ отдать въ наемъ или же совсѣмъ перемѣнить квартиру. Эти планы волновали п-ку тѣмъ болѣе, что ей теперь предстояло совершенно измѣнить свой прежній образъ жизни. Въ это время она часто получала письма отъ дочери и зятя, въ которыхъ они просили денегъ. Эти письма волновали п-ку настолько, что она брала ихъ въ руки весьма неохотно и наконецъ рѣшилась во избѣжаніе несчастія совершенно отдѣлаться отъ зятя, уплативъ слѣдующую дочери часть наслѣдства;—все это должно было быть приведено въ исполненіе послѣ Новаго Года. Незадолго до Новаго Года въ магазинѣ, расположенномъ въ сосѣдствѣ п-ки, была произведена кража и былъ уличенъ молодой прикащикъ, котораго хозяинъ и уволилъ. Этотъ фактъ явился преобладающею неприятностью для п-ки, она считала себя замѣшанной въ это дѣло, такъ какъ она полгода тому назадъ, когда этотъ же самый прикащикъ уже разъ былъ уличенъ въ кражѣ, горячо заступилась за него у хозяина и просила за него, такъ что хозяинъ наконецъ простилъ его, очень нехотя и только изъ уваженія къ п-кѣ. У этого молодого прикащика репутація вообще была сомнительная, въ послѣднее время говорили въ домѣ, что онъ заразился сифилисомъ. Теперь п-ка, которая раньше заступилась за него только для того, чтобы не погубить молодого человѣка—спасти его отъ тюрьмы—стала думать, что въ сосѣдствѣ могутъ толковать и толкуютъ обо всемъ этомъ иначе. Она скоро была увѣрена, что въ сосѣдствѣ говорятъ, что она заступилась за прикащика потому, что у нея съ нимъ имѣется любовная связь, и что далѣе говорятъ, это она заразила его сифилисомъ, что ее считаютъ совершенно негодною, безнравственною женщиною. Хотя п-ка

первоначально считала все это только возможнымъ, и хотя у нея не было никакихъ прямыхъ доказательствъ, что про нее говорить все это, она тѣмъ не менѣе косвенно убѣдилась въ правильности своихъ предположеній. Такъ напр., когда хозяинъ явился въ ней съ новогоднимъ визитомъ, то онъ по мнѣнію п-ки былъ очень формаленъ и холоденъ, чѣмъ онъ далъ ей знать, что и онъ раздѣляетъ общее мнѣніе про нее. Такое участіе хозяина сильно подѣйствовало на п-ку, она уже не могла успокоиться. Она еще замѣтила, что въ банѣ бабы ея сторонились, очевидно, чтобы не заразиться сифилисомъ. Разъ вечеромъ на улицѣ передъ окнами п-ки стоялъ неизвѣстный человѣкъ: это былъ сыщикъ. Звонокъ оказался оборваннымъ. На заявленіе, что сдается комната, вывѣшенное п-кой, плевали, какъ ей казалось. Она получала подозрительно мало писемъ, не пропадали ли они?—Возбужденіе росло съ каждымъ днемъ. П-ка хотѣла оправдаться, но не знала какъ и передъ кѣмъ, за исключеніемъ хозяина, но она не рѣшилась итти къ хозяину. Ей уже казалось, что приващикъ заразилъ сифилисомъ уже другихъ лицъ, между прочимъ дворника, и что теперь всѣ считаютъ ее виновницею. Она ожидала чего-нибудь нехорошаго. Наконецъ, ночью отъ 7 на 8 января выбѣжала на улицу, боялась, что ее хотятъ убить. Она проснулась ночью съ чувствомъ, что происходитъ что-то недоброе. Она услышала какой-то шумъ и поняла, что это что-то хочетъ зажечь спичку. Она даже видѣла въ сосѣдней комнатѣ человѣка, который подалъ спичкою сигналъ, онъ очевидно ждалъ другого, чтобы итти къ п-кѣ и убить ее. П-ка выбѣжала на улицу и позвала городского; городской осмотрѣлъ всю квартиру, но не нашелъ и слѣда посторонняго человѣка. Служанка п-ки спала крѣпко, это п-кѣ также казалась подозрительнымъ, она также совершенно ничего не замѣтила. П-ка стала думать, что служанка, какъ вообще и сосѣди и дворникъ, желаютъ ей зла—или участвуютъ въ предполагаемомъ убійствѣ, или же подкуплены врагами—зятемъ, для того чтобы сообщить полиціи замѣченныя преступленія, напр. безнравственную жизнь п-ки. Утромъ она пошла къ хозяину со словами: „Меня хотѣли убить, но раньше нужно грязныя дѣла открыть.“ Хозяинъ старался ее успокоить—п-ка угрожала, что она приметъ ядъ—но наконецъ рѣшили, что п-ка не должна остаться одна въ квартирѣ, а что должна быть

компаньонка или вообще женщина для совместнаго житья. Вечеромъ явились 2—3 бабы—сосѣдки, которыя ночевали у п-ки, но п-ка ихъ боялась и не могла спать. Черезъ нѣсколь-ко дней (11. янв.) п-ка опять выбѣжала на улицу. Вечеромъ сосѣдки беспокоили ее вопросами о наслѣдствѣ зятя и т. п.; изъ разныхъ обстоятельствъ п-ка заключила, что она опять въ опасности, она поэтому ни за что не хотѣла вернуться въ квартиру, а пошла ночевать въ гостинницу. Здѣсь она увидѣла „подозрительнаго“ человѣка, ушла изъ гостинницы и отпра-вилась въ лечебницу Краснаго Креста. Въ лечебницѣ реко-мендовали ей отправиться въ земскую больницу, но п-ка отка-залась, потому что боялась, и требовала, чтобы съ нею отпра-вились въ полицейское управленіе. Съ нею пошелъ городской—единственный надежный человѣкъ—но по дорогѣ п-ка вдругъ стала бояться и этого городского,—ей пришла въ голову мысль, что онъ, можетъ быть, переодѣтый преступникъ. Въ полицей-скомъ управленіи уговорили ее отправиться домой и обѣщали ей городского, какъ провожатаго: п-ка требовала трехъ горо-довыхъ и чтобы они дежурили передъ квартирою ея на улицѣ, и въ квартирѣ, такъ какъ иначе ее убьютъ. Прибывъ домой въ сопровожденіи городского, п-ка вмѣстѣ съ нимъ осмотрѣла квартиру, но ничего подозрительнаго не было найдено. П-ка успокоилась, но скоро стала опять бояться—городового, нахо-дившагося на улицѣ. Она выбѣжала на дворъ и разбудила дворника, которому она сообщила, что она знаетъ хорошо, что онъ намѣревается ее убить. Дворникъ и сосѣдки старались ее успокоить, но она успокоилась лишь на короткое время, такъ какъ скоро наступилъ новый припадокъ страха. Такимъ обра-зомъ п-ка проводила время въ постоянномъ страхѣ въ теченіи двухъ сутокъ, пока не прибылъ сынъ ея; тогда произошло значительное успокоеніе, паровсизмы страха исчезли; сынъ п-ки впрочемъ черезъ два дня повѣхалъ съ нею въ психіатри-ческую клинику.

Данный случай представляетъ типическій случай затяж-ного аффективнаго колебанія на почвѣ аффекта страха—слу-чай, встрѣчающійся чаще всего. Резюмируя кратко весь ходъ болѣзни, мы находимъ, что у женщины, подвергшейся многимъ душевнымъ волненіямъ возникаетъ состояніе боязливаго ожида-

нія, берущее свое начало изъ того же самаго источника, откуда происходили повторяющіяся, продолжительныя душевныя волненія. Во время этого боязливаго ожиданія происходитъ повое сильное душевное волненіе, имѣющее результатомъ опять боязливое ожиданіе, которое становится весьма интенсивнымъ благодаря сравнительно легкому аффектъ-шоку (визитъ хозяина). Теперь боязливое ожиданіе переходитъ уже въ бредовое истолкованіе окружающаго міра, являются иллюзіи и пароксизмы аффекта страха въ видѣ отдѣльныхъ przypadковъ страха. Съ переменною обстановки начинается успокоеніе, которое весьма быстро становится окончательнымъ. Сравнительно рано обнаруживается сознательное отношеніе ко всему случившемуся; п-ка сама въ состояніи опредѣлить, что въ ея состояніи и поведеніи было ненормальнаго. Достигается *status quo ante*. Что касается продолжительности отдѣльныхъ фазъ заболѣванія, то мы находимъ, что періодъ подготовленія почвы, т. е. возникновеніе первоначальнаго боязливаго ожиданія имѣетъ исходомъ смерть мужа п-ви, послѣдовавшую въ маѣ 1912 г. Душевныя волненія въ домѣ дочери происходили въ сентябрѣ и октябрѣ, они продолжались до декабря, когда появились сверхъ того волненія и заботы другого содержанія (переимѣна квартиры, окончательный раздѣлъ). Душевныя волненія, отъ которыхъ прямо зависитъ и происходитъ затяжное аффективное колебаніе, вызваны событіями, относящимися къ декабрю 1912 г.; наконецъ, послѣднимъ аффективнымъ шокомъ, вызвавшимъ заболѣваніе, является волненіе 1 января 1913 г. Далѣе наблюдаемые два пароксизма—припадки страха относятся къ 8 и 12 января. Затѣмъ слѣдуетъ быстрое успокоеніе; уже начиная съ 20 января въ сущности аффекты, вызванные представленіями, относящимися къ декабрьскимъ событіямъ, вызвавшимъ аффективное затяжное колебаніе, уже не наблюдались; наблюдались аффекты незначительной интенсивности, относившіеся къ предшествовавшимъ фактамъ, происходившимъ осенью 1912 г.

Мы видимъ, что болѣзнь продолжалась всего около двухъ недѣль, что при поступленіи п-ки въ клинику она уже почти прошла, что явствуетъ уже изъ того, что при самомъ поступленіи п-ка была въ состояніи дать довольно объективный ретроспективный анамнезъ, который не мѣнялся съ теченіемъ времени и, насколько возможно, былъ провѣренъ и оказался правдивымъ.

Итакъ, благодаря подробному ретроспективному анамнезу интеллигентной пациентки мы въ состояніи познакомиться съ извѣстною точностью съ ходомъ развитія душевной болѣзни ея. Мы констатируемъ, что ходъ болѣзни въ значительной степени обуславливается внѣшними событіями, получившими возможность дѣйствовать на пациентку благодаря тому, что у нея предварительно развивалось извѣстное настроеніе; это настроеніе со своей стороны долгое время не принимало патологической интензивности. Это настроеніе въ сущности никакого развитія въ смыслѣ психоза не имѣетъ; пароксизмы страха представляютъ собою также эпизоды безъ дальнѣйшаго развитія: словомъ вся картина заболѣванія не производитъ впечатлѣнія психоза; можно, пожалуй, назвать заболѣваніе abortивнымъ психозомъ или лучше вполне соответствующимъ названіемъ: затыжнимъ аффективнымъ состояніемъ на почвѣ аффекта страха.

Данный случай представляетъ довольно несложную картину, благодаря отсутствію спутанности (въ обширномъ смыслѣ этого понятія), а затѣмъ и вслѣдствіе сравнительно незначительной продолжительности.

Затыжныя аффективныя состоянія, какъ состоянія непосредственно зависящія отъ основного аффекта, по своему клиническому виду бываютъ чрезвычайно различны, такъ какъ они довольно часто не протекаютъ по общему типу аффектъ-психозовъ-экспансивно-гипертимическому или депрессивному, а сохраняютъ особенности основнаго аффекта (*Ziehen*) Уже изъ этого обстоятельства можно заключить, что мы тутъ

не имѣемъ дѣла съ хорошо развитыми психозами. Но несмотря на индивидуальность картины болѣзни при разныхъ аффектахъ, затяжныя аффективныя колебанія, происходящія отъ одного и того же аффекта, обнаруживаютъ много, иногда поразительно много, сходства между собою. Такъ напр., данный случай можетъ служить типомъ одного изъ наиболѣе часто встрѣчающихся заболѣваній. Дѣйствительно, осложненія аффекта страха и типическіе аффекты страха имѣютъ настолько характерныя особенности и имѣютъ столь значительное значеніе для психическихъ функцій, что *Wernicke* счелъ возможнымъ выдѣлить эти состоянія въ особенную форму „*Angstpsychose*.“ Если такая форма психической болѣзни и не получила права гражданства (см. работу *Forster'a*\*), то тѣмъ не менѣе типическія затяжныя аффективныя состоянія на почвѣ аффекта страха суть явленія неоспоримыя. По практической важности они стоятъ на первомъ мѣстѣ; второе мѣсто занимаютъ случаи на почвѣ аффекта печали.

Другіе случаи—на основаніи напр. аффектовъ гнѣва, радости, горя—несравненно рѣже. Особенно насъ поражаетъ, что такой могущественной аффектъ, какъ испугъ, вызываетъ чрезвычайно рѣдко (повидимому) затяжныя аффективныя состоянія (напр., мнѣ до сихъ поръ не удалось наблюдать ни одного случая). Психическія разстройства, обыкновенно развивающіяся послѣ сильнаго испуга напр. при землетрясеніяхъ, несчастныхъ случаяхъ и т. д. многократно описаны и намъ поэтому извѣстны хорошо; среди многочисленныхъ картинъ болѣзней, описанныхъ въ литературѣ, мы не находимъ описанія типическаго затяжнаго аффективнаго состоянія. Изъ этихъ довольно подробныхъ и тщательныхъ наблюденій мы можемъ заключить, что въ такихъ случаяхъ обыкновенно развиваются состоянія, близкія къ простымъ и аффективнымъ

\*) *Forster. die Angstpsychosen. Berlin 1910.*

сумеречнымъ состояніямъ. Это происходитъ по всей вѣроятности отъ того, что затяжныя аффективныя состоянія требуютъ продолжительнаго аффективнаго подготовленія, между тѣмъ какъ испугъ дѣйствуетъ слишкомъ кратковременно. Конечно испугъ можетъ вызвать затяжное аффективное состояніе, если уже почва подготовлена; однако въ такомъ случаѣ центромъ тяжести заболѣванія будетъ не испугъ, а тотъ аффектъ, который подготовлялъ почву.

№ 6410 *клиническаго журнала.*

Л. К., служанка, 47 лѣтъ отъ-роду, помѣщается въ клинику братомъ при помощи и по рекомендаціи полицейской власти. П-ка сама появилась сегодня утромъ въ полицейское управленіе и сообщила, что докторъ К. врачъ, практикующій въ городѣ, отравилъ ее лекарствомъ. П-ка находилась въ сильномъ возбужденіи, вела себя шумно, сообщила фантастическія вещи про доктора К., словомъ производила впечатлѣніе душевно-больной, вслѣдствіе чего ее помѣщаютъ въ клинику. П-ка протестуетъ, считая себя совершенно здоровой. Братъ п-ки сообщаетъ, что она раньше не страдала нервною или душевною болѣзною, что она служить у господъ всю жизнь, что ея всегда были довольны, что она всегда была особа прилежная и солидная и успѣла въ теченіи лѣтъ накопить себѣ довольно крупныя сбереженія. П-ка всегда была очень набожна, около одного года тому назадъ эта набожность становилась почти болѣзненной; п-ка примкнула къ сектѣ адвентистовъ и стала постоянно посѣщать молитвенныя собранія; она сдѣлала весьма крупное (для ея средствъ) пожертвованіе съ благотворительною цѣлью (будто бы въ 400 руб). Потомъ послѣдовало значительное успокоеніе. Въ теченіе послѣднихъ недѣль п-ка стала опять весьма религіозной и безпокойной. Она сильно интересовалась всѣмъ тѣмъ, что происходило въ церкви и старалась принимать активное участіе въ жизни прихода; такъ напр., она не была согласна съ проповѣдью, *услышанною* ею въ церкви, ходила нѣсколько разъ къ проповѣднику, чтобы убѣдить его въ ошибкѣ и указать ему правильное пониманіе текста. Отъ этихъ посѣщеній,

окончившихся впрочемъ совершенно неудачно, возбужденіе п-ки все увеличивалось.

Къ этому присоединилось еще то, что п-ка—по ея словамъ—страдала женскою болѣзью. Она была принуждена обратиться къ гинекологу, что для нея было сопряжено съ большими душевными волненіями, тѣмъ болѣе, что о быстромъ излеченіи не было и рѣчи. Она обратилась еще къ другому гинекологу, который ее послалъ къ специалисту по нервнымъ болѣзнямъ доктору К. П-ка долго не рѣшалась обратиться къ нему, предчувствовала что то нехорошее, но все-таки наконецъ пошла. Отъ доктора она пришла чрезвычайно взволнованная: докторъ ее „околдовалъ,“ задержалъ у нея мысли, кромѣ того онъ сообщилъ ей, что она страдаетъ душевною болѣзью. П-ка пришла въ крайнее безпокойство послѣ принятія лекарства, предписаннаго докторомъ, она была увѣрена, что она отравилась, все повторяла, что произошло несчастье и что она жалѣетъ, что пошла къ доктору. Всю ночь не спала, была безпокойна. Рано утромъ отправилась въ полицейскій участокъ со своею жалобою, и прямо оттуда препровождена въ психіатрическую клинику.

12.1.13. П-ка—женщина удовлетворительнаго тѣлосложенія и питанія, въ соматическомъ отношеніи никакихъ отклоненій отъ нормы не обнаруживаетъ. П-ка вполне ориентирована, знаетъ и понимаетъ, что она находится въ психіатрической клиникѣ, противъ чего протестуетъ. Она говоритъ почти безъ умолку, быстро, въ очевидномъ волненіи; въ своей рѣчи она постоянно переходитъ отъ одной мысли къ другой; она говоритъ о законѣ Божьемъ, о нечистомъ духѣ и нечестыхъ людяхъ, къ которымъ привадежитъ и докторъ К., который хотѣлъ ее отравить, онъ нечестный человекъ, такъ какъ онъ дома носитъ бѣлое платье (халатъ), а на улицѣ бываетъ въ черномъ; онъ притворщикъ, онъ дома притворяется ласковымъ, а на улицѣ является въ настоящемъ видѣ; развѣ бѣлое и черное могутъ „сходиться“? Надо всегда говорить правду: пусть придетъ докторъ Г. (гинекологъ), она ему скажетъ все. Чистое сердце и любовь Божія выше всего..... П-ка можетъ дать только краткіе отвѣты, она отвѣчаетъ на вопросы, но сейчасъ теряетъ нить и переходитъ къ рѣчамъ уже приведеннаго типа. Она не можетъ поэтому изложить

своей анамнезъ, вопросы ее волнують и она отказывается говорить.

П-ка лекарства не принимаетъ—она совершенно здорова, только злые люди хотятъ сдѣлать ее больной, но она не боится, Богъ все видитъ и т. д. Ночью спокойна.

13.1 Возбужденіе п-ки увеличивается. Рѣчи того-же характера и содержанія, отчасти произнесены тономъ проповѣди. Вполнѣ ориентирована, но относится крайне недоувѣрчиво къ окружающимъ. Все выходитъ изъ кровати, не слушается ни сидѣлокъ, ни врача. Вечеромъ поднимаетъ большой скандалъ: она замѣтила, какъ въ сосѣднемъ коридорѣ сидѣлка немного покурила можжевеловымъ для дезодоризаціи и подняла громкій протестъ, полагая что ее хотятъ обратить въ православіе. Пациентка поднимаетъ голосъ, все выходитъ въ корридоръ, проситъ, чтобы ее не убивали: это было бы грѣхомъ. Помѣщена въ дежурное отдѣленіе, при чемъ кричитъ изо всего горла и оказываетъ отчаянное сопротивленіе.

14.1 П-ка совершенно ориентирована; она требуетъ, чтобы ее выпустили немедленно, все встаетъ съ кровати, все стремится къ выходной двери. Рѣчи въ общемъ тѣ-же, что и раньше; п-ка много молится, то громко, то тихо, иногда внезапно останавливаетъ рѣчь, какъ будто-бы прислушиваясь къ какимъ-то (галлюцинаторнымъ) словамъ. На другихъ больныхъ не обращаетъ вниманія. Полный отказъ отъ пищи.

15.1 Ночью была безпокойна. Поведеніе то-же, что и вчера. Искусственное кормленіе черезъ зондъ. П-ка оказываетъ крайнее сопротивленіе, полагаетъ потому, что ее отравили, что ее хотятъ убить. То молится, то увѣщаетъ окружающихъ не дѣлать ничего нехорошаго. Отвѣчаетъ на вопросы такимъ-же неудовлетворительнымъ образомъ, какъ раньше; все повторяетъ тѣ-же самые обороты рѣчи, увѣщанія, рассказы о докторѣ К, о докторѣ Г, о злыхъ людяхъ, о христіанствѣ и т. п. Встрѣчаются также движенія рукъ очевидно символическаго значенія: п-ка какъ бы удаляетъ отъ себя приближающагося врача.

16.1 Поведеніе п-ки то-же, что въ послѣдніе дни. Сегодня случайно вошелъ врачъ, когда п-ка произносила свои рѣчи почти въ тонѣ проповѣди. При видѣ его она сдѣлала разныя странныя движенія рукой и умоляла совершенно. Спрошенная, что эта значитъ, она не отвѣтила, а потомъ, по прошествіи

нѣсколькихъ минутъ, внезапно заговорила: просила врача освободить ея умъ, который имъ, врачомъ „запирается“; она это знала уже давно, а теперь это замѣтила, какъ только врачъ вошелъ въ комнату. П-ка совершенно ориентирована, считаетъ себя вполне здоровой, требуетъ чтобы ее выпустили. Отказъ отъ пищи.

17.1 Ночью помочилась на кровать, что сегодня оспариваетъ, горячо говоря, что ее хотятъ оклеветать, а потомъ не хочетъ говорить, молчитъ. Галлюцинаціи не исключены: часто кажется, что она прислушивается къ чему-то. Относится явно враждебно къ сидѣлкамъ и врачамъ, особенно бранить сидѣлку, подавшую черную душегрѣйку: она грѣшница пусть не войдетъ въ комнату и т. д.

20.1 И днемъ и ночью до сихъ поръ безпокойна. Между прочимъ сообщила дежурной сидѣлкѣ, что ее преслѣдуетъ нечистый духъ, что она слышитъ голоса духовъ. П-ка въ общемъ находится въ томъ же самомъ состояніи возбужденія, на вопросы или не отвѣчаетъ вовсе, или же сейчасъ переходить къ пространнымъ рѣчамъ, касающимся всегда вѣры: она христіанка и никогда не измѣнитъ Христу; всѣмъ слѣдуетъ говорить правду; она всегда была честная и вѣрующая женщина, пусть спросятъ г-на Г., у котораго она раньше служила, она скажетъ правду..... ее хотятъ сдѣлать сумашедей, она это замѣчаетъ, но это не удастся, потому что она Божье дитя и т. д.—Принятіе пищи все еще крайне неудовлетворительно. Въ болѣе спокойныя минуты п-ка удается установить, что п-ка совершенно ориентирована относительно мѣста и времени; далѣе, что она полагаетъ, что врачъ какимъ-то ей еще неизвѣстнымъ способомъ „останавливаетъ“ у нея мысли; онъ дѣлаетъ это съ нечестною цѣлью и при помощи нечистой силы или преступнымъ, закономъ запрещеннымъ, способомъ; то-же самое съ нею предпринялъ и докторъ К.

24.1 Замѣтное успокоеніе, особенно ночью: п-ка спитъ удовлетворительно. Переведена въ прежнее отдѣленіе, отъ принятія лекарства отказывается.

1.2 Въ теченіи послѣдней недѣли замѣчается медленно прогрессирующее дальнѣйшее успокоеніе. П-ка уже не волнуется такъ часто и сильно, какъ прежде, молится и говоритъ меньше, обращаетъ мало вниманія на окружающихъ и уже не производитъ символическихъ движеній. Ночью иногда не со-

всѣмъ спокойна. Проводитъ большую часть времени въ кровати, не занимаясь ничѣмъ. Когда съ нею говорятъ, она сейчасъ начинаетъ волноваться и говоритъ такія же вещи, какъ и раньше. П-ка вполне ориентирована; она считаетъ себя совершенно здоровой, называетъ клинику тюрьмой. На предложеніе надзирательницы и врача, заниматься чѣмъ-нибудь, помогать сидѣлкамъ при уборкѣ комнаты или при чисткѣ посуды, она отвѣчаетъ упорнымъ отказомъ: она въ тюрьмѣ не станетъ работать. Ожидаетъ, чтобы ее освободили; она заключена несправедливымъ образомъ.

8.2. Успокоеніе продолжается. П-ка не любитъ говорить, все находится въ настроеніи враждебномъ къ окружающимъ, все готова дать отпоръ. Считаетъ себя совершенно здоровой и желаетъ выписки, но уже законнымъ путемъ: чтобы пришелъ братъ, помѣстившій ее, и выписалъ ее—(этогъ модусъ былъ ей сообщенъ). Отъ работы п-ка упорно отказывается. Принятіе пищи удовлетворительно. Получивъ платье, она не злоупотребляетъ своими правами, не старается уходить, а протестуетъ лишь словесно, при чемъ разговоръ у нея выходитъ лишь въ томъ отношеніи неразумнымъ, что у нея отсутствуетъ сознаніе болѣзни. Какъ только п-ка начинаетъ волноваться, она впадаетъ въ прежній тонъ. Крупное нарушеніе спокойнаго состоянія произошло только одинъ разъ, а именно, когда она получила визитъ подругъ, богомолокъ; п-ка волновалась въ теченіи всего дня, говорила громкимъ голосомъ, что ее держать въ тюрьмѣ; не слушалась сидѣлокъ и врача, не давала никакихъ отвѣтовъ, или же отвѣчала религиозными фразами.

15.2 Почти полное успокоеніе. Родственники п-ки считаютъ ее нормальной. П-ка производитъ впечатлѣніе женщины религиозной, честной и солидной и вмѣстѣ съ тѣмъ въ своемъ родѣ гордой и требовательной; она весьма обидчива и упряма. Тѣмъ не менѣе она тщательно отрицаетъ, что у нея имѣются сбереженія—очевидно боясь, что клиника станетъ ее держать на собственной счетъ еще неопредѣленное время. Считаетъ себя здоровою и не соглашается, что она больна, а объясняетъ свое поведеніе: такъ напр., она отказывалась отъ пищи, потому что у нея были заботы. На вопросъ, почему она помочилась въ кровать, она отвѣчаетъ, что это клевета. Взволнованная она рассказываетъ, что въ другой комнатѣ (въ де-

журномъ отдѣленіи) ее окружили святые духи, что теперь ее окружаетъ „нечистая сила.“ Но ее нельзя обмануть; такъ напр. ей дали знать, что вода въ графинѣ—райская вода, но это неправда..... и т. д.

22.2. Къ врачу п-ка все еще относится враждебно, не любитъ говорить съ нимъ, отворачивается съ негодующимъ выраженіемъ лица, считая его виновникомъ пребыванія ея въ клиникѣ. Считаетъ себя здоровою и не соглашается, что была больна. Какъ прежде держитъ себя особнякомъ, болшею частью сидитъ у окна, ожидая прибытія брата. На другихъ больныхъ не обращаетъ никакого вниманія не вступаетъ въ разговоръ съ ними. Но есть минуты, когда она становится болѣе доступной и говоритъ съ сидѣлкой; при этомъ оказывается что она боится, что ее продержатъ въ клиникѣ на ее же счетъ еще мѣсяцъ; затѣмъ говоритъ много о вѣрѣ; о томъ, что по ея мнѣнію одно мѣсто въ Св. Писаніи проповѣдникомъ толкуется неправильно, она теперь убѣдилась, что вообще все ученіе ошибочно. Далѣе будто бы сообщила, что баптисты выманили у нея денегъ (то всегда отрицала упорно). П-ка не занимается ничѣмъ, отвергаетъ всякую работу: она здѣсь не служить.

28.2 П-ка въ общемъ производитъ впечатлѣніе психически здоровой, но немного своеобразной женщины; такъ напр. поведеніе ея по отношенію къ врачу, сидѣлкамъ, окружающимъ другимъ больнымъ, какъ и прежде, отталкивающее и почти враждебное. Она постоянно старается соблюдать свое яво-бы нарушенное право, защищаться, протестовать. Тщательно занимается своимъ туалетомъ, весьма аккуратно. Все время проводитъ около своей кровати, въ ожиданіи, не выходитъ изъ комнаты. Много молится, часто поетъ тихимъ голосомъ духовныя пѣсни. По прежнему упорно отказывается отъ работы: она можетъ работать дома. П-ка уже способна дать довольно подробное изложеніе того, что съ нею случилось. Она при этомъ совершенно отрицаетъ, что она была больна и что имѣлся нѣкоторый поводъ помѣстить ее въ клинику. Когда ей напоминаютъ эти факты, она сперва старается ихъ объяснить, а потомъ волнуется, отказывается говорить: оставьте меня въ покоѣ, я Божіи дитя, говорить о правдѣ и т. д.

Впрочемъ п-ка не отрицаетъ, что она слышала голоса духовъ, что она чувствовала, какъ на ея умъ подѣйствовали

сверхъестественнымъ образомъ, но теперь остается невыясненнымъ, вѣрить ли она еще въ реальность голосовъ духовъ или пѣть,—отъ этого отвѣта п-ка уклоняется, свои прочія странныя ощущенія а также и остановку мыслей она приписываетъ тайно примѣненному электричеству. Вообще удается получить у п-ки довольно подробный ретроспективный анамнезъ. Оказывается, что п-ка дѣйствительно пришла къ убѣжденію, что вѣроученіе и проповѣдь, услышанныя ею, должны быть изложены иначе, однако старанія ея убѣдить проповѣдника въ правильности взглядовъ ея были безуспѣшны. Въ то-же самое время съ нею происходила другая непріятность, которая ее чрезвычайно беспокоила и волновала. Она познакомилась среди членовъ секты съ однимъ молодымъ человѣкомъ, который былъ моложе ея на болѣе, чѣмъ 20 лѣтъ. На основаніи дружбы этотъ молодой человѣкъ хотѣлъ занять у нея денегъ, но получилъ лишь 10 рублей. Затѣмъ онъ хотѣлъ вступить съ нею въ любовную связь, отъ чего она совершенно отказалась, считая это и нечестнымъ, и грѣшнымъ; она даже не согласилась сниматься вмѣстѣ съ нимъ у фотографа, что также считала недопустимымъ. Особенно ее волновала то обстоятельство, что молодой человѣкъ, которому она приписала намѣреніе склонить ее къ грѣшнымъ поступкамъ, тоже принадлежалъ къ благочестивымъ сектантамъ. Все происшедшее возбудило въ п-кѣ сомнѣніе въ правильности ученія и послужило причиной многократныхъ волненій: она сама убѣдилась, какъ нечистый духъ овладѣваетъ людьми и какъ онъ строитъ козни невиннымъ. До тѣхъ поръ п-ка могла справиться со всѣмъ случившимся, все несчастіе, постигшее ее, произошло отъ того, что она искала помощи у врачей, потому что у нея прекратились менструаціи. П-ка обратилась къ двумъ врачамъ: второй сильно взволновалъ ее, такъ какъ на жалобы ея онъ не отвѣтилъ ни слова, а покачалъ только головой и издалъ звукъ м—м—и посоветовалъ ей обратиться къ специалисту по нервнымъ болѣзнямъ. П-ка уже предчувствовала, что у доктора К. (специалиста по нервнымъ болѣзнямъ) ее ожидаетъ что-то нехорошее. Когда она послѣ долгихъ колебаній отправилась къ нему, она сильно волновалась. На лѣстницѣ передъ дверью доктора она сильно испугалась: на нее откуда-то подулъ холодный вѣтеръ: ей пришло въ голову, что это, можетъ быть былъ злой духъ. Когда п-ка въ ожиданіи у доктора сидѣла на стулѣ, она вдругъ почувствовала, какъ у нея остановились

мысли, вѣроятно стулъ былъ особенный—она испугалась, подумала, что докторъ, котораго она не увидала и который все время находился въ другой комнатѣ, находится въ связи съ нечистой силой и ушла. Черезъ нѣкоторое время она пришла вновь къ доктору, который, ввиду взволнованнаго ея состоянія, предложилъ ей принять какое-то лекарство, которое она и приняла. Она тотчасъ-же узнала, что докторъ ее отравилъ и произвела шумную сцену. Докторъ старался ее успокоить при чемъ (вѣроятно на угрозу ея, что она обратится въ судъ съ жалобой на отравленіе) онъ ей будто бы сказалъ, что она сошла съ ума и должна поступить въ психіатрическую клинику. Она ушла въ сильномъ волненіи, колебалась все время, не донести ли полиціи о случившемся. Всю ночь не спала. Рано утромъ отправилась въ полицейской участокъ и донесла, что докторъ К. ее хотѣлъ отравить. (Остальныя подробности извѣстны изъ анамнеза).

П-ка теперь еще считаетъ К. злымъ человѣкомъ, хотя нельзя отъ нея добиться отвѣта, отравилъ-ли онъ ее дѣйствительно. Однако и безъ этого онъ является для нея виновникомъ несчастія ея: не будь она у него, не попала бы въ „домъ сумасшедшихъ“. Въ своихъ рѣчахъ п-ка соблюдаетъ нѣкоторую осторожность, не любитъ говорить о своей болѣзни, опасаясь, что неосторожныя изрѣченія могутъ служить матеріаломъ, доказывающимъ ея психическую болѣзнь; вообще она не можетъ отрицать происшедшее, но старается объяснить все своимъ справедливымъ негодованіемъ и возбужденіемъ.

2.2 Выписана. Общее успокоеніе не подлежитъ никакому сомнѣнію.

Въ теченіе слѣдующихъ недѣль полное возстановленіе status'a quo ante. П-ка поступила на службу.

Въ октябрѣ служить у господъ, безъ всякихъ отклоненій отъ нормы. П-ка—женщина набожная, честная, немного своевольная.

Данный случай съ чисто симптоматологической точки зрѣнія принадлежитъ къ случаямъ острой параной съ единичными галлюцинаціями; развитіе же и теченіе показываютъ, что мы имѣемъ дѣло съ затяжнымъ аффективнымъ состояніемъ, на высотѣ котораго является параноическій эпизодъ съ бредомъ отношенія, преслѣдованія, галлюцинаціями; галлюцинаціи впрочемъ играютъ весьма незначительную роль. Параноическі

симптомокомплексъ не имѣеть никакого развитія, наблюдается лишь обратное развитіе уже существующаго бреда. Бредъ этотъ всецѣло основывается на фактахъ внѣшней жизни п-ки, которые вызываютъ все болѣе и болѣе усиливающіеся аффекты на почвѣ религіозныхъ представленій п-ки. Женщина немолодая, набожная и воспримчивая къ религіознымъ идеямъ, попадетъ въ общество сектантовъ. Она увлекается ученіемъ ихъ, но религіозныя чувствованія ея—а также и идеи—настолько сближаются, что получается длительное аффективное состояніе, чему способствуетъ дальнѣйшіе факты, сопряженные со столько же сильными аффектами и еще болѣе помѣщающими комплексъ религіозныхъ представленій въ центръ сознаній. Это происходитъ довольно легко, такъ какъ религіозныя представленія и чувствованія у нея уже раньше или даже всегда играли весьма значительную роль. Развивается и бредъ преслѣдованія—„нечистый духъ“ преслѣдуетъ ее—и бредъ отношенія со многочисленными бредовыми истолкованіями, получается конфликтъ съ окружающимъ міромъ и п-ка попадаетъ въ психіатрическую клинику. Здѣсь идеи преслѣдованія и отношенія имѣютъ исключительно только религіозное содержаніе, сюда же и относятся единичныя галлюцинаціи ея. Возбужденіе п-ки находится въ тѣсной зависимости отъ происшествій въ окружающемъ мірѣ; послѣ удаленія такихъ вліяній наступаетъ быстрое успокоеніе. Продолжительность параноическаго симптомокомплекса не превышаетъ 8—10 дней. Окончательное обратное развитіе затаянаго аффективнаго состоянія происходитъ гораздо медленнѣе, отчасти вслѣдствіе появленія новыхъ опасеній: братъ п-ки хотѣлъ учредить опеку надъ имуществомъ ея, что ей было извѣстно. Несмотря на почти полное успокоеніе п-ки, вполне объективной оцѣнки происшедшаго съ нею мы не наблюдаемъ, но это не можетъ рассматриваться какъ оставшаяся параноя, а есть просто наблюдаемая нерѣдко у вполне здоровыхъ въ психическомъ отношеніи субъектовъ—особенно у женщинъ—особенность, заключающаяся въ томъ,

что они не въ состояніи объективно разсмотрѣть вещи касающіяся-ихъ самолюбія, тѣмъ болѣе, если они считаютъ себя хоть отчасти несправедливымъ образомъ обиженными. Именно такимъ характеромъ обладаетъ п-ка, что выясняется и изъ анамнеза и изъ разспросовъ родственниковъ ея, и изъ поведения п-ки во время пребыванія ея въ клиникѣ. Итакъ изъ неправильной оцѣнки происшедшаго со стороны п-ки нельзя заключить, что у нея дѣйствительно развивалась параноя, что впрочемъ и подтверждается дальнѣйшими свѣдѣніями о состояніи здоровья п-ки. Весь характеръ заболѣванія получаетъ важную иллюстрацію, если мы обращаемъ вниманіе на продолжительность отдѣльныхъ фазъ болѣзни. Намъ извѣстно, что п-ка уже раньше имѣла усиленіе религіозныхъ чувствъ по всей вѣроятности патологической интенсивности; религіозное возбужденіе, упоминаемое въ анамнезѣ, относится къ концу декабря и началу января, къ этому же времени относится и дружба п-ки съ молодымъ человѣкомъ. Визитъ у гинеколога, документирующій сильное возбужденіе п-ки, былъ 9-го января, визитъ у д-ра К., специалиста по нервнымъ болѣзнямъ, 11-го января. Начиная съ 9—11 января состояніе п-ки является уже грубо-патологическимъ: она нуждается въ леченіи въ специальномъ заведеніи. Отъ 14-го января приблизительно по 21-ое продолжается самое тяжелое состояніе: бредъ, галлюцинаціи. 17-го янв. п-ка (въ единственный разъ) намочила кровать: признакъ тяжелаго разстройства у нашей п-ки, обыкновенно тщательно аккуратной и чистоплотной. Отъ 21-го до 24-го замѣчается успокоеніе; 24-го п-ка можетъ оставить дежурное отдѣленіе. Съ этого числа начинается постепенное и равномерное успокоеніе; въ теченіи 3—4 недѣль п-ка успокаивается настолько, что уже не нуждается въ пребываніи въ специальномъ заведеніи. Итакъ продолжительность всей болѣзни равна 6—7 недѣлямъ, при чемъ нужно имѣть въ виду, что для нашей пациентки самое помѣщеніе въ клинику и пребываніе въ ней отчасти является факторомъ, поддерживаю-

щимъ общее возбужденіе, и что съ другой стороны пребываніе въ клиникѣ охраняло ее отъ возможныхъ вредныхъ вліяній и тѣмъ способствовало болѣе скорому успокоенію. Диагнозъ едва ли можетъ подвергаться сомнѣнію: мы имѣемъ передъ собою случай затяжного аффективного состоянія, временно, въ видѣ пароксизма или высоты болѣзненнаго состоянія, принимающаго форму „острой“ простой параной съ единичными галлюцинаціями“. Мы видимъ далѣе въ этомъ случаѣ, что затяжное аффективное состояніе вызывается и поддерживается аффектами разнаго рода, и что наконецъ какъ бы общимъ знаменателемъ являются аффекты сопряженные у п-ки съ религіозными представленіями. Такой процессъ наблюдается обыкновенно у людей религіозныхъ, заболѣвающихъ затяжнымъ аффективнымъ состояніемъ; религіозныя представленія сопровождаютъ ихъ постоянно съ незначительной энергіей, также какъ и религіозныя чувствованія, но какъ только происходитъ у нихъ нарушеніе душевнаго равновѣсія, у нихъ вызываются вслѣдствіе волненій религіозныя представленія, т. е. они получаютъ значительную энергію, вмѣстѣ съ тѣмъ усиливаются религіозныя чувствованія; наконецъ эти религіозныя чувствованія абсорбируютъ остальные и получается затяжное аффективное состояніе (иногда съ осложненіями) на почвѣ религіозныхъ чувствованій. Такія состоянія по Ziehen'у вообще называются этическими; первоначально это названіе было предложено для подобныхъ состояній, возникшихъ на основаніи т. н. высшихъ чувствованій, т. е. этическихъ, религіозныхъ, гуманитарныхъ и т. д. Такъ какъ существенной разницы между затяжными аффективными состояніями, возникшими на основаніи различныхъ чувствованій нѣтъ, то теперь предлагается это названіе вообще для всѣхъ затяжныхъ аффективныхъ состояній, обнаруживающихъ симптомы специфически психотическіе.

№ 6482 *клиническаго журнала.*

М. К. 34 л., крестьянка, помѣщается мужемъ. Она заболѣла внезапно два дня тому назадъ (2-го апрѣля), она была совершенно здорова до этого дня. Утромъ 2 апрѣля она сообщила мужу, что она умерла ночью, что младшій ребенокъ, которому теперь три мѣсяца, также умеръ, и что умеръ отецъ ея—что она передъ смертью отца хотѣла получить благословленіе, но что ей сообщили, что оцъ уже умеръ (отецъ п-ки въ дѣйствительности уже нѣкоторое время боленъ). Затѣмъ п-ка стала излагать Св. писаніе, произнесла проповѣдь, увѣщевала мужа и брата молиться на колѣняхъ, запѣла громкимъ голосомъ. Въ виду очевидности душевнаго заболѣванія на слѣдующій день было предпринято путешествіе въ Юрьевъ, въ клинику; по дорогѣ ничего особеннаго не случилось, п-ка была совершенно послушна, спала ночь хорошо. Но она упорно отказывается отъ пищи, потому что яко бы теперь постъ (П-ка—лютеранка).

Изъ прошлаго п-ки извѣстно, что она никогда серьезными болѣзнями не страдала, что у нея никогда не было нервной или душевной болѣзни. Около новаго года она благополучно родила. П-ка всегда любила читать; она много читала библію, особенно въ теченіе послѣднихъ мѣсяцевъ; читала ее и днемъ и ночью. Уже много лѣтъ п-ка страдаетъ наочною болѣзнью (у нея psoriasis), что ее всегда удручало; она часто жаловалась на свою участь и всячески старалась освободиться отъ этой болѣзни, но тщетно. Въ настоящее время состояніе наочною болѣзни весьма удовлетворительно, но п-ка выражала опасеніе, что опять будетъ репидивъ.

4.4. 13. П-ка—женщина удовлетворительнаго тѣлосложенія и питанія, совершенно ориентирована, ведетъ себя совершенно разумно, повидимому весьма пассивна. Она спокойно сообщаетъ, что она дѣйствительно умерла 3 дня тому назадъ, и что она воскресла, такимъ же образомъ умерли и воскресли отецъ и сынъ ея; она сама теперь уже не Марія К., а „Любовь“, сынъ ея „Надежда“, отецъ „Вѣра“<sup>1)</sup>. Затѣмъ п-ка становится на колѣни и поетъ духовный гимнъ—успокаивается, проводитъ время тихо въ постели, много молится. Подъ

<sup>1)</sup> Въ эстонскомъ языкѣ нѣтъ разногласія между этими словами, взятыми какъ имена, и поломъ именуемыхъ лицъ.

вечеръ происходитъ внезапное оживленіе—она кричитъ громкимъ голосомъ, снимаетъ съ себя всю одежду и рубашку, которую употребляетъ какъ оружіе противъ невидимаго врага, опрокидываетъ кровать, производитъ странныя гимнастическія упражненія, стоитъ потомъ—совершенно голая—нѣсколько минутъ совершенно неподвижно въ позѣ молящейся. П-ка не отвѣчаетъ на вопросы. Будучи въ ваннѣ, опять становится весьма безпокойной, обливаетъ сидѣлокъ водою, выливаетъ воду черезъ край ванны. Отказывается отъ пищи. Въ своей комнатѣ бросаетъ постель на полъ, мочилась на матрацъ своей постели. Ночью отчасти совершенно спокойна, отчасти производитъ гимнастическія упражненія, прыгаетъ. П-ка всѣ свои движенія производитъ молча. Выраженіе лица—весьма довольное или радостное.

5.4. Утромъ совершенно разумна, отвѣчаетъ на всѣ вопросы, совершенно ориентирована, одѣта. Объясняетъ свое вчерашнее поведеніе: она раздѣлась потому, что и Эва въ раю была безъ одежды. Молилась на матрацъ, потому что увидѣла на немъ пятно, которое такимъ образомъ хотѣла смыть. Отказалась отъ пищи, потому что теперь постъ. Дѣлала движенія потому, что это полезно для здоровья. П. нѣсколько часовъ совершенно спокойна, но затѣмъ опять оживляется, занимается гимнастикой, поетъ, переворачиваетъ всю кровать, выбрасываетъ подушки изъ окна. Получивъ апельсинъ она оттираетъ себя этимъ апельсиномъ, при чемъ опять совершенно раздѣвается. Ночью—то-же самое: дѣлаетъ гимнастику, молится, поетъ гимны.

6.4. Утромъ совершенно разумна. Даетъ насчетъ своего поведенія такія же отвѣты, какъ вчера. Оттирала себя апельсиномъ, потому что это полезно для здоровья. Вечеромъ безпокойна: все такимъ-же образомъ, какъ 4-го апрѣля. Ночью спокойна.

7.4. Сегодня утромъ то молится, то поетъ, то дѣлаетъ гимнастику. П-ка въ то-же самое время отвѣчаетъ на вопросы, объясняетъ свое поведеніе, какъ уже раньше. Полученныя ею конфеты раздаетъ и разбрасываетъ другимъ больнымъ. Высказываетъ свое отвращеніе передъ грязью, вслѣдствіе чего выбрасываетъ изъ окошка подушку, простыню, рубашку. Постоянно требуетъ воды; получивъ ее, она сейчасъ же выливаетъ ее на себя. Иногда п-ка производитъ впечатлѣніе, будто бы она хочетъ шутить своими странностями. П-ка долгое вре-

мя бесѣдуетъ съ сидѣлками, притомъ совершенно разумно. Предоставленная самой себѣ, она опять возвращается къ своимъ упражненіямъ. Спитъ ночью подъ кроватью.

9.4. До сихъ поръ совершенно то-же самое поведеніе. П. спитъ плохо ночью, то занята разговорами, то молится и дѣлаетъ гимнастику. П-ка иногда беспокоитъ другихъ больныхъ, отнимаетъ у нихъ подушки, бросаетъ ихъ на полъ. Когда она получаетъ ванну, то всякій разъ выливаетъ значительную часть воды черезъ край, безпокойна въ ваннѣ.

10.4. Неопытна, не объясняетъ свое поведеніе, но ориентирована. Желаетъ получить Библию; получивъ газету, читаетъ ее съ вниманіемъ.

12.4. Проводитъ большую часть дня неподвижно въ постели, только изрѣдка шумитъ, т. е. поетъ гимны и молится. Вообще п-ка ночью всегда оживлена, говоритъ много. Замѣчается несомнѣнное улучшение. П-ка объясняетъ свое поведеніе тѣмъ, что она „должна“ все это дѣлать.

14.4. Успокоеніе продолжается. Принятіе пищи и сонъ удовлетворительное.

16.4. Переведена въ отдѣленіе для реконвалесценто́въ. Здѣсь п-ка проводитъ все время въ постели, она говоритъ мало, всѣмъ довольна, послушна, весьма пассивна. Обнаруживаетъ какую-то неестественную благодарность за все.

23.4. Постельный режимъ отменяется. Замѣчаются легкіе слѣды экспансивности: даетъ прислугѣ другія имена, пишетъ письма, въ которыхъ чрезвычайно восхваляетъ клинику, представляетъ свое пребываніе въ клиникѣ въ самомъ розовомъ свѣтѣ. Проситъ работы, но простое руководѣніе для нея оказывается слишкомъ труднымъ.

1.5. Участвуетъ во всѣхъ домашнихъ работахъ.

10.5. Пац. можно считать выздоровѣвшей.

27.5. Выписана. Ретроспективный анамнезъ.

Послѣ родовъ п-ка была много наединѣ со своимъ ребенкомъ и много думала. Она не могла успокоиться при мысли, что у нея кожная болѣзнь, которая постоянно возвращается, несмотря на то, что она лечится уже долгое время. Эти свои заботы она сообщила подругѣ, которая объ этомъ рассказала всему сосѣдству. Скоро п-ка стала замѣчать, что о болѣзни ея говорятъ среди сосѣдей и также среди прислуги и рабочихъ въ собственномъ домѣ; п-ка особенно боялась

того, что могут думать, что у нея имѣется „скверная“, заразительная болѣзнь; также она стала бояться, что вслѣдствіе своей болѣзни она станетъ противной мужу—и что теща ея, которая уже съ самаго начала была противъ брака и съ которою она жила въ постоянной враждѣ, будетъ имѣть противъ нея новый матеріаль, который будетъ ею использованъ для дальнѣйшаго нарушенія отношеній между нею и мужемъ. Всѣ эти опасенія мучили п-ку все время (она хозяйствомъ не занималась, но желала хорошенько поправиться послѣ родовъ); она все была наединѣ и читала и Библию, и книги религіознаго содержанія. Когда п-ка стала чувствовать себя достаточно поправившейся, она обращала вниманіе на хозяйство, при чемъ было много непріятности съ рабочими, которые за время болѣзни п-ки успѣли облѣниться; служащіе обращались неосторожно и небрежно съ хозяйскимъ имуществомъ, отлучались самовольно отъ работы, были недовольны харчами и т. д., угрожали совершенно оставить работу—что при невозможности получить сельскихъ рабочихъ было бы равносильно нанесенію большого ущерба хозяйству. Своего неудовольствія п-ка въ виду нужды въ рабочихъ не могла выражать, такъ какъ она боялась конфликтовъ съ ними, а также хотѣла избѣжать ожидаемаго въ такомъ случаѣ упрека со стороны тещи: что она плохая хозяйка, не умѣющая обращаться съ рабочими. Подъ впечатлѣніемъ всѣхъ этихъ непріятностей, а также въ виду приближающейся Пасхи, п-ка стала читать постоянно Библию и книги духовнаго содержанія. Она также замѣчала въ своему глубокому неудовольствію, что рабочіе у нея въ домѣ, несмотря на предпасхальное время, ведутъ слишкомъ веселую, свѣтскую жизнь: шутятъ съ служанками, играютъ до поздней ночи; но старанія ея повліять на нихъ въ духовномъ смыслѣ не увѣнчались успѣхомъ. Наконецъ п-ка стала еще страдать отъ ревности: мужъ ея нерѣдко ѣздилъ въ городъ со служанкою, что по мнѣнію п-ки было неприлично для хозяина и должно было непременно ставить его въ неловкое положеніе, а затѣмъ эти совмѣстные поѣздки не оправдывались никакими достаточно уважительными причинами. Такъ какъ п-ка свои опасенія и заботы не могла сообщить никому, она искала и находила облегченіе и утѣшеніе въ своихъ духовныхъ книгахъ, весь міръ и идеи которыхъ вліяли на нее тѣмъ болѣе, чѣмъ болѣе она отстранялась отъ прочихъ, чувствуя себя окруженной людьми или противъ нея.

враждебно настроенными, или же ее непонимающими. Впрочемъ, при наружномъ спокойствіи внутреннее безпокойство тѣмъ не менѣе увеличивалось; п-ка не могла отъ своихъ мыслей спать. Обдумывая свое неотрадное положеніе п-ка пришла къ заключенію, что было бы самымъ лучшимъ исходомъ для всѣхъ, если бы она и младшій ребенокъ умерли. Эта мысль ее уже не оставила, и во время бессонныхъ ночей она представляла себѣ, какъ она умретъ, и что произойдетъ послѣ смерти ея. Ночью съ 1 на 2 апрѣля, когда она какъ разъ была занята подобными мыслями, она вдругъ услышала голосъ: „Елизавета, иди ко мнѣ“—и она чувствовала, какъ она умираетъ, что ее нисколько не безпокоило; напротивъ, она была довольна, осталась спокойно въ постели и констатировала оцупываніемъ, что тѣло ея становится неподвижнымъ и холоднымъ. Утромъ она встала—что она объяснила себѣ тѣмъ, что она воскресла, что она не отъ сего міра; что она умерла, для нея было несомнѣннымъ фактомъ. У нея появилась мысль, что младшій ребенокъ и отецъ ея также умерли; ребенка она сейчасъ же пошла посмотрѣть и нашла его также воскресшимъ, однако было видно, что и онъ въ дѣйствительности былъ трупъ. Теперь ей осталось только послѣшить къ отцу: она поѣхала къ нему, нашла и его воскресшимъ, но больнымъ (онъ дѣйствительно страдалъ какою-то болѣзнью). Отецъ впрочемъ совершенно не понималъ ея и она послѣшила домой. Здѣсь она увѣщевала всѣхъ каяться, такъ какъ конецъ міра близокъ; она произнесла проповѣдь, рассказала про чудо, происшедшее съ нею и съ ребенкомъ. Однако уже въ тотъ же самый день мужъ поѣхалъ съ нею въ клинику.

Относительно пребыванія въ клиникѣ п-ка оказывается вполне освѣдомленной, она отлично помнитъ рѣшительно все, что съ нею произошло въ клиникѣ. Относительно своихъ странныхъ поступковъ, которые помнитъ хорошо, п-ка говорить, что она должна была поступить именно такъ, хотя она никакой причины не знаетъ—и не знала, галлюцинацій у нея навѣрное не было. Поведеніе п-ки имѣло прямое отношеніе къ ея библейско-христіанскому комплексу представлений: такъ напр., она снимала съ себя одежду что-бы быть какъ Ева въ раю; она воображала себя не нуждающейся ни въ чемъ, презирающей роскошь, а потому раздавала свои вещи, спала на полу: хотѣла показать свое отвращеніе ко всему грѣшному, почему также выбрасывала свои вещи черезъ окошко; при

чемъ бѣлье представляло ей символъ грѣха (оно будто бы было грязное). Затѣмъ же у п-ки играли видную роль представления ея насчетъ своей накожной болѣзни: она поэтому, съ цѣлью леченія, оттирала себя апельсиномъ, обливала себя водой, дѣлала гимнастику. Настроеніе у п-ки было немного повышенное, почти радостное, это произошло отъ представления ея, что всѣ ея прежнія заботы теперь на всегда улажены.

Въ октябрѣ 1913 п-ка сообщаетъ, что она совершенно здорова.

Данный случай значительно отличается отъ другихъ приведенныхъ случаевъ. Лежащій въ основѣ всѣхъ подобныхъ состояній аффектъ имѣетъ конечно существенное вліяніе на клиническую картину; въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ аффектомъ положительнымъ, вслѣдствіе чего у п-ки обнаруживается легкая экспансивность и радостное настроеніе, обуславливающія поведение ея. Но эта особенность даннаго случая несмотря на свою важность, можетъ быть оставлена въ сторонѣ, такъ какъ главную особенность составляетъ возникновеніе, строеніе клинической картины. Мы припоминаемъ, что п-ка, чувствуя себя обиженной и видя невозможность проводить свои воззрѣнія и желанія, находила утѣшеніе въ религіи; она отстраняла отъ себя по возможности непріятную дѣйствительность и удалялась въ міръ своихъ религіозныхъ представлений; непріятные аффекты, сопровождающіе и воспріятія, исходящія отъ окружающаго міра, и представления о немъ, улаживались у п-ки при помощи внутреннихъ психическихъ процессовъ, безъ отвѣтнаго воздѣйствія п-ки на окружающій міръ. Такой способъ реагированія, какъ извѣстно, самъ по себѣ не представляетъ ничего замѣчательнаго, такъ какъ онъ принадлежитъ нормальной психологіи, мы находимъ напр. у Wundt'a подробный анализъ подобныхъ процессовъ. Но и въ психо-патологіи мы встрѣчаемся съ этимъ вопросомъ; подробныя изслѣдованія относительно этого вопроса принадлежатъ Breuer'у и Freud'у, разсужденія которыхъ хотя и относятся къ патогенезу истеріи, все-таки отчасти примѣнимы

и для нашего случая, а именно разсужденія ихъ относительно оттѣсненія или подавленія (*Verdrängung*) аффектовъ и относительно раскола сознанія. Мы знаемъ, что наша п-ка сознательно подавляла обычныя для нея отвѣтныя реакціи на пережитыя ею непріятности. Она желала оставить ихъ безъ вниманія и, оттѣсняя непріятныя ей комплексы представленій, углублялась въ религіозныя размышленія и грезы, пока не наступило наконецъ у нея состояніе, близкое къ расколу сознанія, что обнаруживается у п-ки во время душевнаго расстройства. Такому развитію у нашей п-ки способствуютъ продолжительное нарушеніе душевнаго (аффективнаго) равновѣсія, оттѣсненіе аффектовъ и замѣна ихъ грезами (съ своей стороны сопряженными съ аффектами (религіозными) возрастающей интензивности. Когда почва такимъ образомъ подготовлена и у п-ки является желаніе умереть, возникающее у нея затажное аффективное состояніе даетъ ей исполненіе этого желанія, сопряженное для п-ки съ пріятными чувствованіями. Но у п-ки нѣтъ полнаго, дѣйствительнаго раскола сознанія (или есть лишь кратковременное) и состоянія экзистенціалнаго ея, т. е. состоянія удаленія изъ обычной ассоціативной колеи, все таки иногда могутъ быть прерваны со стороны окружающаго міра, особенно аффективное возбужденіе утихаетъ, и скоро исчезаютъ. Вообще все состояніе имѣетъ характеръ и значеніе самовнушенія исполненія долговременнаго желанія. Кромѣ этого главнаго представленія, вызвавшаго (посредственно) затажное аффективное состояніе, еще имѣется другое, присутствіе котораго также обнаруживается во время экспансивнаго состоянія, а именно представленіе о собственной возможной болѣзни. Мы можемъ изъ этого заключить, что мысли объ этой болѣзни уже раньше волновали пациентку въ значительной степени и что поэтому онѣ также способствовали возникновенію психически ненормальнаго состоянія.

Резюмируя вкратцѣ теченіе болѣзни, мы находимъ, что у женщины, перенесшей въ январѣ с. г. роды, мало-по-малу

развивается подъ влияніемъ достаточно уважительныхъ причинъ угнетенное настроеніе, которое со своей стороны вызываетъ усиленіе религиозныхъ чувствованій п-ки. Моментомъ, вызывающимъ психотическое (въ узкомъ смыслѣ) состояніе, является или сновидѣніе, или галлюцинація („Елисавета, иди ко мнѣ“); начинается психическая болѣзнь, продолжающаяся всего около десяти дней въ видѣ болѣе или менѣе бурныхъ явленій, а затѣмъ переходящая въ спокойное, сначала немного экспансивное, состояніе, которое въ теченіе нѣсколькихъ недѣль переходитъ въ выздоровленіе. Галлюцинаціи и бредовыя идеи съ отношеніемъ къ окружающему п-ку въ клиникѣ міру не наблюдаются, а также п-ка является всегда вполне ориентированной. Психозъ протекаетъ съ чисто симптоматологической точки зрѣнія какъ рядъ кратковременныхъ припадковъ экспансивнаго характера, послѣ которыхъ наступаютъ періоды спокойныя; несообразность этихъ періодовъ разумнаго отношенія ко всему и очевидно всегда присутствующей ориентированности п-ки съ поведеніемъ ея во время экспансивныхъ припадковъ такъ велика, что п-ка производитъ впечатлѣніе шутящей, а не больной. Экспансивность является послѣдствіемъ аффектовъ то веселости, то гнѣва; представленія, вызывающія эти аффекты, принадлежатъ то къ комплексу религиозныхъ представленій п-ки, то къ идеямъ ея относительно нахожденія болѣзни. Въ поведеніи п-ки обнаруживается значительное нарушеніе ассоціацій во время экспансивныхъ состояній, а именно: нарушается прямая связь съ окружающимъ міромъ, вниманіе ослабляется, ассоціація у нея работаетъ почти какъ во время сновидѣнія или върнѣе, сновидѣніе на яву: безъ прямого сношенія съ воспріятіями, вновь поступающими въ сознаніе, съ большими пробѣлами, особенности относительно задерживающихъ представленій. П-ка сама характеризуетъ это состояніе словами: „я не могла поступить иначе“; она предѣлала все то, что ей приходило въ голову,

борьбы мотивовъ у нея не было. Это состояніе продолжалось у п-ки всего около 1½ недѣль; потомъ прямое сношеніе съ окружающимъ міромъ въ видѣ непосредственной реакціи на воспріятія уже не нарушается.

Данный случай имѣетъ особенный интересъ, заключающійся въ симптоматологическихъ отношеніяхъ къ нѣкоторымъ другимъ психопатическимъ состояніямъ. Такъ напр., развитіе сильно напоминаетъ о развитіи многихъ случаевъ истерическихъ длительныхъ душевныхъ разстройствъ; аналогія получается тѣмъ болѣе замѣчательная, что и при истеріи или, лучше, при острыхъ истерическихъ душевныхъ разстройствахъ мы обыкновенно имѣемъ дѣло съ аффектогенными психопатическими состояніями. Далѣе, нѣкоторыя фазы данного случая весьма похожи на состоянія, наблюдаемыя при гипоманіакальныхъ состояніяхъ; у нашей п-ки не было ускоренія хода ассоціацій и, повышенное настроеніе у нея не было явленіемъ первичнымъ, а развивалось вслѣдствіе предшествовавшихъ интеллектуальныхъ чувствованій—что и является характернымъ для затяжныхъ аффективныхъ и не соответствующей типической маніи.

Выше уже было упомянуто, что въ образованіи картины болѣзни играютъ роль не только своеобразность аффекта и интенсивность его, а также и психическая конституція заболѣвшаго, и затѣмъ случайныя вліянія вѣшняго и внутренняго происхожденія. Дѣйствующія послѣ начала заболѣванія въ упомянутомъ смыслѣ вѣшнія вліянія имѣютъ тотъ общій эффектъ, что они удлиняютъ и осложняютъ теченіе болѣзни, отчасти создавая ухудшеніе общаго состоянія заболѣвшаго—какъ напр., поврежденія, истощеніе вслѣдствіе отказа отъ пищи—отчасти тѣмъ, что даютъ новый матеріаль для поддерживанія аффективнаго возбужденія, напр., неподходящее общество, неумѣлое обращеніе со стороны окружающаго міра. Что затяжныя аффективныя состоянія, особен-

но легкіе и неосложненные случаи, реагируют въ значительной степени на внѣшнія вліянія, явствуютъ м. н. изъ того, что послѣ помѣщенія въ подходящую среду обыкновенно наступаетъ быстрое улучшение состоянія—и притомъ весьма значительное улучшение. Большой интересъ имѣетъ вопросъ о личности, о психической конституціи лицъ, заболѣвшихъ затяжными аффективными состояніями; подробный разборъ этого вопроса проливаетъ свѣтъ на патогенезъ этихъ состояній. Уже *Ziehen* отмѣчаетъ, что случаи затяжныхъ аффективныхъ состояній развиваются обыкновенно на почвѣ умственного недоразвитія легкой степени („*Debilität*“), на почвѣ психопатическихъ конституцій, но и совершенно самостоятельно: особенно во время періода возмужанія, въ старческомъ возрастѣ, во время менструаціи, беременности, климактерія. Относительно этихъ самостоятельныхъ случаевъ можно сказать, что повидимому въ перечисленныхъ случаяхъ имѣются соматическія причины, которыя обуславливаютъ временное расположеніе къ заболѣванію затяжнымъ аффективнымъ состояніемъ: въ такихъ случаяхъ имѣется какъ-бы временная психопатическая конституція. Мы знаемъ впрочемъ, что весьма часто во время тѣхъ же самыхъ періодовъ жизни наблюдаются (помимо всякихъ психическихъ заболѣваній) и другія временныя измѣненія психики, весьма часто напр., общее повышеніе аффективной возбудимости, которое играетъ значительную роль въ патогенезѣ затяжныхъ аффективныхъ состояній; однако такое облегченіе аффективной реакціи само по себѣ—ничто иное какъ одинъ изъ моментовъ, иногда способствующихъ возникновенію затяжного аффективного состоянія. Можно было бы полагать, что затяжныя аффективныя состоянія находятся въ тѣсной зависимости отъ общей аффективной возбудимости вообще; что въ одномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ общимъ и постояннымъ свойствомъ слишкомъ быстрой и слишкомъ обильной аффективной реакціи, въ другомъ слу-

чаѣ имѣемъ дѣло съ тѣмъ же самымъ измѣненіемъ аффективной реакціи, только суженнымъ и относящимся исключительно къ одной группѣ аффектовъ, которые случайно получили значительную интенсивность. Такое возрѣніе не оправдывается, такъ какъ въ случаяхъ затяжныхъ аффективныхъ состояній мы имѣемъ дѣло съ совершенно другою аномаліею: съ ненормальною продолжительностью и задержаніемъ обратнаго развитія даннаго аффекта; затѣмъ, обыкновенно въ авамвезѣ случаевъ затяжныхъ аффективныхъ состояній нѣтъ указаній на общее повышеніе аффективной возбудимости; наконецъ, затяжныя аффективныя состоянія имѣютъ извѣстное теченіе, имѣютъ типъ психической болѣзни, хотя бы и только абортивной, между тѣмъ, какъ общее повышеніе аффективной возбудимости—общее отклоненіе отъ нормы и не имѣетъ теченія, напоминающаго теченіе болѣзни. Общая склонность къ слишкомъ быстрымъ и обильнымъ аффективнымъ реакціямъ встрѣчается иногда какъ специальный видъ психопатической конституціи: оно носитъ названіе *constitution émotive* (*Dupré* и др.); эта психопатическая конституція не имѣетъ прямыхъ отношеній къ затяжнымъ аффективнымъ состояніямъ, но конечно возможенъ случай, что субъектъ съ *constitution émotive* заболѣваетъ также затяжнымъ аффективнымъ состояніемъ.

Изъ сказаннаго мы заключаемъ, что среди „самостоятельныхъ“ случаевъ затяжныхъ аффективныхъ состояній есть такіе, которые возникаютъ на почвѣ временнаго измѣненія психики, равнозначущаго временной психопатической конституціи. Въ дѣйствительности сюда относится большинство „самостоятельныхъ“ случаевъ. Очень нерѣдко мы встрѣчаемся во всѣхъ уже упомянутыхъ случаяхъ съ осложняющимъ и предрасполагающимъ факторомъ совершенно другого рода: съ умственнымъ недоразвитіемъ легкой степени, съ *debilitas mentis*, на что указываетъ уже *Ziehen*. Такое умственное не-

доразвитіе весьма нерѣдко не достигаетъ патологическихъ размѣровъ и въ практикѣ не обращаетъ на себя вниманія. Въ случаяхъ заболѣванія затяжнымъ аффективнымъ состояніемъ на такой почвѣ, мы видимъ обыкновенно, что душевное равновѣсіе у этихъ пациентовъ нарушается сравнительно легко: вслѣдствіе отсутствія критики, съ которою люди нормальные воспринимаютъ внѣшнія воздѣйствія и которая часто оказываютъ задерживающее вліяніе. Наши пациенты подвергаются легко всякимъ внушеніямъ, увлекаются быстро. Когда заступаетъ нарушение душевнаго равновѣсія, то оно поддерживается весьма легко, сравнительно легко вызываются аффективные пароксизмы и рецидивы.

Наконецъ, имѣются несомнѣнные случаи затяжныхъ аффективныхъ состояній, въ которыхъ со стороны личности заболѣвшаго не имѣется совершенно никакихъ указаній на какой бы то ни было предрасполагающій моментъ. Въ такихъ случаяхъ можно было бы полагать, что всетаки имѣется скрытое предрасположеніе, однако такое положеніе не доказуемо и едва ли дѣлаетъ намъ заболѣваніе болѣе понятнымъ. Такая скрытая и изолированная диспозиція во всякомъ случаѣ не представляла бы значительнаго отклоненія отъ нормы, такъ какъ по всей вѣроятности значительная часть человечества при подходящихъ обстоятельствахъ способна заболѣть затяжными аффективными состояніями (сюда относятся многіе случаи т. н. массовыхъ психозовъ).

Затяжныя аффективныя состоянія обладаютъ весьма значительнымъ богатствомъ формъ; съ теоретической точки зрѣнія можно принять, что каждый любой аффектъ можетъ переходить въ затяжное аффективное состояніе. Но что касается общаго теченія этихъ состояній, то мы можемъ довольствоваться установленіемъ факта, что наблюдаются или острые или подострые случаи—или простые, или осложненные,

при чемъ осложненными случаями мы считаемъ тѣ, въ теченіи которыхъ наблюдаются галлюцинаціи или спутанность.

Для діагноза слѣдуетъ имѣть въ виду слѣдующее. Острые случаи почти всегда легко распознаваемы: ихъ очевидное происхожденіе вслѣдствіе и отъ душевнаго волненія, равно какъ и быстрое теченіе, характеризуютъ ихъ достаточно. Гораздо труднѣе діагностицируются подострые случаи затяжныхъ аффективныхъ состояній. У нихъ нѣтъ строгой границы съ острыми случаями, а также нѣтъ симптоматологической разницы картины болѣзни по отношенію къ нѣкоторымъ острымъ психозамъ, по крайней мѣрѣ всегда примѣнимой въ практическомъ отношеніи. Въ сущности такое же затрудненіе существуетъ и при обсужденіи острыхъ случаевъ, но здѣсь вопросъ выясняется быстро вслѣдствіе кратковременнаго теченія болѣзни; при обсужденіи же затяжнаго, подостраго случая мы иногда не будемъ въ состояніи высказаться съ увѣренностью за нашъ діагнозъ, потому что мы не будемъ въ состояніи исключить возможность, что пациентъ страдаетъ другимъ психозомъ; большею частью мы тутъ имѣемъ въ виду разныя формы острыхъ аффективныхъ психозовъ, м. б. и смѣшанныя состоянія маниакально-депрессивнаго психоза, а затѣмъ случаи простой и галлюцинаторной острой паранои и, наконецъ, гебефрению. Весьма интересно, что затяжныя аффективныя состоянія сравнительно часто обнаруживаютъ галлюцинаторно-параноическій симптомокомплексъ. Такъ какъ съ другой стороны большинство случаевъ заболѣваній душевными болѣзнями въ начальной стадіи проходитъ съ аномаліями со стороны аффектовъ, то понятно, что затрудненія относительно діагноза бывають весьма велики. Изъ особенностей патогенеза затяжныхъ аффективныхъ состояній слѣдуетъ, что для обсужденія даннаго состоянія мы должны обратить вниманіе на развитіе состоянія; безъ подробнаго анализа развитія мы часто не будемъ имѣть возможность діагностицировать

затяжное аффективное состояніе, такъ какъ картина болѣзни сама по себѣ можетъ не имѣть ничего характернаго для этой болѣзни, а можетъ быть совершенно идентична съ временнымъ симптомокомплексомъ одного изъ выше упомянутыхъ психозовъ. Поэтому иногда только продолжительное наблюдение можетъ намъ обнаружить въ чемъ дѣло. Обыкновенно въ подобныхъ состояніяхъ обращается слишкомъ мало вниманія на возможность затяжного аффективного состоянія и диагностируется соответствующій картинѣ болѣзни психозъ—и черезъ нѣсколько дней обнаруживается, что предполагаемая душевная болѣзнь улучшается и оканчивается выздоровленіемъ.

Къ самымъ труднымъ для обсуждения симптомамъ принадлежитъ спутанность, которая встрѣчается вообще рѣдко и обыкновенно по типу ложной, вторичной спутанности. Если оставить безъ вниманія обыкновенно незначительную продолжительность этой спутанности, то она можетъ совершенно походить на спутанность при острой галлюцинаторной параноѣ. Всякое самостоятельное развитіе спутанности, не зависящее отъ аффективного состоянія и далѣе утиханіе аффективного возбужденія безъ улучшенія спутанности—словомъ, утрата извѣстнаго параллелизма между аффективнымъ возбужденіемъ и повидимому отъ него зависящими вторичными симптомами всегда говоритъ въ пользу психоза; такимъ же образомъ первичная спутанность всегда признакъ психоза, такъ какъ не встрѣчается при затяжныхъ аффективныхъ состояніяхъ; вообще спутанность дѣйствительная, происходящая вслѣдствіе безсвязности ассоціацій съ теоретической точки зрѣнія едва ли можетъ быть допущена при затяжныхъ аффективныхъ состояніяхъ. Весьма сильные аффекты изрѣдка могутъ имѣть послѣдствіемъ аффективное сумеречное состояніе; нарушенія ассоціацій, подобныя имъ и представляютъ максимумъ, который можетъ быть достигнутъ во время теченія затяжного аффективного состоянія какъ вратовременный

эпизодъ вслѣдствіе особенныхъ, подходящихъ условий. Соображаясь съ анамнезомъ мы при достаточномъ знакомствѣ съ типомъ затяжныхъ аффективныхъ состояній въ большинствѣ случаевъ будемъ въ состояніи поставить діагнозъ правильный; ошибочный діагнозъ получается обыкновенно только потому, что врачъ совершенно не принимаетъ во вниманіе возможность аффективнаго затяжнаго состоянія. Таковую возможность однако слѣдуетъ въ подходящихъ случаяхъ всегда имѣть въ виду, особенно при обсужденіи острыхъ психопатическихъ состояній въ юношескомъ возрастѣ. Этотъ возрастъ, какъ извѣстно, обладаетъ вообще повышенной возбуждаемостью аффектовъ и нѣкоторою склонностью къ затяжнымъ аффективнымъ состояніямъ; вмѣстѣ съ тѣмъ мы наблюдаемъ весьма часто въ этомъ возрастѣ первыя проявленія маниакально-депрессивнаго психоза, которые нерѣдко протекаютъ въ формѣ затяжнаго аффективнаго состоянія; наблюдаемъ типическіе и атипическіе „юношескіе“ психозы. Правильный діагнозъ въ этихъ случаяхъ часто можетъ быть поставленъ только послѣ продолжительнаго наблюденія.

Намъ еще нужно упомянуть о другомъ важномъ въ практическомъ смыслѣ вопросѣ относительно симптоматилогіи затяжныхъ аффективныхъ состояній—это вопросъ судебно-медицинскій. Здѣсь насъ интересуетъ вопросъ объ отношеніяхъ „патологическихъ аффектовъ“ въ судебно-медицинскомъ смыслѣ къ затяжнымъ аффективнымъ состояніямъ. Изъ довольно точнаго опредѣленія и описанія этихъ патологическихъ аффектовъ мы можемъ заключить, что затяжныя аффективныя состоянія подходятъ подъ терминъ простыхъ „аффектовъ“ (въ судебно-медицинской терминологіи), между тѣмъ какъ судебно-медицинскіе „патологическіе аффекты“ суть ничто иное, какъ аффективныя сумеречныя состоянія. Дѣйствительно, опредѣленіе, данное напр. *Krafft-Ebing*'омъ въ извѣстномъ трудѣ его (*Gerichtliche Psychopathologie*), равно какъ и опи-

савіе механизма этихъ состояній говорятъ въ пользу такого заключенія. *Krafft-Ebing* говоритъ относительно „патологическихъ аффектовъ“, что центръ тяжести этихъ состояній заключается не въ аффектъ, а во временномъ (транзиторномъ) умопомѣшательствѣ, которое только вызывается аффектомъ. „Возникновеніе т. н. патологическихъ аффектовъ нужно объяснить сильнымъ воздѣйствіемъ аффекта на сосудодвигательную нервную систему. Очевидно благодаря ему создаются измѣненные и совершенно патологическія условія кровообращенія въ головномъ мозгу, которыя, дѣйствительно, первоначально были вызваны аффектомъ, но потомъ стали самостоятельными и неспособными къ быстрому уравниванію и обнаруживаются клинически въ видѣ патологическихъ аффектовъ. Такимъ образомъ объясняется ненормальная интенсивность и продолжительность мнимаго аффекта, который въ дѣйствительности только игралъ роль вызывающей причины для умопомѣшательства, возникшаго отъ него“. Въ противоположность въ этимъ „патологическимъ аффектамъ“ центромъ тяжести затяжныхъ аффективныхъ состояній является именно и исключительно аффектъ, всѣ симптомы у нихъ—происхожденія аффектогеннаго или психогеннаго, а не послѣдствія грубаго нарушенія мозговой функціи вслѣдствіе неправильной иннервации сосудовъ. Измѣненія состоянія во время теченія затяжныхъ аффективныхъ состояній, какъ и окончаніе болѣзненнаго состоянія наступаютъ только совмѣстно съ аффективнымъ состояніемъ, между тѣмъ какъ судебно-медицинскіе „патологическіе аффекты“ имѣютъ теченіе совершенно иное: они возникаютъ и кончаются обыкновенно внезапно; между симптомо-комплексомъ „патологическаго аффекта“ и предыдущимъ какъ и слѣдующимъ состояніемъ заболѣвшаго можетъ не быть никакого отношенія.

Прогнозъ затяжныхъ аффективныхъ состояній, какъ уже было упомянуто, благопріятный. Но имѣется опасность реци-

дивовъ, которые наблюдаются нерѣдко въ такихъ случаяхъ, когда выздоровѣвшіе подвергаются вновь душевнымъ волненіямъ, и когда внѣшнія вліянія, находящія живой отелки у этихъ пациентовъ, дѣйствуютъ на нихъ продолжительное время. Помимо возможности рецидивовъ затяжныхъ аффективныхъ состояній едва ли имѣютъ вліяніе на дальнѣйшее психическое состояніе пациента, за исключеніемъ того случая, что затяжные аффективные состоянія, какъ впрочемъ вообще всѣ аффекты, могутъ дать или толкъ или матеріаль къ развитію хронической паранои. Иногда самостоятельное затяжное аффективное состояніе является предвѣстникомъ старческаго увяданія или даже слабоумія.

Когда мы обращаемся къ вопросу, какъ слѣдуетъ смотрѣть на затяжные аффективные состоянія, считать ли ихъ психозами своего рода или лишь осложненіями другихъ состояній, то мы могли бы ихъ считать именно симптомовымплексами, происходящими вслѣдствіе обстоятельствъ разнаго рода на почвѣ уже существующаго врожденнаго или временнаго, приобрѣтеннаго, ненормальнаго состоянія, заключающагося въ сущности въ повышенной по силѣ и продолжительности аффективной отзывчивости. Такое возрѣніе поддерживается тѣмъ фактомъ, что мы наблюдаемъ затяжные аффективные состоянія, по своему происхожденію и теченію совершенно идентичныхъ съ описанными случаями, также на почвѣ неврастенія, истеріи и т. д., однако эти состоянія считаются только проявленіями основной болѣзни, а отнюдь не самостоятельными психозами. Тѣмъ не менѣе едва ли будетъ неправильно, если мы по примѣру *Ziehen*'а будемъ считать эти состоянія самсостоятельными психозами, если они являются „самостоятельно“, у людей безъ всякой эндогенной почвы. Въ такомъ случаѣ мы можемъ ихъ считать аффектогенными психозами, такъ какъ они въ дѣйствительности возникаютъ отъ аффектовъ и симптомы ихъ являются послѣдствіями пре-

обладанія извѣстнаго аффекта. Такимъ образомъ они представляютъ особенный типъ душевной болѣзни, имѣющей свою характерную этиологию, теченіе, исходъ, прогнозъ. Съ другой стороны въ этихъ случаяхъ психотическіе симптомы, не находящіеся въ прямой зависимости отъ аффекта, не имѣютъ самостоятельнаго развитія или отсутствуютъ. Эти особенности оправдываютъ названіе „затяжного аффективнаго состоянія“ или „колебанія“ для этихъ душевныхъ разстройствъ, такъ какъ оно совершенно точно обозначаетъ сущность разстройства и притомъ можетъ быть употребляемо какъ для случаевъ близкихъ къ соответствующимъ психозамъ, такъ и для случаевъ близкихъ къ простымъ аффектамъ; оно обозначаетъ состоянія, находящіеся между психозами и физиологическими аффективными состояніями.

---

### Л и т е р а т у р а.

*Ziehen*, Psychiatrie Leipzig 1908.

v. *Krafft - Ebing*, Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie Stuttgart 1900.

*Raimann*, die hysterischen geistesstörungen. Leipzig und Wien 1904.

*Bresovsky*, Über protrahierte Affentschwankungen und eknoische Zustände, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. 31 (въ этой работѣ указана дальнѣйшая литература).

---

## Періодическая дѣятельность пищева- рительныхъ путей у человѣка.

Студ. С. В. Аничковъ.

Изучая фізіологію желудка и кишечника собаки, внѣ пищеваренія, когда тотъ и другой совершенно свободны отъ содержимаго, и стало быть, какъ полагали прежде, не несутъ никакой работы, проф. В. Н. Болдыревъ наткнулся на цѣлый рядъ интереснѣйшихъ фактовъ, которые разбили этотъ столь распространенный взглядъ и показали стройную картину непрерывной работы пищеварительныхъ путей и железъ, когда вся пища уже покинула желудокъ и duodenum и пищеварительная секреція вполне прекратилась.

Открытія имъ явленія, впервые опубликованныя въ 1902 году, проф. Болдыревъ назвалъ „Періодической работой пищеварительнаго аппарата“<sup>1)</sup>.

Это названіе вполне оправдывается характеромъ явленій, происходящихъ въ пустомъ пищеварительномъ трактѣ, — на-

---

<sup>1)</sup> В. Н. Болдыревъ. Врачебная газета Боткина 1902 г. и Труды 0-ва Русск. Врачей Петербургъ 1902 г. Онъ же. Zentralblatt fur Physiologie. 1904. Онъ же. Архивъ Біологическихъ Наукъ 1904 г. Т. XI (на русск. и франц. языкъ.). Revista Pasteur. Barcelona 1908 (на испанск. яз.).

столько эти явления поражаютъ своей правильной періодичностью, правильной смѣной періодовъ работы и періодовъ покоя.

По наблюденіямъ В. Н. Болдырева, пищеварительные органы въ голодномъ состояніи не постоянно проявляютъ свою дѣятельность. Большею частью они находятся въ полномъ покоѣ, но этотъ покой длится лишь около часа, или полутора часовъ; когда прошелъ этотъ срокъ, безъ всякаго вѣшняго повода, въ пищевыхъ путяхъ собаки начинается своеобразная сильная работа. Желудокъ выходитъ изъ своего покойнаго состоянія и, тонизируясь, начинаетъ производить ритмическія сокращенія. Минуть за двадцать происходитъ около 10—20 отдѣльныхъ ритмическихъ сокращеній.—(Считаемъ нужнымъ, во избѣжаніе недоразумѣній, подчеркнуть разницу между періодичностью и ритмичностью въ описываемыхъ явленіяхъ, какъ ее понимаетъ проф. Болдыревъ:—періодически смѣняются другъ друга періоды работы и періоды покоя, длящаяся въ общемъ отъ  $1\frac{1}{2}$ —2 час., въ то время какъ въ отдѣльномъ періодѣ работы отдѣльныя сокращенія желудка происходятъ ритмически).

Пепсиновые железы желудка не участвуютъ въ періодической работѣ, отдѣляется лишь желудочная слизь, зато въ кишечникѣ наблюдается обильная секреція. Изъ фистулы двѣнадцатиперстной кишки у собаки вытекаетъ за періодъ работы до 30 куб. см. поджелудочнаго сока съ примѣсью желчи и кишечнаго сока. Панкреатическій и кишечный соки, истекающіе во время періодической работы, весьма богаты ферментами. Во время этой секреціи наблюдается также сильная перистальтика кишечника, дающая о себѣ знать громкими урчаніями. Всѣ описанныя явленія происходятъ одновременно въ теченіе 20—30 минутъ; это время В. Н. Болдыревъ называетъ періодомъ работы. За періодомъ работы слѣдуетъ періодъ покоя, длящійся отъ часа до полутора часовъ, а за

нимъ вновь наступаетъ періодъ работы. Это правильная картина можетъ наблюдаться у собаки въ продолженіе нѣсколькихъ сутокъ голоданія, если только въ желудкѣ находится щелочная реакція.

Значеніе періодической работы пищеварительнаго тракта не вполне еще выяснено, но по постоянству и энергичности, съ которыми она совершается, нужно думать, что она играетъ не послѣднюю роль въ жизни организма. Поэтому весьма важно было изслѣдовать, имѣется ли аналогичное явленіе въ пищевыхъ путяхъ человѣка, и насколько схоже оно съ наблюдаемой на собакахъ картиной.—Что періодическая дѣятельность пустого желудка должна быть присуща всѣмъ высшимъ животнымъ, указалъ В. Н. Болдыревъ еще въ 1911 г. (*Ergebnisse d. Physiologie*. 1911, стр. 213); то же подтверждается наблюденіями проф. Болдырева и доктора Щербатова на кошкахъ, которые получили на этихъ животныхъ результаты схожіе съ полученными на собакахъ <sup>1)</sup>.

Интересъ въ экспериментамъ на человѣкѣ увеличивается значеніемъ, которое могутъ имѣть для діагностики данныя о періодической работѣ у субъектовъ съ пораженнымъ пищевымъ трактомъ.

Вліяніе патологическаго состоянія кишечника на движеніи пустого желудка показаны еще въ диссертациі В. Н. Болдырева. Кроме того можно думать, какъ указывалъ онъ же въ 1911 г., что періодическая дѣятельность сама по себѣ, извращаясь, можетъ дать основаніе нѣкоторымъ патологическимъ явленіямъ, какъ напр., рвотѣ беременныхъ и рвотѣ при хлороформированіи <sup>2)</sup>.

Впервые сокращенія пустого желудка у человѣка были описаны Cannon'омъ и Вашбурномъ въ 1912 г. <sup>3)</sup>. Для реги-

<sup>1)</sup> Казанскій Медицинскій журналъ. Т. XIII, 1913 г.

<sup>2)</sup> *Ergebnisse der Physiologie* 1911 г.

<sup>3)</sup> *The American Journal of Physiology* 1912 Vol. XXIX, № 5, стр. 441.

страціи движеній желудка они употребляли приблизительно ту же методику, что и В. Н. Болдыревъ на собакахъ, только баллонъ [8 см. въ діаметрѣ] вводился въ желудокъ не черезъ фистулу, а соединялся съ тонкой резиновой трубкой и заглатывался изслѣдуемымъ натошакъ. Кривыя движеній, какъ отмѣтилъ самъ Cannon весьма схожи съ кривыми, полученными В. Н. Болдыревымъ на собакахъ. Cannon подробно останавливается на специфическомъ ощущеніи въ области epigastrium'a при каждомъ сильномъ движеніи пустого желудка. Онъ считаетъ это ощущеніе—чувствомъ голода и въ немъ видитъ смыслъ явленія. Въ 1913 г. Carlson, надблюдая надъ субъектомъ съ желудочной фистулой, записалъ кривыя періодовъ работы пустого желудка и производилъ задержку его движеній различными веществами <sup>1)</sup>.

Оба изслѣдователя ставили сравнительно короткіе опыты и потому не могли наблюдать періодическаго характера описываемыхъ явленій, правильной смѣны періодовъ работы и періодовъ покоя.

Передъ нами лежала задача восполнить этотъ существенный недочетъ, произвести длительные опыты, чтобы получить полную картину періодической работы пищеварительнаго тракта у человѣка. Кромѣ того, до сихъ поръ на человѣкѣ не была вовсе изслѣдована періодическая секреція, происходящая въ кишечникѣ, а въ ней и заключается, можно думать, весь смыслъ періодической дѣятельности.

Для регистраціи сокращеній желудка мы пользовались тонкой, толщиной въ гусиное перо, резиновой трубкой съ баллончикомъ на концѣ. Употребляемый баллончикъ былъ незначительной величины: въ палецъ шириною, длиною въ

---

<sup>1)</sup> The Amer. Journal of Physiology 1912—13 Vol. XXXI, стр. 151, 175, 212, 318 и XXXII, стр. 245.

5 см., емкостью 10 куб. см. Резиновая трубка, послѣ раздуванія баллона, соединялась съ водянымъ манометромъ, а колебанія послѣдняго при помощи барабана Марееа записывались на закопченномъ барабанѣ.

Баллонъ заглатывался утромъ натощакъ. Вечеромъ наканунѣ давался мясной ужинъ, такъ что между послѣднимъ приѣмомъ пищи и опытомъ проходило болѣе двѣнадцати часовъ и можно было съ увѣренностью считать желудокъ пустымъ.

Мы изслѣдовали движенія пустого желудка на пяти субъектахъ,—наиболѣе продолжительные опыты поставлены на самомъ себѣ<sup>1)</sup>). Оказалось, что сокращенія пустого желудка появляются у человѣка съ тою же періодическою правильностью, какъ и у собакъ и другихъ высшихъ животныхъ. Индивидуальность значительной роли не играетъ, т. е., наблюдая на другихъ субъектахъ, мы получили кривыя мало отличающіяся отъ кривыхъ записанныхъ нами на собственномъ желудкѣ. Здѣсь я выражаю глубокую признательность моимъ товарищамъ Петр. Гр. Сергѣеву и Ив. Тим. Теплову и всѣмъ другимъ лицамъ, предоставившимъ себя для опытовъ.

Ниже приведена кривая одного изъ самыхъ продолжительныхъ опытовъ. Опытъ этотъ началъ въ 11 ч. 20 м. утра и законченъ въ 9 ч. 6 м. вечера, всего, значить, продолжался 9 ч, 46 м. Желудокъ оставался все время пустымъ. Пища была принята наканунѣ въ 10 ч. вечера, слѣдовательно, наблюденіе начато 13 часовъ спустя ѣды. Въ продолженіе опыта наблюдалось 7 періодовъ работы. Каждый изъ нихъ состоялъ изъ нѣсколькихъ сильныхъ сокращеній,

---

<sup>1)</sup> Мы поставили на себѣ 14 продолжительныхъ опытовъ длительною отъ 4 до 10 часовъ. Въ общемъ на своемъ желудкѣ мы записали 41 періодъ работы.

числомъ отъ 10-ти (первый періодъ) до 14 (шестой періодъ). Начинается каждый періодъ работы съ сравнительно слабыхъ сокращеній, которыя постепенно возрастаютъ въ силѣ, достигаютъ максимума и сразу обрываются, уступая мѣсто періоду покоя.

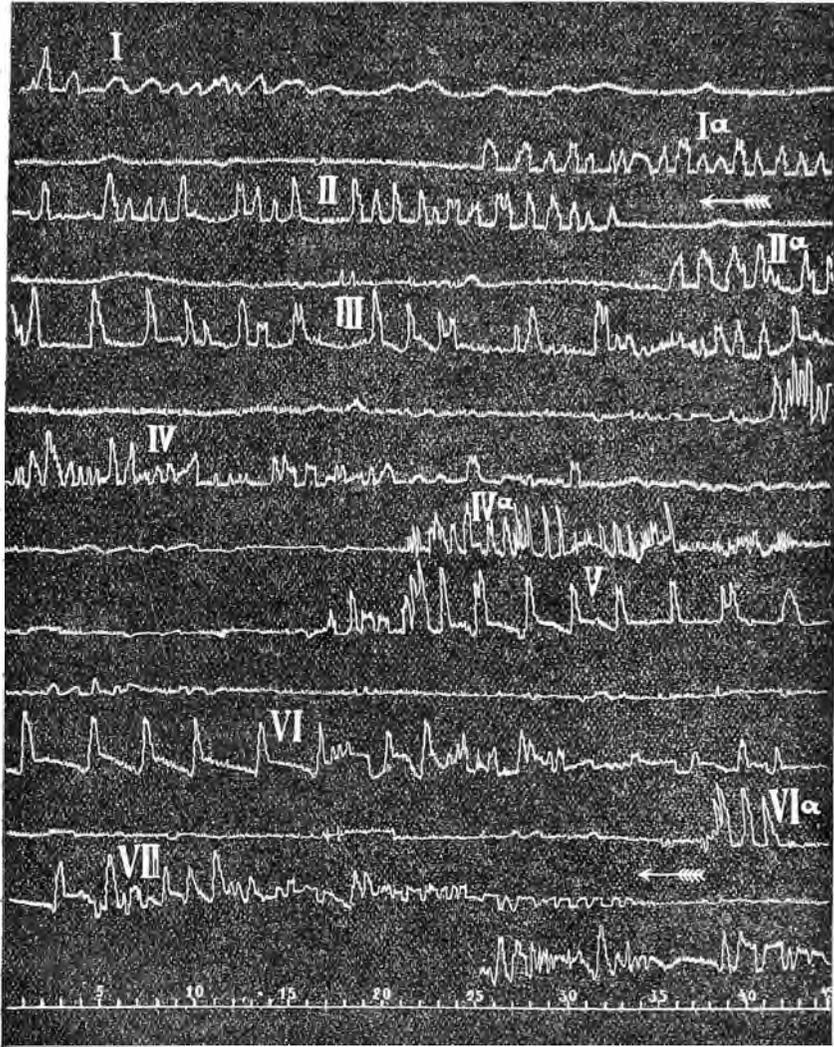
Во время періодовъ покоя на кривыхъ видны лишь движенія, зависящія отъ дыхательныхъ экскурсій, діафрагмы и имъ синхроничныя. Періоды работы продолжались 25—40 минутъ. Продолжительность слѣдующихъ за ними періодовъ покоя зависитъ отъ интенсивности періодовъ работы. За сильною дѣятельностью наступаетъ болѣе продолжительный покой, какъ это мы видимъ послѣ третьяго періода, который продолжался 40 мин. и далъ послѣ себя перерывъ продолжительности въ 1 ч. 5 м.—Обратный примѣръ даетъ слѣдующій четвертый періодъ, состоявшій изъ слабыхъ, плохо выраженныхъ сокращеній; за нимъ слѣдовалъ очень короткій, всего получасовой періодъ покоя. Въ общемъ періодъ покоя у человѣка, какъ и у собаки, долѣе періода работы и чередованіе и продолжительность ихъ носятъ правильный, строго періодическій характеръ.

По минутамъ періоды покоя и работы имѣли слѣдующую продолжительность:

	I	II	III	IV	V	VI
работа	25	34	40	30	30	40
покой	40	45	65	35	60	55

Во время каждаго періода работы, въ моментъ отдѣльныхъ сокращеній, въ области epigastrium ощущалось особое чувство, какъ бы „тянуло подъ ложечкой“. Оно медленно нарастало параллельно съ медленнымъ нарастаніемъ каждаго сокращенія и съ нимъ же обрывалось. Чувство это при сла-

№ 1. Кривая периодическихъ сокращенийъ пустого желудка у человека (на себѣ).



На кривой видно 7 периодовъ работы (I, II, III, IV, V, VI, VII), во время которыхъ происходили сильныя ритмическія сокращенія мышцъ желудка. Во время периодовъ покоя на кривой отмѣчались лишь дыхательныя движенія. Опытъ длился 9 ч. 46 м. Пища принята за 14 часовъ до начала опыта. Во время опыта желудокъ все время оставался пустымъ.

быхъ начальныхъ сокращеніяхъ неопредѣленное, во время сильныхъ чрезвычайно характерно, такъ что по нему безошибочно можно судить о наступленіи періода работы, но голода, какъ желанія пищи, вопреки утвержденіямъ америк. авторовъ, во время этого ощущенія у всѣхъ изслѣдуемыхъ лицъ большею частью совершенно не наблюдалось. Напротивъ, онъ нерѣдко давалъ себя знать въ періодъ полного покоя желудка. Иногда, какъ у меня, такъ и у другихъ изслѣдованныхъ субъектовъ, специфическое чувство, усиливаясь, имѣло характеръ тошноты. Это показаніе пріобрѣтаетъ интересъ въ связи съ изслѣдованіями д-ра Щербакова, который доказалъ опытно, что тошнота беременныхъ, подобно періодической дѣятельности, можетъ быть остановлена введеніемъ въ желудокъ кислоты.— Другая характерная особенносая періодовъ работы, отмѣченная еще В. Н. Болдыревымъ, это урчанія. Они слышны и постороннему наблюдателю, но конечно лучше ощущаются самимъ субъектомъ. Громкія урчанія, какъ бы бульканіе большихъ пузырей, появляются лишь въ самый разгаръ періодовъ работы и сопровождаютъ сильныя сокращенія желудка, слѣдуя непосредственно за каждымъ изъ нихъ; такимъ образомъ, каждое урчаніе начинается, когда желудокъ послѣ отдѣльнаго сокращенія расслабляется и специфическое чувство сокращенія падаетъ. Мы полагаемъ, что причиной этихъ звуковыхъ явленій является выжиманіе въ дуоденумъ изъ желудка находящагося тамъ воздуха.

Изслѣдуя работу пустого желудка на нѣсколькихъ субъектахъ, намъ пришлось столкнуться со случаями, когда изслѣдуемый не могъ проглотить баллончика. Не смотря на повторныя попытки, каждый разъ сильныя рвотныя движенія выбрасывали его назадъ раньше, чѣмъ онъ миновалъ начало пищевода. Такимъ субъектамъ удалось легко ввести резиновую трубочку съ баллончикомъ на концѣ при помощи тонкой упругой проволоки. При этомъ употреблялся баллончикъ та-

кимъ образомъ надѣтый на трубку, что конецъ ея свободно помѣщается въ его полости. Въ трубку, передъ ея введеніемъ въ пищеводъ, вставлялась тонкая проволока, упиравшаяся въ слѣпой конецъ трубки, находящійся въ баллонѣ; такимъ образомъ получался тонкій упругій зондъ, легко приводимый въ желудокъ всякаго. Когда баллонъ достигалъ желудка, проволока быстро вынималась, баллонъ надувался воздухомъ, и не такъ легко уже могъ быть выброшенъ обратно. Полость баллона сообщалась съ трубкой отверстіемъ въ боковой стѣнѣ конца ея, одѣтаго баллономъ.

Такъ наблюдали мы сокращенія пустого желудка у человѣка, но не въ сокращеніи желудка центръ тяжести періодической работы пищеварительныхъ органовъ:—эти сокращенія являются лишь какъ бы аккомпаниментомъ къ явленіямъ, происходящимъ въ кишечникѣ—обильной секреціи поджелудочнаго сока, желчи и кишечнаго сока. Изслѣдовать періодическую секрецію представлялось тѣмъ болѣе важнымъ, что до сихъ поръ она у человѣка наблюдаема не была.

Для полученія соковъ, истекающихъ въ двѣнадцатиперстную кишку, мы первоначально употребляли дуоденальный зондъ, предложенный проф. Эйнгорномъ <sup>1)</sup> съ металлическимъ наконечникомъ. Впослѣдствіи этотъ наконечникъ, сильно раздражающій кишку, былъ оставленъ и употреблялся сконструированный нами по указанію проф. Болдырева зондъ съ маленькимъ надутымъ резиновымъ баллончикомъ на концѣ <sup>2)</sup>.

Въ нашихъ опытахъ зондъ заглатывался наканунѣ эксперимента передъ обѣдомъ, вечеромъ давался ужинъ, такъ что на другой день утромъ конецъ зонда находился непременно въ дуоденумѣ, а желудокъ былъ пустъ, что необходимо

<sup>1)</sup> Deutsche Méd. Wochenschrift 1913 г. № 29. Berl. Méd. Wochenschrift 1913 г. № 29.

<sup>2)</sup> Харьков. Медич. Журналъ. 1914 г. № 5.

для наблюденія періодической дѣятельности. Для одновременной регистраціи движеній желудка утромъ заглатывался другой зондъ съ баллончикомъ на концѣ, соединенный съ Мареевскимъ барабаномъ кимографа. Мы поставили на себѣ 6 подобныхъ опытовъ и получили 13 періодовъ работы.

Поставленные такимъ образомъ на себѣ опыты (протоколы 2-хъ изъ нихъ приведены ниже) показали, что какъ только начинался періодъ работы и записывались на барабанѣ сильныя движенія желудка, изъ дуоденальнаго зонда появлялась желто-бурая жидкость. По мѣрѣ развитія періода работы желудка, увеличивалась и секреція поджелудочной железы, а также увеличивалась скорость истеченія сока изъ зонда. Истеченіе это продолжалось обыкновенно нѣсколько дольше періода сокращеній желудка и тянулось въ общемъ около 40 мин.; за это время вытекало изъ зонда около 50 к. с.

За періодомъ работы наступаетъ періодъ покоя. Сокращенія желудка прекращались, на барабанѣ отмѣчались лишь дыхательныя движенія, прекращалась и секреція поджелудочной железы, а также другихъ соковъ кишечника, и изъ трубки зонда не только прекращалось самостоятельное истеченіе, но и отсасывать шприцемъ ничего не удавалось. Секреція вновь появлялась, когда проходило время покоя, длящагося у меня въ среднемъ 55 мин., и наступалъ періодъ работы.

Такимъ образомъ опыты показали, что изъ пустой двѣнадцатиперстн. кишки, вмѣ пищеваренія, легко можно добыть у человѣка натуральную кишечную смѣсь соковъ, но она течетъ изъ дуоденальнаго зонда не непрерывно, а периодически, во время періодовъ работы пустого пищеварительнаго тракта.

Проф. Боддыревъ предлагаетъ добываніе періодическаго

сока для діагностическ. цѣлей, благодаря его постояннымъ свойствамъ <sup>1)</sup>).

Полученный нами періодическій сокъ мы изслѣдовали на содержаніе въ немъ ферментовъ. Оказалось, что періодическій сокъ человѣка по содержанію ферментовъ весьма близокъ къ таковому же собаки.

Болѣе точныя изслѣдованія для всесторонняго изученія свойствъ получаемого сока нами продолжаются.

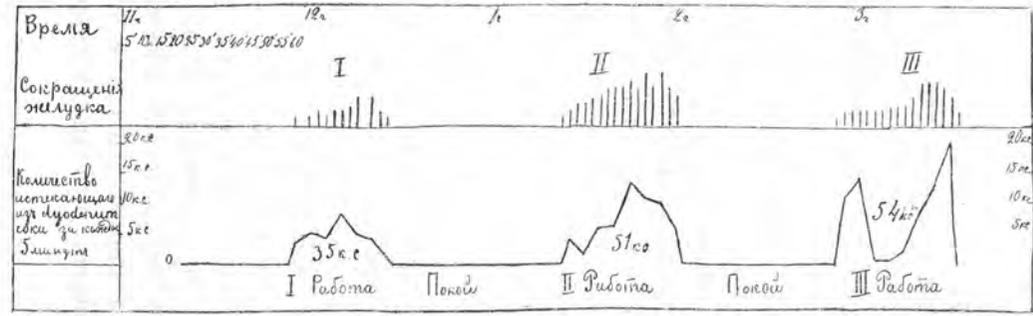
Кромѣ секреціи кислаго желудочнаго сока, существуетъ, нужно думать, цѣлый рядъ причинъ, видоизмѣняющихъ характеръ періодической дѣятельности. Не малую роль играютъ повидимому психическіе моменты. Напримѣръ боль, какъ показываютъ наши опыты на собакахъ, можетъ прекратить начавшіяся сокращенія желудка, оставивъ періодъ работы. Психическими моментами, нужно также объяснить временную задержку періодической дѣятельности у нѣкоторыхъ субъектовъ во время перваго опыта. Проходило съ начала опыта, иногда почти 3 часа безъ всякихъ движеній желудка, пока субъектъ, освоившись съ непривычнымъ положеніемъ успокаивался и и наступали правильные періоды работы.

Общее патологическое состояніе организма остается не безъ вліянія на общій видъ кривой движеній желудка.

(Нами получена подобная кривая, на собств. желудкѣ). Наканунѣ и въ день опыта былъ чистый жидкій стулъ, во время опыта чувствовался непріятный вкусъ во рту, а по временамъ тяжесть въ животѣ. На слѣдующій день температура поднялась до 39°. Повышенная температура и прочія симптомы держались три дня. По полученной кривой видно, что болѣзнь отразилась и на періодической дѣятельности, нарушивъ правильную смѣну періодовъ работы и періодовъ покоя, и измѣнило также характеръ отдѣльныхъ сокращеній.

<sup>1)</sup> Харьков. Медич. Журналъ. 1914 г., № 5.

Периодическая работа пищеварительного тракта при пищеварении у человека



На таблицѣ вертикальными штрихами изображены сокращения пустого желудка; нижняя кривая показывает количество, истекающее через дуоденальный зондъ изъ двѣнадцатиперстной кишки щелочного сока. Въ данномъ опытѣ за 4 ч. наблюдалось три періода работы, когда одновременно съ сильными движеніями желудка изъ трубки зонда текла смесь щелочныхъ соевъ.

Периодическая секреція у человека (изъ протоколовъ двухъ опытовъ).

ВРЕМЯ.	11 ч. 5'10'15'20'25'30'35'40'45'50'55'12 ч.	1 ч.	2 ч.	3 ч.	4 ч.
Колич. щелочного сока вытекающего изъ двѣнадцатиперстной кишки за каждыя 5 м. въ куб. сант.	00000000354 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 854 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 10000000000041 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 5 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 6,13,1110600000000011 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 14,1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 2,8,13,21				I оп. $\frac{21}{x}$ 13 г.
	4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 8000000000030,7,2,1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> ,4,1.12,1,1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> .000000000007,13,5 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> ,3,1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 012.2.00				II оп. $\frac{21}{x}$ 13 г.

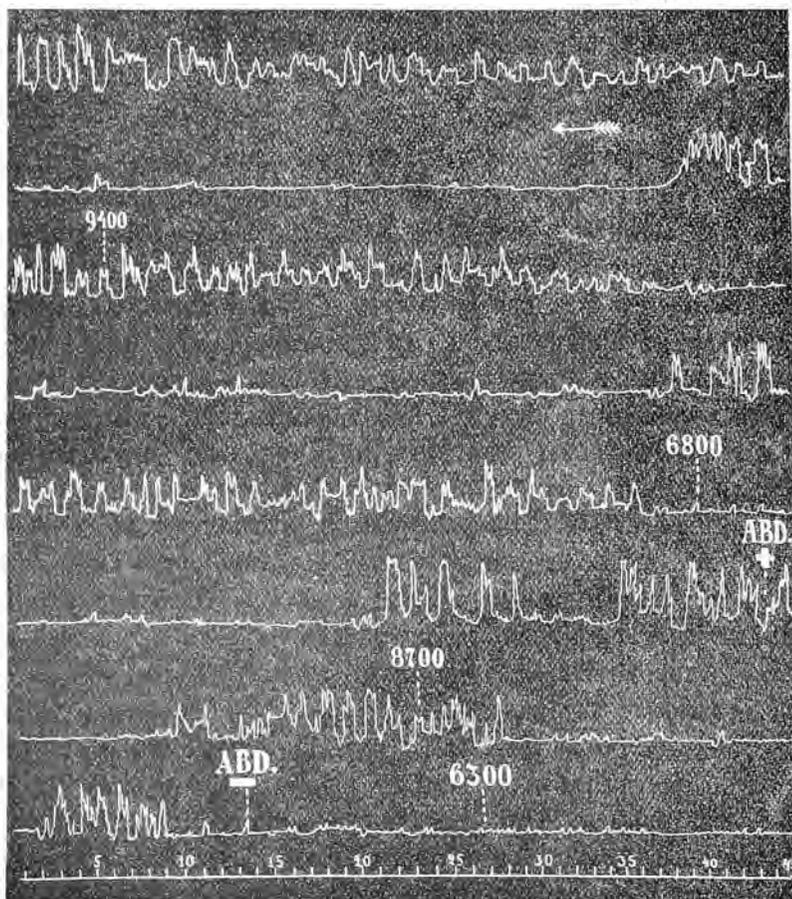
Еще въ своей дисертаціи и неоднократно впоследствии проф. В. Н. Болдыревъ высказывалъ предположеніе о роли, которую должна играть въ жизни организма періодич. дѣятельность. Данныя, полученныя въ его лабораторіи за послѣднее время, вполне подтверждаютъ взгляды опубликованные имъ 10 лѣтъ тому назадъ.

Оказывается, что во время періодовъ работы въ крови организма происходитъ цѣлая пертурбація. Д-ръ Ив. Дм. Князевъ, работая въ лабораторіи проф. Болдырева нашелъ, что во время періодовъ работы кровь собаки даетъ положительную реакцію Абдерхальдена, въ періодъ же покоя—отрицательную. Тѣ же данныя получилъ онъ и на человѣкѣ, беря кровь въ то время, когда мы регистрировали, описаннымъ выше способомъ кривую сокращеній пустого желудка, по которой можно было судить о томъ, имѣется ли въ данный моментъ періодическая секреція или передъ нами періодъ покоя. Мы приводимъ кривыя, полученныя на своемъ желудкѣ и на желудкѣ студ. Ив. Тимоф. Теплова, записанныя въ то время, когда изъ вены испытуемыхъ д-ромъ Князевымъ была взята кровь для изслѣдованія по Абдерхальдену. Особенно удачныя опыты на самомъ себѣ, т. е. отлично изучивъ характеръ періодической работы своего желудка, мы безошибочно могли предсказывать наступленіе періода работы и его окончаніе.

Такимъ образомъ д-ръ Князевъ могъ брать кровь (что и видно на кривой), какъ разъ передъ началомъ періода работы, когда кровь бѣднѣла ферментами и реакція, стало быть, непременно получалась отрицательная, а затѣмъ въ самый разгаръ періода работы, когда періодическій поджелудочный сокъ, всосавшись изъ кишечника въ кровь, обусловливалъ появленіе положительной реакція.

Еще осенью прошлаго года проф. В. Б. Болдыревъ предложилъ мнѣ изслѣдовать вліяніе періодической дѣятельности на количество лейкоцитовъ. Онъ выразилъ увѣренность, что во время періодовъ работы долженъ появляться лейкоцитозъ

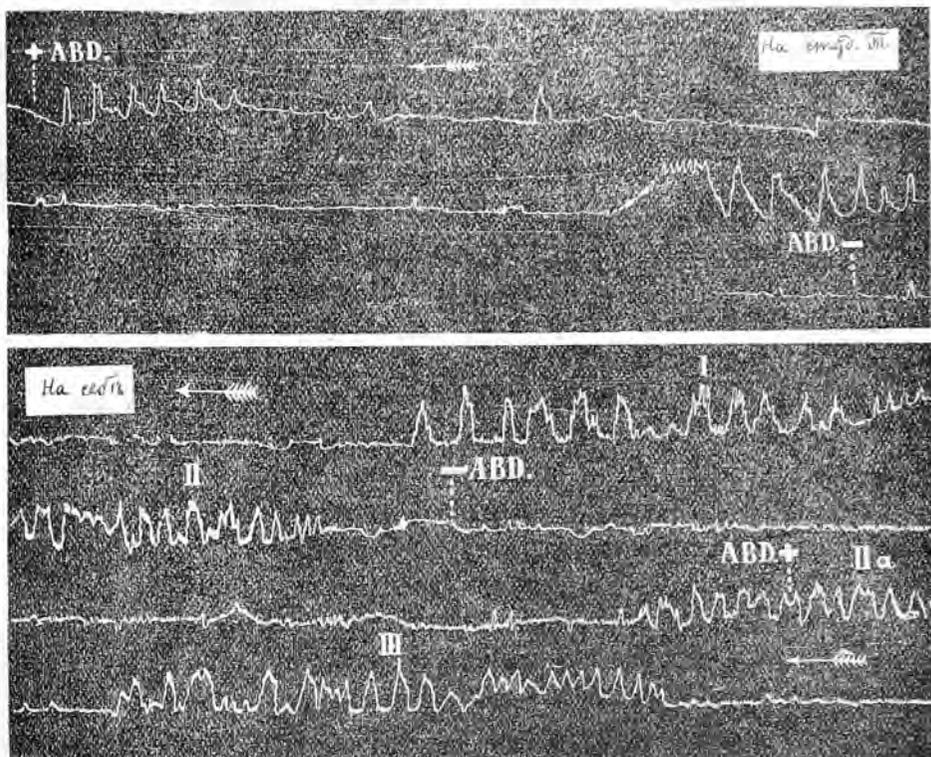
№ 1 Кривая периодических сокращений пустого желудка у человека (на себѣ) и одновременное измерение крови по *Abderhalden*'у и на количество лейкоцитов.



На кривой видно четыре периода работы и начало пятого.

Во время третьего периода работы взятая изъ вены кровь дала положительную реакцию *Abderhalden*'а (*Abd* +), въ периодѣ же покоя отрицательную (*Abd* —). Количество лейкоцитовъ во время периодовъ работы (II, IV) 9400 и 8700. Въ покой 6800 и 6300. Опытъ длился 6 часовъ.

№ 3. Кривыя сокращеній пустаго желудка на двухъ субъектахъ съ одновременнымъ изслѣдованіемъ крови по Abderhalden'у.



На первой кривой полученной на студ. Т. виденъ одинъ періодъ работы. Взято двѣ пробы крови: первая въ періодъ работы (Abd+), вторая въ періодъ покоя (Abd-).

На нижней кривой полученной на собственномъ желудкѣ записаны три періода работы (I, II, III). Взяты двѣ пробы крови: первая во время покоя (Abd-), вторая во время второго періода работы (Abd+).

Трудъ по счету лейкоцитовъ любезно взялъ на себя Бор. Иннов. Лаврентьевъ, которому приношу глубок. свою благодарность. Опытъ показалъ, что дѣйствительно, во время періодовъ работы, въ крови наблюдается увеличеніе бѣлыхъ кров. шариковъ.

Колебания выражаются въ слѣдующихъ цифрахъ:

Работа.	Покой.	Работа.	Покой.
9,400	6,800	8,700	6,300

Всѣ пробы взяты и сосчитаны однообразно. Результаты опыта были подтверждены впоследствии Вл. Мих. Соколовымъ, изслѣдовавшимъ этотъ вопросъ на собакахъ въ лабораторіи проф. Болдырева.

Въ настоящее время нами начаты опыты съ цѣлью уловить термоэлектрич. методомъ подъемы температуры, которые должны вызываться въ организмъ съ наступленіемъ періодовъ работы.

Оканчивая описаніе нашей работы, мы рѣшаемся высказать надежду, что показанная нами легкая возможность наблюдать періодич. дѣятельность у человѣка во всей полнотѣ дастъ толчекъ къ всестороннему изученію этого явленія на больныхъ съ діагностич. цѣлью.

Благодарю д-ра Владимира Николаевича Воробьева, взявшаго на себя трудъ прочесть отъ моего имени настоящій вкладъ въ то время, какъ я былъ занятъ демонстраціей опическихъ явленій на самомъ себѣ.



## Колебание въ числѣ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ крови въ зависимости отъ періодической работы пищеварительнаго аппарата внѣ пищеваренія.

Экспериментальное изслѣдованіе на собакахъ изъ фармакологической лабораторіи Им. Каз. Университета проф. В. Н. Болдырева).

Д-ра В. М. Соколова.

По предложенію проф. В. Н. Болдырева нами были поставлены опыты съ цѣлью выяснить, происходитъ ли колебаніе въ числѣ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ зависимости отъ періодической работы пищеварительнаго аппарата внѣ пищеваренія. Прежде чѣмъ приступить къ описанію результатовъ нашихъ опытовъ, мы должны дать опредѣленіе вышеуказанной періодической работы и выяснить ея значеніе для организма. Лучше всего мы можемъ это сдѣлать, цитируя слова автора<sup>1)</sup>. „Вопреки установившимся ранѣе взглядамъ, при пустомъ желудкѣ и кишкахъ, мышечные и железистые органы пищеварительнаго аппарата (мышцы желудка, тонкой кишки и желчнаго пузыря, кишечныя железы и поджелудочная железа) отнюдь не находятся въ состояніи непрерывнаго полного покоя, но временами совершаютъ каждый свою работу; періодъ недѣятельнаго и дѣятельнаго состоянія начинается и

<sup>1)</sup> В. Н. Болдыревъ. Нѣкоторые данныя новѣйшей физиологии и ихъ отношеніе къ эволюціонной теоріи. Москва 1910 г.

заканчивается одновременно для всѣхъ перечисленныхъ органовъ и продолжается всегда строго опредѣленное время“.

Далѣе проф. В. Н. Болдыревъ указываетъ, что длина періода работы равняется 20—30 мин., а длина періода покоя 1—2 часамъ. Періодъ работы сопровождается сильными ритмическими сокращеніями желудка, кишечника, а также отдѣленіемъ поджелудочнаго, кишечнаго соковъ и желчи въ объемѣ 30 к. с. за каждый періодъ работы. Періодическій поджелудочный сокъ очень богатъ въ данный моментъ соотвѣтствующими ферментами и содержитъ ихъ въ активной формѣ.

„При періодической дѣятельности отдѣляются какъ разъ щелочныя пищеварительныя жидкости, ферменты которыхъ способны дѣйствовать въ щелочной средѣ внутри тканей и живыхъ клѣтокъ организма, и ферменты эти не выбрасываются наружу и не разрушаются въ кишѣхъ, а полностью всасываются изъ нея, и слѣдовательно поступаютъ въ кровь, въ соки организма и разносятся по всему тѣлу. Мы знаемъ что въ настоящее время нельзя указать ни одного маленькаго уголка въ тѣлѣ, гдѣ бы этихъ ферментовъ не было. Конечно они находятся тамъ не случайно и не безъ цѣли. Они призваны совершать важные процессы синтеза и анализа (бѣлковъ, жировъ и углеводовъ), которые непрерывно, ежесекундно происходятъ въ живомъ организмѣ внутри его тканей и клѣтокъ. Вѣдь не можемъ же мы въ настоящее время объяснять эти процессы дѣйствіемъ какой-то таинственной жизненной силы и вся совокупность современныхъ біологическихъ знаній заставляеть насъ неизбежнымъ образомъ приписывать ихъ ферментамъ. Т. о. я указываю на новую работу пищеварительнаго аппарата: снабженіе названными выше ферментами всѣхъ клѣтокъ тѣла; это и есть какъ разъ тѣ ферменты, что вырабатываются пищеварительными железами для нуждъ пищеваренія, т. е. ферменты, способные производить синтезъ и анализъ жировъ и углеводовъ и исполняющіе эту работу внутри желудочно-кишечной трубки. Подобная же

работа анализа и синтеза тѣхъ же самыхъ веществъ совершается и по другую сторону этой трубки внутри тканей и клѣтокъ тѣла, причемъ и тутъ мы всегда наталкиваемся на тѣ же самыя ферменты. Откуда они здѣсь и зачѣмъ? Трудно допустить, чтобы ферменты эти создавала каждая клѣтка для себя самой для своихъ нуждъ, такъ сказать, кустарнымъ способомъ, когда въ организмѣ имѣются спеціальныя фабрики—железы только тѣмъ и занятая, чтобы вырабатывать для его потребностей подобныя же вещества въ огромномъ количествѣ. Если высокая спеціализація необходима для лучшей организаціи, если мы имѣемъ спеціальныя ткани и органы для воспріятія и проведенія ощущеній, для механической работы, для различныхъ химическихъ процессовъ и т. д., если вообще принципъ спеціализаціи является однимъ изъ важнѣйшихъ законовъ жизни, то разъ мы примемъ во вниманіе все выше сказанное относительно ферментовъ, здравая логика заставляетъ насъ признать еще одинъ новый родъ спеціальной дѣятельности организма—выработку необходимыхъ для нуждъ тѣла ферментовъ и отнести эту работу на долю пищеварительныхъ железъ.“

Такую гипотезу предлагаетъ проф. В. Н. Болдыревъ для пониманія этой красивой сложной и гармоничной работы пищеварительнаго аппарата. Принимая во вниманіе, что вышеописанные секреты пищеварительнаго аппарата слишкомъ богаты ферментами, а по мнѣнію проф. В. Н. Болдырева лейкоциты являются разнощивками ферментовъ по всѣмъ уголкамъ человѣческаго тѣла, мы и поставили своей задачей выяснить, нѣтъ ли какихъ либо колебаній въ числѣ бѣлыхъ кровяныхъ шарикахъ въ крови въ зависимости отъ періодической работы пищеварительнаго тракта.

Опыты ставились на собакахъ, у которыхъ предварительно были сдѣланы двѣ фистулы: одна желудочная для наблюденій періодическихъ сокращеній и другая доуденальная

<sup>1)</sup> Boldyreff. Ergebnisse d. Physiologie. 1911.

для наблюденія секретій во время періодовъ работы. Понятно, что животныя ставились на опытъ съ законченнымъ пищевареніемъ, когда отдѣленіе желудочнаго сока уже прекратилось, пищи въ желудкѣ не было и послѣдній давалъ щелочную реакцію. Въ желудочную фистулу вставлялся резиновый балонъ, который соединялся при помощи резиновой трубки съ манометромъ, а послѣдній съ приборомъ, автоматически записывающимъ сокращенія желудка на вращающемся Мареевскомъ барабанѣ. Подобнаго ряда приспособленія давали возможность намъ легко ориентироваться относительно состоянія пищеварительнаго тракта съ точки зрѣнія, интересующей насъ въ данный моментъ.

Для того чтобы удобнѣе было брать кровь, у животнаго сбрасывались волосы на одномъ изъ ушей, послѣ чего обычно ясно обрисовывались подъ кожей сосуды уха. Изъ этихъ кровеносныхъ сосудовъ и бралась кровь для изслѣдованія. Кровь мы брали, какъ обычно указывается въ руководствахъ по этому вопросу, со всякаго рода предосторожностями, а изслѣдованія протекали всякій разъ при однихъ и тѣхъ же условіяхъ<sup>1)</sup>. Счетъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ производился въ одной и той же камерѣ Bürker'a, однимъ и тѣмъ же смѣсителемъ. Разведеніе крови всегда бралось одно и тоже; кровь смѣшивалась въ смѣсителѣ каждый разъ въ продолженіе 5 минутъ и наконецъ счетъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ всегда производился во всей сѣткѣ счетной камеры. Мы старались брать кровь въ концѣ періода работы и въ концѣ періода покоя, предполагая, что если есть какія нибудь измѣненія въ крови, то они будутъ больше имѣть времени для своего развитія въ ту или другую сторону въ зависимости отъ того

---

<sup>1)</sup> Н. К. Горяевъ. Къ методикѣ счисления бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Харьк. Медич. Журналъ 1910 г.

В. Е. Предтеченскій. Руководство къ клинической микроскопіи. Москва 1909. Третье изд.

періода, которому соотвѣтствуютъ. Но это только наше предположеніе и сейчасъ сказать точно, какому моменту періода работы соотвѣтствуетъ наибольшее накопленіе лейкоцитовъ въ крови или въ какой моментъ періода покоя самое наименьшее содержаніе ихъ въ ней, мы не можемъ; для насъ остается неяснымъ и то, постепенно или сразу съ началомъ періода работы происходитъ наростаніе лейкоцитовъ и наоборотъ, какую картину изъ себя представляетъ переходъ отъ періода работы къ періоду покоя. Но изъ ниже приведенныхъ таблицъ, въ которыхъ указаны результаты нашихъ опытовъ, мы думаемъ, вполне можно убѣдиться въ той непосредственной зависимости, которая существуетъ между періодической работой пищеварительнаго аппарата, которую установилъ проф. В. Н. Болдыревъ, и количествомъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ крови.

Таб. I.

Число и мѣсяцъ.	№ опыта.	Названіе собаки.	Реакція въ желудкѣ.	Количество лейкоцитовъ въ 1 вб. мм. крови въ періодъ работн.	Количество лейкоцитовъ въ 1 вб. мм. крови въ періодъ покоя.	Примѣчанія.
11 апрѣля.	1	Лайка . .	щ	11444	9022	
17 апрѣля.	2	Муруга . .	ш	24977	14600	
				25111	19688	
				25200	20688	
15 апрѣля.	3	Мальчикъ .				См. таб. № IV
12 апрѣля.	4	Лайка . .	щ	13200	—	— V.
				11288	7377	
				11866	6866	

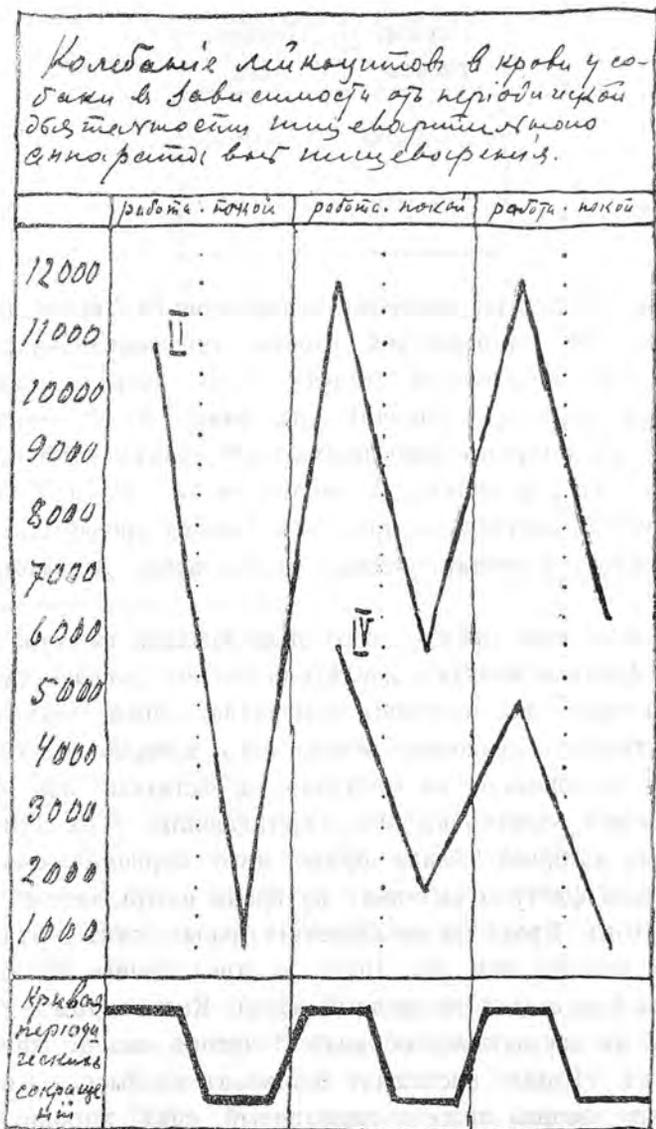
Число и мѣсяцъ.	№ опытовъ.	Названіе собаки.	Реакція въ желудкѣ.	Количество лейкоцитовъ въ 1 куб. мм. крови въ періодъ работы	Количество лейкоцитовъ въ 1 куб. мм. крови въ періодъ покоя.	Примѣчаніе.
20 апрѣля.	5	Лайка . .	щ	10800	8533	считаль А. Н. Миславскій.        6911 въ среднемъ по- кою. 8178 въ самомъ концѣ того же періода.
6 мая	6	Черная сука	щ	—	6311	
				8466	6444	
12 мая.	7	Лайка . .	щ	11288	8911	
15 мая.	8	Лайка . .	щ	12544	9288	
29 мая.	9	Черная сука	щ	7978	6467	
31 мая.	10	Черная сука	щ	8333	7800	
2 іюня.	11	Лайка . .	щ	9155	{ 6911	
				8932	{ 8178	
3 іюня.	12	Черная сука	щ	6889	6200	
				7400	4753	
				7178	6266	

Для большей ясности мы графически изобразили на таблицѣ № II подмѣченное нами колебаніе и тотъ паралелизмъ, который существуетъ между двумя вышеуказанными явленіями.

Опытъ 5. Таб. I былъ поставленъ по нашей просьбѣ пр.-доц. Ал. Н. Мисловскимъ и за его любезность мы считаемъ здѣсь пріятнымъ долгомъ выразить ему глубокую благодарность. Этотъ опытъ является вполне тождественнымъ (см. таб. I) по результатамъ въ указанномъ смыслѣ съ опытами поставленными нами.

Нельзя не упомянуть объ опытѣ С. В. Аничкова на самомъ себѣ, данныя котораго тоже вполне аналогичны съ нашими. (Счетъ крови производилъ студентъ Б. И. Лаврентьевъ); результатъ его опыта нами приведенъ въ табл. № III.

Таб. II.



Кривыя II и IV изображаютъ колебаніе лейкоцитовъ въ опытахъ 4 и 2. (Таб. № I). Третья кривая внизу изображаетъ чередующіеся періоды покоя съ періодами работы. Если прослѣдить всѣ кривыя вмѣстѣ то увидимъ, что періоду работы соответствуетъ наростаніе лейкоцитовъ, а періоду покоя ихъ паденіе. Примѣчаніе. Въ графѣ первой по ошибкѣ всѣ цифры уменьшены на 13,000.

Табл. III.

Періодъ работы.	Періодъ покоя.
1.—9400	1.—6800
2.—8700	2.—6300

Вышеуказанныя колебанія лейкоцитовъ въ крови въ зависимости отъ періодической работы пищеварительнаго аппарата внѣ пищеваренія станутъ болѣе ясны и понятны, если мы обратимъ вниманіе на нашъ 3-ій опытъ съ собакой, въ которомъ пищеварительный трактъ находится далеко въ иныхъ условіяхъ. А именно на таб. IV и V приведены цифры, полученныя при счетѣ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ крови у собаки, которая подвергалась „мнимому кормленію“.

У животного прежде всего была сдѣлана фистула пищевода и фистула желудка, послѣдняя для его постоянного питанія, а также для полученія желудочнаго сока. При опытѣ собакѣ давалось мелкоизрубленное мясо, которое она глотала, но мясо не попадало въ желудокъ, а выпадало изъ фистулы пищевода обратно въ тазъ, подставленный у ея переднихъ ногъ, изъ котораго собака брала мясо первоначально; изъ желудочной фистулы вытекалъ во время опыта чистый желудочный сокъ. Кровь для изслѣдованія бралась какъ и въ предыдущихъ опытахъ изъ уха. Всего въ продолженіи опыта взята кровь 4 раза (черезъ каждый часъ). Какъ видимъ изъ таб. IV и V въ продолженіи первыхъ 3 часовъ опыта колебаній въ числѣ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ не было. Животное энергично хватало пищу и желудочный сокъ хорошо вытекалъ изъ фистулы. Въ послѣдней пробѣ крови количество лейкоцитовъ, какъ мы видимъ изъ тѣхъ же таблицъ, повыси-

лось приблизительно на 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, но это можно объяснить тѣмъ, что животное уже отказывалось глотать мясо, а выдѣленіе сока изъ желудка уменьшилось съ 90 кс., выдѣлившихся за первый часъ, до 18 кс., въ послѣдній часъ опыта.

Таб. IV.

Время взятія крови для исследования послѣ начала кормленія.	Количество лейкоцитовъ въ 1 куб. мм. крови у собаки при минимумъ кормленія.
черезъ	
1 ч.	10044
2 ч.	10022
3 ч.	10317
4 ч.	11222

Таб. V.

%	Колебание лейкоцитовъ въ крови у собаки въ % во время минимума кормленія.			
	1 ч.	2 ч.	3 ч.	4 ч.
110 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>				/
100 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	—	—	—	/

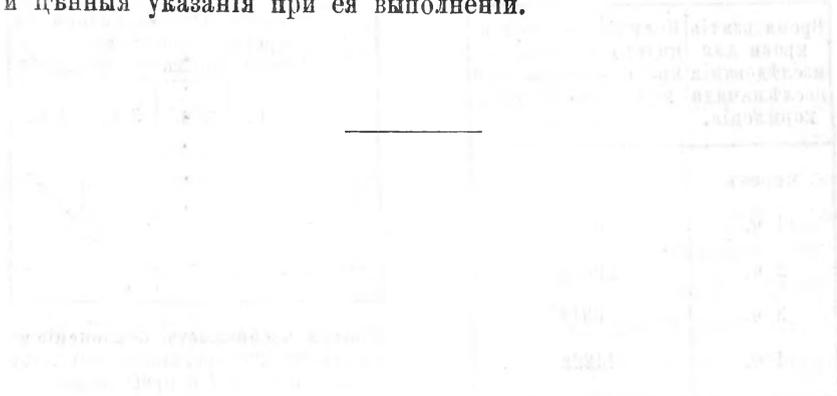
Кривая изображаетъ отклоненіе въ числѣ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ на 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> въ 4-й пробѣ опыта.

Конечно останавливаться на полученныхъ данныхъ и дѣлать на основаніи ихъ какія либо окончательныя выводы мы не можемъ; намъ нужно раньше изучить данное явленіе не только въ счетной камерѣ, но и на мазкахъ. Мы должны установить колебаніе въ количествѣ лейкоцитовъ не только въ отношеніи періода работы къ періоду покоя, но и начала каждаго изъ нихъ въ его концу и наконецъ выяснитъ на счетъ какихъ формъ лейкоцитовъ происходитъ увеличеніе ихъ общаго числа.

На основаніи всего вышеизложеннаго мы приходимъ къ слѣдующему выводу: при періодѣ работы число лейкоцитовъ значительно увеличивается по сравненію съ періодомъ покоя, (съ 100<sup>0</sup>/<sub>0</sub> до 129<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Эти данныя вполне оправдали предположенія, высказанныя еще ранѣе проф. В. Н. Болдыревымъ.

Ввиду того, что наши немногочисленные опыты имѣютъ непосредственную связь съ общей темой другихъ сегодняшнихъ докладовъ, я и осмѣливаюсь выступить съ опубликованіемъ ихъ въ сегодняшнемъ многуважаемомъ собраніи.

Въ заключеніи приношу глубокую благодарность профессору В. Н. Болдыреву за предоставленную имъ мнѣ тему и цѣнныя указанія при ея выполненіи.



Изъ Убѣжища для душевно-больныхъ Казанскаго губернскаго земства.

## Нѣсколько случаевъ примѣненія гипноза при большой истеріи и значеніе его для выясненія причины припадковъ. \*)

Д-ра В. А. Иванова

Ординатора при кафедрѣ частной патологии и терапіи проф. С. С. Зимницкаго въ Казанскомъ Университетѣ.

Въ 1913 году появилась работа д-ра *И. П. Подъяпольскаго* „О примѣненіи гипнотическаго внушенія при эпилепсіи“. Приведенный авторомъ способъ мнѣ показался слишкомъ простымъ и легкимъ, чтобы имъ можно было пренебречь въ терапіи этого заболѣванія, которое и по настоящее время почти не поддается нашимъ обычнымъ средствамъ. Имѣя подъ руками достаточный матеріалъ и возможность наблюдать своихъ больныхъ въ лечебномъ заведеніи, я рѣшилъ примѣнить гипнотерапію. Къ глубокому моему сожалѣнію мнѣ не удалось примѣнить съ успѣхомъ гипнозъ ни въ одномъ случаѣ настоящей эпилепсіи; причина эта заключалась быть можетъ въ томъ, что вліяніе мое на этихъ б-ныхъ было слабымъ, а м. б. затянувшаяся болѣзнь уже наложила свою

---

\*) Доложено 7 мая 1914 г. въ засѣданіи общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ.

тяжелую печать на психику больныхъ, къ тому же не интеллигентныхъ. Зато, въ случаяхъ большой истеріи я получилъ хорошіе результаты, а потому и позволю себѣ описать ихъ.

Примѣняя гипнозъ, я отмѣнялъ леченіе препаратами брома, которыми б-ные пользовались уже давно, но безуспѣшно. Перейду теперь къ изложенію своихъ наблюденій.

Б-ная У-ва, 46 лѣтъ. Отецъ б-ной алкоголикъ, мать умерла, когда б-ная была еще ребенкомъ. Росла безъ всякаго призора и часто подвергалась побоямъ со стороны пьянаго отца. По выходѣ замужъ, съ мужемъ жила не долго,—онъ прогналъ ее. Нѣкоторое время жила нищенствомъ, потомъ поселилась у одного крестьянина, который также билъ ее, и однажды, 7 лѣтъ тому назадъ выстрѣлилъ въ нее изъ ружья. Зарядъ попалъ въ глазъ; б-ная долго хворала, глазъ пропалъ. Съ тѣхъ поръ съ б-ной начались частыя припадки.

Б-ная низкаго роста, слабого, плохо развитаго тѣлосложенія, слабо упитана. Костно-мышечной скелетъ развитъ плохо, подкожный жировой слой развитъ слабо. Черепъ малъ, неправильной конфигураціи. Лѣвый глазъ поврежденъ и на глазъ, вокругъ него—въ области лба и щеки—замѣтны слѣды вѣддрившихся въ толщу кожи крупинокъ пороха. Лицо несимметрично. Ясный красный дермографизмъ. Кожно-болевая чувствительность очень неравномѣрно распредѣлена, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ (напр. по передней поверхности груди) совершенно отсутствуетъ. Рефлексы сухожильные, колѣнные очень живые, со слизистыхъ глотки, носа и конъюнктивы отсутствуютъ. Сильное суженіе поля зрѣнія на бѣлый цвѣтъ. Зрѣніе почти норм.. Дно глаза нормальн.. Сознаніе б-ной ясное. Интеллектъ б-ной на низкой ступени: недостаточно развиты память, соображеніе, критическое отношеніе къ себѣ и къ окружающимъ. Все это по всѣмъ признакамъ прирожденное. Настроеніе самое неустойчивое съ рѣзкими переходами отъ веселья къ тоскѣ, плачу; раздражительна, цинична, эротична, зла, мстительна.

Въ психіатрическихъ заведеніяхъ живетъ около 7 лѣтъ. Припадки бывають по 3—4—7 въ день по 2—3 дня, затѣмъ

прекращаются на мѣсяць. Часто послѣ припадковъ наступаетъ каталептическое состояніе, продолжающееся нѣсколько часовъ. Зрачекъ во время припадка не расширенъ, реагируетъ на свѣтъ. Непроизвольнаго мочеиспусканія не бываетъ.—Припадокъ начинается внезапно крикомъ, больная падаетъ, появляются клоническія судороги, затѣмъ иногда имъ предшествуютъ тоническія подергиванія или отдѣльныхъ мышцъ, или всего тѣла.—Продолжительность припадка нѣсколько минутъ.

3 XII. 1913 г. Больная была загипнотизирована. Заснула довольно быстро. Спрашиваю б-ную, что она видитъ въ припадкѣ. „Ничего не помню“ отвѣчаетъ б-ная. Внущаю б-ной, что помнить все, что съ ней бываетъ въ припадкѣ. Въ этотъ же сеансъ мнѣ удалось узнать, что во время припадка б-ная видитъ себя на улицѣ, между больницей и убѣжищемъ, вокругъ б-ной много людей, среди которыхъ много падучныхъ; эти падучные „лѣзутъ“ на голову б-ной, снимаютъ съ головы черепную „чашку“, въ это время сильно щемитъ на сердцѣ. Сейчасъ же внущаю б-ной эту же галлюцинацію и съ б-ной происходитъ припадокъ. Второй искусственный припадокъ я останавливаю словами: „Нѣтъ больше падучныхъ, ты ихъ не увидишь, сердце не будетъ щемить, а потому съ тобой припадковъ больше не будетъ“.

6/xii Вторая гипнотизація. Въ усыпленномъ состояніи допытываюсь у б-ной, какъ случился съ ней первый припадокъ, и узнаю слѣдующее: послѣ выстрѣла въ глазъ б-ная была въ больницѣ; здѣсь однажды она видѣла во снѣ, что горитъ та больница, въ которой она лежитъ, пламя видно въ окно, бѣжитъ много людей, и нѣкоторые изъ нихъ падаютъ, больная сильно испугалась и дико закричала. Когда же больная проснулась послѣ этого сна, то узнала, что съ ней былъ припадокъ. Дѣлаю б-ной внушеніе тождественное съ внушеніемъ 3/xii, и бужу б-ную. Затѣмъ уже узнаю, что 2-й припадокъ былъ уже въ Казани, на улицѣ, около больницы, куда обманнымъ образомъ привезли б-ную для отправки въ Овруж-ную Лечебницу.

9/xii. Снова внушеніе въ гипнотическомъ состояніи. Съ 3-го по 20 декабря припадковъ не было.

21 декабря 2 припадка. На слѣдующій день усыпляю б-ную и дѣлаю ей внушеніе, что больше она не увидитъ себя на Казанской улицѣ, ее не будетъ окружать толпа народа,

не будет падучныхъ, они не будутъ снимать у нея голову, сердце не будетъ щемить, а потому припадковъ больше не будетъ. Съ 21 декабря 1913 г. по 13 марта 1914 г. припадковъ не было. 14 марта былъ припадокъ, послѣ котораго б-ная спала 2 часа. Съ тѣхъ поръ припадки не повторялись до настоящаго времени. вмѣстѣ съ тѣмъ характеръ б-ной замѣтно измѣнился къ лучшему.

Больной Т-нъ, крестьянинъ Лаишевскаго уѣзда, Каз. губ., 26 лѣтъ. Отецъ б-ного умеръ 16 лѣтъ тому назадъ и пилъ очень много; мать жива, здорова. Среди родныхъ б-ного душевно-больныхъ и припадочныхъ не было. У самого б-ного припадки начались съ десяти лѣтъ послѣ сильнаго испуга. Припадки тогда были рѣдки: 1—2 раза въ мѣсяць. Съ 12 лѣтъ припадки прекратились на годъ, потомъ появились снова, но бывали раза 2—3 въ годъ. Въ 1909 году заразился сифилисомъ; сдѣлалъ 4 курса леченія. Съ 1911 года сталъ пить, пилъ много, часто напивался и четыре раза перенесъ *delirium tremens*. Къ этому времени относится учащеніе припадковъ и иногда ихъ бывало по нѣскольку въ день. Изъ перенесенныхъ болѣзней указываетъ на оспу.

23 Марта 1913 года поступилъ въ Убѣжище для душевно-больныхъ по поводу участвовавшихъ припадковъ.

Больной низкаго роста, слабо развитаго тѣлосложенія, недостаточно упитанъ. Кожа, подкожная вѣтчатка и костно-мышечная система ничего особаго не представляютъ. Черепъ сравнительно малъ; по типу брахицефаль; приращены ушные раковины, полость рта съ высокимъ твердымъ небомъ, съ валикомъ. Лицо симметрично. Носъ сѣдлообразный. Зрачки равномѣрны, съ хорошей реакціей на свѣтъ. Довольно выраженный красный дермографизмъ. Кожно-болевая чувствительность понижена, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ (на груди, на заднихъ поверхностяхъ нижнихъ конечностей) совершенно отсутствуетъ. Сухожильные и кожные рефлексъ оживлены, со слизистыхъ носа и конъюнктивъ ослаблены, глоточный—хорошо выраженъ.

Усилена возбудимость мышцъ. Поле зрѣнія точно не опредѣлено. Глазное дно нормально. Зрѣніе нормально. Со стороны внутреннихъ органовъ ничего особеннаго. Психика б-ного существенныхъ уклоненій не представляетъ, несмотря на продолжительный періодъ припадковъ.

Припадки протекають очень однообразно. Больной безъ всякихъ предвѣстниковъ падаетъ на полъ или постель и начинаетъ извиваться всѣмъ тѣломъ, отбрасывая руки и ноги, будто обороняясь отъ кого-то. Зрачки не расширены. Непроизвольнаго мочеиспусканія, ушибовъ, прикусовъ языка и пѣны изо рта не бываетъ.

За время пребыванія б-ного въ Убѣжищѣ до начала примѣненія гипноза припадки бывали то чаще, то рѣже, иногда съ перерывами въ двѣ недѣли, но всегда по нѣскольку припадковъ въ день. Приблизительно съ іюля мѣсяца припадки значительно участились, и число ихъ доходило до 20—30—40 въ день. Послѣ припадковъ б-ной быстро оправляется и чувствуетъ себя хорошо. Если припадковъ много, то больной жалуется на слабость и разбитость.

16/x 1913 года б-ной былъ загипнотизированъ. Уснулъ быстро. Во время сна я спрашиваю, что онъ видитъ и чувствуетъ во время припадка. На этотъ вопросъ б-ной далъ слѣдующій отвѣтъ: во время каждаго припадка онъ видитъ чертей, при чемъ 4 изъ нихъ большіе и становятся по двое въ ногахъ и головахъ у б-ного; они обязательно появляются во время каждаго припадка; кромѣ большихъ чертей, бываютъ еще, но не всегда, 4 маленькихъ чертенка, которые становятся по правую и лѣвую сторону б-ного. Затѣмъ, черти начинаютъ „теревить“ и щекотать б-ного, и съ нимъ начинается припадокъ. Больному сдѣлано внушеніе, что больше черти являться не будутъ, не будутъ его щекотать и припадковъ съ нимъ больше не будетъ.

17/x Припадковъ не было. Самочувствіе хорошее. Вечеромъ гипнотизація. Говорю больному, что онъ видитъ чертей, и у больного происходитъ припадокъ, который я обрываю словами: „черти пропали“. Вызываю снова припадокъ приказаніемъ сдѣлать его, но содержанія галлюцинаціи б-ному не говорю. Припадокъ происходитъ, и оказывается, что и въ этотъ разъ черти „теребили“ и щекотали б-го. Дѣлаю то же внушеніе, что и наканунѣ. 19 и 20 числа дѣлаю б-му тѣ же внушенія. Припадковъ не было. Внушеніе прекращено. Припадковъ нѣтъ до 20 октября, когда съ б-нымъ сдѣлался припадокъ во время всенощной. Сдѣлано внушеніе, что при-

падковъ больше не будетъ. До 15 ноября б-ной находился еще въ Убѣжищѣ для наблюденія. За это время припадковъ не было. 15 ноября б-ной выписался. Зная, что больной пилъ раньше сильно, я передъ выходомъ его изъ Убѣжища дѣлаю внушеніе: „водки не пей; если же напьешься, то снова будутъ припадки“. Послѣ выписки б-ной являлся ко мнѣ каждую недѣлю. Припадковъ не было. 14 февраля 1914 года б-ной снова поступилъ въ Убѣжищѣ въ состояніи сильного опьяненія. Въ день поступленія съ б-нымъ было нѣсколько припадковъ дома и въ Убѣжищѣ. На слѣдующій день припадковъ не было. 16 февраля б-ной выписался. По словамъ б-ного у него до апрѣля припадковъ не было. На праздникахъ б-ной выпилъ, и съ нимъ былъ припадокъ. Съ 7 апрѣля и по настоящее время припадковъ нѣтъ.

К-въ Махаиль, мѣщанинъ г. Казани, 22 лѣтъ. Отецъ б-ного страдалъ запоемъ и умеръ отъ чахотки на 56 году; сифилисомъ не страдалъ. Мать здорова, жива. Братья и сестры б-ного, 6 человекъ, старше его по возрасту, умерли въ разномъ возрастѣ, но въ какомъ—б-ной точно не опредѣляетъ. Всѣ страдали припадками. 30-лѣтняя сестра б-ного смалолѣтства страдаетъ припадками, по описанію похожими на эпилептические. Б-ной сталъ пить съ 18 лѣтъ, но пилъ умѣренно. На двадцатомъ году б-ной заразился сифилисомъ и принялъ 4 курса леченія. Въ младенческомъ возрастѣ у б-ного были припадки, затѣмъ они прекратились и до восьми лѣтъ б-ной ими не страдалъ. Съ 8-ми лѣтъ, послѣ сильного испуга, когда съ б-нымъ тутъ же случился припадокъ, припадки повторялись 1 или 2 раза въ мѣсяцъ и бывали чаще ночью, во время сна. Съ такими промежутками припадки продолжались до 21 года. Съ этихъ поръ припадки участились и иногда число ихъ доходило до 20 и болѣе въ одинъ день. Галлюцинацій во время припадковъ не помнитъ. Весной 1913 г. б-ной дважды покушался на самоубійство черезъ повѣшеніе и знаетъ объ этомъ только по рассказамъ другихъ. Передъ покушеніемъ, по словамъ б-ного, на него съ утра напала тоска. Въ 1913 г. пилъ также умѣренно, и приблизительно разъ въ мѣсяцъ былъ пьянъ. Служилъ мальчикомъ въ ресторапѣ.

Б-ной средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, достаточно развитою. Черепъ неправильной конфигураціи (рахитическаго типа); лицо симметрично. Зрачки равномѣрны; реакція на свѣтъ живая. Полость рта съ неправильно разставленными, мелкими зубами и узкимъ, углубленнымъ небомъ. Прикусовъ и рубцовъ на языкѣ нѣтъ. Кожно-болѣвая чувствительность повсюду сильно и неравномѣрно понижена: встрѣчаются мѣста, особенно, въ головномъ и грудномъ отдѣлахъ, гдѣ болѣвая реакція на уколъ совершенно отсутствуетъ. Отсутствуетъ также реакція зрачковъ на боль съ указанныхъ мѣстъ. Дермографизмъ смѣшанный, ясно выраженъ. Кожные рефлексъ, рефлексъ съ stemaster'a, сухожильные рефлексъ сильно оживлены. Со стороны глотки, конъюнктивъ и носа рефлексъ сильно понижены. Поле зрѣнія на бѣлый цвѣтъ сужено. Дно глаза нормально.  $Visus=0,8$ . Міопія 2 діоптріи.

Сознаніе больного ясное и полное, память и соображеніе сохранены, критическое отношеніе къ себѣ и окружающему въ предѣлахъ нормы. Появленіе припадковъ отмѣчается предварительно пониженнымъ настроеніемъ. Припадки бываютъ двухъ родовъ: чисто двигательный и психическій эквивалентъ или то и другое соединяется вмѣстѣ. Первый начинается внезапно, больной падаетъ на полъ безъ крика, появляются исключительно клоническія судороги, или скорѣе движенія, которыя носятъ характеръ защитныхъ (цѣлесообразность) тоническихъ судорогъ не наблюдалось (?); не было ни произвольнаго мочеиспусканія, ни прикусовъ языка. Припадки, разъ они начались, повторяются нѣсколько разъ въ сутки съ небольшими промежутками. Послѣ припадка быстро приходитъ въ себя, но изъ происшедшаго ничего не помнитъ. Продолжительность припадковъ отъ нѣсколькихъ секундъ до 7 минутъ.

30 апрѣля 1913 г. б-ной поступилъ въ Убѣжище. Въ первое время припадки бывали по 1—2 въ день, затѣмъ участились и усилились. Былъ мѣсячный промежутокъ между припадками и часть этого періода сознаніе б-ного было затемнено, онъ галлюцинировалъ: ему казалось, что его хотятъ убивать и поэтому онъ просилъ, чтобы его скорѣе убили, грозя въ противномъ случаѣ застрѣлиться или удавиться. Однажды б-ному показалось, что подъ окномъ зарѣзали его брата, и онъ, желая спасти брата выбилъ стекла въ окнѣ.

Затѣмъ снова появились припадки, стали ежедневными, чаще по нѣсколькx въ день. Часто послѣ припадковъ сознание б-ного было затемнено, б-ной галлюцинировалъ: кому-то грозилъ пальцемъ, смотря на потолокъ, какъ-бы ловилъ мухъ, заглядывалъ подъ койки. Сознание прояснялось черезъ  $\frac{1}{2}$  часа, черезъ часъ послѣ припадка. Количество припадковъ постепенно увеличивалось, число ихъ стало доходить до 20 въ день, но зато періоды безъ припадковъ иногда длились по 3—5 дней. Въ октябрѣ мѣсяцѣ характеръ эквивалента измѣнился: поймавъ что-то въ воздухѣ, б-ной складывалъ за пазуху, приложивъ раньше къ уху, потомъ бѣжалъ въ столовую, обычно въ одинъ и тотъ же уголь, снималъ съ себя блузу, влалъ ее подъ голову и минуты три спалъ. Послѣ этого приходилъ въ сознание и ничего не помнилъ изъ происшедшаго. Такое состояніе у б-ного наблюдалось послѣ каждаго припадка. Въ ночь съ 10 на 11 октября сталъ жаловаться на столь сильную тоску, что онъ неоднократно высказывалъ желаніе покончить съ собой. Въ карманѣ у б-го была найдена петля изъ длиннаго и крѣпкаго пояса. Петля была найдена во время припадка.

12 октября гипнотизація. Больной быстро уснулъ. На вопросъ, что б-ной видитъ, слышитъ или чувствуетъ во время припадковъ, отвѣчалъ, что ничего не знаетъ объ этомъ. Сдѣлано внушеніе запомнить все то, что увидитъ, услышитъ или почувствуетъ во время припадка. Проснувшись, б-ной чувствовалъ себя хорошо.

13/x. Было 13 припадковъ. Послѣ нѣкоторыхъ развивался эквивалентъ. Вечеромъ гипнотизація. Во время сна б-ной сообщилъ мнѣ, что видѣлъ человѣка съ веревкой, который пытается удавить его и иногда схватываетъ его за горло. Человѣкъ этотъ раньше былъ неизвѣстенъ б-ому. Кромѣ того, б-ной видитъ иногда другого человѣка, съ книгой. Этотъ человѣкъ приноситъ ему приказъ о томъ, что его, больного, велѣно повѣсить. Рассказываю б-ному, что онъ видитъ человѣка съ веревкой и этотъ человѣкъ схватилъ его за горло. Съ больнымъ начинается припадокъ, во время котораго б-ной какъ-бы борется съ кѣмъ-то. Останавливаю припадокъ словами: „человѣка нѣтъ; успокойся“. Спрашиваю какъ чувствуетъ себя б-ной. Б-ной указываетъ на боль въ горлѣ. На вопросъ, почему у него болитъ горло, б-ной ука-

зываетъ, что его душилъ человѣкъ. Дѣлаю больному слѣдующее повторное внушеніе: никогда не будетъ появляться человѣкъ съ веревкой и не будетъ тебя душишь; онъ пропалъ навсегда, его нѣтъ, и не будетъ никогда; нѣтъ больше человѣка съ книгой, онъ погибъ, и никогда больше ты не увидишь его. Такъ какъ эти люди исчезли, то они больше никогда не появятся и мучить тебя не будутъ, а потому и припадковъ у тебя больше не будетъ“. Бужу б-ного, который мнѣ заявляетъ, что чувствуетъ какую-то неловкость въ горлѣ. Внушеніемъ уничтожаю это ощущеніе.

14/х. Было 9 припадковъ. Вечеромъ гипнотизація. Приказаніемъ: „сдѣлай припадокъ“ былъ вызванъ припадокъ. Во время этого припадка б-ной видѣлъ слѣдующее: на потолкѣ той комнаты, въ которой помѣщается б-ной, стоятъ нѣсколько столовъ, за которыми сидятъ люди и пишутъ приказъ объ уничтоженіи его, больного. Въ эту канцелярію, какъ называется ее больной, ведетъ лѣстница, по которой входятъ лица, занимающіеся въ канцеляріи. Лицъ, которыя занимаются въ канцеляріи, много, до 120, но не всѣ работаютъ одновременно. Больше 10 ихъ не бываетъ. Эти же лица иногда сходятъ по лѣстницѣ внизъ и залѣзаютъ въ ухо больного. Вотъ этихъ то лицъ б-ной и ловить иногда во время припадка. Захвативъ руками, б-ной сильно сжимаетъ кулаки, осторожно подноситъ ихъ къ уху, внимательно прислушивается, затѣмъ встряхиваетъ кулаками, снова прислушивается, иногда послѣ этого сильнѣе сжимаетъ кулаки, и наконецъ подноситъ ихъ къ глазамъ и очень осторожно разжимая кулаки, какъ-бы присматривается. Иногда послѣ этого б-ной снова начинаетъ ловить, иногда же раскрываетъ кулаки и больше не ловить. Вызываю съ согласія б-ного еще одинъ припадокъ приказаніемъ „сдѣлать припадокъ“. Картина на этотъ разъ мѣняется, Больной старается какъ бы выхватить что-то. Оказывается, что теперь появленіе припадка обуславливается появленіемъ человѣка съ книжкой. Дѣлаю внушеніе, что человѣка съ веревкой и человѣка съ книжкой нѣтъ, поэтому они явятся больше не будутъ, а потому припадковъ больше не будетъ.

15/х. Было 9 припадковъ. Вечеромъ гипнотизація. Въ гипнозѣ узнаю у б-ного, что человѣкъ съ веревкой и человѣкъ съ книжкой личность одна и таже. Спрашиваю б-ного, что это онъ во время припадка подноситъ въ кулакѣ къ

уху и къ чему онъ прислушивается? Оказывается, что это часы, которые б-ной старается вырвать у человѣка съ веревкой, а прислушивается онъ для того, чтобы узнать, отобралъ ли онъ ихъ отъ человѣка или нѣтъ. Вызвавъ припадокъ и убѣдившись, что новыхъ галлюцинацій нѣтъ, дѣлаю б-ному вчерашнее внушеніе относительно припадковъ. Ночь б-ной спать хорошо; припадковъ не было.

16/х. Утромъ было 3 короткихъ и легкихъ припадковъ. Послѣ нихъ б-ной запросилъ брома, въ чемъ ему было отказано. Б-ной сильно взволновался и заявилъ, что сейчасъ все будетъ кончено. Послѣ этого, выбивъ толстое стекло, съ осколкомъ въ рукахъ бросился на служителя. Затѣмъ легъ на кровать, пролежалъ минутъ 20 внизъ лицомъ. Послѣ этого два припадковъ. Больше припадковъ не было. Вечеромъ внушаю вышеуказаннымъ образомъ прекращеніе припадковъ.

17/х. 4 припадковъ съ послѣдующимъ эквивалентомъ: ловилъ въ воздухѣ руками, поймавъ сжималъ въ кулакѣ, подносилъ къ уху, а затѣмъ съ печальной гримасой смотрѣлъ на руку, нѣсколько разъ всхлипывалъ; наконецъ, раскрывъ глаза, смотрѣлъ на потолокъ, грозя пальцемъ. Вечеромъ 5 сильныхъ припадковъ, слѣдовавшихъ одинъ за другимъ. Усыпленъ. Во время сегодняшнихъ припадковъ видѣлъ человѣка съ книжкой, человѣка съ веревкой и цыплятъ. Опять внушено отсутствіе припадковъ обычнымъ образомъ.

18/х. Нѣсколько легкихъ припадковъ съ эквивалентомъ вчерашняго характера. Усиленно просилъ брома, но не получилъ. Внушено отсутствіе припадковъ.

До 23/х. припадковъ не было. 23/х было 7 припадковъ очень сильныхъ и довольно продолжительныхъ. Послѣ припадковъ эквивалентъ того же характера что и 17/х. На слѣдующій день два припадковъ съ такимъ же эквивалентомъ. Съ 25 до 30/х припадковъ не было. 30/х нѣсколько легкихъ припадковъ, послѣ которыхъ б-ной въ теченіе 1 минуты что-то бормоталъ, размахивая руками. Удалось уловить только одно слово: „давай“. Во время одного припадковъ была пѣна изо рта.

До 5 ноября припадковъ не было, а 5 числа было 3 припадковъ. Въ дальнѣйшемъ припадковъ бывали черезъ нѣсколько дней по одному, иногда больше, при чемъ нѣкоторые изъ нихъ съ пѣной изо рта. Въ такихъ случаяхъ б-ной послѣ

припадка спалъ. Бывали и эквиваленты. Произведено нѣсколько разъ внушеніе. Съ 20 ноября по 4 декабря припадковъ не было. Сдѣлано нѣсколько разъ внушеніе, что припадки превратились и не повторятся больше, что больше не появится человѣкъ съ веревкой и вѣнжой. 4 декабря 1913 года б-ной выбылъ изъ Убѣжища. Послѣ выписки изъ Убѣжища б-ной являлся каждую недѣлю. Припадковъ не было. 22 декабря 1913 г. снова поступилъ въ Убѣжище въ виду появленія припадковъ. Оказывается б-ной позволилъ себѣ выпить. Дома былъ одинъ припадокъ, а въ Убѣжищѣ припадки бывали рѣдки и легкіе. Всего ихъ было 9. Иногда эквиваленты. Какъ тѣ, такъ и другіе обычнаго для больного типа. 12/1 1914 года у б-ного былъ послѣдній припадокъ, а 11 февраля б-ной выписался изъ Убѣжища. По настоящее время у б-ного припадковъ не было.

На дняхъ, усыпивъ б-ного, я спрашиваю, не зналъ ли б-ной раньше того человѣка, который показывался во время припадка. На этотъ вопросъ больной разсказалъ мнѣ слѣдующее. Человѣкъ съ веревкой это его пріятель, который служилъ съ б-нымъ въ одномъ ресторанѣ и жилъ въ одной комнатѣ съ нимъ. Однажды, когда б-ной уже легъ спать, пріятель укралъ у б-ного серебряныя часы, память отца. Больной проснулся въ моментъ кражи. Воръ сталъ душить больного. Больной, не имѣя свидѣтелей, всетаки заявилъ о покражѣ, но безрезультатно. Въ дальнѣйшемъ насильникъ сталъ страшать б-наго судомъ за ложное обвиненіе.

Больной дѣла дальше не возбуждалъ. Спрашиваю б-ного, почему онъ раньше, когда я спрашивалъ о выдающихся происшествіяхъ его въ жизни, не разсказалъ объ этомъ. Больной отвѣтилъ, что это онъ совершенно забылъ. Проснувшись, б-ной все это подтвердилъ. Происшествіе это имѣло мѣсто тогда, когда б-ному было 18 лѣтъ. Черезъ 2 года послѣ этого его бывшій пріятель застрѣлился, будучи уличенъ въ новой кражѣ.

Х-ровъ Петръ, 25 л., крестьянинъ Ядринскаго уѣзда, холостъ, грамотенъ. Отецъ и мать живы, алкоголемъ не злоупотребляютъ. Психически здоровъ. Среди родственниковъ душевныхъ заболѣваній и алкоголизма не наблюдалось. Больнымъ себя считаетъ съ 18 лѣтъ. До 17 лѣтъ не страдалъ

никакими болѣзнями. На 17 году у б-ного появились кровотоcheniя изъ носа и ушей. Эти кровотечения продолжались 1 $\frac{1}{2}$  года. 6 января 1907 г. въ 2 часа дня б-ного въ ногу укусила собака, и въ этотъ же вечеръ съ б-нымъ случился первый припадокъ, по описанiю постороннихъ, сопровождавшійся крикомъ и лаемъ; самъ же б-ной о припадкѣ ничего не помнить. Съ тѣхъ поръ припадки повторялись ежедневно по нѣскольку разъ. Въ концѣ января 1907 г. б-ной поступилъ въ Каз. Окружную Лечебницу, гдѣ пролежалъ до мая 1908 года. Тамъ у него вначалѣ припадки были часты, потомъ стали рѣже, и б-ной выписался съ припадками. Дома у б-ного припадки повторялись съ небольшими промежутками (шахиин черезъ 1—2 недѣли). 26 апрѣля 1909 г. больной снова поступилъ въ Окружную Лечебницу, откуда выписался въ октябрѣ мѣсяцѣ того же года съ такими же припадками. До апрѣля 1913 г. б-ной поступалъ въ Окружную Лечебницу 3—4 раза. Въ апрѣлѣ 1913 г. б-ной поступилъ въ Убѣжище для душевно-больныхъ Казанскаго Губернскаго Земства, откуда и выписался черезъ мѣсяцъ. Здѣсь припадки были въ первые дни по поступленiи. Черезъ 3 дня послѣ выписки, уже дома, припадки у б-ного снова повторились, и начало ихъ совпало опять съ укусомъ собаки; собака укусила б-ного около 12 ч. ночи (припадокъ случился часа черезъ 2—3 послѣ укуса). Припадки опять стали повторяться ежедневно. 2 октября 1913 г. б-ной снова поступилъ въ Убѣжище.

Б-ной высокаго роста, правильнаго и хорошо развитога тѣлосложенiя, средняго питанiя. Кожа, подкожный жировой слой и слизистыя оболочки ничего особаго не представляютъ. Черепъ сравнительно съ ростомъ малый, типа брахицефалическаго, лицо несимметрично (правая носогубная складка слегка опущена). Ушные раковины съ приращенными мочками. Полость рта съ мелкими, рѣдко разставленными зубами; на твердомъ небѣ выраженный валикъ. Выраженный красный дермографизмъ. Кожно-болѣвая чувствительность не понижена, хотя б-ной при опредѣленiи ея въ разныхъ частяхъ тѣла даетъ различныя указанiя. Кожные рефлексы, также и сухожильные, рефлексы съ глотки, конъюнктивы слегка понижены, со стороны слизистой носа пониженiе рѣзче. Зрачки равномѣрны, съ выраженной на свѣтъ и боль реакцiей. Поле зрѣнiя на бѣлый цвѣтъ сужено сверху и снаружи. Зрѣнiе нор-

мально. Глазное дно нормально. Со стороны внутреннихъ органовъ ничего особеннаго. Луес и алкоголизмъ отрицаетъ. Память б-ной не измѣнена, соображеніе въ предѣлахъ нормы, не ослаблено. Критическое отношеніе къ себѣ и окружающему не ослаблено. Отмѣчается измѣнчивость настроенія: б-ной жалуется на частое появленіе безпричинной тоски, независимо отъ времени и количества припадковъ.

Появленіе припадка отмѣчается предварительнымъ пониженіемъ настроенія. Начинается припадокъ внезапно: б-ной падаетъ на полъ или кровать, что бываетъ чаще, паденіе рѣдко сопровождается ушибами; начинаются тоническія судороги въ видѣ мелкаго дрожанія отдѣльныхъ мышцъ, потомъ появляются клоническія судороги или скорѣе не судороги, а движенія членовъ имѣютъ какъ-бы определенную цѣль: онъ бьетъ ногами, будто отталкиваетъ кого-то, хватается руками подушку, одѣяло и друг. вещи, сжимаетъ всѣ эти предметы. Въ это время онъ подражаетъ лаю собаки, скрежещетъ зубами. Движенія членовъ настолько сильны и энергичны, что б-ной приходится удерживать. Такіе припадки никогда не сопровождаются непроизвольнымъ мочеиспусканіемъ. Зрачки во время припадка не расширены, на свѣтъ реагируетъ. Пѣны изо рта не бываетъ, не бываетъ и прикусыванія языка. Припадки у больного бываютъ чаще всего между 8 и 12 часами дня и ночью. Припадки бываютъ почти ежедневно и по нѣскольку въ день.

9/х. Припадки рѣже.

13/х. Съ утра б-ной въ удрученномъ состояніи, много плачетъ. Съ 9 ч. утра было нѣсколько сильныхъ припадковъ съ промежутками въ  $\frac{1}{2}$  часа.

14—15/х. Припадки по нѣскольку разъ въ день.

16/х. Припадковъ не было.

17/х. Вечеромъ сильный припадокъ. Больной сталъ веселѣе, но при малѣйшей непріятности плачетъ. Спитъ по ночамъ плохо и засыпаетъ обычно около 2 ч. ночи, потому что боится, что во снѣ его кто-нибудь ударить.

21/х. До сегодняшняго дня припадковъ не было. Сегодня 3 сильныхъ припадка.

22/х. Одинъ припадокъ.

23—24/х. Припадковъ не было.

25/х. Припадокъ.

26—30/x. Припадковъ не было.

31/x. Одинъ припадокъ.

1/xi. Утромъ было 7 сильныхъ припадковъ, слѣдовавшихъ одинъ за другимъ, вслѣдъ за ними 3 припадка истерическаго плача, послѣ которыхъ больной спалъ до 12 дня. Затѣмъ еще 4 обычныхъ припадковъ. За день б-ной много плакалъ и вечеромъ боялся лечь спать: „я засну, а кто-нибудь меня ударить“.

2/xi. Съ 12 ч. ночи до 10 утра 27 припадковъ.

3/xi. Ночью 15 припадковъ. Между 8 и 9 утра 5 припадковъ. Настроеніе угнетенное, часто плачетъ. Въ 3 часа дня 4 припадковъ.

Вечеромъ приступлено къ леченію гипнозомъ. Гипнотизація фиксаціей. Черезъ минуту послѣ начала опыта у больного появилось дрожаніе, очень рѣзко выраженное и распространившееся на все тѣло. Опытъ прекращенъ. Больной объяснилъ, что онъ видѣлъ большую черную собаку, которая не спускала съ него глазъ и все время злобно ворчала. За сутки было 24 припадковъ.

4/xi. За ночь до 8 ч. утра было 49 припадковъ. Послѣ нихъ б-ной сталъ галлюцинировать: видѣлъ собаку, Полкана. „Надо накормить Полкана, а то онъ злой“, говорилъ онъ, бросая подъ койку куски хлѣба. „Гдѣ же собака то? Да вотъ она сейчасъ подъ койку залѣзла. А она меня не тронетъ?“ Больной не зналъ гдѣ онъ находится и думалъ, что онъ всеѣмъ въ иномъ городѣ, на заводѣ. Въ 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ч. утра б-ной заснулъ. Проснувшись, былъ сознателенъ. Днемъ было еще 8 припадковъ, а всего 57 припадковъ.

5/xi. Ночь спалъ хорошо, припадковъ нѣтъ. Вечеромъ б-ной говорилъ, что онъ снова видѣлъ собаку и отравилъ ее сулемой; сдѣлать это онъ уже давно собирался.

6/xi. Припадковъ не было. Произведена гипнотизація. Какъ и въ предыдущій разъ, б-ной не заснулъ, появился tremor, показавшаяся собака. Опытъ прекращенъ.

7—8/xi. Припадковъ не было. Настроеніе хорошее. На балу б-ной съ увлеченіемъ плясалъ и пѣлъ. Ночь спалъ хорошо.

9/xi. Днемъ припадокъ обычнаго характера.

10/xi. За обѣдной закружилась голова. Вскорѣ послѣ

этого, но уже въ отдѣленіи, было два припадка съ часовымъ промежуткомъ.

11/хi. Съ 12 ч. 15 м. ночи начались припадки и продолжались до 2 ч. ночи. За это время было 24 припадка. Послѣ двадцатаго припадка б-ной вообразилъ себя въ Ядринѣ и рѣшилъ ѣхать въ Казань лѣчиться. Собралъ подушку, одѣяло, полотенецъ; все это завязалъ въ простыню, и хотѣлъ скорѣе итти на пристань: „Чайка (пароходъ) уже у завода, скоро подойдетъ къ пристани; надо торопиться“. На вопросъ, гдѣ онъ въ настоящее время находится, б-ной отвѣтилъ, что онъ въ Ядринской больницѣ. „Я послалъ“ говорить б-ной— „прошеніе д-ру о принятіи меня въ Убѣжище для излеченія и теперь ѣду туда“ На всѣ увѣренія окружающихъ, что онъ уже давно въ Убѣжищѣ и ѣхать ему некуда, б-ной твердилъ: зачѣмъ вы меня обманываете“. Съ 3 часовъ ночи до 6 утра было еще 26 припадковъ. Послѣ послѣдняго припадка б-ной сталъ шарить руками по сосѣдней постели, стащилъ съ нея одѣяло, быстро вынулъ изъ-подъ подушки свой ремень и, крѣпко затянувъ въ него одѣяло, сказалъ: „на таци; удавилъ!“ Затѣмъ легъ, минутъ черезъ 20 снова собралъ все, что было подъ рукой, завязалъ въ простыню и заявилъ, что ждетъ парохода, чтобы поѣхать въ Казань лѣчиться. Въ этотъ день больше припадковъ не было, а всѣхъ ихъ было 50.

12/хi. Ночь спалъ хорошо; припадковъ не было.

13/хi. Съ 12 ч. ночи до 8 ч. утра было 33 припадка.

Больной снова отправляется въ Казань, окружающихъ не узнаетъ и принимаетъ ихъ за своихъ Ядринскихъ знакомыхъ. Съ 8 ч. утра и до 11 ч. утра еще было 21 припадокъ. Послѣ этого б-ной заснулъ. Между 5 и 6 часами вечера было еще 7 припадковъ, а всего за сутки ихъ было 61.

14/хi. Съ 1 часу ночи до 7 ч. утра было 51 припадокъ. Послѣ послѣдняго припадка б-ной опять задушилъ собаку. Днемъ припадковъ не было. Б-ной чувствовалъ себя удовлетворительно.

15—18/хi. Припадковъ не было. Настроеніе хорошее.

19/хi. Ночью пять припадковъ.

20/хi. Припадковъ не было.

21/хi. Припадковъ не было. Настроеніе хорошее. Больной замѣтилъ, что въ то время, когда въ церкви поютъ „Херувимскую“ ему дѣлается не по себѣ и дѣло доходитъ до

слезъ. Вечеромъ было 3 припадка, выразившихся въ сильномъ плачѣ и мелкихъ, частыхъ, судорожныхъ подергиваніяхъ всего тѣла. Припадки продолжались въ общей сложности около 7 минутъ и слѣдовали одинъ за другимъ. Послѣ этихъ припадковъ б-ной заснуль.

22—23/хі. Припадковъ не было. Самочувствіе хорошее. Ночью спитъ хорошо.

24/хі. Припадковъ не было. Вечеромъ гипнотизація. Больной быстро заснуль. Сонъ былъ все время спокойнымъ, ровнымъ и глубокимъ. Послѣ пробужденія б-ной ничего не помнилъ. Во время сна удалось узнать, что во время припадка б-ной видитъ большую черную собаку, которая бросается съ лаемъ на него и больно кусается. Больше во время припадковъ б-ной ничего не чувствуетъ, не видитъ и не слышитъ. Тутъ же я начиналъ рассказывать б-ному, что онъ видитъ издали большую черную собаку; въ это время у б-ного появляются тоническія судороги въ видѣ мелкаго дрожанія отдѣльныхъ мышцъ. Говорю дальше, что собака приближается и теперь она уже близко отъ него; въ это время судороги усиливаются и переходятъ какъ бы въ клоническія. Послѣднія при моихъ словахъ: „теперь собака бросилась на васъ“, приобретаютъ характеръ движеній членовъ, имѣющихъ опредѣленную цѣль. Въ это же время б-ной подражаетъ собачьему лаю. Этимъ припадокъ заканчивается. Справившись о самочувствіи б-ного, я, не будя его, вызывалъ такимъ же образомъ второй припадокъ. Но уже этотъ припадокъ я обрываю въ тотъ моментъ, когда судя по ходу припадка, на б-ного должна броситься собака. Обрываю припадокъ словами: „больше собаки нѣтъ“.

Послѣ этого я внушаю б-ному, что онъ всякій разъ будетъ засыпать, когда я дотронусь своей рукой до его головы. Наконецъ, дѣлаю повторное внушеніе, что собака больше не будетъ появляться, не будетъ бросаться и припадковъ больше не будетъ.

25/хі—26/хі. Припадковъ нѣтъ. Самочувствіе хорошее.

27/хі. Около 10 ч. вечера б-ной жаловался на сильную тоску и желаніе плакать. Черезъ нѣкоторое время припадокъ обычнаго характера.

28/хі. Припадковъ не было. Настроеніе хорошее. Вечеромъ гипнотизація. Снова вызываю искусственный припадокъ.

Припадокъ происходитъ почти моментально послѣ разсказа содержанія галлюцинаціи. Вызываю второй припадокъ не разсказомъ о галлюцинаціи, а просто приказаніемъ: „сдѣлай припадокъ“. Приказаніе немедленно исполняется: у б-ного припадокъ. По слову „довольно“ припадокъ сейчасъ же останавливается. Узнаю, что видѣлъ б-ной во время второго припадка. И здѣсь имѣетъ мѣсто таже галлюцинація. Дальше, дѣлаю повторное внушеніе, что собака больше появляться не будетъ и припадки у б-ного не будутъ больше повторяться. Проснувшись, б-ной чувствуетъ себя хорошо и не помнитъ, того, что съ нимъ было.

29/xi—5/xii. Припадковъ не было. Настроеніе хорошее.

6/xii. Вечеромъ припадокъ. Этотъ припадокъ былъ мною остановленъ словомъ „довольно“.

17/xii—18/xii. Припадковъ не было.

19/xii. Ночь спалъ плохо. „Лишь только закрою глаза“, говорить б-ной „какъ сейчасъ же появляется собака“. Припадковъ не было.

20—24/xi. Припадковъ не было. Самочувствіе хорошее. Иногда жалуется на тоску въ мое отсутствіе и даже написалъ мнѣ письмо, въ которомъ объясняетъ причину своихъ слезъ и тоски—это любовь ко мнѣ. За это время была одна гипнотизація.

25/xii. Больной въ хорошемъ настроеніи. Въ 6 ч. вечера б-ной внезапно поблѣднѣлъ и сталъ грозить пальцемъ, говоря, „дыць! замолчи! я тебя!“ Послѣ этого б-ной легъ, какъ-бы заснулъ минутъ на 5, затѣмъ всталъ и былъ въ хорошемъ настроеніи. Припадковъ не было.

28/xii. Былъ припадокъ, послѣ котораго б-ной долго плакалъ. Гипнотизація.

31/xii. Было 4 припадка обычнаго типа. Послѣ припадковъ б-ной нѣкоторое время смотрѣлъ въ одинъ уголь и говорилъ, что тамъ стоитъ черная собака. Гипнотизація.

Съ 1 по 20 января 1914 г. припадковъ не было. Временами жаловался на тоску, но значительно большую часть времени былъ въ хорошемъ настроеніи.

20/i. Послѣ обѣда б-ной сталъ жаловаться на боли въ животѣ. Къ вечеру боли усилились. Назначено: ol. ricini, а послѣ горячіе компрессы на животъ и салоль съ белладонной внутрь. 21-го числа боли рѣзко усилились. Появилась рво-

та, иногда съ примѣсью крови. Сухой языкъ. Животъ вздутъ, при ощупываніи сильно болѣзненъ. Пульсъ малъ.  $t^{\circ}$  утромъ  $36^{\circ},6$ —вечеромъ  $36^{\circ},7$ . Стулъ одинъ разъ. Назначено: морфій подъ кожу; ледъ на животъ; покой и абсолютная діета.

22/І. Безъ перемѣнъ. 23/І. Тоже состояніе. Стулъ нормальный. 24/І. Сильныя боли въ животѣ. Рвота и икота. Стулъ нормальный;  $t^{\circ}$  нормальна. Усыпляю б-ного и говорю ему: „вставай! ты совершенно здоровъ; нѣтъ больше ни болей, ни рвоты; ты здоровъ“. Бужу б-ного, который тотчасъ же встаетъ. Никакихъ жалобъ на боли. За послѣдніе дни припадковъ не было.

25/І—2/ІІ. Припадковъ не было. Б-ной чувствуетъ себя хорошо. Въ церкви во время Херувимскаго пѣснопѣнія большой плакаль.

3/ІІ—28/ІІІ. Больной иногда плачетъ, иногда жалуется на тоску. Иногда бывють безъ видимыхъ причинъ кровотеченія либо изъ уха, либо изъ носа. Внушеніемъ въ гипнотическомъ состояніи эти кровотеченія останавливаются. Мнѣ удалось вызвать по одному разу кровотеченія изъ уха и носа. Носъ и уши б-ного были изслѣдованы вполнѣдствіи отіатромъ, при чемъ не было обнаружено какихъ-либо уклоненій отъ нормы.

Съ 28/ІІІ и по настоящее время б-ной иногда жалуется только на головныя боли и зубныя. Однажды у б-ного наблюдался трехдневный запоръ и б-ной попросилъ слабительнаго. Въмѣсто слабительнаго б-ной былъ усыпленъ, и ему было внушено, что, когда онъ проснется, его сейчасъ же прослабитъ. Внушенное исполнено б-нымъ въ точности. Въ послѣдніе дни б-ной часто плачетъ. Слезы свои объясняетъ тѣмъ, что ужъ очень сильно сталъ тосковать по родинѣ и не можетъ дожидаться 10-го мая, когда онъ будетъ выписанъ изъ Убѣжища.

Съ 31-го декабря 1913 года и по настоящее время у больного не было ни одного судорожнаго припадка. <sup>1)</sup>

Итакъ мы видимъ, что въ каждомъ изъ описанныхъ случаевъ на лицо психическая травма.

<sup>1)</sup> По собраннымъ въ дальнѣйшемъ свѣдѣніямъ до 1 октября 1914 г. ни одного изъ описываемыхъ большихъ припадковъ не было.

Такъ, одинъ нашъ б-ной перенесъ 4 раза delirium tremens, во время котораго, вѣроятно, видѣлъ чертей. Нужно думать, что эти образы прочно зафиксировались въ подсознательной сферѣ больного. На ряду съ delirium, а слѣдовательно и свойственными этой болѣзнями галлюцинаціями, мы имѣемъ здѣсь и другой факторъ—испугъ. Пьяный отецъ, запѣвъ пѣсню, испугалъ спящаго б-го. Больной утверждаетъ, что испугъ былъ сильный и именно послѣ него у б-ного появились припадки. Какъ на причину припадковъ, б-ной указываетъ только на испугъ. Что съ нимъ бываетъ во время припадка,—онъ совершенно не знаетъ. И мнѣ кажется, что испугъ въ данномъ случаѣ былъ какъ-бы толчкомъ къ припадкамъ, галлюцинаціи же, сопровождающія припадковъ, присоединились впоследствии.

Въ другомъ случаѣ мы имѣемъ тоже испугъ. Черная собака, бросившись на б-ного, укусила его. Послѣ этого съ б-нымъ начались припадки. Тому, что здѣсь припадки развились въ связи съ испугомъ, мы также находимъ подтвержденіе: содержаніе галлюцинаціи, обуславливающей самый припадокъ, который является такимъ образомъ переживаніемъ дѣйствительности, только и подтверждаетъ намъ причину припадковъ. Такимъ образомъ причину припадковъ мы знаемъ изъ анамнеза. Разрушая амнезію въ гипнотическомъ состояніи, мы получаемъ блестящее подтвержденіе нашего предположенія. Въ пользу связи между припадками у б-ного и нападеніемъ собаки говоритъ еще и слѣдующее. Мы знаемъ, что собака на б-ного бросалась дважды. Первый разъ она бросилась въ 2 часа дня, второй разъ около 12 часовъ ночи. Первое нападеніе собаки было раньше и вліяніе этого факта на психику б-ного успѣло ослабѣть. Усиленіе припадковъ совпадаетъ со вторымъ нападеніемъ собаки, на этотъ разъ имѣвшимъ мѣсто въ ночное время. Этотъ фактъ не лишенъ значенія. Мы видимъ изъ исторіи болѣзни, что припадки

главнымъ образомъ бываютъ ночью, и въ это время они сильнѣе и чаще.

Припадки третьяго б-ного развились также на почвѣ психической травмы. Другъ и пріятель б-ного укралъ часы, но будучи замѣченъ, схватилъ б-ного за горло. Затѣмъ онъ же страшалъ б-ного судомъ, въ случаѣ жалобъ со стороны потерпѣвшаго. Часы были памятны б-ному, да и то обстоятельство, что укралъ ихъ его же пріятель, который тутъ же покушался на его жизнь,—все это не осталось безъ вліянія на психику больного. Содержаніе галлюцинаціи взято изъ жизни. Слѣдовательно, и здѣсь въ припадкѣ б-ной переживаетъ то, что съ нимъ было въ дѣйствительности. Больной дважды покушался на самоубійство и не помнитъ объ этомъ. Не является ли это отраженіемъ покушенія на жизнь б-ного со стороны другого лица? И здѣсь мы также убѣждаемся въ истинной причинѣ припадковъ, только тогда, когда разрушилась амнезія въ гипнотическомъ состояніи.

Наконецъ, послѣдній случай. Здѣсь имѣла мѣсто сначала физическая травма. Въ больницѣ б-ная видитъ во снѣ пожаръ: горитъ та больница, въ которой лежитъ б-ная; языки пламени видны въ окно; вкругомъ много людей, которые въ смятеніи бѣгутъ и нѣкоторые изъ нихъ падаютъ. Б-ная сильно испугалась, взвизгнула, и съ ней случился первый припадокъ. Опять та же травма психическая. Въ дальнѣйшемъ запечатлѣлось только множество людей и среди нихъ падающіе. Второй припадокъ съ б-ной случился въ Казани, куда ее привезли обманнымъ образомъ. Больная знала, что ее считаютъ „порченой“. Передъ отправленіемъ въ Окружную Лечебницу съ б-ной на улицѣ, между больницей и теперешнимъ Убѣжищемъ, случился припадокъ. Къ прежнему воспоминанію множества людей падающихъ присоединилось мѣсто припадка. И вотъ, теперь б-ная всегда во время припадка видитъ себя въ толпѣ народа, гдѣ много падучихъ и все это имѣетъ мѣсто на Казанской улицѣ.

Теперь возникаетъ вопросъ, специфична ли для каждаго случая сопровождающая припадокъ галлюцинація. Оказывается, что не всегда. Нѣкоторые б-ные, болѣе неустойчивые, реагируютъ на чужія галлюцинаціи тоже припадкомъ. Такъ, больному X-ву рассказываю галлюцинаціи сопровождающія припадки К-ва и онъ реагируетъ на это припадкомъ; точно также онъ реагируетъ и на другія галлюцинаціи. Больной же К-въ не реагируетъ припадкомъ на галлюцинаціи, сопровождающія припадки другихъ больныхъ.

Итакъ, на основаніи наблюденныхъ мною случаевъ, я могу сказать, что гипнотерапія имѣетъ громадное значеніе при большой истеріи. Во-первыхъ, она даетъ намъ возможность дифференцировать припадки большой истеріи отъ весьма схожихъ иногда припадковъ эпилепсіи. Во-вторыхъ, данныя, добытыя путемъ разрушенія амнезіи въ гипнозѣ, въ связи съ анамнезомъ, даютъ намъ точный психоанализъ даннаго случая, сравнительно простой и быстрый. Терапевтическое же значеніе гипноза при большой истеріи само собой очевидно.

Изъ лабораторій проф. С. С. Зимницкаго и проф. В. Н. Болдырева.

## Ходъ реакціи Абдерхальдена въ зависимости отъ пищеварительной и «періодической» работы пищеварительнаго аппарата.

Докторъ *И. Д. Князевъ.*

---

### Часть I.

(изъ лабораторіи проф. С. С. Зимницкаго).

#### Вліяніе пищеваренія на реакцію Абдерхальдена.

Реакція Abderhalden'a въ настоящее время приобрѣла настолько большое примѣненіе и настолько большую извѣстность, что я считаю себя вправѣ въ своемъ краткомъ сообщеніи только вкратцѣ же указать на ея сущность, методику и область примѣненія.

На внутривенное введеніе въ организмъ бѣлковыхъ тѣлъ, тѣлъ чуждыхъ ему, организмъ, согласно работамъ Abderhalden'a и др., отвѣчаетъ выработкой и появленіемъ въ крови ферментовъ протеолитическаго и при этомъ болѣе или менѣе специфическаго характера, Schuzz или Abwehr—ферментовъ.

Появленіемъ же въ крови такого же протеолитическаго, но при этомъ вполнѣ специфическаго фермента сопровождается и поступленіе въ кровь клѣтки хоріона и дѣтскаго мѣста.

Вотъ эта временно появляющаяся способность сыворотки крови расщеплять бѣлокъ на болѣе простые азотистыя соеди-

ненія, а при беременности въ тому же проявляющаяся только въ отношеніи ткани плаценты, и легла въ основу реакціи Abderhalden'a, предложенной имъ для распознаванія беременности.

Эта способность сыворотки можетъ быть обнаружена двумя способами: оптическимъ и діализаціоннымъ. Я не буду касаться перваго, какъ мало распространеннаго, и уважу лишь на второй, съ которымъ работаетъ большинство, съ которымъ работалъ и я.

Для постановки реакціи Abderhalden'a по методу діализа берутся діализаціонныя трубочки, провѣряются на непроходимость раствора яичнаго бѣлка и на проходимость раствора пептона. Въ нихъ помѣщается 0,5—1,0 гр. извѣстнымъ образомъ приготовленной плаценты.

Приготовленіе плаценты состоитъ въ томъ, что свѣжая плацента измельчается, тщательнымъ промываніемъ освобождается совершенно отъ крови и кипятится въ смѣняемой черезъ каждыя 5 мин. слегка подкисленной уксусной кислотой (1 капля лед. уксус. кисл. на 1000 к. с. воды) водѣ до тѣхъ поръ, пока эта вода не перестанетъ давать положительной біуретовой или нингидриновой пробы.

Въ трубочки съ плацентой приливается отъ 1,5—2, к. с. простоявшей не дольше 12 ч. совершенно свободной отъ гемоглобина и форменныхъ элементовъ испытуемой сыворотки. Послѣ этого трубочки погружаются въ 15—20 к. с. стерильной воды, налитой въ стерильный же стаканчикъ, поверхъ воды приливается слой толуола, 2—3 капли его же прибавляется въ гильзу. При постановкѣ реакціи слѣдуетъ строго слѣдить за тѣмъ, чтобы не касаться пальцами, загрязненными пинцетами, чтобы уровень воды въ стаканчикѣ былъ выше уровня сыворотки въ трубочкѣ.

Кромѣ этой трубочки, для контроля ставится еще трубочка съ одной сывороткой. Все это помѣщается въ термостатъ при 37°C. на 16—24 часа.

Результатъ опредѣляется или біуретовой реакціей или съ нингидриномъ. Въ виду большей чувствительности и демонстративности примѣняется нингидриновая проба. Для этого берется изъ стаканчика въ пробирку 10 к. с. воды, въ кото-

рую была погружена трубочка, въ ней прибавляется 0,2—0,3 к. с. 1% раствора нингидрина и кипятится въ теченіи одной мин. съ начала появленія первыхъ пузырьковъ. При положительномъ результатѣ реакціи появляется болѣе или менѣе сильное фіолетовое окрашиваніе. Непоявленіе въ теченіи  $\frac{1}{2}$  ч. отъ конца кипяченія окраски указываетъ на отсутствіе въ водѣ пептона, а слѣдовательно и протеолитическаго фермента въ испытываемой сывороткѣ.

Въ данное время реакція Abderhalden'a примѣняется, кромѣ распознаванія беременности, для распознаванія злокачественныхъ опухолей; получается при глазныхъ болѣзняхъ, гельментіазисѣ, Базедовой болѣзни, невритахъ, сифилитическихъ и парасифилитическихъ нервныхъ заболѣваніяхъ, dementia praecox, туберкулезѣ вообще и туберкулезѣ легкихъ въ частности, при которомъ ходъ ея и колебанія въ связи съ теченіемъ болѣзненнаго процесса уважаемый пр. С. С. Зимницкій, вернувшись съ послѣдняго терапевтическаго съѣзда, и предложилъ мнѣ разработать.

Приготовивъ для этой цѣли, какъ готовятъ плаценту, пораженное туберкулезомъ легкое, я началъ испытывать по методу Abderhalden'a сыворотку субъектовъ съ явнымъ туберкулезомъ легкихъ. Получивъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ ясно положительныя реакціи, я у одного, несмотря на явный туберкулезъ верхней доли праваго легкаго, съ лихорадкой, получилъ при пробѣ съ нингидриномъ лишь очень слабое, почти незамѣтное желто-розоватое окрашиваніе. Это заставило меня обратиться къ субъектамъ, клинически свободнымъ отъ туберкулеза, чтобы съ одной стороны посмотрѣть, какъ у нихъ протекаетъ реакція Abderhalden'a и нингидриновая проба, а съ другой стороны проверить свою технику. Изъ пяти такихъ субъектовъ у двухъ, указавшихъ, что они часа 4—5 тому назадъ выпили по стакану чаю и съѣли немного хлѣба, я получилъ положительныя реакціи, равно какъ и у

лицъ, у которыхъ кровь бралась вскорѣ (не позже  $1-1\frac{1}{2}$  ч.) послѣ ѣды.

Въ виду этого по совѣту пр. Зимницкаго я поставилъ нѣсколько опытовъ съ сывороткой накормленныхъ собакъ съ цѣлью посмотрѣть, насколько пищевареніе вліяетъ на получение положительнаго результата при реакціи Abderhalden'a.

Въ качествѣ субстрата я бралъ человѣческую плаценту. Разрѣзанная на мелкія кусочки свѣжая плацента тщательно освобождалась отъ крови. Для этого она промывалась текучей водой, нѣсколько разъ помѣщалась между пластами фильтровальной бумаги и гигроскопической ваты, слегка отжималась, и каждый разъ снова промывалась, кусочки же съ большими сгустками крови вовсе выбрасывались. Такимъ образомъ поступалъ я до тѣхъ поръ, пока кусочки не становились совершенно бѣлыми, а промывныя воды не давали реакціи на кровь. Только тогда производилось по указанному выше способу кипяченіе плаценты. Кромѣ плаценты, мною употреблялось еще промытое при жизни Лѣековскимъ растворомъ, затѣмъ измельченное, промытое водой и прокипяченное, какъ плацента, кошачье легкое. Какъ плацента, такъ и легкое вмѣстѣ съ послѣдней порціей воды, въ которой они кипятились, помѣщались въ стерильныя, широкогорлыя, съ притертой крышкою банки, на дно которыхъ приливалось нѣсколько хлороформу, а сверху воды слой толуола для предотвращения гніенія.

Передъ каждымъ опытомъ эта вода испытывалась нингидриномъ на присутствіе азотистыхъ веществъ, и при положительной реакціи кусочки снова промывались и кипятились 5 м. въ свѣжей водѣ.

Для опыта мною бралось 0,5—1,0 гр. плаценты или легкаго, тщательно промывалось и кипятилось 5 м.

Трубочки до опыта провѣрялись на непроницаемость раствора яичнаго бѣлка и проходимость раствора пептона Witte, при чемъ примѣнялись трубочки болѣе или менѣе

одинаково пропускавшие пептонъ. Провѣренные уже трубочки сохранялись въ стерильной водѣ подъ слоемъ толуола. Передъ употребленіемъ промывались и кипятились 4 мин.

Кровь бралась по 10—15 к. с. изъ наружныхъ яремныхъ венъ стерильнымъ шприцемъ, выливалась въ стерильную пробирку, какъ только наступало свертываніе, центрифугировалось.

Сыворотка для опыта бралась не гемолизованная; если же и ставились опыты съ гемолизованной сывороткой, то исключительно для опредѣленія значенія гемолиза въ извращеніи или затемненіи реакціи.

Кстати замѣчу, что для полученія собачьей негемолизованной сыворотки слѣдуетъ примѣнять парафинированныя пробирки. Трубочка съ плацентой и изслѣдуемой сывороткой помещалась въ стаканчикъ съ 15—20 к. с. стерильной нейтральной реакціи воды такъ, что уровень воды былъ выше уровня сыворотки. Все это ставилось въ термостатъ при 37°—37,5° с. на 17—24 г., послѣ чего результатъ опредѣлялся реакціей съ нингидриномъ. Кромѣ этой трубочки ставилась еще трубочка съ одной только сывороткой.

Все, что приходило въ соприкосновеніе съ трубочками, плацентой, сывороткой, водой было стерильно.

Опыты производились надъ собаками, голодавшими отъ 17—24 ч. У нихъ бралась кровь до кормленія и черезъ извѣстные промежутки времени послѣ начала кормленія.

Во всѣхъ изслѣдованныхъ мною случаяхъ спустя извѣстный, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ различный послѣ начала ѣды промежутокъ времени я получалъ положительную реакцію. Эта способность сыворотки давать въ зависимости отъ времени начала ѣды той или иной силы положительную реакцію по способу *Abderhalden*'а держится довольно долго и зависитъ, по видимому, еще какъ отъ рода пищи, такъ и отъ количества ея. Къ сожалѣнію, я не могу сейчасъ опредѣлить все это съ достаточной точностью, т. е. неожиданно

полученные во время этой работы факты, о которыхъ я сейчасъ буду говорить, отвлекли насъ на время отъ нея.

Я не буду также дѣлать разбора того, что въ данныхъ случаяхъ происходитъ въ діализаціонныхъ трубкахъ, отъ чего зависитъ положительный результатъ реакціи. Этого мнѣ не позволяетъ сдѣлать недостаточная полнота опытовъ. Обращу лишь Ваше вниманіе на эту таблицу.

Таб. I. Зависимость реакціи Abderhalden'a отъ фды.

Время отъ начала фды.	До	Чер. 1 ч	Чер. 2 ч.	Чер. 3 ч.	Чер. 4 ч	Чер. 6 ч.
	Дано	голодавш ей 18 ч.		собакѣ 50,0 сливоч.	масла.	
	Трубки	ставились въ		термостатъ на 18 часовъ.		
Результатъ реакціи . .	+	—	+	++	ед. замѣт.	—

Вы видите, какъ въ зависимости отъ начала фды нарастала реакція и когда она пропала. Но если Вы въ этой порціи масла (50,0) прибавите еще бѣлаго хлѣба и нежирнаго мяса, то не только Вы получите положительныя реакціи и даже сильныя черезъ 4, 6 час., но и черезъ 8, 10 ч.

Здѣсь же я обращаю Ваше вниманіе и на тотъ фактъ, что у этой собаки, какъ иногда бывало у ней это и впоследствии, до фды получалась слабоположительная реакція. Точно также обстояло дѣло съ сывороткой и другихъ голодавшихъ собакъ, т. е. сыворотка ихъ то давала +, то —.

Получивъ такимъ образомъ до известной степени положительныя результаты отъ нашихъ опытовъ, направленныхъ для выясненія зависимости реакціи Abderhalden'a отъ фазы пищеваренія и отмѣтивъ фактъ то исчезанія, то появленія реакціи у собакъ въ періодъ голоданія, мы обратились къ пр. В. И. Болдыреву для выясненія интересныхъ и важныхъ

для вѣрности отмѣченныхъ данныхъ, которымъ мы не могли дать точнаго объясненія.

## Часть II.

(Изъ лабораторіи проф. В. Н. Болдырева).

### Вліяніе „періодической работы пищеварительнаго аппарата“ внѣ пищеваренія на реакцію Абдерхальдена.

Пр. Болдыревъ, ознакомившись съ полученными мною данными при голоданіи, предложилъ поставить слѣдующій опытъ: взять нѣсколько порцій крови черезъ равные промежутки времени у голодной собаки и съ ними поставить реакцію.

Взято было у голодавшей 17 ч. собаки пять порцій крови, по 10 к.с. каждая, съ получасовыми между ними промежутками. Въ результатѣ 1-ая порція дала +

2-ая	—	—	+ +
3-я	—	—	+
4-ая	—	—	совсѣмъ слаб.
5-ая	—	—	—

Узнавъ объ этихъ данныхъ пр. В. Н. Болдыревъ высказалъ увѣренность, что эти колебанія реакціи Абдерхальдена у голодныхъ собакъ зависятъ отъ открытой имъ „періодической работы пищеварительнаго аппарата“ внѣ акта пищеваренія и что положительная реакція соотвѣтствуетъ періоду „работы“, а отрицательная періоду „покоя“. Съ этого времени вся моя дальнѣйшая работа протекаетъ въ лабораторіи проф. Болдырева. Прежде чѣмъ приступить къ выясненію зависимости реакціи Abderhaldena отъ „періодической“ работы пищеварительнаго аппарата, нами было поставлено, къ сожалѣнію, только по одному опыту: 1) съ сывороткой собаки съ перевязанными протоками поджелудочной железы, гдѣ согласно высказанному еще до операціи В. Н. Болдыревымъ предположенію

я получилъ слабую реакцію, 2) съ сывороткой собаки, у которой было удалено  $\frac{2}{3}$  поджелудоч. железы, а остальная  $\frac{1}{3}$  выведена подъ кожу, получилъ реакцію средней силы и 3) собаки съ поджелудочной фистулой при гиперсекреціи—реакція отрицательная.

Послѣ этихъ опытовъ я приступилъ къ опредѣленію зависимости реакціи Абдерхальдена отъ „періодической дѣятельности пищеварительнаго аппарата“.

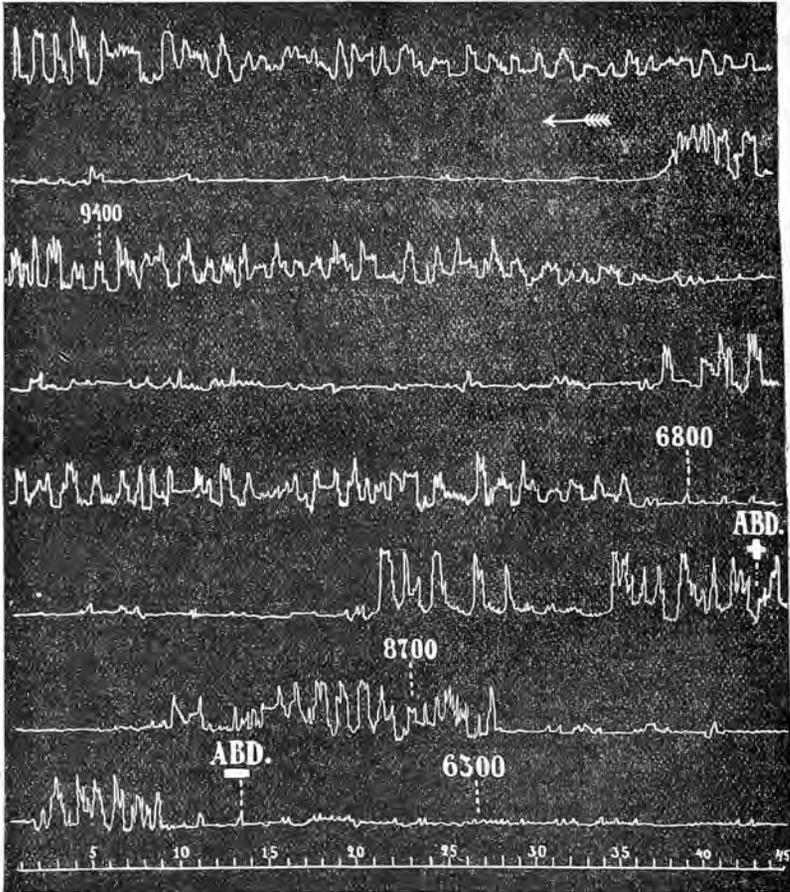
„Внѣ пищеваренія, при пустыхъ желудкѣ и тонкой кишкѣ, существуетъ правильная и однообразная, какъ ходъ часовъ, частью механическая, частью секреторная дѣятельность пищеварительнаго аппарата (см. рис. № 1). Черезъ строго опредѣленные промежутки времени, отъ  $1\frac{1}{2}$  до  $2\frac{1}{2}$  час. у разныхъ животныхъ, періодически отдѣляется поджелудочной и кишечной соки, а также желчь, и въ то же время наблюдаются сильныя ритмическія сокращенія въ желудкѣ и кишкахъ, благодаря чему излившіеся въ кишку соки распределяются на большія участки по всей ея длинѣ и цѣликомъ въ ней всасываются“ (пр. Болдыревъ. „Архивъ біологич. наукъ 1904 г.).

Предыдущими довлдчиками уже даны были подробныя указанія относительно сущности т. н. „періодической дѣятельности“ и было выяснено, что періодическая работа существуетъ не только у животныхъ, но и у людей, поэтому я привожу здѣсь только краткую выдержку изъ работы пр. В. Н. Болдырева и прямо перехожу къ обзору тѣхъ опытовъ, которые я успѣлъ поставить въ данномъ направленіи. Техника одинакова съ предыдущей; кровь бралась въ различные періоды работы и покоя. Всего опытовъ поставлено 26 (изъ нихъ на людяхъ 10, остальные на собакахъ; 4 на беременных сукахъ).

Вы видите на этомъ чертежѣ, который схематически изображаетъ періодъ „работы“ и „покоя“, плюсы во время работы“ и минусы во время „покоя“ (см. рис. № 2).

Вы видите, что какъ у собакъ, такъ и у людей реакція *Abderhalden'a* всегда появлялась въ періодѣ работы, и не появ-

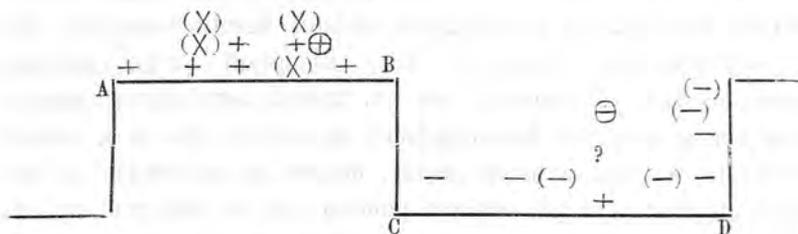
Ж 1. Кривая периодических сокращений пустого желудка у человека и одновременное исследование крови по *Abderhalden*'у и на количество лейкоцитов.



На кривой видно четыре периода работы и начало пятого.

Во время третьего периода работы взятая изъ вены кровь дала положительную реакцию *Abderhalden*'а (*Abd* +), въ периодъ же покоя отрицательную (*Abd* —). Количество лейкоцитовъ во время периодовъ работы (II, IV) 9.400 и 8.700. Въ покой 6800 и 6300. Опытъ длился 6 часовъ.

лялась въ періодѣ покоя. Здѣсь же вы видите (см. черт. 2), что у беременной суки (нужно замѣтить, что реакція ставилась съ человѣческой плацентой) также реакція появилась только въ періодѣ работы и оказалась отрицательной въ періодѣ покоя. Сюда еще не вошли два случая отрицательной реакціи съ сывороткой беременной суки, взятой въ отсутствіе „периодической работы“. Только одинъ разъ въ покоѣ Вы имѣете и то весьма слабую положительную реакцію<sup>1)</sup>.



Черт. 2. Схематич. изображ. кривой периодич. дѣятел. съ обозначен. результатовъ реакц. Abderhalden'a: + положител., — отрицател. АВ—периодъ работы, CD—покой.

+ — сыворотка собакъ.

(X) (-) сыворотка людей.

⊕ ⊖ сыворотка беремен. суки.

+ и — на схемѣ обознач. также и время полученія крови согласно протоколамъ.

?—сыворот. гемолитическая.

AB соответствуетъ 30 мин., а CD—60 мин.

Къ сожаленію, недостатокъ времени не далъ мнѣ возможность выяснитъ вполне ходъ и колебанія реакціи въ періодѣ работы и въ періодѣ покоя, что, если позволить обстоятельства, и будетъ мною выполнено въ ближайшемъ будущемъ; что вызываетъ въ данныхъ случаяхъ появленіе положительной реакціи, имѣетъ ли здѣсь значеніе всасывающіеся изъ кишечника во время періода „работы“ и дѣйствующіе въ щелочной средѣ фер-

<sup>1)</sup> Контрольная также дала +.

менты, только ли они одни или еще что-нибудь, я пока не могу сказать съ полной увѣренностью. Сейчасъ же пока констатирую только въ высшей степени важный въ практическомъ отноше- нии фактъ, что реакція *Abderhalden*'а у голоднаго субъекта въ зависимости отъ того, беремъ мы ли въ качествѣ суб- страта человѣческую плаценту или кошачье легкое, можетъ получаться и исчезать въ связи съ т. н. „періодической дѣя- тельностью пищеварительнаго аппарата“. Этимъ я не хочу сказать, что реакція *Abderhalden*'а при беременности, заболѣ- ваніяхъ раковыхъ и др., лишена всякой специфичности, что она исключительно зависитъ отъ указанной „періодической дѣятельности“. Возможно, что въ крови появляются специ- фическія въ смыслѣ *Abderhalden*'а ферменты. Но я и всякій другой не можемъ заранѣе знать, беремъ ли мы кровь въ пе- ріодѣ „покоя“ или въ періодѣ работы, т. е. будутъ ли въ данномъ случаѣ дѣйствовать предполагаемые специфическіе ферменты или предполагаемые пищеварительные. А разъ это такъ, то реакція *Abderhalden*'а въ томъ видѣ, какъ она произ- водится въ настоящее время, теряетъ многое изъ своего прак- тическаго примѣненія. Думаю, что эти факты, происхождение которыхъ выяснено въ лабораторіи пр. *Болдырева*, вполне объ- ясняютъ, почему у многихъ изслѣдователей получались поло- жительные результаты тамъ, гдѣ по *Abderhalden*'у не слѣдо- вало имъ быть, и заслуживаютъ настолько большаго вниманія въ себѣ въ настоящій періодъ съ одной стороны увлеченія реакціей, а съ другой совершеннаго разочарованія въ ней, что не опубликовывать ихъ я счелъ не возможнымъ, несмотря на неполноту изслѣдованія.

## Протоколы части опытовъ.

Опытъ отъ 19/III 14 г. Сука „Бархатная“.

Техника обычная. Антигенъ—человѣческая плацента.

Реакція желудка на лакмус. бумагѣ слабо-кислая. Кровь бралась:

Результаты.

- |                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| 1) 5 мин. спустя послѣ работы | —               |
| 2) Середина работы            | + <sup>1)</sup> |
| 3) Конецъ покоя               | —               |
| Контрольныя пробы             | —               |

Опытъ отъ 24/III. Та же собака. Техника обычная. Реакція желудка щелочная. Въ термостатѣ 22 часа.

- |                          |               |
|--------------------------|---------------|
| 1) Конецъ періода работы | + (оч. слаб.) |
| 2) Конецъ періода покоя  | —             |
| Контрольныя              | —             |

Опытъ отъ 25/III. Кровь взята у ст. С. В. Аничкова.

Техника обычная. Термостатъ 18 час.

- |                             |    |
|-----------------------------|----|
| 1) Періодъ покоя.           | —  |
| 2) Въ концѣ періода работы. | ++ |
| Контрольная.                | —  |

Опытъ отъ 31/III. Кровь взята у ст. С. В. Аничкова.

Техника обыч. Термостатъ 18 час.

- |                    |    |
|--------------------|----|
| 1) Періодъ работы. | ++ |
| Контроль.          | +  |
| 2) Конецъ покоя.   | —  |
| Контроль.          | —  |

Опытъ отъ 30/III. Кровь бралась у студ. И. Т. Теплова.

Техника обычная. Термост. 18 ч.

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| 1) Періодъ работы. | ++ <sup>2)</sup> |
|--------------------|------------------|

<sup>1)</sup> То же и съ антигеномъ—кошачьимъ легкимъ.

<sup>2)</sup> Нѣсколько слабѣе съ кошачьимъ легкимъ.

	Результаты.
2) Періодъ покоя.	—
Контрольн.	—
Опытъ отъ 14/IV. Сука моругая).	
Техника обычная. Реакція желуд. вѣсл.	
1) Періодъ работы.	+ +
Контрольная.	+
2) Покой (сыворотка гемолитич.)	} очень слаб.
Контроль.	
3) Періодъ работы.	+
Контроль.	—
Опытъ отъ 19/IV Сука „Лайка“. Р.	
щелочная. Техн. обыч.	
1) Начало работы.	+
2) Къ концу работы.	+
3) Покой.	—
Контрольные.	—
Опытъ отъ 22/IV. Сука беременная.	
Техника обыч. Антигенъ — человѣч.	
плацента.	
Реак. желуд. щел.	
Кровь бралась.	
1) Въ періодѣ покоя.	—
2) Въ періодѣ работы.	+
Контрольн.	—
Опытъ отъ 5/V. Кровь отъ человѣка.	
Техника обыч.	
1) Періодъ работы.	+ +
2) Періодъ покоя.	—
Контроль.	—
Опытъ 21/V.	
1) Періодъ работы.	+
2) Періодъ покоя	—

Изъ психо-физиологической Лабораторіи при кафедрѣ Психіатріи Императорскаго Казанскаго Университета  
(проф. В. П. Осиповъ).

---

I.

## Измѣненія морфологическаго состава крови при генуинной падучей.\*)

Д-ра мед. И. Д. Баклушинскаго.

Этіологія большинства душевныхъ болѣзней до сихъ поръ еще не выяснена и для объясненія возникновенія цѣлаго ряда душевныхъ болѣзней мы должны прибѣгать къ предположеніямъ вѣроятнымъ, часто мало обоснованнымъ. Психологическій экспериментъ, такъ подробно разработанный и разрабатываемый психопатологіей, въ большинствѣ случаевъ не даетъ данныхъ для объясненія происхожденія болѣзни. Наслѣдственность, на которую ссылаются авторы, какъ на главный моментъ, причину болѣзни, не объясняетъ въ сущности причинъ большинства болѣзней: она указываетъ только на условіе, располагающее къ ихъ возникновенію. Поэтому, за послѣднее время въ психопатологіи особенно ясно развилось направленіе, стремящееся выяснить сущность и причины психическихъ заболѣваній на основаніи имъ сопутствующихъ физиологическихъ измѣненій, имѣющихъ прямое объясненіе въ патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ субстрата душевной дѣятельности—головного мозга. Такое направленіе во многихъ уже случаяхъ имѣло успѣхъ въ выясненіи при-

---

\*) Доложено въ Обществѣ невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 26 Февраля 1914 г.

чинъ болѣзней, какъ, напр., прогрессивный параличъ, эпилепсія, вызванная фокусными измѣненіями двигательной области, рядъ травматическихъ психозовъ въ и т. д. Но остался рядъ заболѣваній, не имѣющихъ этого патолого-анатомическаго субстрата, не дающихъ при вскрытіяхъ никакихъ измѣненій головного мозга, или дающихъ измѣненія не достаточно характерныя для даннаго заболѣванія, не объясняющія его.

Для объясненія причинъ этихъ заболѣваній за послѣднія 10—15 лѣтъ появляется масса работъ, посвященныхъ изслѣдованію фізіологическихъ симптомовъ заболѣванія, какъ непосредственно доступныхъ нашему наблюденію и эксперименту: производятся наблюденія надъ состояніемъ и реакціей зрачковъ, рефlekсами, кожно-болѣвой чувствительностью, обмѣномъ веществъ и т. д. Вполнѣ понятно, что при этихъ изслѣдованіяхъ кровь, какъ носительница питательнаго матеріала для всѣхъ клѣтокъ человѣческаго организма, а, слѣдовательно, и для клѣтокъ головного мозга, субстрата душевной дѣятельности, должна была обратить на себя особое вниманіе изслѣдователей. На самомъ дѣлѣ мы видимъ, что за послѣднее время гематологическимъ изслѣдованіямъ въ психопатологической литературѣ удѣлено немало вниманія. По этому вопросу имѣется уже своя литература, все болѣе и болѣе разрастающаяся. Появились и появляются работы относительно кровяного давленія у душевно-больныхъ, есть работы, касающіяся содержанія Нв., скорости свертыванія крови, изотоніи эритроцитовъ, состава сыворотки и, наконецъ, гемолейкоцитарной формулы, т. е. численнаго соотношенія различнаго рода бѣлыхъ шариковъ и эритроцитовъ при разныхъ душевныхъ заболѣваніяхъ.

Изслѣдованія, касающіяся послѣдняго вопроса, еще очень немногочисленны и стали появляться только въ самое послѣднее время. Объясненіе появленія этого рода работъ должно заключаться въ тотъ, что извѣстнаго рода соотноше-

ніе форменныхъ элементовъ крови, ихъ увеличеніе или уменьшеніе въ количествѣ, ихъ измѣненіе въ качествѣ изучено детально во внутренней патологіи и даетъ тамъ основаніе для опредѣленія этиологіи и сущности извѣстнаго заболѣванія. Измѣненія формы эритроцитовъ, отношеніе ихъ къ окраскѣ,  $\%$  содержаніе Нв., находящіеся при нѣкоторыхъ болѣзняхъ въ крови паразиты—все это во внутренней патологіи детально изучено и даетъ право дѣлать выводы о формѣ и сущности заболѣванія. Тоже самое нужно сказать и о бѣлыхъ кровяныхъ шарикахъ.

По мнѣнію авторовъ, занимающихся гематологическими изслѣдованіями у душевно-больныхъ, всѣ объясненія, даваемые тому или иному состоянію морфологическаго состава крови при разныхъ болѣзняхъ внутренней патологіей, вполне приложимы и къ психопатологіи. Какъ въ патологіи пониженіе, напр., процента содержанія Нв. даетъ уже право судить о формѣ заболѣванія, такъ и въ психопатологіи также пониженіе Нв. составляетъ признакъ опредѣленной болѣзни, наводитъ на мысль о соотвѣтствующихъ причинахъ заболѣванія, заставляетъ ихъ искать тамъ, гдѣ соотвѣтственно ищетъ ихъ и внутренняя патологія. Какъ во внутренней патологіи лейкоцитозъ есть показатель инфекціи, какъ причины болѣзни, или такъ же лейкоцитозъ, лимфоцитозъ, лейкопенія, эозинофилія и т. д.—есть показатель интоксикаціи, какъ причины болѣзни, такъ и при душевныхъ заболѣваніяхъ имѣющійся на лицо тотъ же факторъ долженъ приводить къ аналогичнымъ заключеніямъ, дающимъ право предполагать соотвѣтствующія этиологическія причины. Robertson<sup>1)</sup> на основаніи лейкоцитоза при прогрессивномъ параличѣ дѣлаетъ предположеніе объ инфевціонной этиологіи этого заболѣванія,

---

<sup>1) 2) 3)</sup> Цит. по И. Д. Ермаковъ. Изслѣдованіе крови при нѣкоторыхъ формахъ душевнаго разстройства—Журн. Невр. и Псих. Имени Корсакова, кн. 5—6—1910 г.

что блестяще оправдалось установившимся уже учением о прогрессивномъ параличѣ; Dide<sup>1)</sup> при острой спутанности отмѣчаетъ измѣненія крови, характерныя для токсиновъ; Sanna, Salaris<sup>2)</sup> и др. рассматриваютъ морфологическія измѣненія крови, какъ результатъ циркулирующихъ въ крови токсиновъ. Тоже находятъ д-ръ Ермаковъ<sup>1)</sup>. А. Marie и Viollet<sup>2)</sup> и др. Появилась литература, которая пытается выдвинуть опредѣленную лейкоцитарную формулу, характерную для того или другого рода душевнаго заболѣванія, неизмѣющаго анатомическаго измѣненія субстрата душевной дѣятельности головного мозга, напр. Крумбмиллеръ<sup>3)</sup> для маніи, меланхоліи и эпилепсіи; O. Pföktner<sup>4)</sup>—для юношескаго помѣшательства; Sandri<sup>5)</sup>—для кататоніи и юношескаго помѣшательства; Iodiske<sup>6)</sup>—для эпилепсіи и истеріи съ ихъ психическими эквивалентами; I. H. Schultz<sup>7)</sup>—для эпилепсіи и ранняго слабоумія; Коцовскій<sup>8)</sup>—для пеллагры съ ея психическими эквивалентами; Не-

<sup>1)</sup> И. Д. Ермаковъ. Исслѣдованіе крови при нѣкоторыхъ формахъ душевнаго разстройства. Журн. Невр. и Псих. имени Корсакова. Кн. 1—16, 1910 г.

<sup>2)</sup> Цит. Ibidem.

<sup>3)</sup> Крумбмиллеръ. О степени метаморфоза бѣлыхъ шариковъ крови въ зависимости отъ нервныхъ вліяній. Диссерт. 1898 г.

<sup>4)</sup> O. Pföktner. Die weissen Blutkörperchen beim Jugend. Arch. f. Psych. und Nervenkr. B. 50. H. 2.

<sup>5)</sup> Sandri. La formola emo-leucocitaria nella demenza precoce. Цитир. по реферату Обозр. Псих. и Неврол.

<sup>6)</sup> Iodiske. Die differentiagnostische Abgrenzung einiger Krampf-formen durch das Blutbild. Münch. Med. Woch. № 20, 1913.

<sup>7)</sup> I. H. Schultz. Haematologische Untersuchungs metoden in Dienste der Psychiatrie. Deutsche Med. Vochenschr. № 29, 1913 г.

<sup>8)</sup> Коцовскій. А. Д. Къ морфологіи крови при пеллагрѣ. Совр. Псих. № 11, 1913 г.

боллюбовъ<sup>1)</sup>—для бѣшенства; Rhode<sup>2)</sup>—для эпилепсіи, Н. К r u e g e r<sup>3)</sup>—для юношескаго помѣшательства, и др.

Намъ кажется, что въ основѣ всѣхъ этихъ работъ лежитъ глубоко истинная мысль, т. е., что извѣстнаго рода душевному заболѣванію, неизмѣющему анатомической подкладки (какъ то: dem. praecox, epilepsia, ps. deprissivo-manical., ps. hallucin., delir. acut. и др.) соответствуетъ извѣстнаго рода, при томъ опредѣленная для каждаго заболѣванія, лейкоцитарная формула, которая даетъ нѣкоторыя косвенныя указанія на причину возникновенія того или другого вида психическаго заболѣванія.

Конечно, такое положеніе было-бы блестяще доказано, если бы путемъ эксперимента удалось, на ряду съ извѣстнымъ измѣненіемъ лейкоцитарной формулы, вызвать соответствующее патологическое измѣненіе и психики. Но на этомъ пути встрѣчаются почти непреодолимыя трудности, потому что психическія заболѣванія мы наблюдаемъ на человѣкѣ, вызвать же его экспериментально можемъ только на животныхъ, на которыхъ во первыхъ мы не имѣемъ возможности вызвать опредѣленнаго заболѣванія, а вторыхъ, если бы даже и вызвали его, то не имѣемъ права дѣлать обобщенія, или, вѣрнѣе сказать, аналогіи между измѣненіями психики животнаго и человѣка.

Въ этомъ отношеніи для изслѣдованія съ цѣлью опредѣленныхъ выводовъ самымъ подходящимъ заболѣваніемъ является, по нашему мненію, такъ называемая genuинная эпилепсія, какъ потому, что это заболѣваніе проявляется очень разнообразно и часто носить въ себѣ типичныя черты проявленія душевной болѣзни, такъ и потому, что для объясненія ея не имѣется никакихъ указаній на анатомическія измѣненія суб-

<sup>1)</sup> Е. И. Не боллюбовъ. Объ измѣненіяхъ морфологическаго состава крови при бѣшенствѣ. Изв. Томск. Унив. кн. XLIX.

<sup>2)</sup> Цит. по Binswanger. Epilepsie. 1913.

<sup>3)</sup> Herm. Krueger. Über die Cytologie der Blut bei dem. praecox. Zeitschr. f. des. Neur. und. Psych. B. 14., 1913.—

страта душевной дѣятельности—головного мозга. Но чтобы провѣрить получаемыя данныя, мы на ряду съ случаями генуинной эпилепсіи изслѣдовали и случаи судорожныхъ приступовъ и ихъ психическихъ эквивалентовъ (падучевидные приступы), которые по своимъ проявленіямъ близко стоятъ къ проявленію падучныхъ приступовъ, но въ то же время имѣютъ и много симптомовъ своихъ, отличающихъ ихъ отъ симптомовъ генуинной эпилепсіи. Къ такого рода судорожнымъ приступамъ, по нашимъ наблюденіямъ, относятся приступы, развивающіеся на почвѣ алкоголизма и особенно часто сопровождающіеся психическими эквивалентами. Эти приступы носятъ опредѣленный симптоматическій характеръ, дающій возможность, при внимательномъ отношеніи къ нимъ, отличить ихъ отъ чисто эпилептическихъ. Во-первыхъ, здѣсь нѣтъ тѣхъ характерныхъ тоническихъ и клоническихъ, беспорядочныхъ, повидимому, не имѣющихъ характера цѣлесообразныхъ движеній судорогъ. Судороги здѣсь по большей части клоническія, или, вѣрнѣе сказать, даже не судороги, а движенія членовъ, имѣющія, повидимому, защитную цѣль, но только, подъ вліяніемъ большей или меньшей степени затемнѣнія сознанія, пріобрѣтшія характеръ беспорядочности, видимой безцѣльности. Такого рода больной разбрасываетъ руки и ноги, бьется головой, кого-то хватается, вертится, изгибается и т. д., но видно, что этими движеніями онъ стремится защититься отъ кого-то, обезопасить себя. У такихъ больныхъ послѣ, путемъ разспроса, а иногда и подъ гипнозомъ удавалось узнать, что во время приступа имъ представлялись галлюцинаторные образы всегда устрашающаго характера, въ видѣ, напр., чертей, страшнаго суда, повѣшенія и т. д. Эти галлюцинаціи, вѣроятно, захватывали больного во время злоупотребленія алкоголемъ, при заболѣваніи бѣлой горячкой (*delir. tremens*), что подтверждается анамнезомъ больныхъ. Объясненіе причинъ такого рода эпилептоидныхъ приступовъ лежитъ въ той дѣятельности подсознательной сферы, которая въ данную минуту

по тѣмъ или другимъ причинамъ превадируетъ, выплываетъ наружу, заслоня собою сознательную. Такіе приступы возникаютъ подѣ влияніемъ галлюцинаторныхъ образовъ, настолько сильно дѣйствующихъ на психику больного, что онъ, подѣ влияніемъ большею частью страха, или другихъ эмоцій, теряетъ сознание, и—въ результатѣ наступаетъ припадокъ, по внѣшности напоминающій эпилептическій, но на самомъ дѣлѣ рѣзко отличающійся отъ него, какъ характеромъ судорогъ, такъ и другими сопутствующими явленіями.

Къ нимъ непосредственно примыкають и случаи, когда причиной такого воздѣйствія являются не галлюцинаторные образы, а реальные факты, напр., испугъ отъ пожара, нападенія собакъ, укусы ими и т. д. Такіе устрашающіе факты, разъ они имѣли мѣсто у субъектовъ съ болѣзненно подготовленной почвой (истерического характера), впоследствии, при благопріятныхъ условіяхъ, могутъ выплывать временами изъ безсознательной сферы, дѣйствовать на больного такъ же, какъ и при первоначальномъ своемъ появленіи, т. е. заслоняя сознание больного, вызвать у него рядъ явленій, сильно напоминающихъ эпилептическій приступъ, но такой, который въ своихъ деталяхъ рѣзко отъ него разнится: здѣсь нѣтъ характерныхъ тоническихъ и клоническихъ судорогъ, которыя возникаютъ у больного произвольно: всѣ движенія членовъ больного, напоминающія эпилептическія судороги, носятъ защитный характеръ: больной воспроизводитъ все то, что съ нимъ было при обстановкѣ, первоначально такъ подѣйствовавшей на него: онъ или принимаетъ оцѣпенѣлую позу, или начинаетъ кого-то ловить, отмахиваться отъ кого-то и т. д. Это уже не то явленіе, которое наблюдается при genuинной эпилепсіи, когда больной безъ всякихъ предвѣстниковъ падаетъ, гдѣ попало, съ покривившимся лицомъ, расширенными зрачками, часто серьезно ушибается. Тутъ-же у него начинаются беспорядочныя судороги, захватывающія всѣ части тѣла, появляется произвольное мочеиспусканіе, прикусываніе

языка и т. д., а затѣмъ полная амнезія, безъ какихъ-либо намековъ на то, что больной помнитъ хоть что-нибудь изъ происшедшаго.

Эпилепсія, значитъ, сопровождается полной потерей сознанія и всѣми видимыми послѣдствіями этого факта, т. е. соотвѣтствующими безсознательному состоянію субъекта движеніями и поступками. Въ болѣе легкихъ случаяхъ потеря сознанія проявляется или вслѣдъ за физическими симптомами, или, минуя ихъ, психическими эквивалентами, т. е. полной спутанностью сознанія, съ нецѣлесообразными дѣйствіями и поступками, но съ потерей воспоминанія объ этомъ. Это уже типичный образецъ остраго душевнаго заболѣванія. Оно и взято нами для гематологическаго изслѣдованія, во-первыхъ потому, что вслѣдствіе періодичности его наступленія легче, чѣмъ при другихъ заболѣваніяхъ, сравнить морфологическій составъ крови въ періодъ болѣзни и въ свѣтлый промежутокъ, а во-вторыхъ, потому, что его можно вызвать экспериментально у животныхъ и такимъ образомъ провѣрить получаемыя данныя.

## II.

Гематологическія изслѣдованія, произведенныя мною, распадаются на двѣ части: 1) изслѣдованіе морфологическаго состава крови, т. е. опредѣленіе процентнаго содержанія гемоглобина, числа красныхъ и бѣлыхъ элементовъ крови, ихъ внѣшняго вида и отношенія къ окраскѣ, процентнаго соотношенія различнаго вида бѣлыхъ шариковъ у больныхъ генуинной эпилепсіей и падучевидными приступами; 2) тѣ же изслѣдованія крови собакъ, у которыхъ экспериментально вызывались падучные приступы.

При своей работѣ я пользовался общепринятыми методами изслѣдованія морфологическаго состава крови, и аппаратами, одобренными и принятыми клиниками и лицами,

спеціально работавшими по этому вопросу. Для опредѣленія процентнаго содержанія гемоглобина пользовался гемометромъ Fleischl-Mischer'a, для счета красныхъ и бѣлыхъ шариковъ камерой Thoma-Zeissa, видоизмѣненной Türk'омъ. Окраска форменныхъ элементовъ крови производилась по способу Романовскаго, Leismann'a, Giemsa, Pappenheim'a. Последнія двѣ окраски преимущественно проводились въ нашихъ работахъ. Приготовление препаратовъ крови, окраска ихъ, а также техника взятія крови для опредѣленія гемоглобина, счета красныхъ и бѣлыхъ элементовъ— производилось по указаніямъ, предложенныхъ въ распространенныхъ руководствахъ по этому вопросу <sup>1)</sup>, при чемъ при изслѣдованіи бѣлыхъ элементовъ крови я обращалъ вниманіе на количественное измѣненіе ихъ, а также на измѣненіе процентнаго отношенія ихъ главныхъ, установленныхъ уже формъ: лимфоцитовъ, многоядерныхъ, одноядерныхъ и переходныхъ лейкоцитовъ и эозинофиловъ, не производя раздѣленія ихъ на другіе детальныя виды, что требуетъ спеціальной опытности и изученія.

Въ настоящей работѣ я опускаю исторію болѣзней изслѣдованныхъ мною больныхъ, цифровыя данныя измѣненій морфологическаго состава крови, приведенныя мною уже въ вышедшей работѣ „Измѣненіе морфологическаго состава крови при эпилепсiи“ <sup>2)</sup>. Эти цифровыя данныя тамъ приведены для 24 больныхъ эпилепсiей (всего мною изслѣдовано 45 больныхъ) въ разные періоды болѣзни, для 9 больныхъ страдающихъ эпилептоидными приступами; точно также тамъ при-

<sup>1)</sup> Ziegler K. Диагностика болѣзней крови. для врачей и студентовъ. Перев. съ нѣмецкаго д-ра Н. К. Галлера 1911 г. Гравицъ. Клиническая Патологія крови. Перев. съ нѣмецк. 1904. Предтеченскій. Руководство къ клинической микроскопiи. Никитиновъ. Микроскопическая техника. 1908. K. Schleich. Atlas der Blutkrankheiten nebst einer Technik des Blutuntersuchung. 1907.

<sup>2)</sup> Ученыя Записки Импер. Каз. Унив. Май—1914.

ведены цифровыя данныя измѣненія морфологическаго состава крови у собакъ, у которыхъ экспериментально, различными способами вызывались приступы, близко напоминающіе падучныя приступы у человѣка. Здѣсь я ограничусь только общими выводами, сдѣланными мною на основаніи данныхъ изслѣдованія крови при эпилепсіи, а также тѣми заключеніями, къ которымъ я пришелъ на основаніи этихъ данныхъ.

Всѣ цифровыя данныя приведены много не въ точныхъ цифрахъ, а округленныхъ — для красныхъ шариковъ въ 00000 — для бѣлыхъ въ 000. Это я дѣлалъ въ цѣляхъ болѣе легкаго сравненія ряда цифръ.

Подсчетъ разныхъ категорій форменныхъ бѣлыхъ элементовъ мною производился на препаратахъ, взятыхъ на предметныхъ стеклахъ. Такіе препараты я дѣлалъ потому, что во время эпилептического приступа, особенно эквивалента, крайне трудно работать съ поврванными стеклами. Но вслѣдствіе особаго расположенія бѣлыхъ шариковъ на препаратахъ, взятыхъ на предметныхъ стеклахъ, когда къ краю препарата свопляются лейкоциты, при подсчетѣ получилась нѣкоторая неточность въ смыслѣ большого количества лейкоцитовъ многоядерныхъ въ ущербъ лимфоцитамъ. Процентъ лимфоцитовъ долженъ быть большій, а лейкоцитовъ меньшій, чѣмъ это указано на кривыхъ, приведенныхъ мною въ концѣ работы. Это подтверждается и моими послѣдующими провѣрочными изслѣдованіями, а также данными измѣненія морфологическаго состава крови, приводимыми Schultz'емъ въ недавно вышедшей его работѣ <sup>1)</sup>.

Далѣе, въ моей работѣ молодыя формы лейкоцитовъ, на счетъ которыхъ разбивается лейкоцитозъ въ концѣ и послѣ падучаго приступа, названы лейкоцитами съ лопастнымъ

<sup>1)</sup> Schultz. Blutuntersuchungen als klinisch. Hilfsmittel auf Psychiatrischen Gebiete mit besonderer Berücksichtigung der Prognosstellung. Monatschrift f. Psych. und Neur. 1914. В. 35 Н. 1—2.

ядромъ. Точнѣ ихъ назвать лейкоцитами съ однимъ полиморфнымъ ядромъ.

### III

Предпославъ все вышесказанное, переходимъ теперь къ результатамъ изслѣдованія морфологическаго состава крови при эпилепсіи, произведеннаго въ разные періоды заболѣванія.

Морфологическій составъ крови у больныхъ—эпилептиковъ при разныхъ стадіяхъ болѣзни сильно мѣняется: передъ приступомъ, а особенно во время приступа и въ ближайшіе часы послѣ него констатируется замѣтное измѣненіе количественнаго и качественного состава форменныхъ элементовъ крови. Эти измѣненія касаются:

1) *Количества и качества красныхъ кровяныхъ шариковъ (въ незначительной степени) и въ зависимости отъ этого процентнаго содержанія гемоглобина.*

Кровяные шарики съ наступленіемъ приступа прежде всего незначительно уменьшаются въ количествѣ, и, кромѣ того, форма ихъ иногда незначительно (въ случаяхъ легкихъ припадковъ), а иногда очень замѣтно (въ тяжелыхъ случаяхъ) мѣняется: появляются формы съ неправильными очертаніями, грушевидныя, съ иззубренными краями (напоминающія туювую ягоду), и др.; въ нихъ, видимо, въ это время происходитъ деформационный процессъ, происходитъ частичный гемолизъ красныхъ шариковъ. Эти измѣненія въ большинствѣ случаевъ бываютъ незначительны и вскорѣ послѣ приступа сглаживаются. Процентное содержаніе Нв. въ началѣ приступа незначительно повышается, но въ концѣ и послѣ припадка иногда (въ тяжелыхъ случаяхъ) очень замѣтно понижается, хотя восстанавливается очень быстро.

2) *Количества и качества бѣлыхъ шариковъ.* Здѣсь можно установить слѣдующее явленіе:

а., общее количество бѣлыхъ шариковъ постепенно уменьшается по мѣрѣ приближенія падучаго приступа, доходя до minimum'a въ началѣ его.

б., Процентное соотношеніе различныхъ формъ ихъ также мѣняется въ различныхъ періодахъ болѣзни: по мѣрѣ приближенія приступа постепенно понижается количество многоядерныхъ лейкоцитовъ, достигая своего minimum'a въ началѣ приступа.

с., Процентное соотношеніе лимфоцитовъ, наоборотъ, по мѣрѣ приближенія времени приступа постепенно возрастаетъ, доходя до maximum'a въ началѣ приступа.

д., Постепенно предъ наступленіемъ приступа падаетъ количество эозинофиловъ, исчезая совсѣмъ съ наступленіемъ припадковъ.

е., Количество формъ одноядерныхъ предъ и особенно съ наступленіемъ приступовъ сильно возрастаетъ, при чемъ увеличивается количество одноядерныхъ лейкоцитовъ въ формахъ переходныхъ.

ф., Къ концу приступа увеличивается общее количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, которое возрастаетъ въ ближайшее время послѣ припадка и держится, постепенно падая, до 6—10—15—20 ч. послѣ припадка.

При этомъ отмѣчается тотъ порядокъ, что чѣмъ сильнѣе бывають приступы, тѣмъ бываетъ и большій лейкоцитозъ и тѣмъ продолжительнѣе послѣдующій свѣтлый періодъ между приступами. Увеличеніе количества бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ падаетъ на лейкоцитовъ-нейтрофиловъ въ молодыхъ формахъ, съ однимъ полиморфнымъ ядромъ, и на лимфоцитовъ.

и., Эозинофилы, исчезнувшіе въ началѣ приступа, появляются только спустя нѣкоторое время, не ранѣе двухъ часовъ послѣ припадка, при чемъ количество ихъ въ свѣтлый періодъ достигаетъ значительной цифры (4—6% общаго количества бѣлыхъ шариковъ) и рѣзко падаетъ съ приближеніемъ падучаго приступа.

Всѣ указанныя измѣненія въ морфологическомъ составѣ крови въ разные періоды теченія эпилепсіи (гомолейкоцитарная формула) можно изобразить на кривой (см. кривая № 1.)

Приведенная гемолейкоцитарная формула совершенно мѣняется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эпилептическій приступъ оканчивается смертью. Здѣсь замѣчается такое явленіе:

1., Съ началомъ приступа умньшается количество эритроцитовъ, которое продолжаетъ постепенно падать.

2., Форма ихъ замѣтно мѣняется, появляются формы грушевидныя, съ частично-вздутыми и съ зазубренными краями и др.

3., Процентное содержаніе Нв., увеличиваясь незначительно въ началѣ приступа, потомъ замѣтно понижается.

4., Замѣтно падаетъ количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, общее число которыхъ за нѣсколько часовъ уменьшается въ 4—5 разъ. Это уменьшеніе происходитъ на счетъ многоядренныхъ лейкоцитовъ, всѣдствие чего процентное содержаніе одноядренныхъ элементовъ (лимфоцитовъ и мононуклеаровъ) рѣзко повышается.

4. Эозинофилы исчезаютъ совсѣмъ.

Морфологическія измѣненія элементовъ крови въ разсматриваемыхъ случаяхъ могутъ быть изображены на такой кривой (см. кривая № 2.).

Перечисленными положеніями ограничиваются всѣ измѣненія морфологическаго состава крови, которыя я могъ подмѣтить у больныхъ генуинной эпилепсіей. Въ случаяхъ судорожныхъ приступовъ не эпилептическихъ, а только посящихъ нѣкоторыя черты эпилепсіи, но въ тоже время имѣющихъ свою опредѣленную симптоматилогію и нозологію, въ случаяхъ судорожныхъ, эпилептоидныхъ приступовъ психогеннаго происхожденія, историческихъ, или въ случаяхъ приступовъ, причиною которыхъ служатъ фокусныя измѣненія коры головного мозга (*Epilepsia Jacksoni*, Кожевникова)—въ этихъ случаяхъ указанныя измѣненія морфологическаго состава

крови не получился: составъ крови здѣсь во всѣхъ періодахъ болѣзни почти не мѣнялся, или, если мѣнялся, то въ предѣлахъ нормальныхъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ ясна этиологія, причина болѣзни. Въ однихъ случаяхъ—это психическая травма (напрѣ., галлюцинаціи и др.), которая, дѣйствуя на подготовленную (истерическаго характера) почву, вызываетъ опредѣленный симптомокомплексъ явленій, близко напоминающій симптомокомплексъ генуинной эпилепсіи. Въ другихъ случаяхъ играетъ роль травма физическая, дѣйствующая тѣмъ или другимъ образомъ на двигательную область коры головного мозга.

Въ томъ и другомъ случаѣ, разъ извѣстна причина болѣзни, мы можемъ добиться и устраненія этой причины, т. е. рациональнаго леченія болѣзни: въ первыхъ случаяхъ психотерапія въ видѣ убѣжденія (Dubois<sup>1</sup>), психоанализа, гипноза и т. д., какъ видно изъ литературы этого вопроса<sup>2</sup>), сопровождается большимъ успѣхомъ. Во второмъ случаѣ—оперативное вмѣшательство, которое сопровождается нерѣдко значительнымъ терапевтическимъ результатомъ. Въ случаяхъ же генуинной эпилепсіи мы совершенно безсильны потому, что не знаемъ причины болѣзни. Между тѣмъ эпилепсія, какъ это было указано выше, стоитъ въ рядѣ душевныхъ заболѣваній, этиологія которыхъ намъ не ясна, и при леченіи которыхъ мы также почти безсильны. Болѣзнь, вопреки нашему вмѣшательству, идетъ самостоятельно, то развиваясь до конечныхъ предѣловъ, то приостанавливаясь или совершенно прекращаясь, то доводя больного до *exitus letalis*.

Уясненію этиологіи эпилепсіи, по нашему мнѣнію, много можетъ помочь всестороннее изслѣдованіе крови какъ со

<sup>1</sup>) D-r. Dubois. Психоневрозы и ихъ психическое дѣленіе. Перев. д-ра Симонса 1912.

<sup>2</sup>) Подъяпольскій. О примѣненіи гипнотическаго внушенія при эпилепсіи. Невр. Вѣст. т. XX вып. 3.

стороны морфологическаго, тамъ и химическаго ея состава. Кровь является тканью организма, питающею всѣ вѣтви тканей нашего тѣла, черезъ кровь передаются и всѣ вредности для другихъ тканей. Но, перенося вмѣстѣ съ питательными и вредныя начала, кровь носитъ въ себѣ и всѣ начала защиты организма отъ поступающихъ въ него вредностей: инфекціонныхъ и токсическихъ началъ. Она содержитъ въ своихъ составныхъ частяхъ всѣ средства борьбы съ поступившимъ вредоноснымъ началомъ, измѣняя при извѣстныхъ обстоятельствахъ свой морфологическій составъ, что служитъ выраженіемъ измѣненія ея химическихъ свойствъ. Въ однихъ случаяхъ она реагируетъ на поступившій токсинъ измѣненіемъ количества и качества лейкоцитовъ (лейкоцитозъ, эозинофілія и др.) въ другихъ—лимфоцитовъ (лимфопенія, лимфоцитозъ и др.), въ третьихъ—эритроцитовъ и гемоглобина и т. д.

#### IV

Въ рассматриваемой нами формѣ заболѣванія—генуинной эпилепсіи,—мы получили опредѣленную формулу измѣненія морфологическаго состава крови въ различныхъ стадіяхъ болѣзни. На основаніи данныхъ внутренней патологіи, гдѣ вопросъ о измѣненіи морфологическаго состава крови изученъ уже подробно и гдѣ на основаніи этихъ измѣненій ставится не только діагностика заболѣванія, но и выясняется его причина и выводятся принципы леченія, мы старались хотя сколько нибудь, руководясь формулой измѣненія морфологическаго состава крови при эпилепсіи, подойти къ рѣшенію вопроса объ этиологическомъ началѣ этого заболѣванія

Обращаясь къ перечисленнымъ выше измѣненіямъ морфологическаго состава крови при эпилепсіи, мы прежде всего видимъ тамъ измѣненія, касающіяся процентнаго содержанія гемоглобина, количества и формы красныхъ кровяныхъ ша-

риковъ. Здѣсь отмѣчается: *кратковременное (въ началѣ и во время припадка) повышение процентнаго содержанія гемоглобина, смѣняемое небольшимъ паденіемъ его послѣ припадка. Форма красныхъ шариковъ въ началѣ, во время и тотчасъ послѣ припадка иногда сильно, въ большинствѣ же случаевъ въ незначительной степени измѣнена: появляются формы грушевидныя, съ частично вздутыми, зазубренными краями и т. д. (пойкилоциты). Въ это же время отмѣчается незначительное уменьшеніе количества красныхъ шариковъ, которое къ концу припадка и тотчасъ послѣ него становится замѣтнѣе.*

Описанныя измѣненія указаны уже д-ромъ В. К. Крumbиллеромъ въ его диссертациі <sup>1)</sup>, гдѣ онъ отмѣчаетъ уменьшеніе во время приступа количества красныхъ шариковъ, пойкилоцитозъ послѣ приступа.

Что же касается объясненія этого явленія, то для объясненія его обратимся къ аналогичнымъ явленіямъ въ физиологій и внутренней паталогіи. Ludwig <sup>2)</sup> объясняетъ случаи увеличенія процентнаго содержанія гемоглобина повышеніемъ кровяного давленія и усиленной вслѣдствіе этого трансудаціей плазмы крови, отчего кровь сгущается, и получается увеличеніе процентнаго содержанія Hb.; Landais <sup>2)</sup> объясняетъ это явленіе суженіемъ сосудовъ подѣ нервнымъ вліяніемъ и отдачей воды кровью чрезъ трансудацію. Въ данномъ случаѣ повышеніе кровяного давленія и суженіе просвѣта сосудовъ должно имѣть мѣсто, какъ это доказано д-ромъ Х. Ш. Боршопольскимъ <sup>3)</sup>. Но если допустить правильность такого толкованія въ данномъ случаѣ, то тогда должно было

<sup>1)</sup> В. К. Крumbиллеръ. О степени метаморфоза бѣлыхъ шариковъ крови въ зависимости отъ нервныхъ вліяній. Диссертациія 1898 г. СПб.

<sup>2)</sup> Цит. по Гравенцъ, стр. 86.

<sup>3)</sup> Х. Ш. Боршопольскій. Объ измѣненіяхъ черепномозгового обращенія въ теченіи надучихъ опытовъ. Диссертациія. 1896 г. СПб.

бы получиться, какъ необходимое послѣдствіе, сгущеніе крови и увеличеніе количества красныхъ кровяныхъ шариковъ, между тѣмъ какъ мы имѣемъ налицо какъ разъ обратное явленіе: небольшое уменьшеніе ихъ количества. Во-вторыхъ, при судорожныхъ приступахъ травматическаго и психическаго (истерическаго) происхожденія, а также, какъ увидимъ ниже, при приступахъ, вызванныхъ у собакъ раздраженіемъ коры мозга фарадическимъ токомъ, повышеніе кровяного давленія также развивается, однако увеличенія процентнаго содержанія гемоглобина не получается.

Разобраться въ этомъ явленіи намъ помогаетъ то обстоятельство, что во время припадковъ генуинной эпилепсіи получается измѣненіе формы красныхъ шариковъ: появляется пойкилоцитозъ. Какъ это видно будетъ изъ послѣдующихъ страницъ работы, такія же формы красныхъ шариковъ появляются и въ крови собакъ, у которыхъ падучные приступы вызваны экспериментально, путемъ введенія въ кровь токсина (*essence d'absinthe*). Слѣдовательно, мы должны предположить наличность какого-то токсина въ крови эпилептика во время припадка, токсина, дѣйствующаго гемолитически, или во всякомъ случаѣ вліяющаго на структуру шариковъ въ смыслѣ выдѣленія изъ нихъ гемоглобина. Вслѣдствіе этого и получается увеличеніе процентнаго содержанія Нв., уменьшеніе общаго количества красныхъ кровяныхъ шариковъ и измѣненіе ихъ формы. Дальнѣйшее паденіе  $\%$  Нв. соотвѣствуетъ уже паденію количества красныхъ шариковъ.

При такомъ взглядѣ становится понятнымъ тотъ фактъ, что у всѣхъ страдающихъ приступами генуинной эпилепсіи вообще понижено количество красныхъ кровяныхъ шариковъ и процентное содержаніе Нв. Очевидно, ядъ, въ минимальномъ количествѣ всегда содержащійся въ крови больного, представляетъ неблагоприятный факторъ для размноженія красныхъ шариковъ и, слѣдовательно, для возрастанія  $\%$  Нв. При наступленіи приступа въ крови накапливается уже большее

количество яда, дѣйствующаго пагубно на красные шарики, отчего количество ихъ еще болѣе уменьшается и появляются неправильныя формы ихъ (пойкилоциты) Освободившійся отъ погибшихъ шариковъ гемоглобинъ и даетъ кратковременное повышеніе его процента.

Особенно ясно это явленіе выражено въ случаяхъ „status epilepticus“, оканчивающихся смертельнымъ исходомъ: здѣсь особенно ясна картина быстрого гемолиза шариковъ: ихъ количество быстро падаетъ, они мѣняютъ свою форму и слабѣе окрашиваются.

Внутренняя медицина знаетъ примѣры такого измѣненія красныхъ кровяныхъ шариковъ при отравленіи ядами (Kal. chloric., pyrodin.) <sup>1)</sup>, при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ острого и хроническаго характера, какъ, напр., циррозы печени, нефриты, пневмоніи и др. <sup>2)</sup>, при раковыхъ заболѣваніяхъ, при кахексіяхъ раковой, малярійной, туберкулезной и др., гдѣ всѣ эти измѣненія объясняются вліяніемъ входящихъ раздражителей химическаго характера, интоксикаціей организма <sup>3)</sup>.

Слѣдующее измѣненіе, которое мы подмѣтили въ крови эпилептиковъ,—это предварительная, передъ припадкомъ мало замѣтная, а съ началомъ припада ясно выраженная, лейкопенія, т. е. уменьшеніе количества бѣлыхъ шариковъ. Это явленіе уже отмѣчено авторами: Morselli <sup>4)</sup>, Campioni <sup>5)</sup> Bruce und Peebles <sup>6)</sup>, Rhode <sup>7)</sup>, J. Hartmann und H. di Gaspero <sup>8)</sup>. Два послѣдніе автора въ своей работѣ

<sup>1)</sup> Предтеченскій, стр. 86—87. 89.

<sup>2)</sup> Гравицъ, стр. 107.

<sup>3)</sup> Предтеченскій, стр. 89. Гравицъ, стр. 116. Ziegler—стр. 24.

<sup>4)</sup> Morselli. Epilepsie, 1909. S. 265.

<sup>5)</sup> Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. and Psych. I, 1910 S. 300.

<sup>6)</sup> Реф. Обзор. Невр. и Психіатр. 1897 г.

<sup>7)</sup> Цит. по Binswanger Epilepsie 1913 г. S. 253.

<sup>8)</sup> J. Hartmann und H. Gaspero, Epilepsie. Handbuch der Neurologie M. Lewandowsky. 1914. IV. S. 851.

отмѣчаютъ это паденіе до цифры 5000, считая за среднюю норму 7000. Мы въ своихъ случаяхъ наблюдали это пониженіе еще въ большихъ размѣрахъ, до 4—3 тысячъ, а въ сильно выраженныхъ случаяхъ оно достигаетъ еще меньшихъ цифръ (2000). Особенно сильно это паденіе отмѣчается въ случаяхъ падучихъ приступовъ, обончившихся летально: тамъ за нѣсколько часовъ до смерти количество бѣлыхъ шариковъ достигаетъ 1600.

Лейкопенія вскорѣ (уже въ концѣ припадка) смѣняется лейкоцитозомъ, т. е. увеличеніемъ количества бѣлыхъ шариковъ. Это увеличеніе, нарастая въ ближайшее послѣ припадка время, вскорѣ начинаетъ падать и держится на болѣе или менѣе высокихъ цифрахъ до 6—12—20 часовъ. Лейкоцитозъ, принимая во вниманіе предшествующую лейкопенію, достигаетъ значительныхъ цифръ.

Лейкоцитозъ послѣ падучаго приступа за послѣднее время описанъ Rhode'омъ<sup>1)</sup>, Schultz'омъ<sup>2)</sup>, Jodicke<sup>3)</sup>, J. Hartmann'омъ, Gaspergo'омъ<sup>4)</sup>.

Обращаясь за объясненіемъ появленія лейкопеніи и лейкоцитоза къ физиологіи и внутренней патологіи, мы здѣсь находимъ слѣдующія установившіяся положенія: количество бѣлыхъ шариковъ въ нормальной крови въ среднемъ равно 7000 (Гравицъ, Предтеченскій). Колебаніе въ сторону плюса называется гиперлейкоцитозомъ, въ сторону минуса лейкопеніей, алейкоцитозомъ.

Обращаясь теперь къ объясненію происхожденія этого явленія, мы наталкиваемся на двѣ теоріи: механическую и химическую. Первая объясняетъ лейкопенію и гиперлейкоцитозъ

---

<sup>1)</sup> См. выше.

<sup>2)</sup> См. выше.

<sup>3)</sup> См. выше.

<sup>4)</sup> См. выше.

неравномернымъ распредѣленіемъ шариковъ въ пользу периферіи. Вторая теорія, выдвинутая Ehrlich'омъ,<sup>1)</sup> объясняетъ это явленіе присутствіемъ въ крови хемотаكتическихъ веществъ которыя привлекаютъ въ кровь лейкоцитовъ, находящихся въ обильномъ количествѣ въ тканяхъ костнаго мозга, такъ что послѣ введенія въ кровь подобнаго раздражающаго вещества мы видимъ кровь переполненною лейкоцитами. При этомъ яды дѣйствуютъ на лейкоцитовъ и въ обратномъ смыслѣ, т. е. разрушая ихъ и вызывая гиполейкоцитозъ, или лейкопенію. Вериге<sup>2)</sup>, Goldschneider<sup>3)</sup>, Iakobi<sup>4)</sup> послѣ введенія въ кровь дифферентныхъ веществъ находили предварительно передъ лейкоцитозомъ лейкопенію. Вериге объясняетъ это явленіе тѣмъ, что лейкоциты послѣ введенія въ кровь яда скопляются въ тѣхъ внутреннихъ органахъ (печень, селезенка и др.), гдѣ происходитъ разрушеніе чуждыхъ веществъ. По мнѣнію Löwit'a<sup>5)</sup>, во всѣхъ случаяхъ увеличенію количества бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ предшествуетъ уменьшеніе ихъ количества (leucopenia), вслѣдствіе усиленнаго ихъ распада (leucolyse), а продукты этого распада усиливаютъ регенерацію въ кроветворныхъ органахъ—вызываютъ усиленное новообразованіе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Такое состояніе крови развивается во внутренней патологіи при многихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ токсиномъ инфекціи (T. recurrens, anthrax, scarlatina, erysypelas, variola, sepsis и др.).

Аналогичное явленіе мы находимъ и въ крови эпилептиковъ въ различные періоды болѣзни. Очевидно, постоянно находящійся въ небольшомъ количествѣ въ крови эпилептика ядъ вызываетъ постоянную сравнительную лейкопенію. Постепенно накопляясь, онъ производитъ лейкопенію болѣе значительную, ведущую къ реактивнымъ, защитнымъ явленіямъ со

<sup>1)</sup> Предтеченскій стр. 84—86.

<sup>2)</sup> <sup>3)</sup> <sup>4)</sup> Гравницъ стр. 103.

<sup>5)</sup> Ibidem. стр. 86.

сторонны организма, выражающимся усиленнымъ лейкоцитозомъ. Судорожный приступъ, наступающій въ этотъ моментъ, и есть выраженіе борьбы организма: вѣроятно, при посредствѣ его достигается большее накопленіе лейкоцитовъ и болѣе цѣлесообразное распредѣленіе ихъ по организму.

Лейкопенія передъ припадкомъ и въ началѣ его появляется въ ущербъ нейтрофильнымъ лейкоцитамъ въ зрѣлыхъ (2-хъ, 3-хъ-ядерныхъ) формахъ и въ ущербъ эозинофиламъ, тогда вамъ количество лимфоцитовъ и одноядерныхъ лейкоцитовъ не уменьшается. Процентное соотношеніе ихъ, благодаря этому, сильно повышается, достигая цифръ въ 2 и 3 раза большихъ, такъ что получается форменный лимфоцитозъ передъ и въ началѣ паучаго приступа. Потомъ процентное отношеніе постепенно понижается, что объясняется усиленнымъ возрастаніемъ количества лейкоцитовъ-нейтрофиловъ. Количество мононуклеаровъ въ началѣ припадка не увеличивается, хотя процентъ ихъ, благодаря паденію количества лейкоцитовъ, сильно повышается, а въ концѣ и послѣ припадка возрастаетъ и ихъ количество, увеличиваясь въ 2 и 3 раза. Эозинофилы совершенно исчезаютъ во время припадка и появляются спустя нѣкоторое время послѣ него, сильно возрастая количественно въ свѣтлый промежутокъ.

Изъ всѣхъ этихъ явленій самое постоянное—это послѣднее, т. е. исчезновеніе эозинофиловъ во время припадка и ихъ увеличенное количество въ свѣтлый періодъ. На это явленіе указывали авторы: Morsell, Campioni, Bruce and Peebles и бр. Разница только въ томъ, что авторы отмѣчаютъ пониженіе количества эозинофиловъ во время приступовъ и усиленное ихъ размноженіе въ ближайшее время послѣ нихъ, въ нашихъ же изслѣдованіяхъ во всѣхъ случаяхъ получались полное исчезновеніе эозинофиловъ передъ во время и въ ближайшее время послѣ припадка, появленіе ихъ, спустя нѣсколько часовъ (2 и болѣе) послѣ припадка. Maximum ихъ держится весь свѣтлый промежутокъ; замѣтное уменьшеніе

ихъ количества уже указываетъ на приближеніе приступа. Maximum эозинофиловъ достигаетъ довольно большого числа—400 (6—8%), что въ сравненіи съ нормой (1—2%) представляетъ уже эозинофилию. Наряду съ исчезновеніемъ эозинофиловъ наблюдается возрастаніе количества одноядерныхъ лейкоцитовъ во время и въ ближайшее время послѣ припадковъ: количество ихъ при общемъ лейкоцитозѣ достигаетъ 10—12% (нормально 5%)<sup>1)</sup>.

Во внутренней патологии всѣ отмѣченныя явленія имѣютъ свое объясненіе. „Лейкопенія, какъ и лейкоцитозъ, представляютъ собою ни что иное, какъ морфологическое выраженіе важныхъ биологическихъ измѣненій въ дѣятельности кроветворныхъ органовъ“<sup>2)</sup>.

Во время болезни при поступленіи въ кровь инфекціи или токсина, гибнутъ прежде всего въ большомъ количествѣ лейкоциты, какъ носители антитоксическихъ и бактрицидныхъ веществъ. Послѣдствіемъ этаго и является лейкопенія, при сравнительно большомъ процентномъ количествѣ лимфоцитовъ и формъ мононуклеарныхъ. Тотъ-же токсинъ, вѣроятно, губитъ эозинофилы, уменьшенное количество которыхъ во время лейкоцитоза отмѣчается для всѣхъ инфекціонныхъ болѣзней, кромѣ скарлатины<sup>3)</sup>.

Увеличеніе количества мононуклеаровъ во внутренней патологии разсматривается, какъ проявленіе общаго лейкоцитоза, хотя при нѣкоторыхъ инфекціяхъ отмѣчается преимущественное появленіе одноядерныхъ формъ лейкоцитовъ (малярія, корь, оспа, краснуха и др.) Общій лейкоцитозъ, а вмѣстѣ съ нимъ и эозинофилія, есть уже реакція кроветворныхъ органовъ на вступившій въ кровь токсинъ. Кромѣ того,

<sup>1)</sup> Гравицъ, Предтеченскій.

<sup>2)</sup> Предтеченскій. Стр. 87.

<sup>3)</sup> Ibidem. стр. 89.

эозинофилія отмѣчается авторами, какъ отличительное явленіе при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ, напр., бронхіальной астмѣ (Свержевскій), трихинозѣ и вообще при *Helmenthiasis*'ѣ, и есть реактивное явленіе на специфическій токсинъ, вступившій въ кровь въ данномъ случаѣ со стороны легкихъ и кишечника.

Такимъ образомъ, и данныя явленія со стороны морфологическаго состава крови, найденныя нами при разныхъ періодахъ заболѣванія падучей:—лейкопенія, мононуклеозъ, исчезновеніе эозинофиловъ съ возрастаніемъ ихъ количества въ послѣдствіи, во внутренней патологіи рассматривается, какъ реакція на поступившій въ кровь токсинъ.

Токсичность крови больныхъ-эпилептиковъ во время приступа особенно ясно видна на морфологическомъ составѣ крови въ тѣхъ случаяхъ, когда кровь бралась у больныхъ, у которыхъ падучный приступъ (*Sx. epilepticus*) оканчивался смертью. Въ этихъ случаяхъ мы находили: 1) незначительное и кратковременное повышеніе процентнаго содержанія гемоглобина и его скорое паденіе; 2) уменьшеніе количества красныхъ шариковъ, измѣненія ихъ формы и ихъ отношенія къ окраскѣ; 3) лейкопенію съ относительнымъ послѣ лимфоцитозомъ и мононуклеозомъ въ ущербъ количеству многоядерныхъ нейтрофиловъ, 4) полное исчезновеніе эозинофиловъ. При этомъ отмѣчается неправильность формъ бѣлыхъ шариковъ ихъ неравномѣрное окрашиваніе въ ядрахъ и протоплазмѣ (вакуоли).

Въ описываемыхъ явленіяхъ мы видимъ всѣ послѣдствія на форменные элементы крови поступившаго въ нее токсина, при полномъ отсутствіи защитныхъ явленій на токсинъ со стороны кроветворныхъ органовъ. Это вѣроятноѣ всего объяснить количествомъ, силою токсина, въ связи съ ослабленною дѣятельностью защитныхъ органовъ кроветворенія.

Все вышесказанное особенно ясно подтверждается данными изслѣдованія крови въ тѣхъ случаяхъ судорожныхъ присту-

повь, гдѣ ясна ихъ причина и этиологія, гдѣ приступы вызываются травматическимъ раздраженіемъ коры головного мозга, или гдѣ этиологія ихъ—психогеннаго происхожденія. Здѣсь, конечно, нѣтъ мѣста интоксикаціи организма, а потому и морфологической составъ крови у такихъ больныхъ во всѣхъ проявленіяхъ болѣзни остается мало измѣненнымъ.

Полученныя данныя измѣненія морфологическаго состава крови при падучихъ и падучевидныхъ приступахъ у человѣка и объясненіе этихъ измѣненій на основаніи этиологіи заболѣванія лучше всего подтверждаются изслѣдованіемъ крови у животныхъ (собаки), у которыхъ падучіе приступы вызывались экспериментаторами разными способами. Опыты съ вызываніемъ судорожныхъ приступовъ производились, во-первыхъ: введеніемъ въ кровь токсина, по большей части абсента, а во-вторыхъ: раздраженіемъ коры головного мозга фарадическимъ токомъ. Среди авторовъ, работавшихъ по этому вопросу, отмѣтимъ: Магнан<sup>1)</sup>, Бехтерева<sup>2)</sup>, Мейера<sup>3)</sup>, Осипова<sup>4)</sup>, Боришпольскаго<sup>5)</sup> и др. Мы воспользовались указаніями этихъ авторовъ съ цѣлью изслѣдовать измѣненіе морфологическаго состава крови у животныхъ во время и послѣ судорожныхъ приступовъ. Цѣль этихъ изслѣдованій была та, чтобы провѣрить теоретическое предположеніе, выведенное въ предыдущей части работы, что падучіе приступы при генуинной эпилепсіи вызываются накопившимся въ крови токсиномъ, который вызываетъ опредѣленныя измѣненія морфологическаго

<sup>1)</sup> M. Magnan. Recherches de physiol. patholog. avec l'alcool et l'ess. d'absinthe Arch. de phys. T. V.

<sup>2)</sup> Проф. В. М. Бехтеревъ Изслѣдованіе надъ разв. падуч. приет. Невр. Вѣст. вып. 3. т. II.

<sup>3)</sup> П. Мейеръ О происхожденіи судорогъ въ падучихъ приступахъ. 11 Евр. Вѣст. т. IV вып. 4.

<sup>4)</sup> В. П. Осиповъ. Коревые проих. пад. приет., вызванныхъ отравл. собаке абсентомъ Обоз. Пс. 97 г. ст. 901.

<sup>5)</sup> См. выше.

состава крови; а разъ это такъ, то и всякій ядъ, вызывающій судороги похожія на эпилептическія, долженъ вліять на морфологическій составъ крови подобнымъ же образомъ: вызывать въ крови животнаго подобныя же измѣненія. Тоже самое соображеніе руководило нами и при изслѣдованіи крови у животныхъ, у которыхъ судорожные приступы вызывались раздраженіемъ коры мозга фарадическимъ токомъ. Эти изслѣдованія должны были подтвердить мысль о томъ, что при судорожныхъ падучевидныхъ приступахъ, не токсического происхожденія морфологическій составъ крови не измѣняется.

Техника вызванія падучихъ приступовъ была такая. Въ первомъ случаѣ въ отпрепарированную большую частью бедреную вену собаки посредствомъ шприца Luer'a вводился ядъ (*essence d'absinthe cultivée*) въ разныхъ дозахъ. Тотчасъ же начинался рядъ судорожныхъ приступовъ, поразительно напоминающихъ своими проявленіями приступы генуинной эпилепсіи человѣка, со смѣною тоническихъ и клоническихъ судорогъ, глубокою комой, слюнотеченіемъ, расширеніемъ зрачковъ, прикусываніемъ языка и произвольнымъ выдѣленіемъ мочи и кала.

Во второмъ случаѣ падучіе приступы вызывались раздраженіемъ двигательной области мозговой коры фарадическимъ токомъ. Собагѣ подъ морфійно-эфирнымъ наркозомъ посредствомъ небольшого трепана дѣлались два отверстія, симметрично расположенныхъ въ теменныхъ костяхъ обѣихъ сторонъ. Остававливалось кровотеченіе, дѣлался небольшой разрѣзъ твердой оболочки и черезъ него производилось раздраженіе коры мозга при посредствѣ биполярнаго электрода, соединеннаго съ нормальной катушкой *Du-Bois Reimond'a*. Получался тоже рядъ приступовъ, съ тоническими и клоническими судорогами, съ прикусываніемъ языка, слюнотеченіемъ и т. д.

Кровь для обслѣдованія въ обоихъ случаяхъ бралась передъ припадкомъ, во время припадка и въ разное вре-

мя послѣ него. Опыты съ вызываніемъ экспериментальной эпилепсіи мною были поставлены на 9 собакахъ—въ количествѣ 25.

Опуская здѣсь цифровыя данныя, касающіяся измѣненія морфологическаго состава крови при экспериментально вызванныхъ приступахъ, приведенныя мною уже въ вышедшей работѣ<sup>1)</sup>, я приведу здѣсь только общіе выводы изъ этихъ данныхъ.

Эти выводы почти аналогичны тѣмъ, которые сдѣланы относительно морфологическаго состава крови больныхъ эпилептиковъ. Въ случаяхъ судорожныхъ приступовъ, вызванныхъ введеніемъ въ кровь абсента, морфологическій составъ крови мѣнялся такъ же, какъ при генуинной эпилепсіи у человѣка. Здѣсь, какъ и тамъ, наблюдалось: 1 небольшое повышеніе процента гемоглобина, несмотря на то, что количество красныхъ кровяныхъ шариковъ незначительно понижается. Это повышеніе держится недолго и вскорѣ послѣ припадка падаетъ соотвѣтственно паденію количества красныхъ шариковъ. Форма красныхъ шариковъ сильно мѣняется съ началомъ припадковъ и первые часы послѣ нихъ: появляется масса формъ измѣненныхъ (пойкилоцитовъ).

2. Количество бѣлыхъ шариковъ, какъ и при изслѣдованіяхъ у человѣка, съ началомъ припадка рѣзко падаетъ, увеличивается къ концу его, и послѣ него, достигая maximum'a на 2-й день, потомъ постепенно падаетъ, доходя до нормы на 4—5—6 дни.

3. Паденіе количества бѣлыхъ шариковъ въ началѣ припадка происходитъ на счетъ многоядерныхъ лейкоцитовъ. Увеличеніе ихъ количества въ концѣ и послѣ приступа—на счетъ многоядерныхъ лейкоцитовъ (преимущественно), лимфоцитовъ и отчасти мононуклеаровъ.

4. Эозинофилы въ крови собаки встрѣчаются въ незначительномъ количествѣ. Съ началомъ приступа они совершенно

---

<sup>1)</sup> См. выше.

исчезаютъ, но послѣ него появляются, при чемъ въ ближайшіе дни они достигаютъ значительнаго количества (до 13%); потомъ количество ихъ постепенно падаетъ, достигая *minimum'a*, или совсѣмъ исчезая на 4—5—6 дни

Такимъ образомъ, при опытахъ съ вызываніемъ судорожныхъ приступовъ у собакъ посредствомъ введенія въ кровь яда, мы получили измѣненія морфологическаго состава крови аналогичныя тѣмъ, которыя мы наблюдали у людей при генуинной эпилепсіи. Разница только въ томъ, что въ крови больныхъ-эпилептиковъ всѣ измѣненія быстрѣе сглаживаются и не достигаютъ такого *maximum'a*, какъ у животныхъ. Но тутъ надо отмѣтить, что продолжительность этихъ измѣненій и ихъ интенсивность находится во второмъ случаѣ въ прямой зависимости отъ количества яда, которое мы вводили въ кровь животного.

Въ случаяхъ судорожныхъ приступовъ, вызванныхъ у собакъ введеніемъ въ кровь *essence d'absinthe* и окончившихся смертельно, картина измѣненія морфологическаго состава крови получилась нѣсколько иная. Здѣсь такъ же, какъ и въ случаяхъ „*St. epilepticus*“ у людей, закончившихся летальнымъ исходомъ, замѣчались слѣдующія измѣненія:

1) Количество эритроцитовъ сильно падаетъ съ самаго начала приступа; форма ихъ измѣняется въ замѣтной степени; процентное содержаніе гемоглобина въ началѣ приступа замѣтно повышается, но потомъ падаетъ соотвѣтственно паденію количества красныхъ шариковъ.

2) Очень замѣтно уменьшается общее количество бѣлыхъ шариковъ, уменьшающееся за 1—2 ч. до смерти животного въ 6—8 разъ.

3) Сильно падаетъ процентное соотношеніе (слѣдов. и количество) многоядерныхъ лейкоцитовъ.

4) Наоборотъ, повышается процентное соотношеніе лимфоцитовъ и одноядерныхъ лейкоцитовъ.

5) Эозинофилы совершенно исчезаютъ, или остаются въ минимальномъ количествѣ. (См. кривая № 4).

6) Какъ красные, такъ и бѣлые элементы крови, видимо, терпятъ существенныя измѣненія, потому что и тѣ и другіе относятся въ окраскѣ иначе: первые окрашиваются блѣднѣе и неравномѣрно, ядро вторыхъ тоже неравномѣрно окрашивается, появляются въ нихъ вакуоли и т. д.

Морфологическій составъ крови у животныхъ, судорожные приступы у которыхъ вызывались электрическимъ раздраженіемъ коры мозга, почти не мѣняется въ различные періоды. Въ ближайшіе часы послѣ постановки опыта никакихъ измѣненій въ морфологическомъ составѣ крови не наблюдается. Эти измѣненія замѣтны только на второй день послѣ операціи и объясняются реакціей организмы на раненіе и потерю крови при немъ.

Сравнивая данныя измѣненія морфологическаго состава крови у эпилептиковъ въ разные періоды болѣзни, а также измѣненія въ крови у животныхъ, у которыхъ экспериментально вызывались судорожные приступы, мы должны притти къ слѣдующему выводу: *Морфологическій составъ крови при судорожныхъ припадкахъ genuинной эпилепсїи рѣзко мѣняется. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ судорожные приступы, послѣдїе черты эпилептическихъ, объясняются фокусными измѣненїями коры мозга, или причинами психическаго происхожденїя (истерическіе приступы), морфологическій составъ крови замѣтнаго измѣненїя не даетъ.*

Соотвѣтственно этому и при приступахъ, вызванныхъ экспериментально у собакъ, мы получили аналогичныя измѣненія состава крови только при отравленіе животнаго ядомъ, введеннымъ въ кровь, не получая ихъ при припадкахъ, вызванныхъ раздраженіемъ коры головного мозга фарадическимъ токомъ. Все это подтверждаетъ высказанную нами мысль, что *приступы genuинной эпилепсїи вызываются періодическимъ поступленїемъ въ кровь токсина. Измѣненїе морфологическаго*

*состава крови происходитъ подъ вліяніемъ поступившаго яда и служитъ выраженіемъ реакціи организма на токсинъ.*

Въ заключеніе приношу глубокую благодарность профессору Виктору Петровичу Осипову за предложенную тему и за его руководство и поддержку, которыми и пользовался при работѣ.

Моя искренняя признательность Старшему Врачу Убѣжища для душевно-больныхъ Казанскаго Губ. Земства Н. А. Донскову и служащимъ въ Убѣжищѣ за ихъ сердечное отношеніе и посильную помощь, которую они оказывали мнѣ при изслѣдованіи крови у больныхъ Убѣжища.

## Періодическая дѣятельность пищеварительнаго аппарата внѣ пищеваренія при беременности.

(Экспериментальное изслѣдованіе на собакахъ).

Предварительное сообщеніе.

С. А. Щербаковъ.

Въ 1902 году профессоромъ Болдыревымъ была установлена на собакахъ періодическая дѣятельность пищеварительнаго аппарата внѣ пищеваренія; позднѣе имъ была высказана увѣренность, что эта періодическая дѣятельность существуетъ и у остальныхъ животныхъ, въ томъ числѣ и у человѣка.

И дѣйствительно, позднѣйшими изслѣдованіями въ Фармакологической лабораторіи Казанскаго Университета была установлена періодическая дѣятельность на человѣкѣ (студентомъ Аничковымъ) и на кошкѣ (профессоромъ Болдыревымъ и мною). Кромѣ того, Mangold на своихъ кривыхъ, полученныхъ при изслѣдованіяхъ на пустомъ желудкѣ галокъ и воронъ, наблюдалъ сокращенія очень близкія къ періодическимъ. Наконецъ профессоръ Болдыревъ установилъ періодическую дѣятельность у пѣтуховъ<sup>1)</sup>. Такимъ образомъ мы

<sup>1)</sup> Проф. В. Болдыревъ. Періодическая дѣятельность пищеварительнаго аппарата внѣ пищеваренія, съ точки зрѣнія біологіи и медицины. Казанскій Медицинскій Журналъ т. XIII, 1913 г. стр. 7.

вправѣ теперь сказать, что періодическая дѣятельность, разъ она существуетъ у человѣка, собаки, кошки и птицъ, существуетъ и у остальныхъ животныхъ, а слѣдовательно является необходимой для организма такъ-же, какъ необходимы дыханіе, сердцебіеніе и т. д.; наблюденія проф. Болдырева показываютъ, что нѣкоторыя отклоненія отъ нормы въ организмѣ влекутъ за собою и отклоненія въ періодической работѣ пищеварительнаго аппарата. Не буду останавливаться на физиологическомъ значеніи, пользѣ для организма періодической дѣятельности, такъ какъ все это очень полно описано профессоромъ Болдыревымъ въ его упомянутой работѣ, явившейся въ свѣтъ послѣ доклада въ О-вѣ Врачей въ 1913 году. Въ этомъ докладѣ онъ, опираясь на свои многочисленныя наблюденія, высказалъ нѣсколько предположеній относительно нѣкоторыхъ отклоненій отъ правильной, типичной картины періодической дѣятельности.

При своихъ опытахъ онъ неоднократно наблюдалъ на собакахъ рвоту, которая постоянно совпадала съ періодической работой и при томъ всегда при щелочной реакціи желудка. Изъ этого факта было выведено заключеніе, что причина рвоты въ нѣкоторыхъ, до сего времени темныхъ, случаяхъ кроется въ періодической дѣятельности, такъ рвота при беременности, морской болѣзни, (при хлороформированіи.

Цѣль моего изслѣдованія—выяснить путемъ опытовъ предположеніе профессора Болдырева относительно нѣкоторыхъ измѣненій въ періодической дѣятельности при беременности.

Рвоту при беременности профессоръ Болдыревъ объяснял тѣмъ, что при послѣдней періодическая дѣятельность значительно усиливается, становится болѣе интенсивной, отчего сокращеніе желудка принимаютъ характеръ влониическихъ судорогъ,—отсюда уже рвотныя движенія. Мною были поставлены подъ руководствомъ профессора Болдырева десять опытовъ на суку, при чемъ 1-й опытъ былъ приведенъ до беременности, затѣмъ 8-мь опытовъ служатъ иллюстраціей періодической

дѣятельности въ беременномъ состояніи собаки и, наконецъ, опытъ 10-й—вскорѣ послѣ родовъ.

*Цифровыя данныя, полученныя на собакъ, (оперированной 18 октября 1913 года; фистулы желудочная и вишечная).*

№ опыта	Число и мѣсяць	Вѣсъ	Реакція	Рвота	Продолжит. пер. работы	Высота подъёмовъ (maxim.)	Число подъёмовъ
До беременности:							
1	5 ноября	22310,0	щелочная	—	60 минутъ	3,7 см.	86
Во время беременности:							
2	7 февр.	25500,0	щелочная	+ Есть	42 мин.	3,7 см.	115
3	13 февр.	24500,0	кислая	— Нѣтъ	0	0	0
4	14 февр.	—	щелочная	+ Есть	90 мин.	6,4	105
5	15 февр.	—	кислая	— Нѣтъ	0	0	0
6	20 февр.	24550,0	щелочная	+ Есть	68 мин.	8,2	212
7	4 марта	25850,0	щелочная	+ Есть	90 мин.	7,8	135
8	17 марта	27500,0	щелочная	+ Есть	120 мин.	3,3 (влива. HCl)	130
9	20 марта	28950,0	щелочная	— Нѣтъ	110 мин.	9,2	150
Послѣ родовъ:							
10	1 апрѣля	21700,0	щелочная	—	28 мин.	3,2 см.	31

Изъ прилагаемой мною таблицы, составленной по полученнымъ кривымъ, видно, какъ съ приближеніемъ ко дню родовъ періодическая дѣятельность желудка становится все болѣе и болѣе интенсивной. Высота подъёмовъ, служащая мѣриломъ для силы сокращенія желудка, въ нормѣ рав-

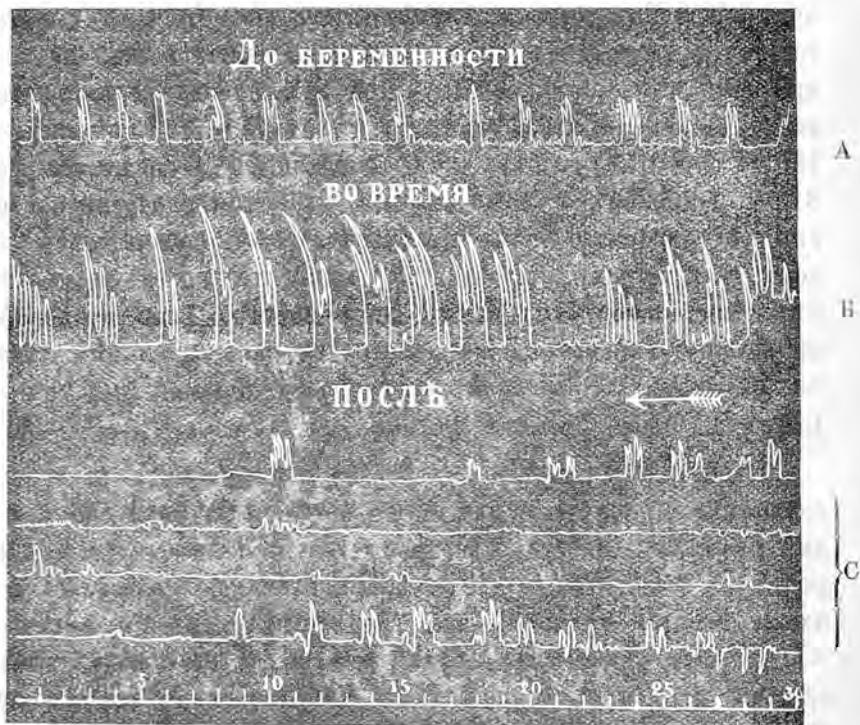
ная 3,7 сант-метрамъ, въ концѣ 1-й половины беременности (14 февраля) становится равной 6,4 стм., черезъ 12 дней мы имѣемъ уже цифру 7,8 стм., а въ самомъ концѣ беременности—9,2 стм. Вскорѣ послѣ родовъ (собака оценилась 23 марта)—1-го апрѣля высота подъёмовъ стала равной 3,2 стм., слѣдовательно приблизилась къ нормѣ.

Параллельно съ нарастаніемъ высоты подъёмовъ, увеличивается и количество сокращеній желудка. Въ нормальномъ состояніи мы имѣемъ, въ среднемъ, на нашей собакѣ 86 сокращеній въ періодъ работы. При беременномъ-же состояніи число сокращеній стало равнымъ: въ началѣ—115, въ концѣ—150-ти. Послѣ родовъ число сокращеній уменьшилось до 31-го. Наконецъ каждый періодъ работы при беременности становится гораздо болѣе продолжительнымъ сравнительно съ нормой, при томъ нарастаніе продолжительности идетъ по мѣрѣ приближенія къ концу беременности. Такъ въ нормѣ продолжительность періода работы (въ нашемъ опытѣ) равна 60 минутамъ; въ серединѣ беременности—90 ми., въ концѣ—120 мин.; послѣ родовъ—28 мин.

При всѣхъ опытахъ на беременной собакѣ я въ трехъ случаяхъ не получилъ рвоты, въ остальныхъ пяти она каждый разъ наблюдалась. Разберемъ теперь тѣ три случая, гдѣ рвоты не было. Въ двухъ изъ нихъ рвота не появлялась по очень простой причинѣ—все время была секретія кислаго желудочнаго сока; сокъ этотъ попадая въ duodenum, тѣмъ самымъ не допускалъ никакихъ периодическихъ сокращеній желудка, а тѣмъ болѣе рвоты. Въ третьемъ случаѣ,—20 марта, т. е. незадолго до родовъ (<sup>23</sup>/III), рвота, правда не появлялась, но зато въ одномъ мѣстѣ кривой мы наблюдали такія сокращенія, которыя напоминаютъ намъ кривую рвоты, записанную при быстро вращающемся барабанѣ; такимъ образомъ, имѣя здѣсь очень интенсивныя сокращенія желудка, не дошедшія однако до степени судорогъ (рвоты), мы видимъ,

что это отсутствие рвоты не противорѣчитъ нашему утверждению. Профессоръ Болдыревъ, указавъ на происхождение рвоты беременныхъ, указалъ и способъ борьбы съ нею. Мы знаемъ, что при кислотъ содержимомъ желудка, когда содержимое это попадаетъ въ duodenum, періодическія движе-

*Кривыя періодической работы до беременности, во время ея и послѣ родовъ*



А. Изображена кривая желудочныхъ сокращеній въ періодѣ работы до беременности.

В. Кривая во время беременности.

С. Послѣ родовъ.

Продолжительность каждой строчки—30 мин. Опыты всѣ велись на одной и той-же собакѣ и съ однимъ и тѣмъ же приборомъ. Мы видимъ, что при беременности сокращенія желудка становятся болѣе энергичными: они выше и чаще. Послѣ родовъ сокращенія уменьшились въ силѣ и числѣ даже по сравненію съ нормой (А).

нія прекращаются; теперь, если рвота беременных зависит от периодической двятельности, то-же она должна прекратиться, какъ скоро желудочный сокъ или соляная кислота будетъ дѣйствовать на duodenum. И дѣйствительно, вливая беременной сукѣ 0,5% растворъ соляной кислоты, разбавленной пополамъ съ водой, въ duodenum черезъ фистулу въ моментъ периодической рвоты, я моментально тѣмъ самымъ останавливала какъ рвоту, такъ и дальнѣйшія сокращенія желудка. Надо сказать, что рвота эта была при щелочной реакціи желудка.

Укажу еще на одинъ случай, вполне подтверждающій предположеніе профессора Болдырева. Въ осеннемъ полугодіи 1913 г. профессоромъ Груздевымъ была любезно предоставлена возможность произвести нѣсколько изслѣдованій на больныхъ акушерской клиникѣ, за что приношу ему благодарность. На одной больной, страдавшей неукротимой рвотой вслѣдствіе беременности и положенной въ Акушерскую клинику для операціи по этому поводу, мною по совѣту профессора Болдырева, былъ произведенъ аналогичный предыдущему опыту, съ тою только разницей, что вливалась не HCl, а натуральный желудочный сокъ, разбавленный пополамъ съ кипяченой водой, и вводилась не въ duodenum, а въ желудокъ. Результатъ получился такой: вливаніе 50 куб. с. вышеозначенной смѣси въ моментъ появленія тошнотныхъ движеній, которыя обычно скоро превращались въ рвоту, моментально останавливало эти движенія; больная послѣ вливанія вновь чувствовала себя хорошо; при каждомъ новомъ позывѣ ко рвотѣ желудочный сокъ дѣйствовалъ съ прежней силой.

Теперь, если мы посмотримъ на тѣ двѣ кривыя, гдѣ, не смотря на беременность собаки, мы не получили рвоты (и никакихъ вообще движеній) вслѣдствіе секретіи желудка передъ нами невольно станетъ вопросъ, не служить-ли эта секретія желудка защитой организма противъ рвоты. Въ

одномъ изъ моихъ опытовъ на беременной собакѣ тотчасъ-же послѣ сильной рвоты, появившейся въ началѣ періода работы, началась сильная секреція желудка и дальнѣйшія періодическія движенія желудка прекратились. Изъ сказаннаго вполне ясно представляется, что при неукротимой рвотѣ беременныхъ защитительныя силы организма, вызывающія въ нужный моментъ усиленную секрецію желудочнаго сока, могутъ отсутствовать.

Исходя изъ всего вышеизложеннаго, должно вывести заключение, что у беременныхъ періодическая дѣятельность желудка ненормально усилена и что усиленіе это, доходя до степени судорогъ желудка, вызываетъ рвоту.

Въ заключение я долженъ сказать, что рвота при періодической дѣятельности бываетъ и не у беременныхъ. Профессоръ Болдыревъ часто наблюдалъ, какъ я упоминаю выше, рвоту въ періодъ работы. Съ своей стороны я могу прибавить нѣсколько случаевъ періодической рвоты при щелочной реакціи желудка:

Собака „Жери“:

<sup>26</sup>/II 1914 г. 10 ч. 45 м. утра. Рвота. Реакція щелочная, желудокъ пустъ.

<sup>10</sup>/III — 11 ч. 55 м. — — — —

<sup>17</sup>/III — 11 ч. 5 м. — — — —

<sup>24</sup>/III — 12 ч. 4 м. — — — —

Собака „Лайка“:

<sup>5</sup>/III 1914 г. 11 ч. 15 м. утра. Рвота — —

Собака „Дамка“.

<sup>10</sup>/III — 10 ч. 30 м. утра. Рвота — —

Собака „Цыганка“.

<sup>24</sup>/IV — 10 ч. 24 м. утра. Рвота. — —

<sup>25</sup>/IV — 10 ч. 41 м. — — — —

— — 8 ч. 52 м. веч. — — — —

Кромѣ того при работѣ на щенкѣ я неоднократно имѣлъ случай рвоты въ періодъ работы.

Важную сторону при періодической дѣятельности, особенно при беременности—секреціи въ настоящей работѣ я не упоминаю, такъ какъ въ этомъ направленіи изслѣдованія еще не заключены.

Считаю для себя пріятнымъ долгомъ выразить свою благодарность Многоуважаемому своему учителю, профессору Василию Николаевичу Болдыреву, подѣ постояннымъ руководствомъ котораго я производилъ свои наблюденія.

Сердечно благодарю товарища доктора Владиміра Михайловича Соколова за его помощь при докладѣ.

## РЕФЕРАТЫ.

---

### Изъ московскаго общества психіатріи и неврологіи.

Въ засѣданіи 17 апрѣля 1914 г. были заслушаны доклады: 1) *А. А. Бутенко*: „Случай акромегаліи съ психическимъ разстройствомъ“; 2) *Т. И. Юдинъ*: „Объ евгеникѣ и евгеническомъ движеніи“.

Д-ръ *Бутенко* привелъ слѣдующій случай: больная, 38 лѣтъ, нѣкоторая наслѣдственность; 5 лѣтъ назадъ стала развиваться симптомокомплексъ акромегаліи; мѣсяца за 2 развились острые явленія психическаго разстройства: тоскливость, подавленность, бредъ преслѣдованія, галлюцинаціи ужасающаго содержанія; непродолжительная фаза возбужденія смѣнилась подавленностью, вялостью, иногда сонливостью, головныя боли и головокруженія. Отмѣчено: акромегалическіе симптомы конечностей и лица; подавленность, ослабленіе памяти, психическая истощаемость, ретроградная амнезія, неполная оріентировка, галлюцинаціи слуха, бредовое истолковываніе съ нелѣпыми идеями, приступы тоски съ идеями самоубійства. Теченіе болѣзни однообразное съ нѣкоторыми колебаніями. Анализируя свой случай, докладчикъ приходитъ въ выводъ о томъ, что здѣсь дѣло идетъ о психозѣ, стоящемъ въ связи съ специфической интоксикаціей, какъ субстратъ акромегаліи, развившейся въ результатъ повышенной функціи передней доли мозгового придатка. Въ преніяхъ по докладу *П. П. Тутышкинъ* указалъ, что, по его мнѣнію, правильнѣе говорить здѣсь о психическихъ состояніяхъ, а не о психическихъ болѣзняхъ; акромегалическій психозъ слѣдуетъ дифференцировать отъ психозовъ на почвѣ заболѣванія щитовидной железы; часть симптомовъ даннаго случая можно отнести на гипотиреозъ въ зависимости отъ гиперсекреціи передней части мозгового придатка, почему и можетъ имѣть свойства

психики мексэдематиковъ. *А. И. Прусенко* указаль на то, что здѣсь неполно исключена возможность прогрессивнаго паралича. *П. П. Бруханскій*, въ параллель къ докладываемому случаю, указаль на свой, гдѣ также психозъ по картинѣ напоминаль случай докладчика и гдѣ также оппонентъ затруднился подвести психическое разстройство въ рамки определенной единицы.

Докладчикъ отвѣтилъ оппонентамъ: онъ не выдѣляетъ особый акромегалической психозъ, однако отмѣняетъ особенности психическаго разстройства при акромегалии; отъ миеэдемы психическое разстройство при акромегалии отличается меньшимъ заторможеніемъ психическихъ функцій и наличностью повышенной раздражительности. Д-ръ *Юдинъ* въ своемъ докладѣ дасть очеркъ ученія объ евгениѣ и о современномъ состояніи ея и указаль на необходимость полнаго вниманія къ идеямъ евгеники. Въ преніяхъ участвовали. *П. П. Тутымзинъ, В. К. Хорошко, Т. Сегаловъ.*

**А. А. Суховъ.**

## ХРОНИКА И СМѢСЬ.

— Совѣтъ профессоровъ Психоневрологическаго Института постановилъ предоставить нервно-хирургическую клинику имени Пирогова въ распоряженіе Краснаго Креста и общегородской организации. Совѣтъ постановилъ также сдѣлать опредѣленные отчисления изъ гонорара въ пользу лазарета высшихъ учебныхъ заведеній, открытъ для слушательницъ и слушателей Института санитарные курсы, а также предложить министерству народнаго просвѣщенія воспользоваться химической лабораторіей Института для изготовленія медикаментовъ. По вопросу о сохраненіи кафедръ за призванными на военную службу проф. Герверомъ, Кузнецкимъ, Пуссепомъ, Петровымъ и мн. др. рѣшено по возможности удерживать кафедры, приславъ временныхъ замѣстителей, или отложить курсы этихъ профессоровъ на будущій годъ. Начало занятій въ Институтѣ назначено на 15 сентября. Всего пока на первый курсъ зачислено 600 человекъ. (Врач. Газ. № 37).

— Несмотря на рядъ мѣръ, принятыхъ министерствомъ внутреннихъ дѣлъ къ сосредоточенію «казенныхъ душевныхъ больныхъ (совершившіе преступленіе въ душевной болѣзни и приговоренные къ заключенію въ домъ умалишенныхъ, душевно больные чиновники и служители казенныхъ вѣдомствъ, пользующіеся правомъ бесплатнаго леченія и т. д.) въ окружныхъ лечебницахъ, въ настоящее время въ земскихъ, городскихъ и соответствующихъ психіатрическихъ заведеніяхъ все же остается значительное число этого рода душевно-больныхъ, содержаніе которыхъ, согласно закону, должно быть оплачено изъ средствъ государственнаго казначейства. Въ виду этого министерство внутреннихъ дѣлъ, озабочиваясь своевременнымъ отпускомъ денегъ для возмѣщенія земствамъ и городамъ произведенныхъ ими расходовъ, затребовало представленіе губернскими начальствами соответственныхъ вѣдомствъ. Всего въ текущемъ году подлежитъ возмѣщенію 945.000 руб. (Врач. Газ. № 37).

— Министерствомъ народнаго просвѣщенія изданъ спѣшный циркуляръ, предписывающій попечителямъ учебныхъ округовъ озаботиться немедленно введеніемъ преподаванія гигіены съ сообщеніемъ свѣдѣній о вредѣ алкоголя и тѣхъ учительскихъ институтахъ, учительскихъ семинаріяхъ и др. учрежденіяхъ, подготовляющихъ учителей, гдѣ таковое еще не введено, и гдѣ это пред-

ставляется возможнымъ по состоянію специальныхъ средствъ учебнаго заведенія. Такое преподаваніе можетъ быть поручено или школьному врачу, или врачу специально приглашенному. При учебныхъ заведеніяхъ желательно имѣть модели, таблицы и др. пособия для чтенія объ алкоголизмѣ. (Врач. Газ. № 38).

— Россійская Лига равноправія женщинъ организовала комиссію для изученія вопроса о томъ, насколько отражается запрещеніе продажи алкоголя на развитіи проституціи и хулиганства. (Врач. Газ. № 38).

— Петроградская городская дума рѣшила съ 1 января 1915 г. открыть 5 школъ для отсталыхъ и малограмотныхъ дѣтей. (Врач. Газ. № 39)

— Въ Творкахъ во время боевъ подъ Варшавой въ лечебницѣ работали врачи. Когда Творки заняли русскіе, врачи стали вывозить изъ лечебницы психически-больныхъ въ Варшаву. Это была тяжелая задача. Въ особенности тяжело было съ буйными сумасшедшими, такъ какъ приходилось ихъ упрощать идти въ Варшаву пѣшкомъ: «Буйнымъ велѣли держаться крѣпко за веревки, сдѣланной изъ полотенецъ и простынь, уговоривъ ихъ, что какъ только они выпустятъ веревку, то попадутъ подъ выстрѣлы нѣмцевъ. Такъ они шли цѣлую версту, держась за веревку и слѣдя другъ за другомъ, чтобы никто веревки изъ рукъ не выпустилъ. Страхъ и пробужденный въ нихъ инстинктъ самосохраненія держали ихъ въ повиновеніи. Гораздо хуже было съ буйными женщинами. Озвѣрѣвшія, дикія, бросались онѣ на надзирательницъ и конвоировавшихъ ихъ солдатъ, проклинали ихъ, оплевывали и, крадучись, неожиданно царапали и шипали. Солдатамъ было сказано, что нельзя бить больныхъ и они терпѣливо и спокойно шли, повторяя безъ конца: «отстань!». «Хуже нѣмцевъ»—говорили потомъ солдаты, крестясь при воспоминаніи о буйныхъ больныхъ, которые шли подъ ихъ конвоемъ. Такъ дошли несчастные обитатели Творокъ до станціи, гдѣ ихъ размѣстили въ вагонахъ и повезли дальше. (Врач. Газ. № 42).

— Въ засѣданіи медицинскаго факультета университета Св. Владиміра была заслушана докладная записка, подписанная профессорами-медиками, въ числѣ 21 человека, о необходимости войти съ всеподданнѣйшимъ ходатайствомъ о воспрещеніи навсегда продажи спиртныхъ напитковъ. Въ запискѣ подробно изложены мотивы, побудившіе инициаторовъ поднять голосъ за запрещеніе продажи спиртныхъ напитковъ. Протекшіе трезвые три мѣсяца, по мнѣнію профессоровъ, показали, какой глубокой переломъ совершился въ русскомъ обществѣ, лучшие представители котораго съ рѣдкимъ единодушіемъ высказались за полное прекращеніе продажи крѣпкихъ напитковъ. Статистика не замедлила

стѣтитъ благотворное вліяніе отъ пьянства и даетъ такія красно-рѣчивыя цифры: За августъ 1913 г. зарегистрировано было свыше 1600 различныхъ преступленій, совершенныхъ въ связи съ злоупотребленіемъ крѣпкими напитками. За августъ 1914 г. такихъ преступленій зарегистрировано не больше 400. Записка профессоровъ передана на разсмотрѣніе Совѣта университета. (Врач. Газ. № 43).

— Вятскій епископъ сообщилъ училищному Совѣту при Св. Синодѣ интересныя данныя о произведенной въ одномъ изъ уѣздовъ его епархіи анкетѣ о пьянствѣ среди школьниковъ. Среди 12000 учениковъ и ученицъ земскихъ и церковно-приходскихъ школъ уѣзда оказались около 8000 чел., хорошо знакомыхъ не только съ водкой, но, какъ пишетъ преосвященный, и съ разными винами, наливками и пивомъ. Среди школьниковъ около 1000 дѣвочекъ, также знающихъ вкусъ въ винѣ. Каждому изъ учениковъ и ученицъ въ теченіи года приходилось пить отъ 2-хъ до 30 разъ. Напивались до-пьяна, согласно даннымъ анкеты, 1153 мальчика и 301 дѣвочка. (Русск. Врачъ № 36).

— Д-ръ А. В. Тимошевъ, уполномоченный Краснаго Креста по эвакуаціи душевно-больныхъ изъ дѣйствующей арміи, сообщаетъ редакціи «Русскаго Врача» дѣло эвакуаціи душевно-больныхъ изъ дѣйствующей арміи всецѣло принялъ на себя Красный Крестъ; военное вѣдомство оставило за собой только доставку такихъ больныхъ съ передовыхъ позицій. Особая Коммиссія при главномъ Управленіи Краснаго Креста, подъ предсѣдательствомъ Л. Н. Малиновскаго, выработала слѣдующую схему эвакуаціи: 1) передовые пріемные покои на 5—10 кроватей; вмѣсто нихъ, могутъ быть поставлены особые, специально оборудованные вагоны; 2) сборные пункты, по возможности, при специальныхъ больницахъ, на 50—75 кроватей для сортировки больныхъ и временнаго лѣченія наиболее трудныхъ изъ нихъ; 3) тыловая эвакуація внутрь Имперіи, при чемъ различныя вѣдомства и Земства предоставили Красному Кресту для этой цѣли около 2500 кроватей. Количество пріемныхъ и сборныхъ пунктовъ первыхъ 2-хъ категорій не ограничено числомъ, а должно сообразоваться съ потребностями арміи. Такимъ образомъ Красный Крестъ поставилъ дѣло широко и утвердилъ соответствующій в. достаточный штатъ служащихъ при своихъ уполномоченныхъ (коихъ полагается 2, по 1 на каждый фронтъ арміи). Для перевозки больныхъ военного вѣдомства изготовлено 40 специальныхъ вагоновъ. Въ настоящее время число психическихъ больныхъ въ арміи пока незначительно, какъ я убѣдился изъ объѣзда своего района. По данному вопросу существуютъ 2 мнѣнія: оптимисты полагають, что, въ силу отсутствія алкоголя и особаго подъема духа въ арміи, нѣтъ

повода опасаться значительнаго развитія психозовъ и что количество ихъ, по приведеннымъ выше причинамъ, будетъ гораздо ниже, чѣмъ въ японскую войну, не смотря на колоссальное число сражающихся; пессимисты-же указываютъ на то, что благоприятное положеніе дѣла въ данный моментъ еще ничего не предрѣшаетъ, ибо настоящая кампанія неизмѣримо труднѣе японской во всѣхъ отношеніяхъ и въ случаѣ затяжки войны надо опасаться даже массовыхъ психическихъ заболѣваній. Во всякомъ случаѣ Красный Крестъ никакихъ узкихъ рамокъ своей организаціи не придастъ, и она можетъ развертываться в широко, сообразно надобностямъ арміи. Къ сожалѣнію, уже теперь ощущается острый недостатокъ врачей-специалистовъ, ибо большинство психіатровъ призваны въ дѣйствующую армію». (Русск. Врачъ № 42).

— Въ виду требованія военнаго министерства, министерство внутреннихъ дѣлъ просило Костромскаго губернатора принять мѣры къ пріему за плату въ земскія больницы воинскихъ чиновъ, заболѣвшихъ душевнымъ разстройствомъ на театрѣ военныхъ дѣйствій. При послѣдовавшей организаціи призрѣнія душевно-больныхъ главное военно-санитарное управленіе признало цѣлесообразнымъ оставить за собою лишь доставку душевно-больныхъ съ театра военныхъ дѣйствій на специально-устроенные для временнаго призрѣнія ихъ сборные пункты, дальнѣйшее же попеченіе о нихъ и размѣщеніе ихъ по гражданскимъ и военнымъ лечебнымъ заведеніямъ управленіе передало въ исключительное веденіе главнаго управленія Россійскаго о-ва Краснаго Креста. Вслѣдствіе этого министерство внутреннихъ дѣлъ обратилось съ просьбой къ губернатору поставить въ извѣстность земскія учрежденія ввѣренной ему губерніи, предоставившія для душевно-больныхъ воинскихъ чиновъ мѣста въ своихъ лечебныхъ заведеніяхъ, что отнынѣ душевно-больные будутъ препровождаться въ лечебныя заведенія распоряженіемъ уполномоченныхъ Краснаго Креста.

— Всероссийскій союзъ рѣшилъ открыть въ Москвѣ психіатрической распредѣлительный пунктъ для сортировки такихъ больныхъ въ земскія психіатрическія больницы. Въ настоящее время во всѣхъ земскихъ психіатрическихъ больницахъ Россіи имѣется свыше 2,000 свободныхъ мѣстъ. Завѣдывать распредѣленіемъ психическихъ больныхъ воиновъ будетъ общество Краснаго Креста. (Психіатрическая Газ. № 20).

— Главнымъ управленіемъ по дѣламъ мѣстнаго хозяйства циркулярно разъяснено, что расходы земскихъ учреждений по перевозкѣ душевно-больныхъ въ губернскія психіатрическія лечебницы подлежатъ возмѣщенію изъ средствъ казны на общихъ для возвращенія земскихъ расходовъ основаніяхъ. (Психіатрическая Газета № 20).

— Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ разрѣшено казанскому губернскому земству выдать 34 тыс. руб. въ пособіе на постройку психіатрической больницы. (Психіатрическая Газ. № 20).

— Въ Варшавѣ вновь наблюдается увеличеніе числа блуждающихъ по улицамъ безъ присмотра душевно-больныхъ, въ виду того, что больницы переполнены ими, особенно отдѣленіе для неизлѣчимыхъ по Спокойной ул., гдѣ на 130 мѣсть больныхъ числится 170 чел. Въ виду этого магистратъ постановилъ часть душевно-больныхъ изъ этого отдѣленія перевести въ горнокальварійскую богадѣльню (Психіатрическая Газ. № 20).

— Въ настоящее время гражданскимъ инженеромъ А. И. Фофановымъ почти уже закончено составленіе проекта постройки окружной психіатрической больницы, сооружаемой на специально обследованномъ Министерствомъ Внутреннихъ Дѣлъ участкѣ земли, находящемся въ 14<sup>1</sup>/<sub>2</sub> верстахъ отъ гор. Луганска, Славяно-Сербскаго уѣзда, Екатеринбургской губерніи, въ 3-хъ верстахъ отъ желѣзной дороги. Лѣчебница, согласно проекту, будетъ построена на 1,600 кроватей, изъ которыхъ 300 кроватей предназначается для арестантовъ. (Психіатрическая Газ. № 20).

— 26 авг. Всероссийскимъ Союзомъ Земствъ открытъ психіатрическій лазаретъ на 120 человекъ въ хорошо оборудованномъ помѣщеніи (Красносельская, домъ Князя Кантакузена, графа Сперанскаго). Система павильонная, позволяющая отдѣльно устраивать офицеровъ и нижнихъ чиновъ и вообще правильно группировать душевно-больныхъ по роду ихъ заболѣванія. При владѣніи большой садъ. Въ теченіе ближайшихъ 15—20 дней предстоитъ открытіе другого психіатрическаго лазарета на 100 человекъ, созданнаго Обществомъ Казанской дороги. Лазаретъ Казанской дороги удовлетворяетъ самымъ строгимъ требованіямъ психіатрической науки и практики. Много воздуха и свѣта, большія палаты, прекрасное обмѣблированіе, хорошо поставленный гидро-терапевтический отдѣлъ (одна ванная приходится на каждые десять человекъ). Въ то время какъ психіатрическій лазаретъ Всероссийскаго Земскаго Союза ставитъ своею задачею, послѣ всесторонняго изслѣдованія больныхъ, переправлять ихъ въ другія психіатрическія больницы, а гдѣ это окажется возможнымъ и на родину съ тѣмъ, чтобы освобождать мѣста для новыхъ поступлений, психіатрическому лазарету Казанской дороги будетъ приданъ клиническій характеръ, приниматься въ него будутъ по преимуществу больные, страдающіе острыми формами душевныхъ болѣзней и оставаться они въ немъ будутъ до полного выздоровленія. Организациія обоихъ психіатрическихъ лазаретовъ поручена д-ру медицины М. Ю. Лахтину, который состоитъ уполномоченнымъ какъ Общеземской организации, такъ и Общества Казанской

желѣзной дороги. Непосредственный уходъ за душевно-больными лежить на сестрахъ милосердія психіатрической группы Николаевской Общины. Воодушевленные гуманными завѣтами великаго основателя этой общины доктора Гааза, Николаевскія сестры ухаживаютъ не только за душевно-больными въ самыхъ лазаретахъ, но посѣщаютъ также сборные пункты, вѣсзалы и другіе лазареты, гдѣ, подъ руководствомъ врачей, онѣ отмѣчаютъ всѣхъ тѣхъ, кто нуждается въ спеціальному психіатрическому уходу. Многія изъ сестеръ общины имѣютъ большой психіатрическій опытъ благодаря тому, что онѣ работали въ теченіе 2-хъ лѣтъ въ психіатрическомъ лазаретѣ, основанномъ д-ромъ М. Ю. Лахтинымъ въ Москвѣ въ прошлую русско-японскую войну; при этомъ лазаретѣ, какъ извѣстно, въ теченіе всего времени его существованія велись курсы по уходу за душевно-больными первыхъ двухъ психіатрическихъ лазаретовъ. По заполненіи будетъ открытъ третій психіатрическій лазаретъ на 100 человекъ при Лефортовскомъ Отдѣленіи Дамскаго Попечительства о бѣдныхъ, на что имѣется спеціальное соглашеніе. Далѣе предложено безвозмездно помѣщеніе въ ближайшихъ окрестностяхъ Москвы, которое съ самыми незначительными затратами также можетъ быть оборудовано на 100 душевно-больныхъ. Такимъ образомъ къ данному моменту въ Москвѣ для прибывающихъ съ театра военныхъ дѣйствій душевно-больныхъ имѣется 420 мѣстъ. (Вопр. Псих. и Невр. № 7).

— Въ районѣ Галиціи, занятомъ русскими войсками, находится обширная областная психіатрическая б-ца Kulragk ó w.

— Въ Финляндіи въ сентябрѣ должно было состояться открытіе новой психіатрической б-цы на 300 чел. въ Сиббо, сооруженной на средства муниципалитета гор. Гельсингфорса. Больница строилась въ теченіе 3-хъ лѣтъ, въ очень живописной мѣстности, на берегу моря въ 30 килом. разстояніи отъ столицы. Напротивъ, государ. б-ца въ Улеборгѣ, не доведенная до конца постройкой еще прошлымъ лѣтомъ, и въ этомъ году не подвинулась впередъ, несмотря на весьма осязаемую нужду въ новой б-цѣ; окончаніе ея не подвинулось будто бы въ связи съ заторможенной дѣятельностью финляндскаго сейма. (Вопр. Псих. и Невр. № 7).

— Третейскій судъ между писателемъ Вас. Немировичъ-Данченкомъ, обвинившимъ въ рядѣ статей въ Рус. Словѣ русскихъ психіатровъ въ помѣщеніи въ психіатр. больницахъ душевно-здоровыхъ людей, и психіатромъ Н. Н. Баженовымъ, предложившимъ Н. Данченку третейскій судъ, нашель свой исходъ въ клубномъ примиреніи. (Вопр. Псих. и Невр. № 7).

— Въ Тифлисъ, въ соединенномъ засѣданіи гор. комиссіи народнаго здравія и технической, подъ предсѣдательствомъ з м.

городского головы и съ участіемъ д-ра Гедеванова, инженера Мухаринскаго и техника Зурабянца, одобренъ проектъ постройки психіатрической больницы на 150 кроватей, съ тѣмъ чтобы въ первую очередь было построено отдѣленіе для душевно-больныхъ хрониковъ. Одобрень и намѣченный для больницы участокъ городской земли въ 5 десятинъ на Надежинской улицѣ, въ Навтлаугѣ. (Жур. Соврем. Псих. № 9).

### Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Протоколъ годичнаго засѣданія Общества 29 января 1914 года.

Предсѣдательствовали проф. Осиповъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: Первушинъ, Элворскій, Донсковъ, Сороковиковъ, Скуридинъ, Болбергъ, Лопухинъ, Бондаревъ, Никольская, Бѣляевъ, Чалусовъ, Баклушинскій и др.

1. Посѣтитель Общества А. И. Чирихинъ: **Случай пораженія локтевого сустава при сирингоміэліи** (съ демонстраціей больного).

#### П Р Е Н І Я:

Бѣляевъ. Случай представляетъ большой интересъ и для терапевта: крайняя блѣдность и истощенный видъ больного заставляютъ думать и о пораженіи внутреннихъ органовъ. Мнѣ интересенъ вопросъ: не можетъ ли туберкулезъ вызывать сирингоміэлію; если нѣтъ, то нельзя ли альбуминурію въ данномъ случаѣ объяснить самимъ заболѣваніемъ нервной системы.

Дръ В. П. Первушинъ (ауторефератъ). Нѣтъ ли повышеній  $t^0$  у Вашего больного? Виѣшній видъ пораженнаго локтевого сустава наводитъ на мысль, нѣтъ ли здѣсь комбинаціи, осложненія сирингоміэлическаго страданія сустава туберкулезнымъ процессомъ: суставъ раздутъ, вокругъ его нѣсколько свищей. Самъ больной очень болѣзненнаго вида, съ хроническимъ бронхитомъ, и, быть можетъ, и туберкулезомъ легкихъ. Что касается до характера случая, то здѣсь, несомнѣнно, рѣчь идетъ

о сирингоміэліи въ развитой тяжелой формѣ; можно говорить о типѣ Мейманъ въ отношеніи правой руки, гдѣ такъ сильно выражены трсфическія разстройства со стороны мышцъ, кожи и суставовъ и, помимо болевого и температурнаго чувства, пораженны и другіе виды чувствительности. Это говоритъ за сильное поражение сѣраго вещества спинного мозга въ шейномъ и верхнегрудномъ отдѣлахъ: поражены передніе рога, центральный отдѣлъ, задніе рога, при чемъ справа процессъ выраженъ сильнѣе.

Оперативное вмѣшательство я считалъ бы умѣстнымъ и показаннымъ не въ формѣ резекціи сустава, а въ виду тяжести поражения сустава, мускулатуры кости, кожи и кожныхъ покрововъ въ формѣ болѣе радикальной операции ампутации въ области плеча.

Ө а в о р с к і й. Случай представляетъ интересъ съ точки зрѣнія общей. Больной—развалина, ибѣтъ, кажется, органа, который былъ бы не пораженъ. Исслѣдуя гной на бациллы можно было бы выяснитъ характеръ процесса. При оперативномъ вмѣшательствѣ нельзя рѣсчитывать на значительное улучшение функций пораженной конечности, такъ какъ электрическая реакція мышцъ рѣзко измѣнена. Чувствительность рѣзко разстроена (и виды глубокой чувствительности). Это выясняетъ, почему имѣется такое рѣзкое поражение сустава.

Вы не остановились на патогенезѣ артропатіи.

Въ Вашемъ случаѣ болѣзненный процессъ локализуется въ сѣромъ веществѣ спинного мозга, распространяясь и на корешковую область. Характеръ процесса бываетъ различенъ, можетъ быть гліома, диффузный гліоматозъ, измѣненіе сосудовъ идущихъ внѣ спинного мозга, сосудовъ въ самомъ спинномъ мозгу, вокругъ сосудовъ разрощеніе глии. Весьма возможно, такое измѣненіе сосудовъ въ области корешковъ даетъ измѣненіе тактильной, мышечной чувствительности, поражение симпатическихъ волоконъ въ этой зонѣ.

Пораженіемъ рефлекторной сферы и сферы сосудистой создаются неблагоприятныя условія для функціи сустава; присоединяющаяся травма можетъ вліять гораздо легче. Устраненіе внѣшнихъ вліяній ведетъ къ улучшенію мѣстныхъ явленій.

Съ точки зрѣнія теоретической (на вышеприведенный вопросъ Бѣляева) солитарный туберкулъ можетъ дать картину сирингоміэліи, точно также какъ и гумма, если гнѣздится въ заднемъ рогѣ сѣраго вещества спинного мозга.

В о р о ш и л о в ъ. По вопросу о томъ, какой патологическій процессъ лежитъ въ основѣ заболѣванія въ данномъ случаѣ высказывается за истинную сирингоміэлію и считаетъ возможнымъ совершенно исключить здѣсь гумму и туберкулъ, на основаніи крайне медленнаго развитія болѣзненныхъ симптомовъ, затяжного

характера страданія, прогрессирующаго теченія съ постепеннымъ нарастаніемъ болѣзненныхъ явленій и принимая во вниманіе, что болѣзненный процессъ на протяженіи большого срока времени не обнаруживаетъ наклонности къ распространенію по поперечнику спинного мозга.

Проф. Осиповъ. Процессъ по длиннику спинного мозга распространяется довольно значительно; поэтому, врядь ли тутъ можно говорить о туберкулѣ. Не мѣшало бы гной изслѣдовать. Когда имѣется пораженіе внутреннихъ органовъ, нѣтъ нужды считать альбуминурию нервнаго происхожденія.

Рентгеновскій снимокъ обнаруживаетъ расхожденіе концовъ костей, кѣстные перемиčky, измѣненіе строенія. Предполагается амилоидъ почекъ. Больной очень истощенъ. Налицо расширеніе венозныхъ сосудовъ брюшныхъ покрововъ, есть асцитъ: трудно думать, что печень нормальна. Нельзя увлекаться тѣмъ, что послѣдовало нѣкоторое улучшеніе: оно объясняется мѣрами принятыми для ухода за суставомъ и улучшеніемъ питанія. Электро-возбудимость рѣзко измѣнена. Случай роковой, исходъ роковой. Можно только облегчить. Возникаетъ вопросъ объ операціи. Нужно прежде всего облечить ношу; второе показаніе амилоидъ; причина въ нагноительномъ процессѣ въ суставѣ. Нужно, чтобы не осталось пораженной ткани. Ризекція этого не достигнетъ, да и заживленіе будетъ затруднено. Движеніе все равно не возстановится. Двумъ операціямъ нельзя подвергать такого больного. Если состояніе внутреннихъ органовъ допускаетъ производство операціи, слѣдуетъ дѣлать ампутацію въ области плеча.

Благодарить докладчика за сообщеніе, интересное для невропатологовъ, терапевтовъ и хирурговъ.

2) Секретаремъ Общества В. К. Ворошиловымъ прочтенъ протоколъ засѣданія 18 декабря 1913 года. Протоколъ утвержденъ.

3) Секретарь Общества Ворошиловъ прочелъ общій отчетъ о дѣятельности Общества за 1913 годъ.

4) Казначеемъ Общества И. Д. Баклушинскимъ оглашены свѣдѣнія по кассѣ Общества за 1913 годъ.

5) Заслушана и утверждена смѣта на 1914 годъ, составленная казначеемъ Общества И. Д. Баклушинскимъ.

6) Отчетъ ревизіонной комиссіи представленъ членомъ ревизіонной комиссіи А. В. Олворскимъ.

Состоялось постановленіе: послать пожеланіе Правленію Русскаго Союза психіатровъ и невропатологовъ, чтобы II-ой сѣздъ Союза былъ перенесенъ на декабрь 1914 года.

Выборы должностныхъ лицъ по Обществу согласно § 29 Устава Общества отложены до слѣдующаго засѣданія.

Предсѣдатель В. П. Осиповъ.

Секретарь В. Ворошиловъ

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

- 1) Д ръ Л. А. Ландау. Психіатрическіе анализы XI--XII  
Юрьевъ. 1914 г.

# СИБИРСКИЙ ВРАЧЪ

ГАЗЕТА НАУЧНОЙ И ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ  
И ВРАЧЕБНАГО БЫТА

издается въ гор. Томскѣ,

подъ редакціей проф. С. В. Лобанова, прив.-доц. П. И.  
Чистянова и д-ра В. В. Норелина.

„Сибирскій Врачъ“ выходитъ еженедѣльно въ размѣ-  
рѣ около 2-хъ печатныхъ листовъ.

О всякой книгѣ, присланной въ Редакцію, сообщается въ ближайшемъ №; отзывъ дается по возможности.

Плата за рефераты, обзоры, отчеты о засѣданіяхъ Обществъ по соглашенію.

Авторы оригинальныхъ статей получаютъ 25 отдѣльныхъ оттисковъ.

Подписка и объявленія въ гор. Томскѣ принимаются въ книжномъ магазинѣ П. И. Макушина.

Подписная цѣна: на годъ—7 руб., на  $\frac{1}{2}$  года—4 р., съ разсрочкой при подпискѣ—4 р., къ 1 іюля 3 р. Для г.г. студент. и фельдш. на годъ—4 р., съ разсрочкой—при подпискѣ 2 р. и къ 15 сент. 2 р.

Отдѣльный №. 20 коп.

За перемѣну адреса—28 коп.

Плата за объявленія: на первой и послѣдней страницѣ—30 к., на остальныхъ: впереди текста—25 коп., позади—20 к. за строку петита.

Разсылка приложений—по соглашенію.

Адресъ: г. Томскѣ, Редакція газеты „Сибирскій Врачъ“.

---