

## О сновидѣніяхъ по Гиппократу.

Откуда изъ исторіи медицины.

В. И. Руднева.

Въ сочиненіяхъ, приписываемыхъ *Гиппократу*<sup>1)</sup>, есть глава, посвященная сновидѣніямъ. Интересно познакомиться со взглядами древняго врача. Какъ въ настоящее время, такъ и въ древности, сновидѣніямъ придавали извѣстное значеніе и старались на основаніи ихъ судить о состояніи организма; въ этомъ смыслѣ сны для древнихъ имѣли медицинское значеніе, и надо было только сумѣть объяснить сновидѣнія, или здраво судить о нихъ, какъ говорилъ *Гиппократъ*. Въ бодрственномъ состояніи, по его мнѣнію, душа не принадлежитъ себѣ, такъ какъ въ своей дѣятельности она раздѣляется между различными органами, тогда какъ во снѣ она всецѣло предоставлена самой себѣ. Сны раздѣляются на божественные, пророческіе и обыкновенные, когда душа указываетъ на тѣлесные недуги, являющіеся или слѣдствіемъ излишней полноты, или какихъ либо другихъ причинъ, и толкователи тѣхъ и другихъ сновъ или предсказываютъ вѣрно,

<sup>1)</sup> *Ἱπποκράτους καὶ ἄλλων ἰατρῶν παλαιῶν τὰ λείψανα. Περὶ ἔνυπνιων*. Ermerins tr; 1859—1865. Hippocratis oeuvres compl. t VI—640. par Littré.

или ошибаются, но дѣлаютъ это, сами не зная причинъ, и потому, указывая на необходимость быть осторожнымъ, совѣтуютъ лучше всего молиться богамъ; по молитва, конечно, есть вещь прекрасная, однако, призывая боговъ, нужно помогать самому себѣ.

Послѣ этихъ предварительныхъ замѣчаній слѣдуетъ разсужденіе о томъ, какое значеніе имѣютъ сны вообще, и сновидѣнія раздѣляются на различныя группы. На первомъ мѣстѣ поставлены сны, которые повторяютъ дѣйствія и мысли кануна; такіе сны считаются благоприятными, они указываютъ на здоровье потому, что душа пребываетъ въ мысляхъ дня, и ея спокойствіе не нарушается ничѣмъ постороннимъ. Въ противномъ случаѣ, при сновидѣніяхъ, противорѣчащихъ поступкамъ кануна, въ особенности когда есть борьба или побѣда, то это указываетъ на болѣзненное состояніе организма въ зависимости отъ образовавшейся полноты, слѣдствіемъ чего наступаетъ секретія, вредящая организму. Въ этихъ случаяхъ предписывается рвота, затѣмъ прогрессивное увеличеніе пищи, прогулки и тѣлесныя упражненія.

Если во снѣ человекъ видитъ небесныя свѣтила: солнце, луну, звѣзды, въ обыкновенномъ ихъ видѣ, то сонъ благоприятенъ для организма, если же въ необыкновенномъ видѣ, то это указываетъ на болѣзнь и тѣмъ болѣе сильную, чѣмъ болѣе измѣнено свѣтило; звѣзды указываютъ на вѣдннюю переменъ, солнце и луна на внутреннюю. Если, напр., звѣзды потухаютъ или останавливаются въ своемъ обращеніи вслѣдствіе тумана или облаковъ, воды или града, это служитъ указаніемъ на образованіе въ тѣлѣ воспалительной секретіи, выступившей на вѣдннюю поверхность, и въ такихъ случаяхъ полезными являются продолжительныя до испарины прогулки, уменьшеніе питанія, даже парныя ванны, чтобы болѣзнь исчезла чрезъ испарину; пища должна быть сухая, острая, клейкая, и упражненія, способствующія

высушиванію организма. Если во снѣ видятъ луну измѣненной, то необходимо внутреннее лѣченіе: рвотныя, пища острая, соленая, мягкая; отвлекающее лѣченіе. Въ томъ случаѣ, когда небесныя свѣтила во снѣ кажутся особенными въ свѣтѣ и затруднительными въ движеніи, это указываетъ на опасность болѣзни. Въ этихъ случаяхъ необходима діета, ванны, много сна. Если во снѣ приснятся что-нибудь огневидное и горячаго свойства, это указываетъ на желчную секрецію; если приснятся отдѣльныя части тѣла исчезающими, это признакъ смертельной болѣзни. Когда небесныя свѣтила преслѣдуютъ кого-либо во снѣ, это указаніе на возможность бреда. Лѣченіе: очистительная діета, водолѣченіе, упражненія, прогулки, парныя ванны, рвотныя. Если небесныя свѣтила кажутся блуждающими, это указываетъ на душевное волненіе, какъ результатъ заботъ, тогда необходимо лѣчить себя, посѣщая веселыя зрѣлища. Если небесное свѣтило кажется удалившимся съ круговаго пути безъ измѣненія своего свѣта, это благопріятный признакъ, если же измѣненъ свѣтъ, все представляется мрачнымъ, паправляющимся къ западу, къ морю или къ землѣ, или къ возвышенной области, неблагопріятно; направленіе къ возвышенной области, указываетъ на катарръ головы, направленіе къ морю на болѣзнь брюшной полости, направленіе къ землѣ на опухоль мышцъ. Лѣченіе: уменьшеніе пищи, рвота. Если небесное свѣтило, не измѣненное, опускается во снѣ на кого-либо, это признакъ здоровья, въ противномъ случаѣ, если небесное свѣтило черво и не чисто, оно указываетъ на болѣзнь, которая является вслѣдствіе ка-кого-либо вѣшняго вмѣшательства, и необходимо посредствомъ лѣченія очиститься отъ него: необходимо способствовать разжиженію мокроты; рекомендуется бѣгъ, быстрая прогулка, діета. Все чистое, видимое во снѣ, указываетъ на здоровье, и наоборотъ.

Если во снѣ видятъ дождь въ тихую погоду, хорошо; если, наоборотъ, буря, ураганъ, грязная вода, плохо, такъ

какъ все чистое изъ воздуха указываетъ на воспріятіе организмомъ здоровья, тогда какъ противоположное свидѣтельство о вредномъ дѣйствіи на человѣка атмосферы. Кромѣ лѣченія необходимо молиться богамъ, различнымъ въ зависимости отъ того, представителями какихъ свѣтилъ они являются: Зевсу, Аполлону, какъ богу солнца и др.

Увѣренная походка, ясное видѣніе земли, деревьевъ, рѣкъ, источниковъ въ томъ видѣ, какъ они существуютъ, хорошо, но если всѣ эти предметы представляются въ измѣненномъ видѣ, плохо. Если сами органы слуха и зрѣнія кажутся поврежденными, то это указываетъ на болѣзнь головы, и нужно лѣчиться соответственнымъ образомъ. Если земля кажется не ровной, то это указываетъ на заболѣваніе мышцъ. Деревья, лиственные фруктовыя, указываютъ на порчу сѣмени, безъ листьевъ—это вызвано дѣйствіемъ влажнаго и холоднаго, съ листьями—причина горячая и сухая. Рѣки, текущія неправильно, указываютъ на разстройство кровообращенія, поля рѣки на избытокъ, низкая вода на недостатокъ крови, нечистыя рѣки на загрязненіе крови. Источники и колодцы указываютъ на болѣзнь мочевого пузыря; волнующееся море на болѣзнь живота. Видѣніе во снѣ дома дрожащаго указываетъ на болѣзнь или ухудшеніе ея; наводненіе земля указываетъ на избытокъ влаги въ тѣлѣ. Черная земля и обугленная—плохой признакъ, предвѣщающій опасность заболѣть жестокой и смертельной болѣзью, такъ какъ это указываетъ на избытокъ сухости мышцъ. Погруженіе въ прудъ, море или рѣку указываетъ на излишекъ влаги; у здороваго человѣка излишекъ влаги нужно высушивать, лѣчить діетой; у больного лихорадащаго—это хорошій признакъ. Когда видятъ во снѣ самихъ себя, примѣривающихъ на фигуру, которая ни увеличена, ни уменьшена, одежду, въ особенности бѣлую или красивую обувь, то это хорошо, если же части тѣла измѣнены, уменьшены или увеличены, это плохо.

Черныя вещи во снѣ указываютъ на болѣзнь. Сны, въ которыхъ видятъ мертвыхъ, одѣтыхъ въ чистое платье или дающихъ что либо чистое, обозначаютъ здоровье тѣла, а также указаніе на то, что все, воспринимаемое человѣкомъ извнѣ, здорово, такъ какъ, вѣдь, онъ питается тѣмъ, что не живо, и слѣдовательно, если оно чисто, это признакъ здоровья. Если же во снѣ мертвецы и то, что отъ нихъ получается, не чисто, черно, то указываетъ на болѣзнь и вредъ того, что входитъ въ тѣло. Видѣніе въ снѣ тѣлъ странной формы и состояніе испуга указываютъ на болѣзнь. Необходимъ режимъ; обычная ѣда и питье во снѣ указываютъ на нужду въ питаніи и потребность въ пищѣ.

Всѣ предметы обычные, видимые во снѣ, указываютъ на потребность въ нихъ. Если же избѣгаютъ чего либо во снѣ, это указаніе на остановку крови отъ сухости. Борьба во снѣ, раны, заключеніе въ цѣпи указываютъ на образованіе въ тѣлѣ севрецій, препятствующихъ движенію врови. Блужданіе, или поднятіе съ трудомъ, переправа черезъ рѣку, тяжелооруженные враги, чудовища страшной формы, указываютъ на болѣзнь или бредъ. При всѣхъ этихъ сновидѣніяхъ рекомендуется особая „діета въ такой мѣрѣ, въ какой можетъ открыть ее человѣкъ при помощи боговъ“.

---

Изъ древнихъ авторовъ я остановился на сочиненіи, приписываемомъ *Гиппократу*, во-первыхъ, потому что оно служило источникомъ, откуда черпали древніе врачи и послѣдующіе свои свѣдѣнія относительно сновидѣній, во-вторыхъ, потому что въ немъ заключаются наблюденія и мысли, и до сихъ поръ заслуживающія большого вниманія съ нашей стороны, и въ третьихъ, это сочиненіе неупомянуто въ работѣ *Freud'a* \*) „толкованіе сновидѣній“, которая исчерпываетъ почти всю литературу по вопросу о сновидѣніяхъ.

\*) Проф. Зигмундъ Фрейдъ. Толкованіе сновидѣній. Москва 1913 г.

Древніе считали сновидѣніе указателемъ, какъ здороваго состоянія, такъ и болѣзни. Пребываніе души въ мысляхъ дня они считали признакомъ здоровья, такъ какъ подобное состояніе есть естественное и обычное. На болѣзнь указываютъ всё тѣ сновидѣнія, которыя такъ или иначе противорѣчатъ или дѣйствительности, или указываютъ на какія либо измѣненія самого человѣка, или природы, или вещей, окружающихъ его. Всякія явленія мрачнаго характера указываютъ на болѣзнь. Жидкости: рѣки, наводненія, колодцы, указываютъ или на измѣненіе жидкой части организма — крови, или на избытокъ, или недостатокъ влаги. Видѣніе какихъ либо вещей на нужду въ нихъ организма. Такимъ образомъ, по мнѣнію древнихъ сновидѣніе являлось какъ бы *реакціей* организма или на *событія каузна* (что я считаю интереснымъ наблюдениемъ и въ чемъ убѣдился на собственныхъ сновидѣніяхъ <sup>1)</sup>) или на тѣ или другія измѣненія, происходящія *отъ организмъ* и указывающія на *болѣзненное состояніе его*.

Взглядъ на сновидѣніа, какъ предвѣстники болѣзней, существуетъ и нынѣ. Незамѣтныя при бодрствованіи состоянія указанія со стороны больныхъ органовъ во снѣ выступаютъ съ извѣстной силой, вызывая соответствующее сновидѣніе. Начинаящееся страданіе, аллегоризируясь, является источникомъ сновидѣнія, по мнѣнію Н. М. Попова.

*Дохманомъ* <sup>2)</sup>, *Поповымъ* <sup>3)</sup>, *Осиповымъ* <sup>4)</sup> приведены заимствованные ими случаи сновидѣній изъ литературы, характеръ которыхъ объясняется скрытымъ началомъ болѣзни, напр: одному субъекту снится, что у него мозговой ударъ

<sup>1)</sup> *Гудневъ*. Психологія сновидѣній. Неврологическій вѣстникъ 1915 г. т. XXII, выд. 2.

<sup>2)</sup> *Дохманъ*. Сновидѣнія и значеніе ихъ, какъ предвѣстниковъ болѣзней Каванъ 1890 г.

<sup>3)</sup> *Поповъ*. Вѣщіе сны. Неврол. вѣстникъ 1908 г. 011 стр.

<sup>4)</sup> *Осиповъ*. Психологія сновидѣній. Неврол. вѣстн. 1909 г. 688 стр.

и, дѣйствительно, онъ поражается апоплексіей; другому снится, что у него сдираютъ кожу съ головы, онъ заболѣваетъ менингитомъ; третьему снится что его колютъ въ бокъ, у него развивается воспаленіе плевры въ томъ мѣстѣ. Рана въ сердце предвѣщаетъ смерть, а горло, набитое грязью, заболѣваніе гангренезной ангиной.

Мнѣніе, что сновидѣнія могутъ указывать на болѣзни, встрѣчается не только въ научныхъ сочиненіяхъ, но даже въ обыкновенныхъ „сонникахъ“. И позволю себѣ привести нѣсколько примѣровъ, взятыхъ въ алфавитномъ порядкѣ изъ „новѣйшаго сонника“<sup>7)</sup>.

Акушера или акушерку видѣть во снѣ, съ засученными рукавами, работающими въ чревѣ роженицы и вынимающихъ младенца, обозначаетъ появленіе начала болѣзни.

Страдать во снѣ аневризмомъ предвѣщаетъ большія огорченія.

Анисъ ѣсть больному смерть.

Видѣть себя одѣтымъ въ широкій балахонъ—знакъ начала болѣзни

Балластъ выкидывать изъ корабля въ море—освобожденіе отъ того недуга, которымъ въ это время болѣе или менѣе страдаютъ.

Въ банѣ видѣть кровь—скоропостыжная смерть.

Бездну, пропасть, оврагъ—несчастіе или опасность.

Беременность видѣть для старухи—скорая смерть.

Одержать побѣду—избавиться отъ болѣзни.

Блины—болѣзь.

Буженину ѣсть съ отвращеніемъ—временное расстройство пищеваренія.

Быть въ больницѣ—несчастіе.

Вампиръ нападаетъ во снѣ—усиленіе болѣзни.

Взварецъ пить съ наслажденіемъ худой знакъ, близость расстройство разсудка.

<sup>7)</sup> Новѣйшій полный сонникъ. Книгоиздательство Коновалова Москва 1915 г.

- Виагретъ ѣсть—худое пищевареніе съ отрыжкой.  
 Быть одержимымъ бѣшенствомъ или водобоязнью—  
 звать зародыша горячечной болѣзни.  
 Водяная болѣзнь—смерть мучительная.  
 Воздухъ, колеблющійся, покрытый туманомъ—болѣзнь.  
 Вымочиться—меланхолія.  
 Гаагрена—печаль.  
 Гризасы дѣлать—получить флюсъ.  
 Двигаться во снѣ—болѣзнь.  
 Десны, опухшія и огромныя,—горловая болѣзнь.  
 Доктора приглашать—болѣзнь.  
 Домъ строить во снѣ тѣснымъ—смерть.  
 Желудокъ видѣть—разстройство здоровья.  
 Жилы напряженныя—печаль.  
 Затменіе солнца—неудача.  
 Звѣзды потухающія—смерть ближняго.  
 Золу ѣсть—болѣзнь отъ простуды.  
 Зубы давать рвать во снѣ—смерть.  
 Квасцы ѣсть—болѣзнь.  
 Лицо краснымъ видѣть—горе.  
 Луна красная и неполная—несчастье.  
 Лѣстницъ много видѣть и ходить по нимъ—помраченіе  
 ума.  
 Мертвеца оцѣвять—болѣзнь.  
 Лежать между мертвецами—тяжкій недугъ.  
 Мертвеца носить—смерть.  
 Нагимъ себя видѣть съ прекраснымъ тѣломъ—благо-  
 получіе.  
 Небо мрачное—къ печальному происшествію.  
 Облако, быстро идущее, упадокъ дѣлъ.  
 Ознобъ во снѣ—болѣзнь.  
 Отмораженіе члена во снѣ—упадокъ силъ.  
 Осѣлцинуть во снѣ—болѣзнь.  
 Параличъ получить во снѣ—несчастье.  
 Видѣть себя устарѣлымъ—разстройство здоровья.  
 Сущъ ѣсть—поправленіе здоровья.  
 Пряпимать внутрь сѣру—болѣзнь живота.
-



Я привелъ эти примѣры въ количествѣ, можетъ быть, большемъ, чѣмъ слѣдовало бы, но сдѣлалъ это съ цѣлью показать, что при сравненіи ихъ съ вышеприведенными воззрѣніями *Гиппократа*, а также и съ примѣрами изъ современныхъ научныхъ сочиненій, замѣчается нѣкоторое сходство, и это обстоятельство еще разъ доказываетъ связь эмпиризма съ наукой.

Эти примѣры, представляющіе, повидимому, результатъ народныхъ наблюденій, какъ и научныя данныя, выражаютъ одну и ту же мысль, которую около 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> тысячъ лѣтъ тому назадъ высказалъ *Гиппократъ* въ своемъ сочиненіи о сновидѣніяхъ, а именно: „душа во снѣ указываетъ на тѣлесныя недуги“.



Изъ клиники нервныхъ болѣзней Императорскаго Казанскаго  
Университета.

## Къ вопросу объ оперативномъ вмѣшателъствѣ при *epilepsia partialis continua* <sup>1)</sup> (краткое сообщеніе).

Ордынатора клиники С. У. Штейнбергъ.

Впервые оперативное вмѣшательство при *epilepsia partialis continua* съ цѣлью вычерпыванія, пораженнаго центра было примѣнено въ Казанской клиникѣ нервныхъ болѣзней въ году.

Съ тѣхъ поръ подобныя операціи производились въ клиникѣ, или по указанію клиника, не одинъ разъ, но результаты получались не всегда благоприятные, въ смыслѣ прекращенія судорожныхъ подергиваній—были случаи, что они или не прекращались совершенно, или по истеченіи одного, полтора мѣсяцевъ возникали съ меньшей или прежней силой.

Такимъ образомъ операція практически не достигала цѣли—положеніе больныхъ не только не улучшалось, но становилось пожалуй, даже хуже, благодаря параличамъ, являющимся слѣдствіемъ вычерпыванія центровъ. Теоретически подобныя случаи вызывали сомнѣнія въ правильности патогенеза страданія, какъ результата микроскопическихъ измѣненій въ

---

<sup>1)</sup> Доложено въ засѣданіи Ф-ва Невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 1 апрѣля 1915 года.

корѣ мозга. Исходя изъ того положенія, что неблагопріятный результатъ операцій могъ зависѣть отъ того, что при вычерпываніи сѣраго вещества мозга лишь на самой поверхности извилины, патологическій процессъ, обусловливающий раздраженіе мозговой коры и развитіе припадковъ падучей, могъ продолжаться въ боковыхъ частяхъ извилинъ углубляющихся въ мозговое вещество вмѣстѣ съ бороздой, *В. И. Перушинъ* предложилъ при операціяхъ удалять сѣрое, вещество въ предѣлахъ пораженнаго центра не только съ поверхности извилинъ, но и изъ глубины бороздъ.

Такого рода операція была, произведена декабря 1914 г. надъ больной нервной клиники Т.

Анамнестическія данныя таковы: весной 1913 года у больной былъ тифъ, въ сентябрѣ того-же года, во время пожара, когда ей пришлось вытаскивать сундуки и другія тяжелыя вещи, больная замѣтила, что у нея задергало правую руку. Черезъ нѣсколько времени такія же подергиванія появились въ правой ногѣ, и стали затѣмъ постоянными. По прошествіи недѣли случился первый общій припадокъ съ потерей сознанія, цѣной у рта и судорогами. Съ тѣхъ поръ припадки стали повторяться раза 3—4 въ мѣсяць.

Въ клинику, больная поступила съ рѣзко выраженными судорожными подергиваніями точечнаго характера во всей правой половинѣ тѣла; особенно рѣзки эти судороги были въ рукѣ: сидѣть рядомъ къ ней было не всегда безопасно. Ходить она могла съ большимъ трудомъ и часто падала вслѣдствія внезапныхъ сильныхъ подергиваній въ ногѣ и во всемъ тѣлѣ; сидѣть одна на стулѣ также не могла: былъ случай, что, посадивъ ее въ кресло, сидѣлка на минуту отошла, больную въ этотъ моментъ такъ двинуло въ сторону, что она упала и разбила себѣ бровь. Ни о какой работѣ не могло быть рѣчи—въ полномъ смыслѣ слова это былъ человекъ совершенно безпомощный.

Рѣчь больной была затруднена вслѣдствіи подергиваній въ мускулатурѣ лица правой стороны.

Парезовъ мускулатуры, какъ иннервируемой черепно-мозговыми, такъ и спинно-мозговыми нервами, не наблюдалось. Сухожельные рефлексы были живѣе справа, зрачковые нормальны, но наблюдалась *anisocoria* (правый зрачекъ былъ немного шире).

Глоточный рефлексъ былъ ослабленъ, остальные же условеній отъ нормы не представляли.

Со стороны чувствительности отмѣчалась слабая гемигипестезія функциональнаго характера.

Послѣ операціи картина была такая: параличъ правой руки, рѣзко выраженный парезъ правой ноги: больная съ трудомъ переходила съ постели въ кресло съ поддержкой сидѣлки, при чемъ ногу ставила на наружный край стопы. Содружественныя движенія въ правой рукѣ и ногѣ при движеніи лѣвыхъ конечностей.

Парезъ мускулатуры иннервируемой нижними вѣтвями п. *facialis dextri*.

Повышеніе рефлексовъ на правой рукѣ и ногѣ.

Клонусъ правой стопы и кисти.

Симпт. *Vabinski* справа.

Пониженіе чувствительности всѣхъ видовъ на правой рукѣ и ногѣ, характера коркового, при чемъ на лицѣ, груди и туловищѣ сохранился характеръ гемигипестезія.

Со стороны рѣчи отмѣчалась амнестическая афазія сначала весь запасъ словъ больной ограничивался двумя фразами: „ничего“ и „слава Богу“. Временами констатировалась парафазія. Читать—не могла, съ книги списывать можетъ. Судороги и припадки прекратились.

Нѣкоторое время держались боли въ лѣвой половинѣ головы.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни было таково:

2 Января появились незначительныя подергиванія въ правой ногѣ, а 20 го намекъ на рѣдкія судорожныя движенія въ пальцахъ правой руки; со времени ихъ возникновенія и до настоящаго времени явленія эти не усилились.

3-го Января появились первыя движенія въ локтевомъ суставѣ правой руки, а 7-го отмѣчена довольно ясная ригидность въ пальцахъ той же руки.

Въ дальнѣйшемъ паретическое состояніе конечностей правой стороны все улучшалось, и въ настоящее время больная можетъ ходить уже одна, съ палкой, въ рукѣ движенія также улучшались во всеѣхъ суставахъ, но минимальны въ пальцахъ и кисти.

Что касается разстройства рѣчи, то въ настоящее время больная обладаетъ уже достаточнымъ запасомъ словъ, хотя иногда довольно долго подыскиваетъ подходящее выраженіе; явленія парафазіи почти отсутствуютъ. Читать отдѣльныя слова можетъ.

Состояніе чувствительности, рефлексовъ осталось безъ измѣненій. 21 февраля ночью у больной случился первый за это время эпилептический припадокъ съ потерей сознанія, пѣной у рта, выгибаніемъ шеи, но безъ судорожныхъ подергиваній и прикусыванія языка. Длительность его 3 мин. За время, протекшее послѣ операціи больная научилась мало по малу владѣть лѣвой рукой — пробовала писать. Ей предложено было списывать съ книги — результаты получались хорошія: въ настоящее время больная пишетъ довольно красивымъ ровнымъ почеркомъ и не только списываетъ съ книги, но пишетъ и на память. Затѣмъ она попробовала вязать чулокъ: укрѣпивъ одну иголку между большими и указательнымъ пальцами правой руки, она лѣвой свободно вязетъ.

Такимъ образомъ въ результатѣ операціи больная можетъ ходить, хотя и съ палкой, ей не нуженъ отдѣльный человекъ

для ухода, она можетъ кое что дѣлать и, значитъ, не является уже такой безпомощной, какъ раньше. Что же касается патогенеза страданія, то благопріятный результатъ операціи, въ смыслѣ прекращенія судорогъ, при болѣе обширномъ вычерпываніи коры, говоритъ за локализацию патологическаго процесса, лежащаго въ основѣ эпилепсіи, въ корѣ головного мозга.

Благопріятный результатъ, достигнутый въ описываемомъ случаѣ, подтвердилъ теоретическія предположенія — необходимость болѣе глубокаго вычерпыванія при эпилепсіи коркового мозгового вещества не только на поверхности извилинъ, но и тамъ, гдѣ она вдавлируется и загибается сантиметра на два и болѣе въглубь полушарія. Клиника намѣрена провести этотъ пріемъ на цѣлой серіи слѣдующихъ случаевъ.

---

Изъ лабораторіи при кафедрѣ общей патологіи проф. А. А. Богомолова  
въ Николаевскомъ Университетѣ въ Саратовѣ.

Къ ученію о внутренней отдѣлительной дѣятельности щитовидной железы при нормальныхъ и нѣкоторыхъ патологическихкихъ условіяхъ <sup>1)</sup>.

Н. Е. Осокина.

---

#### ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОЧЕРКЪ.

Не смотря на то, что щитовидная железа была описана *Wharton*омъ еще въ 1664 г., біологическая роль ея для животнаго организма выяснилась лишь во второй половинѣ прошлаго столѣтія. До этого времени о значеніи этого органа существовали самыя разнообразныя представленія. То ей приписывалась защитительная роль отъ простуды расположенныхъ подъ ней органовъ шеи, то высказывалось предположеніе объ отношеніи щитовидной железы къ образованію голоса (*Lalouette, Erdl, Merkel*); разсматривалась она и какъ опора гортани или просто какъ образованіе, служащее для того только, чтобы придавать шеѣ красивую округлость (*Wharton*). Изъ всѣхъ теорій того времени наибольшее право на вниманіе

---

<sup>1)</sup> Настоящая статья представляетъ собою краткое изложеніе нѣкоторыхъ наиболее существенныхъ отдѣловъ моей диссертациі, вышедшей подъ тѣмъ же заглавіемъ Н. О. 1915 г. Саратовъ.

имѣеть такъ называемая регуляторная теорія, впервые предложенная *Schreger*'омъ въ концѣ 18-го столѣтія и находящая послѣдователей до послѣдняго времени. *Schreger*, указывая на занимаемое железю положеніе между сердцемъ и мозгомъ, съ одной стороны, и на мощные кровеносные сосуды ея, съ другой, сдѣлалъ предположеніе, что назначеніе этой железы состоитъ въ регулированіи кровообращенія мозга, а именно въ предохраненіи мозга отъ излишняго напора крови. Позднѣе эту теорію принимали также *Simon*, *Liebermeister*, *Meuli*, *Ricou*, *Gyon*, *Waldeyer*, а въ новѣйшее время ее высказывалъ *E. Oyon*, который наряду съ секреторной функціей железы приписывалъ ей значеніе защитнаго приспособленія (*Schutzvorrichtung*) для мозга противъ сильнаго переполненія его кровью.

Тѣсная связь, въ которой находится железа съ большими сосудами, несущими кровь въ мозгъ, значительно развитая сеть сосудовъ въ самой железѣ, дѣлающая ее исключительной, согласно изслѣдованіямъ проф. *И. А. Чувскаго*, по кровоснабженію, — все это говоритъ въ пользу рассматриваемой теоріи, но нельзя не признать и силу возраженій, которыя высказываетъ *Ewald* что для регуляціи въ распредѣленіи крови по отдѣльнымъ областямъ организма обладаетъ достаточными средствами въ видѣ вліянія центральной системы, почему, возможное, незначительное участіе въ немъ щитовидной железы представляется излишнимъ. Общепринятая въ настоящее время секреторная теорія щитовидной железы ведетъ свое начало съ 18-го столѣтія. Впервые она была выражена *Morgan*, который предполагалъ, что щитовидная железа выдѣляетъ бѣлковое вещество, по эта теорія затѣмъ была забыта. Та же участь постигла и первую экспериментальную работу *Schiff'a*, который еще въ 1856—1859 г. сдѣлалъ важное наблюденіе, что полное удаленіе у собакъ щитовидной железы ведетъ къ очень тяжелымъ разстройствомъ (отъ хронической кахексїи до общихъ судорогъ — въключительно), обанчивающимся смертию.



Толчкомъ, побудившимъ изслѣдователей вновь обратиться въ изученію функціи и значенія щитовидной железы, несомнѣнно были появившіяся въ 1873 г. работы англійскаго врача *Gull'a*, а затѣмъ *Ord'a* и *Charcot*, давшихъ описанія тяжелой картины болѣзни, которая была названа микседемой и которая, какъ показали аутопсіи, должна была быть поставлена въ зависимость отъ выпаденія функціи щитовидной железы вслѣдствіе исчезновенія специфической ткани въ пей. Еще болѣе вѣское доказательство того, что щитовидная железа является органомъ—важнымъ для жизни, представляли наблюденія швейцарскихъ хирурговъ *I. и A. Reverdin* и *Kocher'a* о развивающихся иногда роковыхъ послѣдствіяхъ при экстирпаціи зоба. Болѣзненному состоянію, развивающемуся въ такихъ случаяхъ въ виду его сходства съ микседемой *I. и A. Reverdin* дали названіе *Muxoedeme operatoire*, а *Kocher* ту же картину болѣзни назвалъ *Cachexia strumipriva*, замѣняя въ позднѣе это названіе другимъ—*Cachexia thyreopriva*, такъ какъ сущность страданія заключается не въ послѣдствіяхъ удаленія зобной ткани, а въ удаленіи, вмѣстѣ съ нею, здоровой и способной къ функціонированію части щитовидной железы. Въ дальнѣйшемъ область патологіи щитовидной железы быстро расширилась. Къ нарушеніямъ функціи щитовидной железы были отнесены еще цѣлый рядъ болѣзненныхъ формъ, какъ то: Базедова болѣзнь (*Möbius*), спорадическій и эндемическій кретинизмъ (*Th. Kocher*), ожирѣніе, зобное сердце (*Kraus, Minnich*), прогрессивный тиреотоксическій полиартритъ (академ. *Вельяминовъ, Levi* и *Rotschild*), мигрень (*Goett, Franz, Gordon*), міастенія (*d' Abunds, Meyerstein*), отчасти эпилепсія (*Paris, Claude, Schmiergeld, Imsehanitzky Ries, Boltten*), наследственно-дегенеративныя заболѣванія центральной нервной системы (*Rothmann*), *Dementia praecox* (*Myratorъ Parhon et Urechia*), нѣкоторые виды меланхолическихъ и маниакальныхъ состояній (*Parhon, Stransky, Marbé, Antheaumé, Laignel-Lavastine*), склеродермія (*Alquier* и *Touschard, Jeanselme*,

*Singer, Nektoën, Hascoveck, Kornfeld, Krömer, Cassirer*) и др. Отсюда понятно, почему, можетъ быть, ни одинъ другой органъ не привлекаетъ къ себѣ большаго вниманія, чѣмъ щитовидная железа. Размѣръ настоящей статьи не позволяетъ мнѣ всесторонне рассмотреть накопившійся въ литературѣ матеріаль о функціи щитовидной железы, а потому я остановлюсь лишь на работахъ тѣхъ авторовъ, которые, подобно мнѣ, касаются морфологическихъ признаковъ секреторной дѣятельности щитовидной железы.

Съ описаніемъ микроскопическаго строенія щитовидной железы мы впервые встрѣчаемся въ работѣ у *Lalouettea* относящейся къ 1720 г., который представлялъ ее какъ образованіе, состоящее изъ пузырьковъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга тонкой мембраной и наполненныхъ вязкой, тягучей жидкостью. Позднѣе структура ея была изучена болѣе подробно *Panagiotides, Перемежко, Goincaré, Baber'омъ, Frey'емъ, Zeiss'омъ*. Всѣ наиболѣе существенныя данныя, полученныя названными исследователями, формулированы въ капитальномъ трудѣ *Wölfler'a* посвященномъ главнымъ образомъ сравнительной гистологій и исторіи развитія щитовидной железы у различныхъ животныхъ (теленга, свиньи, собаки, кошки, кролика). Нормальная, законченная въ своемъ развитіи железа, состоитъ изъ замкнутыхъ железистыхъ пузырьковъ, окруженныхъ густою сѣтью капилляровъ и снабженныхъ соединительно-тканной оболочкой, которая отдѣляетъ прилегающіе другъ къ другу пузырьки. 2—3 железистыхъ пузырька образуютъ дольку, питаемую одною общей сосудистою вѣтвью. Форма железистыхъ пузырьковъ зависитъ отъ вида железистыхъ образованій, изъ которыхъ она состоитъ; чѣмъ дальше идетъ секретія, тѣмъ больше они приближаются къ шаровидной формѣ. При развитіи секретіи въ вытянутыхъ железистыхъ образованіяхъ образуются длинныя полныя трубки, несообщающіяся, или системы каналовъ, если секретія наступала въ развѣтвленныхъ железистыхъ образованіяхъ. Эпителіальныя клетки сво-

ими периферическими концами прилегаютъ плотно къ стѣнкѣ капилляра, такъ что граница между клѣтками и тонкой капиллярной стѣнкой представляется въ видѣ одной свѣтопреломляющей линіи. Тамъ, гдѣ нѣтъ сосудовъ, границы клѣтокъ образуются тонкими соединительно тканными пучками, окружающими ихъ въ видѣ нѣжныхъ петель.

Такъ какъ величина железястыхъ пузырьковъ, высота эпителиальныхъ клѣтокъ и ширина кровеносныхъ сосудовъ чрезвычайно колеблется и они по мнѣнію автора не имѣютъ никакого значенія.

Дальнѣйшія изслѣдованія по данному вопросу, представляющія большой интересъ съ точки зрѣнія микрофизиологіи питовидной железы, принадлежатъ *Biondi* и *Langendorff*. *Biondi* изслѣдовалъ питовидную железу у амфибій, птицъ и млекопитающихъ. У всѣхъ этихъ животныхъ железа—ацинозного строенія съ богато развитой соединительной тканью, въ которой располагаются кровеносные, лимфатическіе сосуды и нервы. Каждый железястый пузырекъ замкнутъ и не сообщается съ другими. Содержимое пузырьковъ гомогеннаго характера представляетъ собою продуктъ клѣточной дѣятельности, такъ какъ также субстанція содержится въ видѣ небольшихъ шариковъ въ протоплазмѣ эпителиальныхъ пузырьковъ. Опорожненіе содержащагося въ нихъ коллоида происходитъ въ лимфатическіе сосуды путемъ разрыва стѣнки, предварительно атрофированной отъ сильнаго давленія скопившагося секрета въ фолликулахъ.

*Langendorff* въ эпителии питовидной железы, по аналогіи съ клѣтками пищеварительныхъ железъ различаетъ два вида: главныя и коллоидныя клѣтки. Послѣднія при окрашиваніи по *Ehrlich-Biondi* принимаютъ интенсивную окраску отъ тѣхъ красящихъ веществъ, которыя окрашиваютъ также и коллоидъ. Относительно способа опорожненія фолликуловъ *Langendorff* принимаетъ гипотезу *Biondi*,—разрывъ фолликуловъ обуславливается измѣненіемъ эпителия „Schmelzung des Epithels“.—Въ основѣ этого измѣненія лежитъ своеобразная

дегенерация кѣтки, связавшая съ гибелью ядра и коллоиднымъ превращеніемъ протоплазмы.

Вопросъ о секреторной дѣятельности въ щитовидной железнѣ неоднократно поднимался и въ патолого-анатомической литературѣ. Въ своей работѣ „Die Krankhaften Geschwülsten“. 3 Bd. *Virchow* пришелъ къ выводу, что продукты секреціи щитовидной железы являются въ видѣ свѣтлой жидкости и только уже вторично изъ нея выдѣляются капли коллоида постепенно сливающимися и заполняющимъ весь фолликулъ.

Другія же изслѣдователи предполагаютъ интрацеллюлярное образованіе коллоида, смотря на него частью какъ на секреторный, а частью какъ на дегенеративный процессъ.

*Gutknecht*, изслѣдовавшій струмозныя щитовидныя железы человѣка, не могъ подтвердить только что приведеннаго мнѣнія *Virchow'a*. Внутри эпителиальныхъ кѣтокъ онъ находилъ гліановныя, шарообразныя образованія, по своимъ микро-химическимъ реакціямъ похожія на коллоидъ. На препаратахъ встрѣчались цѣлыя группы кѣтокъ, нѣсколько вздутыхъ съ ясно очерченнымъ ядромъ, но протоплазмой свѣтлой, однородной и сильно блестящей. Мѣстами такое измѣненіе протерпѣваетъ лишь часть кѣтокъ. Коллоидные шары можно видѣть въ просвѣтѣ фолликуловъ. Все это говоритъ за то, что описанныя коллоидныя образованія представляютъ собою продуктъ жизнедѣятельности самихъ кѣточныхъ элементовъ органа.

*Langhans*, давая картину микроскопическаго строенія струмы, отмѣчаетъ въ капсулѣ струмозныхъ узловъ наличность лимфатическихъ сосудовъ и вѣвъ съ коллоиднымъ содержимымъ.

*Reinbach* при изслѣдованіи зобовъ часто находилъ много фолликуловъ, содержимое которыхъ представлялось зернистаго характера. Авторъ рассматриваетъ эту зернистость, какъ одну изъ фазъ въ развитіи однороднаго коллоида. Эта зернистость, внутрикѣточного происхожденія, находима была авторомъ въ тѣлѣ размножившихся эпителиальныхъ кѣтокъ. По *Reinbach'у* такое развитіе коллоида наиболѣе часто, но варяду съ нимъ ему

приходилось наблюдать готовые коллоидные капли внутри эпителиальных вѣтвоек.

*Zielinska* изучала большой матеріалъ, собранный ею въ Бернѣ, состоявшій изъ нормальныхъ и патологически измѣненныхъ щитовидныхъ железъ и констатировала большое разнообразіе въ содержаніи коллоида, которое, по ея мнѣнію, не стояло въ зависимости отъ возраста, но было замѣчено, что тамъ, гдѣ фолликулы содержали коллоидъ въ большомъ количествѣ, въ тѣхъ же случаяхъ увеличеннымъ было его количество и въ лимфатическихъ сосудахъ. Встрѣчавшійся коллоидъ былъ двухъ видовъ: отъ розина слабо воспринимающей окраску и сильно окрашиваемый. Однако, строгого соответствія въ содержаніи коллоида въ фолликулахъ и лимфатическихъ сосудахъ нельзя было установить. Способъ поступленія коллоида изъ железистыхъ пузырьковъ въ лимфатическія пути автору не удалось выяснить, но она могла убѣдиться, что коллоидъ находится не только въ интрафолликулярныхъ лимфатическихъ сосудахъ но и въ лимфатическихъ сосудахъ обрѣзающей ткани, на нѣкоторомъ разстояніи за предѣлами органа.

Вопросъ объ измѣненіяхъ щитовидной железы у кретинновъ послужилъ темой для изслѣдованій *Hanan* и *de Coulon's* Измѣненія, наряду съ частичнымъ развитіемъ струмозныхъ узловъ, имѣютъ атрофическій и дегенеративный характеръ, ведущія къ полному исчезновенію эпителиальной ткани. Не вполне атрофированные участки представляются слабо функционирующими, за что говоритъ уменьшеніе размѣровъ фолликуловъ, пораженіе эпигелия и отсутствіе коллоида въ лимфатическихъ путяхъ. Долею вполне нормального типа съ фолликулами, наполненными коллоидомъ почти, не встрѣчается. Преобладаетъ блестящій коллоидъ, который въ силу своей консистенціи труднѣе переводится въ лимфатическіе сосуды. Эпителий въ болѣе крупныхъ фолликулахъ имѣетъ кубическую форму съ сильно измѣненнымъ ядромъ, а въ мелкихъ пузырь-

вахъ принимаетъ плоскій типъ. Въ венахъ открываются небольшие количества коллоида. Также коллоидоподобныя массы обнаружены были въ лимфатическихъ сосудахъ.

Картины измѣненій щитовидной железы при Базедовой болѣзни представлены въ трудахъ *Farner'a*, *Haemig'a*, *Askanazy Ehrlich'a* а, описывающихъ структурныя измѣненія и разрастаніе эпителиальныхъ клѣтокъ, стромы и сопровождающіеся одновременно измѣненіемъ коллоида. *Langhans* слѣдующимъ образомъ характеризуетъ гистологическую картину. Наблюдается въ большинствѣ случаевъ значительное выраженное новообразование фолликуловъ, беспорядочное разращеніе эпителия, очень часто количественное или качественное измѣненіе коллоида. Среди эпителиальныхъ клѣтокъ, представляющихъ различныя степени измѣненій, видъ всякаго сомнѣнія, встрѣчаются дегенеративныя формы. Въ виду преобладанія измѣненій пролифераціоннаго характера, авторъ находитъ, что базедовическій зобъ заслуживаетъ названія *der wuchernden Struma*. Въ позднѣйшее время главнымъ представителемъ ученія, что Базедову болѣзнь можно идентифицировать съ гипертиреозидизмомъ, является *Albert Kecker*. По его мнѣнію, плотный коллоидъ, содержащійся внутри фолликуловъ въ нормальной железнѣ, является еще незаконченной формой внутренней секреціи и не можетъ всасываться. Для того, чтобы получить возможность циркулировать по организму, онъ долженъ перейти въ растворенномъ состояніи черезъ фолликулярныя клѣтки въ лимфатическіе сосуды. При физиологическихъ условіяхъ этотъ процессъ совершается медленно, при чемъ постоянно извѣстное количество коллоида удерживается въ фолликулѣ. Въ Базедовическихъ щитовидныхъ железахъ наблюдается разжиженіе фолликулярнаго содержимаго и усиленное его всасываніе. Фолликулярный эпителий атипически разрастается, вдаваясь мѣстами своими сосочковыми разращеніями внутрь пузырьковъ.

*Lobenhoffer* изучалъ процессъ секреціи въ струмозной щитовидной железнѣ, пользуясь окраской *Altmann Schridde*. Обнаруживаемыя при этомъ методѣ ацидофильныя зернышки,

окрашиваемыя интенсивно въ красный цвѣтъ, располагаются въ периферическихъ частяхъ эпителиальныхъ клѣтокъ. При осторожной обработкѣ удавалось находить подобныя зернышки и въ краевыхъ слояхъ коллоида внутри фолликула, гдѣ они окрашивались лишь нѣсколько блѣднѣе. Подобными зернышками въ значительной степени представлялось выполненнымъ и интерфолликулярный эпителий. Описываемыя гранулы авторъ принимаетъ за компонентъ коллоида. Собственно же коллоидное вещество въ законченномъ видѣ почти всегда гомогенно и окрашивается въ блѣднорозовой цвѣтъ.

Наблюденія, еще немногочисленныя, щитовидной железы при разныхъ болѣзненныхъ состояніяхъ показали, что она подобно другимъ органамъ подвергается цѣлому ряду измѣненій, которыя, смотря по роду заболѣванія, бываютъ выражены то болѣе, то менѣе рѣзко. Начало такого рода изслѣдованій, положено было русскимъ авторомъ—Соволовымъ. Во всѣхъ случаяхъ заболѣваній этого авторъ наблюдалъ жировое перерожденіе эпителия фолликуловъ, десквамацію эпителия, при чемъ послѣдняя въ большинствѣ шла параллельно съ жировымъ перерожденіемъ. Кроме того въ эпителии наблюдались паренхиматозное и бѣловое перерожденія. Степень интенсивности жирового перерожденія была различна, смотря по роду болѣзни. При изслѣдованіи хроническихъ заболѣваній также было найдено жировое перероженіе, но въ меньшей степени, чѣмъ при острыхъ заболѣваніяхъ.

*Roger* и *Garnier*—первые обратили вниманіе на измѣненіе междуточной соединительной ткани въ щитовидной железнѣ при туберкулезѣ. Эти авторы показали, что при туберкулезѣ часто происходитъ склерозированіе междуточной ткани, собственно же железистая ткань въ однихъ мѣстахъ обнаруживаетъ усиленную дѣятельность съ новообразованіемъ фолликуловъ и солидныхъ клѣточныхъ группъ, въ другихъ мѣстахъ паренхима железы гибнетъ между тяжами соединительной ткани. Начальнымъ цудетомъ для развитія склероза слу-

жать обыкновенно стѣнки артеріальныхъ сосудовъ. Въ томъ же году названные авторы сообщили результаты изслѣдованія о вліяніи тифозныхъ бациллъ на щитовидную железу. При введеніи бациллъ въ железу черезъ щитовидную артерію, железа представлялась сильно воспаленной кровью. При болѣе детальномъ разсмотрѣніи обнаруживалось расширение капилляровъ, эндартеритъ, слушиваніе эндотелія, утолщеніе интимы, мѣстами тромбы и геморрагіи. Фолликулярный эпителий частью слущенъ, съ неясными границами отдѣльныхъ клѣтокъ. Ядра бѣдны и содержали вакуолы. При введеніи небольшого количества бациллъ и при болѣе продолжительной жизни животныхъ замѣтно выступало утолщеніе соединительной ткани. Железистые пузырьки, залегающіе въ склизированной ткани, частью совсѣмъ воржальны, другая часть выполнена пролиферирующимъ эпителиемъ и наковецъ 3-я часть находилась въ стадіи обратнаго развитія. Со стороны сосудовъ железы было найдено утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ болѣе сильное, чѣмъ при острыхъ заболѣваніяхъ, суженіе или даже закупорка артерій и въ легкой степени періартеритъ. Далѣе авторы изслѣдовали щитовидную железу людей, умершихъ отъ различныхъ инфекціонныхъ заболѣваній и пришли къ выводу, что щитовидная железа при нихъ подвергается характернымъ измѣненіямъ. Уже микроскопически отмѣчается увеличеніе ихъ и болѣе или менѣе значительное красноватое окрашиваніе. Микроскопическія измѣненія состояли въ расширеніи лимфатическихъ сосудовъ и щелей, въ наполненіи ихъ коллоидомъ, въ значительномъ кровенаполненіи. Фолликулы уменьшены въ своихъ размѣрахъ, многіе совсѣмъ безъ коллоиднаго содержимаго и выполнены свободно лежащими въ нихъ эпителиальными клѣтками; вообще расположеніе клѣтокъ въ железистыхъ пузырькахъ очень неправильное. Въ другихъ пузырькахъ замѣтно измѣненіе коллоида по отношенію къ окрашиванію обычными красками. На основаніи такихъ патологоанатомическихъ находокъ авторы допускаютъ, что щитовидная желе-



за при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ сначала обнаруживають гиперсекрецію, затѣмъ происходитъ измѣненіе секреторируемаго матеріала и наконецъ при дальнѣйшемъ дѣйствіи инфекціоннаго агента наступаетъ прекращеніе секреторнаго процесса. Правильность своихъ заключеній *Roger* и *Garnier* пытаются доказать экспериментально, путемъ усиленія дѣятельности щитовидной железы инъекціями въ ткань железы пилокарпина и культуръ различныхъ бактерій.

*Torri* на основаніи изслѣдованія трупнаго матеріала и соотвѣствующихъ экспериментовъ по данному вопросу пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: какъ при острыхъ, такъ и при хроническихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ наблюдается гиперсекреція коллоида, при чемъ коллоидное вещество не теряетъ обычныхъ своихъ свойствъ. Измѣненія сводятся къ усиленному образованію железистой ткани и разрастанію фолликулярнаго эпителия. Уменьшенія или прекращенія секреторной дѣятельности железы, вопреки предположеніемъ *Roger* и *Garnier*, *Torri* не наблюдалъ. *Kachiwamura*, провѣряя данныя *Roger* и *Garnier*, *Torri*, изслѣдовалъ 55 железъ, изъ которыхъ 38 железъ получены отъ страдавшихъ инфекціонными болѣзнями, остальные 7 случаевъ изслѣдованы для сравненія. Гистологическая картина во всѣхъ изслѣдованныхъ авторомъ случаяхъ была очень разнообразна и какихъ либо специфическихъ измѣненій для острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній онъ подмѣтить не могъ.

*De Quervain* изслѣдовалъ значительный трупный матеріалъ, обнимающій 50 случаевъ различныхъ заболѣваній. Авторъ подтверждаетъ положеніе, что острая инфекціонная заболѣванія производятъ на щитовидную железу дѣйствіе, заключающееся въ гипереміи, исчезаніи коллоида и усиленной десквамаціи эпителия. При провѣркѣ экспериментальнымъ путемъ, впрыскивая въ железу культуры или токсины гноеродныхъ микроорганизмовъ, авторъ получилъ данныя, тождественныя съ результатами изслѣдованія секціоннаго матеріала. Вопреки мнѣнію *Roger* и *Garnier*, *Torri* авторъ не рѣшается свои патологоанатомическія находки

привязать какъ выраженіе измѣненій въ секреторной функціи щитовидной железы, въ виду значительныхъ пробѣловъ въ нашихъ свѣдѣніяхъ о нормальной секретіи этого органа.

*Sarbach*, продолжая изслѣдованія *de Quervain's*, подтвердилъ выводы послѣдняго относительно характера измѣненій, наблюдаемыхъ въ щитовидной железе подѣ влияніемъ острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній. Измѣненія сводились къ гипереміи, разжиженію и исчезновенію коллоида, а также усиленной десквамаціи эпителиальныхъ вѣтвочекъ. Разжиженіе коллоида выражается появленіемъ большого количества вакуолей. Обусловливается ли оно пониженіемъ секретіи или повышеннымъ оттокомъ, по мнѣнію автора, рѣшить не представляется возможнымъ. Соединительная ткань при острыхъ инфекціяхъ не подвергается измѣненіямъ. Хроническій алкоголизмъ ведетъ въ подобнымъ же гистологическимъ измѣненіямъ, какъ и при острыхъ инфекціяхъ. Хроническій легочный туберкулезъ чаще, чѣмъ другія заболѣванія обуславливаетъ усиленное разрастаніе соединительной ткани и постепенное исчезновеніе фолликуловъ. Хроническій нефритъ, уремія, раковая эмкезія и саркома не сопровождаются измѣненіями въ щитовидной железе:

*Милевскій* на основаніи собственныхъ изслѣдованій пришелъ къ выводу, что щитовидная железа при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ подвергается цѣлому ряду измѣненій. Наибольшія измѣненія — въ эпителии и сводятся къ усиленной десквамаціи эпителия и болѣе или менѣе рѣзко выраженной паренхиматозной гиперплазіи. Измѣненіе въ соединительной ткани выражается усиленнымъ ея разрастаніемъ. Коллоидъ представляется разжиженнымъ и частью исчезнувшимъ изъ фолликуловъ.

Послѣ того какъ *Kocher* и братья *Reverdin* ознакомили медицинскій міръ съ опасностями удаленія всего аппарата щитовидной железы и операція эта была оставлена, въ связи съ возбужденіемъ интереса къ частичной экстирпаціи ея, появились экспериментальныя работы, преслѣдовавшія цѣль изу-

ченія развитія компенсационной гипертрофіи въ остающейся ткани железы, давшіе слѣдующіе результаты:

*Neumeister* наблюдалъ у животныхъ уже очень скоро, черезъ 3 дня послѣ частичной экстирпаціи железы образованіе альвеольо черезъ 8 дней уже  $\frac{1}{2}$  дефекта представлялась замѣщенной новообразованной тканью.

*Räbbert*, подробно изучившій процессъ регенераціи шитовидной железы у кролика и собаки, пришелъ къ заключенію, что быстрота развитія этого процесса здѣсь можетъ быть поставлена наравнѣ съ печенью. Уже по истеченіи 48 часовъ съ момента резекціи нѣкоторыя кѣтки въ альвеолахъ представляются надутыми и выступаютъ въ просвѣтъ фолликула. Черезъ 3 дня наблюдается значительно выраженное новообразованіе эпителія, при чемъ мѣстами въ альвеолахъ встрѣчаются эпителіальные кѣтки съ фигурами дѣленія ядра. Въ фолликулахъ лежащихъ ближе къ дефекту, пролиферація идетъ столь интенсивно, что они кажутся выстланными многослойнымъ эпителиемъ, и разрастаніе доходитъ даже до того, что вся полость фолликула выполняется кѣтками. Съ 11-го дня примѣшивается еще разрастаніе соединительной ткани. На 13—14 день регенерація подходитъ въ концу и новообразованная ткань уже не легко отличается отъ обывновенной ткани железы и распознается лишь по меньшей величинѣ фолликула, неправильности ихъ формы и интенсивности окраски.

*Березовскій* въ лабораторіи проф. *Ziegler*'а произвелъ рядъ опытовъ на собакахъ съ частичной экстирпаціей ( $\frac{2}{3}$ ) железы и также видѣлъ быстрое наступленіе компенсаторной гипертрофіи. Первые признаки регенераціи въ видѣ митотическихъ фигуръ въ эпителіальныхъ и соединительнотканыхъ кл. констатированы на 5 й день. На 8—14 день онъ находилъ живую и очень распространенную пролиферацію эпителія, причемъ пролиферирующій эпителий представляется увеличеннымъ въ 2—3 раза. Для наблюденія за структурными измѣненіями шитовидной железы при различныхъ условіяхъ ея севреторной

дѣятельности многіе изслѣдователи прибѣгали къ обычнымъ возбуждителямъ, служащимъ для вызыванія дѣятельности въ другихъ железахъ.

Романовъ наблюдалъ измѣненія щитовидной железы у собакъ и крысъ при длительномъ употребленіи іодистаго калия и натрія. У растущихъ животныхъ железа отстаегъ въ своемъ развитіи, при чемъ въ замѣну железистыхъ пузырьковъ происходитъ развитіе либо жировой, либо волокнистой ткани, у взрослыхъ же это наблюдается обильное накопленіе коллоидныхъ массъ въ пузырькахъ, ведущее къ атрофіи эпителія, то выступаютъ на сцену воспалительныя измѣненія, ведущія къ образованію соединительной ткани; въ меньшинствѣ случаевъ болѣе или менѣе безспорныхъ измѣненій въ щитовидной железнѣ подмѣтить не удается.

W y s s изслѣдовала щитовидныя железы у собакъ, кошекъ, крысъ, вводя имъ подъ кожу пилокарпинъ. Несмотря на отсутствіе выводного протока, въ нихъ отмѣчалась истинная секретія, усиливающаяся въ значительной степени отъ пилокарпина и выражавшаяся въ морфологическомъ отношеніи признаками, вполне аналогичными тѣмъ, какіе наблюдаются при секретіи слюнныхъ железъ. Железы представлялись увеличенными, наполненными кровью, напряженными. Кѣтки железы увеличивались, ядра весьма выступали. На сторонѣ, обращенной отъ сосудовъ въ противоположную сторону, отъ кѣтокъ отходятъ отростки, соединяющіеся съ центральной массой коллоида. Промежутки между отростками выполнены блестящими, свѣтлыми шарами, очевидно жидкой консистенціи. Въ центральной части коллоидной массы, въ общемъ свѣтлой окраски, находится старое коллоидное ядро, красящееся сафраниномъ въ темнокрасный цвѣтъ.

*Andersson*, подобно предыдущему автору, впрыскивала молодымъ кроликамъ и кошкамъ по нѣскольку шприцовъ (8—10 мг.) пилокарпина, и по истеченіи часа животныя убивались. Наблюдалось слѣдующее: при покоѣ эпителий фоллику-

ловъ рѣзко ограничивался отъ содержимаго. Филарное вещество располагается въ продольномъ направленіи, параллельными рядами. При секретіи подѣ влияніемъ пимоварпина клѣтки становятся выше, правильность расположенія въ клѣткахъ филарнаго вещества исчезаетъ, вслѣдствіе накопленія пузырьковъ неокрашеннаго (хромофобнаго) секрета. Протоплазма принимаетъ сѣтчатый видъ. Ядра передвигаются по направленію къ просвѣту и располагаются въ этомъ періодѣ секретіи по срединѣ клѣтки. Въ тоже время въ центральной части клѣтокъ образуются сильно окрашенные зернышки хромофильнаго секрета. Какъ хромофильный, такъ и хромофобный секретъ выдѣляется въ просвѣтъ фолликула и, сливаясь вмѣстѣ, образуютъ однородный, гіалиновый секретъ. По выдѣленіи секрета железистыя клѣтки постепенно возвращаются въ покойную фазу.

*Hürthle* задачей своего изслѣдованія поставилъ выясненіе слѣдующихъ вопросовъ: можно ли доказать измѣненія эпителия щитовидной железы, которыя указывали бы на секреторную ея дѣятельность, является ли содержимое фолликуловъ секретомъ эпителия (*Wandrepitels*) и какими путями секретъ железы проникаетъ въ тѣло. Говоря о нормальномъ строеніи железы, авторъ подчеркиваетъ ея богатство кровеносными и лимфатическими сосудами. Повышеніе секретіи при экспериментальныхъ условіяхъ было достигнуто при резекціи значительной части  $\frac{5}{6}$  (ткани) щитовидной железы, а также при перевязкѣ *ducti choledochi*. Послѣдній экспериментъ показываетъ, что секретія коллоида можетъ быть обусловлена задержкой выдѣленія желчи. Продолжительное раздраженіе гортанныхъ нервовъ оказывалось безрезультатнымъ. Морфологически секреторная дѣятельность выражается въ двухъ формахъ, а именно, какъ чистое образованіе коллоида съ сохраненіемъ эпителия и въ формѣ растворенія (*Schmelzung*) эпителия съ переходомъ остатковъ клѣтокъ во внутрь фолликула. Авторъ различаетъ коллоидныя клѣтки отъ главныхъ на томъ основаніи, что содержимое тѣхъ фолликуловъ, стѣнки которыхъ состоятъ ис-

ключительно изъ главныхъ клѣтокъ, отличается другой окраской по сравненію съ фолликулами, въ стѣнкахъ которыхъ имѣются и коллоидныя клѣтки. При образованіи секрета черезъ раствореніе эпителія измѣненія раньше всего обнаруживаются въ ядрѣ, которое теряетъ правильность своихъ очертаній, сильнѣе воспринимаетъ окраску, позднѣе присоединяются измѣненія тѣла клѣтки. Содержимое фолликуловъ опорожняется въ интерфолликулярныя лимфатическія пространства, при чемъ способъ перехода неодинаковъ: для коллоиднаго секрета въ истинномъ смыслѣ путями служатъ межклеточныя ходы, а для секрета, образующагося черезъ раствореніе эпителія, переходъ осуществляется черезъ разрывъ фолликулярныхъ стѣнокъ. Принимаютъ ли участіе въ резорбціи своишагося въ фолликулѣ секрета и кровеносныя сосуды, — по этому поводу авторъ не высказывается опредѣленно, но на нѣкоторыхъ препаратахъ онъ видѣлъ, что мѣстами вены содержали субстанцію, имѣющую сходство съ коллоидомъ.

*Voggi* въ обширной работѣ сообщаетъ результаты своихъ изслѣдованій щитовидной железы у различныхъ видовъ пчелочныхъ животныхъ и при различныхъ экспериментальныхъ условіяхъ. Вопреки *Wölfler*'у, авторъ нашелъ, что различіе въ строеніи наружныхъ и внутреннихъ слоевъ непостоянно. Отдѣльныя дольки железы снабжены *membrana pterigia*. Кровеносныя и лимфатическія сосуды сильно развиты и мелкіе сосуды тѣсно прилегаютъ къ эпителию фолликуловъ. Предложенное дѣленіе *Langendorff*'омъ клѣтокъ секретирующаго эпителія на нѣсколько типовъ вполнѣ не можетъ быть проведено, но очень удобно для обозначенія различныхъ фазъ клеточной дѣятельности. Составляющія большинство, главныя клѣтки отличаются слабо обращенной зернистой протоплазмой. Нѣкоторыя зернышки, расположенныя главнымъ образомъ на сторонѣ, обращенной къ просвѣту, сильно преломляютъ свѣтъ, похожи на коллоидъ, принимая характерную для послѣдняго окраску. Другія зернышки, собирающіяся въ той же части

кѣтокъ,—болѣе мелки. Значеніе этой 2-й зернистости еще не вполне выяснено. Собственно коллоидныя кѣтки представляютъ по виду большое разнообразіе. Въ начальной фазѣ своего развитія онѣ сохраняютъ форму и размѣръ главныхъ, отличаясь отъ послѣднихъ только большей интенсивностью окраски. Въ болѣе позднихъ стадіяхъ онѣ принимаютъ овальную или круглую форму, при чемъ ядро смѣщается на периферію. Въ конечной стадіи развитія вся центральная часть кѣтки занята коллоидомъ, зернистая протоплазма образуетъ только кольцо вокругъ нея. На препаратахъ щитовидныхъ железъ отъ холоднокровныхъ удавалось видѣть отдѣльныя коллоидныя зернышки и внутри фолликуловъ. Скопившійся внутри фолликула секретъ поступаетъ затѣмъ черезъ разрывъ стѣнки въ лимфатическіе сосуды. Усиленіе секретіи и наблюдается при частичной резекціи щитовидной железы. Перевязка duct choledoch., и впрыскиваніе Toluylendiamin'a не повышали ее. Пилокарпинъ остался неиспробованнымъ. При усиленіи отдѣлительной дѣятельности фолликулы увеличиваются, наблюдается усиленное образованіе новыхъ, кѣтки становятся богаче зернышками.

Müller въ своей работѣ, повторивъ въ отношеніи строенія щитовидной железы въ значительной части выводы предшественниковъ, обращаетъ особенное вниманіе на относительно большую величину щитовидной железы у новорожденныхъ и паденіе вѣсовыхъ отношеній щитовидной железы къ вѣсу тѣла въ старшемъ возрастѣ. Ткань дѣтской железы болѣе богата сосудами, что указываетъ на большее ея значеніе въ дѣтскомъ возрастѣ. Въ молодомъ возрастѣ содержимое фолликуловъ, являющееся продуктомъ секретіи железистаго эпителия жидко, позднѣе изъ жидкой субстанціи выделяются твердыя коллоидныя зерна. Образованіе коллоида въ эпителиальныхъ кѣткахъ не наблюдалъ. Эксперименты на животныхъ съ перевязкой желчнаго протока и впрыскиваніемъ Toluylendiamin'a дали результаты, не вполне согласныя съ тѣмъ,

что описано *Hürthle*, при чемъ *Müller* не могъ также подтвердить перехода фолликулярнаго содержимаго въ лимфатическіе пути ни черезъ разрывъ стѣнокъ, ни по интерцеллюлярнымъ ходамъ.

*Парскій*, прослѣдивъ измѣненія щитовидной железы по возрастамъ, пришелъ къ выводу, что щитовидная железа достаточно развита для функционирования уже у 6-ти мѣсячнаго плода; къ 8—9 мѣсяцу внутриутробной жизни развитіе железы уже окончено, въ дальнѣйшіе возрасты она лишь продолжаетъ свой ростъ; выработка коллоида замѣтно увеличивается съ возрастомъ ребенка и слабѣ всего бываетъ выражена въ первые мѣсяцы жизни; ростъ железы во всехъ размѣрахъ продолжается до старости, но особенно сильно развивается железа въ періодъ половой зрѣлости.

*Wanner* изучалъ измѣненія въ щитовидной железе у кроликовъ и собакъ послѣ одного и многократныхъ кровопусканій. Измѣненія сводились къ уплощенію плоскихъ клѣтокъ, увеличенію большихъ, свѣтлыхъ, какъ бы разбухшихъ клѣтокъ, часто—къ образованію коллоидообразныхъ, гомогенныхъ шаровъ въ протоплазмѣ этихъ клѣтокъ, увеличенію числа собственно коллоидныхъ клѣтокъ, усиленію процесса расправленія эпителиальныхъ клѣтокъ, расширенію железистыхъ пузырьковъ, выполненныхъ коллоидомъ. Сопоставляя результаты своихъ изслѣдованій съ наблюденіями *Hürthle*, авторъ относитъ отмѣченныя имъ измѣненія къ повышенію секретіи.

*Schmidt*, изучая гистофизиологію щитовидной железы, сдѣлалъ слѣдующія наблюденія: Фолликулярное содержимое представляетъ однородный секретъ, какуоли въ немъ обуславливаются сморщиваніемъ, вслѣдствіе неправильной фиксаціи. Цианокарпинъ не дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ на выдѣленіе секрета щитовидной железы. Коллоидные шарки въ эпителиальныхъ клѣткахъ весьма рѣдко встрѣчаются у млекопитающихъ и не увеличиваются въ числѣ при повышеніи секретіи ея. Межкѣлочные ходы, соединяющіе внутренность фолликула съ лимфатическими пространствами, не были оба-



ружены. Коллоидныя кѣтки представляютъ изъ себя фазу сецернирующихъ главныхъ кѣтокъ. Секрція происходитъ путемъ превращенія главныхъ кѣтокъ въ коллоидныя и, вѣроятно, путемъ выталкиванія содержаимаго послѣднихъ внутрь фолликула, а отсюда переходъ секрета въ лимфатическіе сосуды совершается благодаря растворенію эпителиальной стѣнки.

*Galeotti*, при впрыскиваніи въ брюшную полость различнымъ животнымъ продуктовъ обильна: растворомъ мочевины, лейцина, ксантина, кейрина и т. д., нашелъ у нихъ слѣдующія измѣненія въ структурѣ щитовидной железы: Коллоидныя массы въ самомъ фолликулѣ измѣняютъ свой цвѣтъ. Фуксинофильныя зерна, обнаруживаемыя [при окраскѣ по способу автора, описанномъ имъ ранѣе въ двухъ работахъ \*)] въ ядрѣ, во время усиленія секретіи проникаютъ сквозь ядерную оболочку въ протоплазму и въ послѣдней продвигаются къ свободному краю. Попадая въ фолликулъ, зерна растворяются. Кроме того, въ кѣткахъ имѣются большія глыбки, окрашиваемыя по способу автора въ зеленый цвѣтъ, которыя, очевидно, соответствуютъ тиреоидальному секрету *Andersson's*, или коллоидныя глыбки, описанныя *Hürthl'e*мъ. Эти глыбки образуются въ ядра и выталкиваются изъ кѣтокъ лишь по достиженіи известной величины. Коллоидная субстанція представляетъ смѣсь обихъ секреторныхъ продуктовъ.

*Briau*, сдѣлавъ сводку всѣмъ ранѣе появившимся работамъ по микробиологіи щитовидной железы и на основаніи собственныхъ изслѣдованій приходитъ къ заключенію, что ни одно изъ описываемыхъ измѣненій не можетъ, само по себѣ, указывать на степень секреторной дѣя-

\*) *Galeotti*. Sulle granulazione cellulari nee carcinosis. Il Policlinico. vol. II. 1895.

\*\*) *Galeotti*. Ueber die Granulationen in den Zellen. Internation. Monatschrift f. Anat. u. Physiol. Bd. XI. H. 10. 1895.

тельности и что вообще, по его мнѣнію, секреторный процесс щитовидной железы въ виду ея фізіологическихъ особенностей, не можетъ быть доступенъ обыкновенному гистологическому анализу. Опыты автора съ раздраженіемъ шейнаго симпатическаго нерва и верхнегортаннаго нерва въ морфологическомъ отношеніи не дали никакихъ результатовъ.

Исслѣдованія щитовидной железы послѣ перерѣзки верхняго и нижняго гортанныхъ нервовъ разнѣчныхъ авторовъ дали противорѣчивые результаты: такъ *Katzenstein* отмѣчаетъ перерожденіе значительнаго числа эпителиальныхъ клѣтокъ съ превращеніемъ ихъ въ коллоидъ. *Biagi* при повтореніи опытовъ *Katzenstein*'а подтвердилъ результатъ послѣдняго. Поврежденіе же Ganglion cervicale sup. и med. симпатическаго нерва, а также nn pharyngei sup. и infer. не оказывало вліянія на щитовидную железу. Напротивъ, *Martini* не обнаруживалъ при подобныхъ перерѣзкахъ гортанныхъ нервовъ никакой разницы отъ нормальной ткани щитовидной железы. *Lübcke* также скептически относится къ находкамъ *Katzenstein*'а и полагаетъ, что происходятъ измѣненія только сосудаго характера — артеріальная гиперемія съ трансудатомъ, раздражающимъ коллоидное содержимое. Гистологическіе признаки секретіи щитовидной железы вообще по мнѣнію автора не доказаны. *Missiroli* изслѣдовалъ щитовидную железу послѣ перерѣзокъ нервныхъ стволовъ и находилъ измѣненія, характерныя для усиленной секреторной дѣятельности, выражавшіяся въ усиленномъ образованіи зеренъ въ эпителиальныхъ клѣткахъ съ послѣдующимъ накопленіемъ коллоида въ фолликулахъ, при чемъ наблюдалось и перерожденіе эпителия.

*Wiener* продолжилъ изслѣдованіе *Härthle* съ цѣлью выясненія указанной послѣднимъ зависимости секреторной дѣятельности щитовидной железы отъ желчеотдѣленія, но примѣнилъ вмѣсто перерѣзки желчныхъ протоковъ наложеніе постоянной желчной фистулы. Оказалось, что эта операція вызвала совершенно иные измѣненія, по сравненію съ тѣми,

какія наблюдались *Hürthle* при экспериментальномъ застоѣ желчи. Величина фолликуловъ увеличивается, мѣстами происходитъ соединеніе ихъ вслѣдствіе растворенія (*Auslösung*) раздѣляющихъ ихъ стѣнокъ. Сморщиваніе и образованіе вакуоль на границѣ коллоида и эпителія гораздо слабѣе выражено, чѣмъ въ нормальныхъ железахъ, или совершенно отсутствуетъ. Окрашиваемость коллоида значительно уменьшается. Кѣлочное тѣло и ядро секретизирующаго эпителія уменьшаются въ высоту и кажутся сплюснутыми, нормальная структура кѣлокъ исчезаетъ и окрашиваемость уменьшается.

*Lewandowsky*, исследовавшій щитовидныя железы многочисленныхъ животныхъ (собаки, кошки, кролика, обезьяны, барана, рыбы), пришелъ къ заключенію, что эпителиальныя кѣтки фолликуловъ претерпѣваютъ такія измѣненія, какія вообще наблюдаются въ секретизирующихъ кѣткахъ истинныхъ железъ. Но секретъ въ моментъ выдѣленія его не имѣетъ свойства коллоида, предшествующаго ему состоянія, которое отличается легкою текучестью и постепенно внутри фолликуловъ приобретаетъ присущія ему физико-химическія свойства. Точно также и въ лимфатическихъ пугахъ коллоидъ образуется изъ преколлоида. Переходъ готоваго коллоида изъ фолликула въ лимфатич. сосуды не могъ быть доказанъ. Какія силы дѣйствуютъ при этомъ преобразованіи секрета въ коллоидъ и обратномъ переходѣ въ секретъ авторъ не разъясняетъ.

*Barbera* и *Ricci* наблюдали у кроликовъ и собакъ при голоданіи уменьшеніе кѣтокъ и ядеръ, при чемъ субстанція, тѣла кѣтки больше редуцируются, чѣмъ ядра. Несмотря на голоданіе, кѣтки продолжаютъ продуцировать коллоидъ, хотя и въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ и объясняется можетъ быть отсутствіе до самой смерти у голодающаго животного признаковъ прекращенія функціи щитовидной железы. *Missiroli*, исследовавшій щитовидную железу при тѣхъ же условіяхъ, т. е. при голоданіи констатировалъ при прекращеніи кор-

мленія остановку въ выдѣленіи коллоида и накопленіе его въ фолликулахъ. По возобновленіи кормленія железа сначала приходитъ въ состояніе секреторной гиперфункціи.

*Erdheim* занимался подробнымъ изученіемъ содержащихся въ щитовидныхъ железахъ зернышекъ, имѣющихъ жировой характеръ, о чемъ ранѣе имѣлись въ литературѣ лишь весьма скудныя и противорѣчивыя указанія. По даннымъ автора эти зерна имѣются во всякой щитовидной железнѣ, въ ея эпителиальныхъ клѣткахъ, прилегающихъ къ просвѣту фолликуловъ. Зернышки отсутствуютъ у плода и появляются только послѣ рожденія, что указываетъ на связь ихъ съ функціей (внутренней секреціи) железы, но съ образованіемъ коллоида онѣ не имѣютъ ничего общаго.

*Peiser* опредѣлялъ измѣненія въ железахъ у животныхъ (летучей мыши и жабы) въ концѣ зимней спячки и сравнивалъ ихъ съ состояніемъ щитовидныхъ железъ у того же вида животного въ теченіе лѣтняго періода. Были получены слѣдующія данныя: во время зимней спячки въ щитовидныхъ железахъ содержатся мало коллоида, эпителий имѣетъ плоскій видъ съ вѣдной протоплазмой, чаще съ ядромъ въ лежачемъ положеніи (*häufiger liegend*), коллоидныя клѣтки и клѣтки въ составѣ раствора отсутствуютъ. Въ теченіе лѣта въ железахъ коллоида много, эпителий кубическій съ вершистой протоплазмой, круглымъ ядромъ, принимающимъ стоячее (*häufiger rund und stehend*) положеніе. Изъ этого сравненія ясно видно, что функція щитовидной железы находится въ прямомъ отношеніи съ общимъ обмѣномъ веществъ, и при ослабленіи его во время зимней спячки секреторная дѣятельность железы уменьшается.

*Часовниковъ* секреторный процессъ въ щитовидной железнѣ описываетъ слѣдующимъ образомъ: щитовидная железа функціонируетъ постоянно, но напряженность ея работы подвержена весьма значительнымъ колебаніямъ. Уже при обычныхъ условіяхъ, даже у животныхъ одного и того же вида

и возраста, эпителиальныя клітки фолликуловъ имѣютъ неодинаковую величину и форму, въ однихъ случаяхъ являясь низкими, кубическими, въ другихъ были высокими, цилиндрическими. Въ стѣнѣ умѣренной дѣятельности во внутренней части главныхъ клітковъ, среди обычной мелкозернистой и разрыхленной протоплазмы, обнаруживаются глыбки секрета. Въ железахъ, работающихъ особенно энергично, напр., послѣ частичной тиреоидектоміи, клітки заключаютъ въ своемъ внутреннемъ отдѣлѣ большое число секреторныхъ зеренъ, при чемъ наряду съ мелкими гранулами встѣчаются и крупныя глыбки, которыя въ формѣ небольшихъ капель опорожняются въ просвѣтъ фолликуловъ. Накапливаясь затѣмъ въ просвѣтъ фолликуловъ, коллоидъ выдѣляется наружу и воспринимается лимфатическими путями. Но автору никогда не приходилось видѣть разрыва фолликуловъ, а также и того, чтобы коллоидъ при своемъ выдѣленіи раздвигалъ железистыя клітки на сколько-нибудь значительное разстояніе. Изъ этого авторъ дѣлаетъ предположеніе, что коллоидъ выдѣляется въ лимфатическую систему не въ формѣ плотной массы, а просачивается черезъ стѣнки въ видѣ жидкости.

Я намѣренно до сихъ поръ не касался довольно многочисленныхъ, хотя и несистематическихъ изслѣдованій, объ измѣненіяхъ щитовидной железы при экспериментальномъ гипертиреозизмѣ, считая болѣе удобнымъ рассмотреть ихъ теперь, поставивъ рядомъ съ ними и работы, трактующія объ гипотиреозизмѣ подъ вліяніемъ тереотоксической сыворотки.

*Ballet* и *Enriquez* производили свои изслѣдованія на собакахъ дѣлая однимъ изъ нихъ подкожныя имплантаціи железъ отъ другой собаки, другихъ кормили (бараньими щитовидными железами и, наконецъ, третьимъ вводили подъ кожу экстрактъ бараньихъ щитовидныхъ железъ. Наибольшій эффектъ они получили при впрыскиваніи экстракта, наименьшій при прививкѣ железъ. Изъ 12 собакъ, которымъ сдѣлано

было врыскиваніе экстракта, 5 погибло. При вскрытіи у 2-хъ найдено было увеличеніе щитовидной железы, а гистологическое изслѣдованіе показало исчезновеніе альвеолъ и сильное разростаціе юныхъ элементовъ, уменьшеніе проходимости лимфатическихъ путей, у 3-й собаки железа была въ состояніи атрофіи съ участками склеротическихъ измѣненій, но такъ какъ случай этотъ касался стараго животнаго, то авторъ ставитъ описанную картину въ зависимость отъ возраста; наконецъ, у двухъ собакъ констатировано утолщеніе артеріальныхъ стѣнокъ и разращеніе мелкихъ альвеолъ, изъ которыхъ только очень немногія подверглись коллоидной дегенерациі.

*Георгиевскій* при аналогичныхъ опытахъ ниразу не отмѣчалъ увеличенія щитовидныхъ железъ; наоборотъ, сравнительно съ железами контрольныхъ собакъ того же возраста и вѣса, онѣ часто были по вѣсу и по размѣрамъ значительно меньшими, фолликулы представлялись значительно большими и переполненными содержимымъ, дающимъ микрохимическія реакціи на коллоидъ. Эпителий, выстилающій фолликулы, вмѣсто обычной цилиндрической формы рѣзко уплощенъ какъ бы сдавленъ, имѣлъ почти видъ эндотелія. Протоплазмы очень мало, ядра интенсивно окрашены. Мѣстами, вследствие разрыва стѣнокъ, отдѣляющихъ два сосѣдніе фолликула, наблюдалось ихъ сліяніе. Капилляры и лимфатическія пространства между фолликулами не видны, повидимому были сдавлены. Описанныя измѣненія опредѣляются авторомъ, какъ функциональная атрофія железъ, идущая по типу физиологической яволюціи при старости.

*Cunningham* въ 3-хъ опытахъ на собакахъ послѣ подкожнаго введенія экстракта щитовидной железы наблюдалъ въ железахъ поверхностныя и интерстиціальныя кровоизліянія, въ другихъ опытахъ при всѣхъ способахъ введенія препарата щитовидной железы онъ не замѣчалъ вообще никакого измѣненія органа.

*Гончарукъ*, приготовляя специфическую сыворотку, изслѣдовалъ также щитовидную железу у иммунизируемаго животнаго (барана) и нашелъ значительное разрастаніе интрафолликулярной соединительной ткани, заустѣваніе многихъ фолликулъ, отсутствіе коллоидной субстанции въ лимфатическихъ пространствахъ, а также мутное набуханіе и хроматолизъ железистаго эпителіа.

*Ghedini*, поставивъ цѣлью изученіе дѣйствія экстрактовъ различныхъ органовъ на животный организмъ другого вида, у животныхъ, получавшихъ въ теченіе 2—3 мѣсяцевъ экстрактъ щитовидной железы, находилъ увеличеніе железы а при микроскопическомъ изслѣдованіи: увеличеніе многихъ железистыхъ долекъ, большія въ нихъ скопленія коллоидной субстанции, мѣстами слущиваніе эпителіа и смѣшеніе его въ коллоидномъ веществѣ лимфоцитами. Иногда выступало на видѣ значительное новообразование пузырьковъ со слѣдами коллоиднаго вещества. Расширеніе сосудовъ, мелкокѣлочная инфильтрація и соединительнотканная реакція отсутствовали.

*Peiser* провелъ 18 опытовъ на крысахъ, вводя ягъ подъ кожу и съ пищей вещество щитовидной железы. У ряда его животныхъ были констатированы глубокія измѣненія въ структурѣ фолликулярнаго эпителіа по типу аутолиза, заключающіяся въ увеличеніи тѣла кѣлокъ, слабымъ окрашиваніи ихъ. Ядра такихъ кѣлокъ или мало отличаются отъ нормальной формы и представляютъ лишь утолщеніе своей оболочки, другія сильно уменьшены, имѣютъ видъ круглыхъ точекъ, залегающихъ въ совершенно безцвѣтномъ кѣлочномъ тѣлѣ. Всѣ описанныя измѣненія авторъ не считаетъ специфическими, свойственными гипертиреозу и относитъ ихъ къ послѣдствіямъ общаго расстройства обмена веществъ, индивидуально различнымъ. Весьма похожія измѣненія авторъ наблюдалъ и при другихъ экспериментальныхъ условіяхъ, какъ напр., послѣ введенія подъ кожу сыворотки

животнаго другого вида, при голодаіи, при однообразномъ питаніи—исключительно бѣлковомъ, жировомъ и углеводномъ.

Вслѣдъ за открытіемъ *Bordet* первой цитолитической сыворотки къ краснымъ кровянымъ тѣльцамъ, вполне аналогичной по своему дѣйствию со специфическими бактериолитическими иммунными сыворотками, появился цѣлый рядъ изслѣдованій надъ полученіемъ цитолитическихъ сыворотокъ къ другимъ вѣствамъ животнаго организма. Тиреолитическая сыворотка впервые была получена проф. *Маньковскимъ* въ 1902 г., которъ съ интервалами въ 15 дней вырыскивалъ кошкамъ въ брюшную полость эмульсію изъ щитовидныхъ железъ собаки, растертыхъ въ 0,85% растворѣ повареной соли. Полученная уже послѣ 3-хъ вырыскиваній специфическая сыворотка проявляла свое токсическое дѣйствию для вѣстовъ щитовидной железы. При введеніи этой сыворотки въ кровь, брюшную полость или паренхиму щитовидной железы собаки у послѣдней развиваются явленія, подобныя тѣмъ, какія наблюдаются послѣ за экстарпаціей щитовидной железы. Въ нѣкоторыхъ опытахъ сыворотка оказывалась очень токсической для собакъ, такъ что при дозѣ 8—10 к. с. на кило вѣса послѣдствія погибали иногда очень скоро послѣ введенія въ кровь сыворотки. Микроскопическія измѣненія въ щитовидной железнѣ наиболее сильно выражены при интрагандулярномъ, непосредственно въ толщу железы, введеніи сыворотки и состоятъ въ уменьшеніи коллоида въ долькахъ, превращеніи его въ нѣкоторыхъ долькахъ въ аморфную, мелкозернистую массу и рѣзкомъ нарушеніи строепія самыхъ долекъ. Ядра представляются сморщенными и даже нѣсколько уменьшенными. При интравенозномъ введеніи специфической сыворотки измѣненія въ щитовидной железнѣ были не столь интенсивны, представляли расширеніе кровеносныхъ сосудовъ, уплотненіе кѣтокъ и растворенія хроматина ядра.



*Гончарукъ* подобнымъ образомъ иммунизировалъ ба-рана эмульсіей щитовидной железы собаки. Клиническія сим-томы и посмертныя измѣненія щитовидныхъ железъ отъ дѣй-ствия этой сыворотки у собаки получились вполнѣ соглас-ныя съ результатами *Маньковского*.

*Sartirana* работала на курахъ и собакахъ, обрабатывая первыхъ экстрактомъ собачьихъ щитовидныхъ железъ спу-стя пѣкоторое время получала сыворотку, обладавшую силь-нымъ токсическимъ дѣйствіемъ на собачьи щитовидныя же-лезы. Токсическое дѣйствіе на нервную систему проявляю-щееся въ извѣстныхъ клиническихъ симптомахъ, удавалось вызвать не только у собакъ, но и у морскихъ свинокъ.

*Mac Callum*, иммунизовавши гусей собачьими щито-видными железами, не получалъ столь благопріятныхъ резуль-татовъ, какія приведены только что цитированными авто-рами.

*Ladcke* испробовалъ различныя комбинаціи животныхъ, впрыскивая кроликамъ экстрактъ изъ щитовидныхъ железъ быка или морскимъ свинкамъ—щитовидныя железы кролика и собаки. Многія животныя очень тяжело переносили имму-низацию и черезъ 8—10 дней погибали при явленіяхъ про-грессирующаго упадка питанія. Наиболѣе ярко клиническіе симптомы отъ дѣйствія тиреотоксической сыворотки получены были у собаки и представлялись похожими на проявленія *cachexiae strumiprivaе*. Животныя послѣ 2—3 недѣльваго наблюденія убивались. Патологоанатомическія находки носили случайный характеръ и представлялись вообще очень скуд-ными, но авторъ полагаетъ что при болѣе продолжительномъ наблюденіи деструктивный процессъ могъ бы быть сильнѣе выраженъ, достигнувъ степени тѣхъ измѣненій, какія описанъ приведенными выше авторами.

*De Moor* и *Lint* при помощи эмульсіи собачьихъ щитовид-ныхъ железъ производили интранеритонеально иммунизацию морской свинки, кролика и голубей. Наиболѣе токсическая

сыворотка получена была отъ морскихъ свинокъ. Сыворотка не теряла своихъ свойствъ въ теченіе 24—48 часовъ. При впрыскиваніи этой сыворотки собакамъ, у послѣднихъ вызывается симптомомplexъ, сходный съ тѣмъ, какой наблюдается при прогрессивной атрофіи железы, съ рѣзко ослабленною секреторною дѣятельностью. Животное принимало подавленный видъ, дрожало, наблюдались слезотеченіе, носовой катарръ, расстройство дыханія, выпаденіе волосъ. Заднія конечности дѣлались очень ригидными. Смерть наступала черезъ 15—30 дней. Подъ микроскопомъ авторъ констатировалъ глубокія измѣненія секреторныхъ клѣтокъ въ щитовидной железнѣ. Не было ни одного фолликула съ нормальнымъ плоскимъ эпителиемъ. Наиболее часто встрѣчались цилиндрическія клѣтки съ протоплазмой зернистой или глянцовой. Въ клѣточной территоріи, прилегающей къ просвѣту фолликула, основное вещество богато большими зернами, сильно красящимися отъ эозина, съ неправильной формой ядеръ, бѣдныхъ нуклеиномъ и расположенныхъ эксцентрично. Въ другихъ фолликулахъ эпителий во многихъ мѣстахъ представляется поврежденнымъ. Отторгнутые эпителиальныя элементы въ разныхъ фазахъ регрессивныхъ измѣненій находятся внутри желестыхъ музирковъ. Мѣстами полости фолликуловъ почти не содержатъ коллоида, но наполнены большимъ количествомъ клѣтокъ, повидимому, пролиферирующаго эпителиа. На ряду съ описанными измѣненіями наблюдается также гипертрофія соединительной интерфолликулярной ткани, дающей внутрь фолликуловъ отростки. Здѣсь же встрѣчаются и лейкоциты, и нѣсколько крупныхъ клѣтокъ—макрофаговъ. На основаніи приведеннаго описанія авторъ приходитъ къ заключенію, что подъ влияніемъ анти-тиреоидальной сыворотки клѣточные измѣненія идутъ въ двухъ направленіяхъ: однѣ клѣтки достигаютъ, повидимому, максимальнаго истощенія, что стоитъ въ связи съ развивающимся гипотиреозомъ, другія клѣтки представляютъ въ тоже время картину повышенія дѣятельности. Такая двой-

ственность дѣйствія, по мнѣнію автора, зависитъ оттого, что сыворотка, помимо прямого истощающаго дѣйствія на клѣтки щитовидной железы, оказываетъ возбуждающее вліяніе на общій обмѣнъ всего организма.

Изъ обзора приведенныхъ литературныхъ данныхъ видно, что въ щитовидной железѣ, подобно другимъ железамъ, въ различныя моменты и при различныхъ условіяхъ ихъ секреторной дѣятельности происходятъ соответствующія морфологическія измѣненія. Лишь *Briau* и *Lüdcke*, на основаніи отрицательнаго результата своихъ опытовъ съ раздраженіемъ и перерѣзками симпатическаго нерва приходятъ въ заключенію, что секреторный процессъ щитовидной железы не доступенъ обыкновенному гистологическому анализу. Слѣдуетъ замѣтить, что раздраженіе нервовъ щитовидной железы осталось также безъ результата у *Hürthle*, въ то время какъ при примѣненіи другихъ способовъ воздѣйствія на железу тѣмъ же авторомъ были уловлены болѣе или менѣе глубокія структурныя измѣненія щитовидной железы. Относительно деталей въ развитіи этихъ структурныхъ измѣненій данныя, полученныя различными изслѣдователями, довольно разнорѣчивы, что уже само по себѣ оправдываетъ нашу попытку представить свои наблюденія.

### СОБСТВЕННЫЯ НАБЛЮДЕНІЯ.

Поставивъ одной изъ цѣлей своего изслѣдованія изученіе микроскопическихъ измѣненій въ строеніи паренхиматозныхъ элементовъ щитовидной железы у млекопитающихъ въ зависимости отъ тѣхъ или иныхъ условій ихъ физиологической дѣятельности, я считалъ необходимымъ прежде всего предпринять нѣсколько повѣрочныхъ экспериментовъ для полученія личнаго впечатлѣнія о тѣхъ измѣненіяхъ, которыя совершаются въ щитовидной железѣ подѣ вліяніемъ различныхъ воздѣйствій, разсмотрѣнныхъ въ литературномъ очеркѣ. Само собой разу-

иѣется, что для установленія критерія при сужденіи о нормальномъ состояніи железы предварительно были изучены щитовидныя железы у нормальныхъ животныхъ, не подвергавшихся никакимъ экспериментамъ и выдержанныхъ болѣе или менѣе продолжительное время на однообразномъ лабораторномъ режимѣ. Только послѣ этого было приступлено къ изученію собственно экспериментальнаго матеріала, при чемъ въ качествѣ агентовъ для вызыванія измѣненій въ секреторной дѣятельности щитовидной железы были испытаны: подкожныя инъекціи пилокарпина, раздраженіе индукціоннымъ токомъ верхнихъ гортанныхъ нервовъ, частичная экстирпація щитовидной железы и наконецъ, тиреолизическая сыворотка, а также параллельно съ нею были произведены опыты съ гипофизеолитической сывороткой.

Полученные результаты послужили базисомъ для сужденія о морфологическихъ признакахъ дѣятельнаго состоянія секреторныхъ элементовъ щитовидной железы. Въ основу дальнѣйшихъ изслѣдованій легло доказываемое новѣйшими физиологическими наблюденіями положеніе о физиологической согласованности (корреляціи) между щитовидной железой и другими органами, обладающими внутренней секреціей. Какъ извѣстно, интересъ изслѣдователей пока сосредоточился главнымъ образомъ на вопросѣ о корреляціи щитовидной железы, надпочечниковъ и поджелудочной железы. На основаніи физиологическихъ наблюденій *Eppinger'a*, *Falka* и *Rudinger'a* выяснилось, что надпочечники и щитовидная железа взаимно содѣйствуютъ другъ другу, работаютъ какъ синергисты, а на панкреатическую железу они оказываютъ тормозящее вліяніе, т. е. дѣйствуютъ какъ антагонисты. Руководясь этими данными я и включилъ въ кругъ своего изслѣдованія изученіе дѣйствія на щитовидную железу гормона надпочечниковъ—адреналина.

Подвергая животных въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени дѣйствию адреналина, можно было надѣяться вызвать морфологическія измѣненія въ ткани щитовидной железы, позволяющія судить о томъ или иномъ состояніи секреторнаго процесса. Такая постановка опытовъ представлялась особенно интересной, такъ какъ, насколько намъ извѣстно, систематично никто еще не пытался съ помощью адреналина изучать секреторный процессъ въ щитовидной железн.

То же обстоятельство, что *Liscini*, руководствуясь, очевидно, тѣми же данными о корреляціи органовъ, получилъ усиленіе секреторной дѣятельности щитовидной железы послѣ экстирпаціи *pancreas*, подавало мнѣ надежду, что намѣченныя опыты съ адреналиномъ не будутъ безплодными.

Всего было произведено 34 опыта, для чего было взято 25 кошекъ и 9 кроликовъ. Изъ этихъ животныхъ двумъ кошкамъ вводился подъ кожу водный растворъ пиллокарпина (0,01 — 0,02 gtm) до полученія яснаго слювотеченія. У трехъ кошекъ была произведена односторонняя тиреоидэктомія (у кошекъ щитовидная железа состоитъ изъ двухъ вполне отдѣльныхъ половицъ съ включенной въ каждую изъ нихъ и анатомически связанной съ ними цврью — вѣружнаго и внутренняго эпителиальныхъ тѣлецъ. На двухъ кошкахъ, находившихся въ состояніи эфирнаго уретаннаго наркоза, были поставлены наблюденія съ раздраженіемъ *n. vi laryngei sup.* Шести кошкамъ вводилась тиреоидическая сыворотка. Для полученія послѣдней производилась вымунка зація собакъ щитовидными железами кошекъ. Съ этой цѣлю собакамъ въ теченіе 10—15 недѣль вырабатывалась съ промежутками въ 7—10 дней эмульсія, приготовленная изъ растертыхъ 2—3 кошачьихъ щитовидныхъ железъ съ небольшимъ количествомъ обезжиреннаго изотоническаго раствора поварен-

ной (NaCl) соли. При приготовленія эмульсии ткань щитовидной железы тщательно освобождалась отъ соединенныхъ съ нею знателіальныхъ тѣлецъ, въ виду указаній на существующій между ними антагонизмъ. Это условіе, судя по даннымъ литературы, не принималось въ расчетъ другими исследователями, работавшими съ тиреолитическими сыворотками. У иммунизированныхъ тѣмъ образомъ собакъ съ помощью кровопусканія изъ art. carotis бралась кровь, сыворотка которой и служила потомъ для опытовъ. Одновременно съ изученіемъ гистологическихъ измѣненій въ щитовидной железн, наступающихъ подъ влияніемъ тиреолитической сыворотки, попутно были поставлены опыты съ висометромъ для изученія дѣйствія сыворотки на кровообращеніе.

Гипофизеолитическая сыворотка вводилась интравенно 4-мъ кошкамъ. Техника изготовленія ея была изложена мною раньше въ отдѣльной статьѣ,<sup>1)</sup> а потому, во избѣжаніе повтореній не буду на ней здѣсь останавливаться. Отмѣчу только, что иммунизация животныхъ производилась не цѣлымъ органомъ, а отдѣльными его долями: передней и задней, такъ какъ, согласно нѣкоторымъ физиологическимъ наблюденіямъ, обѣ эти доли должны быть признаны до извѣстной степени самостоятельными железами съ внутренней секретіей.

Остальные 16 опытовъ были поставлены съ адреналиномъ, при чемъ мною примѣнялся исключительно *adrenalinum hydrochloricum Tacamine* (Parke, Davis et Co). Эти опыты я раздѣлялъ на двѣ категоріи: одни, въ которыхъ впрыскивалась сразу или съ промежутками въ нѣсколько минутъ большая доза адреналина и которые были предназначены для выясненія мѣстнаго вліянія адреналина; другіе опыты, для которыхъ были

<sup>1)</sup> В. Е. Осокинъ. Къ вопросу о гипофизеолитинахъ. „Извѣстія Императорскаго Николаевскаго Университета т. IV, вып. 4.

Объ же, Zur Frage der Hypophyselysines. *Zentralblatt für Physiologie* XXVIII, № 2.

взяты 4 кошки и 9 крольковъ предвзначались для выясненія измѣненій въ щитовидной железѣ при введеніи въ организмъ животнаго адреналина въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени, въ постепенно возрастающихъ дозахъ. Въ опытахъ второй категоріи кроликамъ инъекціи дѣлались въ ушныя вены, а кошкамъ подъ кожу. Продолжительность наблюденія и количество впрыснутаго адреналина въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ указаны ниже въ протоколахъ вскрытій. Животныя, за исключеніемъ случаевъ, гдѣ животное погибло въ теченіе опыта, всегда убивались уколомъ въ продолговатый мозгъ. Вскрытіе производилось во всѣхъ случаяхъ тотчасъ послѣ смерти.

Кусочки щитовидной железы фиксировались въ смѣсяхъ *Flemming'a* *Кульчицкаго* и *Bouin'a*, а также въ 10% формалинѣ, уплотнялись въ алкогольъ возрастающей крѣпости, послѣ чего часть кусочковъ заключалась въ параффинъ, а другая въ пеллоидинъ. Срѣзы изъ препаратовъ, фиксированныхъ въ формалинѣ или жидкости *Кульчицкаго*, окрашивались гематоксилиномъ *Böhm'er'a* или *Ehrlich'a* съ дополнительной окраской эозиномъ или пикро-фуксиномъ (по *van-Gieson'u*); для препаратовъ, фиксированныхъ въ смѣси *Flemming'a*, применялась окраска сафраниномъ съ послѣдующей обработкой пикро-яндог-варминомъ. Для просвѣтленія срѣзовъ употреблялось главнымъ образомъ бергамотовое масло; заключались они обыкновенно образомъ въ канадскій бальзамъ. Кусочки, фиксированные въ жидкости *Bouin'a* красились въ срѣзахъ по способу бельгійскаго изслѣдователя *Joris'a*, впервые примененному имъ для изученія подробностей строенія железистой доли въ мозговомъ придаткѣ, и на преимуществе котораго указывалъ въ своей работѣ о мозговомъ придаткѣ другой бельгійскій изслѣдователь *Masay*. Окрашиваніе по этому способу производилось такъ: сначала срѣзы окрашивались гематоксилиномъ *Böhm'er'a* и *Ehrlich'a*, затѣмъ они послѣдовательно переносились въ алкоголь, въ хлороформъ и наконецъ, въ смѣсь, содержащую 30 частей хлороформа

30 частей насыщеннаго алкогольнаго раствора *aurantiae*, 6—7 капель насыщеннаго воднаго раствора *rubini S*—я двѣ капли *liq. ammonii caustici*. Пробывшіе въ этой смѣси 5—10 минутъ сѣтвы опять переносились въ хлороформъ и затѣмъ заключались въ канадскій бальзамъ. При этомъ способѣ ядра кажутся синими, вѣжная волокнистая соединительная ткань пурпурно-красной, красныя кровяныя тѣльца являются блѣдно-желтыми. Протоплазма железистыхъ вѣттокъ окрашивалась въ свѣтло оранжевый, а содержащаяся въ ней зернистость и коллоидное вещество въ красный цвѣтъ.

Переходи къ описанію своихъ наблюденій, я позволяю себѣ прежде всего изложить строеніе нормальной щитовидной железы у тѣхъ видовъ животныхъ, надъ которыми производились ваши опыты (кроликъ, кошка). Въ общемъ, на вашихъ препаратахъ оно представляется въ слѣдующемъ видѣ: щитовидная железа состоитъ изъ конгломерата множества железистыхъ пузырьковъ, заложенныхъ въ соединительно—тканную строму, бога свѣжешую кровеносными сосудами и лимфатическими путями (см. табл. I, рис. 1). Мѣстами между фолликулами заложены такъ называемыя солиныя скопленія эпителиальныхъ элементовъ, представляющія, по видимому, болѣе молодыя железистыя вѣтвца, изъ которыхъ лишь со временемъ развиваются фолликулы. Форма фолликуловъ по большей части круглая, яйцевидная, мѣстами неправильно угловатая. Величина ихъ колеблется: есть очень маленькіе, стѣвка которыхъ въ разрѣзѣ представляется ограниченной всего 4—5 эпителиальными вѣтвцами, и вряду съ ними встрѣчаются очень большіе, ограниченные большимъ количествомъ вѣттокъ, причемъ распределеніе большихъ и малыхъ фолликуловъ между собой, по видимому, не подчиняется никакимъ особымъ законамъ. Намъ никогда не приходилось находить признаваемой вѣкторыми авторами, по аналогіи съ другими железами, *membranam propriam* фолликуловъ. Эпителиальныя вѣтки фолликуловъ располагаются или непосредственно на кровеносныхъ капиллярахъ



и лимфатическихъ путяхъ, или на окружающихъ фолликулы соединительно-тканыхъ волокнахъ, что въ особеннота легко уластся доказать при окраскѣ по способу Jørgis'a. Пузырьки содержатъ коллоидную массу, представляющую двѣ разновидности, а именно, болѣе темную, легче воспринимающую красящія вещества, и свѣтлую, менѣе окрашиваемую. Эта коллоидная масса то вплотную прилегаетъ къ выстилающему фолликулъ эпителию, то, повидимому, въ зависимости отъ свертыванія подъ влiянiемъ фиксажа, отстаетъ отъ стѣнокъ фолликула, сохраняя лишь кое-гдѣ связь съ фолликулярными клѣтками въ видѣ тонкихъ мостиковъ. Въ лимфатическихъ сосудахъ, окружающихъ фолликулы, попадаютъ массы, похожiя на только-что описанное коллоидное содержимое фолликуловъ. Фолликулярное содержимое не всегда является чистымъ и свободнымъ отъ примѣси; встрѣчаются въ разныхъ мѣстахъ препарата въ небольшомъ количествѣ десквамированныя эпителиальныя клѣтки, распавшiяся ядра клѣтокъ и красныя кровяныя тѣльца. Эпителиальныя клѣтки имѣютъ то нѣсколько уплощенную, то кубическую форму съ очень ясно различаемыми границами. Протоплазма клѣтки зерниста, при чемъ въ части, обращенной къ просвѣту фолликула, часто зернистость представляется рѣзче выраженной, и потому, клѣтка въ этомъ отдѣлѣ интенсивнѣе окрашивается. Въ кубическихъ клѣткахъ ядро лежитъ нѣсколько эксцентрично, въ наружной половинѣ клѣтки съ ясно выраженной хроматиновой сѣтью и отчетливо выступающими ядрышками. Ядра имѣютъ сферическую или нѣсколько вытянутую форму. Описываемыя клѣтки составляютъ большинство п, на первый взглядъ, кажутся единственными клѣтками фолликуловъ, почему и получили названiе главныхъ клѣтокъ. Въ промежутку съ ними, но въ меньшемъ количествѣ расположены такъ называемыя коллоидныя клѣтки, которыхъ у кролика очень мало. Эти клѣтки отличаются болѣе интенсивной окраской и гомогенной протоплазмой. Между обоими видами клѣтокъ существуетъ цѣлый рядъ переходныхъ формъ, протоплазма которыхъ

также сильно окрашивается, чѣмъ обыкновенныя главныя кѣтки, но въ значительной степени сохраняютъ зернистое строеніе.

Мѣстами въ изслѣдованныхъ нами нормальныхъ щитовидныхъ железахъ встрѣчались кѣтки съ сильно вакуолизированной, какъ бы разрѣженной и расплавленной протоплазмой, изъ которыхъ нѣкоторыя въ нѣсколько разъ превосходятъ своими размѣрами описанныя выше кѣтки. Тамъ, гдѣ дѣло доходитъ до полной гибели извѣстнаго числа измѣненныхъ такимъ образомъ кѣтокъ, случалось находить разрывы стѣнокъ фолликула, ведущіе или къ слянію сосѣднихъ железистыхъ пузырьковъ, или опорожненію содержимаго въ лимфатическое пространство.

*Результаты экспериментовъ.* Наибольшія измѣненія въ щитовидной железнѣ наступали подѣ влияніемъ тиреолитической сыворотки и адревалина, при чемъ подѣ влияніемъ этихъ агентовъ они развивались не съ одинаковой быстротой и не съ одной и той же интенсивностью. Скорѣе всего измѣненія щитовидной железы обваруживались въ опытахъ съ тиреолитической сывороткой. Въ одномъ рядѣ случаевъ ихъ можно было наблюдать уже спустя 1 часъ послѣ впрыскиванія въ *v. jugularis* 30 куб. цен. сыворотки. Въ это время удавалось констатировать умѣренное расширеніе сосудовъ, появленіе значительнаго количества большихъ эпителиальныхъ кѣтокъ въ стѣнкахъ фолликуловъ съ свѣтлой протоплазмой. Еще болѣе рѣзкія измѣненія приходилось встрѣчать при изслѣдованіи железы черезъ 6—24 часа (см. табл. II. рис. 3) послѣ впрыскиванія тиреолитической сыворотки. Протоплазма железистыхъ кѣтокъ представляется вѣрнее набухшей, разрыхленной и пронизанной вакуолами, нѣкоторыя кѣтки превращались прямо въ стѣтку, въ которой видѣлись довольно хорошо сохранившіяся ядра. Количество коллоидныхъ кѣтокъ въ одномъ рядѣ случаевъ казалось увеличеннымъ въ числѣ, въ другомъ оставалось въ предѣлахъ нормы. Величина фолликуловъ и степень растяженія ихъ коллоидомъ непостоянно, также

постоянно измѣненіе калибра кровеносныхъ сосудовъ, представляющихся то болѣе, то менѣе широкими. Дальнѣйшія измѣненія щитовидной железы, насколько позволяютъ судить наши препараты, сводятся къ постепенному возвращенію органа къ нормальному состоянію. Протоплазма главныхъ железистыхъ кѣлокъ принимаетъ вновь зернистый видъ. Вакуолы занимаютъ только небольшую часть кѣтки. Этотъ процессъ возстановленія обычной структуры кѣлочнаго тѣла происходитъ въ однихъ случаяхъ довольно быстро, такъ что по истеченіи уже 24 час. въ щитовидной железнѣ наблюдается картина, почти соответствующая уже той, которая встрѣчалась у нормальныхъ животныхъ. (См. табл. III. рис. 5). Въ другихъ случаяхъ тотъ же процессъ идетъ гораздо медленнѣе и по истеченіи 48 часовъ на препаратахъ изъ щитовидной железы можно было встрѣтить еще глубокія измѣненія строенія въ фолликулахъ съ обладаніемъ сильно разбухшихъ, безцвѣтныхъ, лишенныхъ нормальной зернистости протоплазмы кѣлокъ, ядра которыхъ частью были смѣщены и окрашивались диффузно. (См. табл. II рис. 4).

Само собою напрашивается вопросъ, слѣдуетъ ли принять только-что рассмотрѣнныя измѣненія щитовидной железы за различныя фазы физиологическаго состоянія или они должны быть отнесены къ процессамъ дегенеративнаго характера. Если принять во вниманіе то, что въ контрольныхъ препаратахъ хотя и въ ограниченномъ количествѣ, также отмѣчалось присутствіе измѣненныхъ кѣлокъ, что явленій полнаго разрушенія паренхиматозныхъ элементовъ въ нашихъ опытахъ почти не наблюдалось, ядра измѣнялись не во всѣхъ случаяхъ и наконецъ способность отмѣчалась у измѣненныхъ кѣлокъ къ быстрому возстановленію, то можно притти къ заключенію, что здѣсь дѣло идетъ лишь о физиологическомъ состояніи. Сравнительная полученныя мною данныя съ гистологическими измѣненіями, констатированными *Маньковскимъ*, *Гончаруковымъ* и находя между ними разницу, приходится допустить, что причина

такого неодинаковаго отношенія къ примѣняемому агенту лежать въ способѣ иммунизациі животныхъ. Какъ уже сказано было, въ нашихъ случаяхъ, взятая для этой цѣли ткань щитовидной железы тщательно отдѣлялась отъ эпителиальныхъ тѣлецъ, каковое условіе не было соблюдено *Маньковскимъ*, что не можетъ считаться безразличнымъ для щитовидной железы. Та же причина могла лежать въ основѣ различія результатовъ моихъ наблюденій съ данными *Demoor* и *Lint'a*, и кромѣ того не могло оставаться безразличнымъ то обстоятельство, что опыты этихъ авторовъ длились большіе сроки, чѣмъ мои, а тиреолитическая сыворотка вводилась въ организмъ животного повторно. Ближе всего отмѣченныя нами гистологическія измѣненія стоятъ къ тѣмъ измѣненіямъ, которыя находилъ въ корковомъ вѣствѣ надпочечниковъ *проф. Богомолецъ*, вводя въ организмъ животныхъ супререполитическую сыворотку.

Что касается поставленныхъ мною наблюденій съ вимографомъ, то онѣ показали, что тиреолитическая сыворотка при внутривенномъ введеніи въ организмъ вызываетъ небольшое и быстрое выравнивающееся паденіе кровяного давленія; дать объясненіе этому факту въ настоящее время представляется еще затруднительнымъ.

Измѣненія щитовидной железы, полученныя подѣ влияніемъ адреналина въ острыхъ опытахъ (впрыскиваніе въ *art. thyreoid.* 0,4—0,6 mgm. адреналина) сводятся къ слѣдующему: эпителиальныя клѣтки фолликуловъ являются хотя и зернистыми, но эта зернистость представляется очень неравномерной, отчего протоплазма кажется какъ бы разрыхленной и нѣсколько вакуолизированной. Ядра въ нѣкоторыхъ клѣткахъ—съ неровными контурами, блѣдны и иногда диффузно окрашивались. Въ очень небольшомъ количествѣ встрѣчались клѣтки съ сильно поврежденной протоплазмой и лишены ядеръ. Мѣстами замѣчалась десквамація измененнаго эпителія отъ стѣнокъ фолликуловъ. Наиболее рѣзкія измѣненія въ щитовидной железн были достигнуты при впрыскиваніи адре-

налина беременной кошки. На контрольныхъ препаратахъ щитовидной железы, взятыхъ отъ беременной кошки, но не подвергавшейся никакимъ экспериментамъ, особенно замѣтныхъ измѣненій я не могъ подмѣтить. Такимъ образомъ, подъ вліяніемъ адреналина измѣненія въ эпителии щитовидной железы наступаютъ довольно скоро, но преобладающими среди нихъ все же являются клѣтки съ измѣненіями не патологическаго характера, а скорѣе секреторнаго. Въ пользу такого заключенія говорятъ два наблюденія, указывающія на возможность уже черезъ сутки восстановленія нормальнаго строенія щитовидной железы при однократномъ введеніи адреналина въ тѣхъ дозахъ, которыя обыкновенно вскорѣ послѣ впрыскиванія проявляли значительную силу дѣйствія.

Измѣненія въ щитовидной железн у животныхъ, подвергавшихся многократнымъ впрыскиваніямъ адреналина (въ постепенно возрастающихъ дозахъ, начиная отъ 0,04—1,6 mgm. для кролика и 0,4—5,0 mgm. для кошки) являются дальнѣйшимъ развитіемъ только что описанныхъ. Щитовидныя железы въ большинствѣ случаевъ представляются уменьшенными. Эпителіальныя клѣтки фолликуловъ однихъ случаяхъ высоки, съ протоплазмой въ состояніи разрѣженія. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ случалось видѣть большія ядра коллоиднаго вещества. Ядра были смѣщены въ просвѣту фолликуловъ. (См. табл. 1, рис. 2). Въ другихъ случаяхъ эпителий фолликуловъ очень низкій, съ плохо различимой зернистой протоплазмой, съ вытянутыми ядрами. Соединительная ткань мѣстами увеличена. (См. табл. III, рис 6). Измѣненія этого типа гворятъ о наступленіи глубокаго функціональнаго истощенія. О состояніи истощенія можно вывести заключеніе также на основаніи превращенія у нѣкоторыхъ нашихъ животныхъ гликозуриі, которая въ началѣ каждаго наблюденія у такихъ животныхъ наступала послѣ впрыскиваній адреналина, что можетъ быть сопоставлено съ аналогичнымъ наблюденіемъ

*Eppinger'a*, *Falta* и *Rudinger'a* надъ дѣйствиємъ адреналина на животныхъ, лишенныхъ щитовидной железы.

Только-что приведенные факты, указывая на взаимодействіе щитовидной железы и гормона надпочечниковъ, важны и интересны потому, что даютъ возможность лишній разъ заглянуть въ очень сложный механизмъ корреляціи железъ съ внутренней секреціей и такимъ образомъ подтверждаютъ, можетъ быть, мнѣніе, высказанное въ работѣ *Цитовича*, что вымѣняющаяся теперь стройная система о взаимоотношеніяхъ органовъ съ внутренней секреціей представляетъ изъ себя— не плодъ фантазіи, а огромной важности теорію новаго ученія, покояшагося на экспериментальныхъ данныхъ. При свѣтѣ этихъ данныхъ мало-по-малу измѣняются и клиническіе представленія о сущности дистиреозовъ. Тамъ, гдѣ до сихъ поръ видѣли лишь послѣдствія нарушенія функціи аппарата щитовидной железы, клиницисты уже начинаютъ призывать, что эти нарушенія въ свою очередь являются лишь слѣдствіемъ болѣе глубокихъ разстройствъ въ различныхъ отдѣлахъ гормонопотической системы. (*Kraus*, *Даръшевичъ* и др.).

Эти же данныя позволяютъ выдвинуть еще одинъ вопросъ практическаго характера, именно, вопросъ о примѣненіи вещества надпочечниковъ въ качествѣ лечебнаго средства при дистиреозахъ вообще и въ частности при Базедовой болѣзни. Не спѣша дѣлать въ этомъ направленіи опредѣленныхъ выводовъ, слѣдуетъ, тѣмъ не менѣе указать, что нѣкоторые авторы, какъ напр. *Hascovec*, *Richardson*, *Sainton* сообщали о достигнутыхъ ими благопріятныхъ результатахъ при такомъ леченіи Базедовой болѣзни.

Обращаясь къ своимъ опытамъ съ гиофизеолитической сывороткой, долженъ отмѣтить, что положительный результатъ, въ смыслѣ усиленія секреторныхъ явленій въ щитовидной железѣ, получился только въ той серіи, въ которой бралась сыворотка отъ животныхъ, иммунизируемыхъ эмульсіей изъ

передней железистой доли придатка. Сыворотка специфическая для задней доли придатка оказалась недѣятельной по отношенію въ щитовидной железн. Этотъ фактъ неодинакового отношенія къ щитовидной железн специфическихъ сыворотокъ для задней и переднихъ долей придатка даетъ нѣкоторую точку опоры для пониманія взаимной связи, которая, повидимому, существуетъ между передней долей мозгового придатка и щитовидной железой. За эту связь до сихъ поръ говорило сходство, обнаруживаемое ими въ строеніи и нѣкоторые факты въ патологіи человѣка, указывающіе на сходство ихъ и по своему физиологическому дѣйствию. Констатированный нами фактъ такимъ образомъ не противорѣчитъ этимъ даннымъ. Заканчивая обзоръ полученныхъ мною результатовъ, остается сказать, что найденныя измѣненія секреторнаго характера при другихъ условіяхъ эксперимента, а именно—при частичной экстирпаціи щитовидной железы, раздраженіи верхнихъ гортанныхъ нервовъ, отличающіяся лишь незначительными частностями, въ общемъ, по своему качеству подходили въ большей или меньшей степени къ тѣмъ, о которыхъ уже приходилось говорить. Какъ на особенность укажу только на 2 случая экстирпацій щитовидной железы, въ которыхъ оставшіяся части железъ обнаруживали измѣненія не только секреторнаго, но и регенеративнаго характера. Навменѣ измѣненія железистыхъ клѣтокъ выражены были при введеніи пилорикарину, что является вполне согласнымъ съ указаніемъ *Schmidt'a* и противорѣчатъ даннымъ *Roger* и *Carnier*, *Wyss'a* и *Andersson'a*.

Остается отвѣтить еще на два вопроса, которые ставили себѣ и другіе авторы, изслѣдовавшіе подобно мнѣ секреторный процессъ въ щитовидной железн, а именно: 1) представляетъ ли коллоидъ продуктъ секреторной дѣятельности эпителія, или результатъ вторичнаго превращенія жидкости, выдѣляемой внутрь фолликула эпителіальными клѣтками и 2) какимъ способомъ коллоидъ поступаетъ въ организмъ. Какъ мы видѣли

мнѣнія различныхъ изслѣдователей по этимъ вопросамъ довольно разнорѣчивы. Изученіе нашихъ препаратовъ, въ особенности сдѣланныхъ по методу *Joris*, позволяетъ мнѣ утверждать, что коллоидъ первично появляется въ видѣ зернышекъ внутри эпителиальныхъ вѣтчекъ; зернышки, по мѣрѣ увеличенія ихъ числа, сливаются въ шары и, наконецъ, выталкиваются въ просвѣтъ фолликула. Что касается 2-го вопроса, то мнѣ иногда не приходилось находить на своихъ препаратахъ межклеточныхъ ходовъ, описанныхъ *Hirthle*; разрывы въ стѣнкахъ фолликуловъ встрѣчались далеко не часто, даже въ случаяхъ, гдѣ вѣтки обнаруживали явленія усиленной функціи, чтобы служить исключительнымъ путемъ для поступленія коллоида въ организмъ. Въ виду этого и принимая во вниманіе большую близость фолликулярнаго эпителия къ кровеноснымъ сосудамъ, можно допустить, согласно съ мнѣніемъ *de Quervain'a*, *Милевскаго* и *Часовникова*, возможность непосредственнаго поступленія коллоида въ кровеносную и лимфатическую систему въ силу процессовъ физико-химическаго характера.

Не касаясь другихъ подробностей своихъ изслѣдованій, я перечислю главнѣйшіе выводы, въ которыхъ они привели.

1. При нормальномъ состояніи щитовидной железы въ ней всегда встрѣчается нѣкоторое количество вѣтчекъ, обнаруживающихъ усиленную функцію.

2. Строгое различіе между главными и коллоидными клетками невозможно, въ виду существованія между ними ряда переходныхъ формъ.

3. Морфологическимъ субстратомъ усиленной отдѣлительной функціи слѣдуетъ считать увеличеніе числа клетокъ съ разрыхленной, вакуолизированной протоплазмой при сравнительно маломъ измѣненіи ядеръ и отсутствіи микроскопическихъ реакцій, указывающихъ на какіе-либо дегенеративные процессы въ эпителиальныхъ клеткахъ.

4. Обнаруживаемыя внутри железистыхъ клетокъ зерна и глыбки представляютъ изъ себя коллоидное вещество.



5. Адреналинъ сначала усиливаетъ секреторную дѣятельность щитовидной железы, а при длительномъ примѣненіи вызываетъ въ ней состояніе фізіологическаго истощенія и явленія простой атрофіи кліточныхъ элементовъ.

6. Тиреолитическая, гипофізеолитическая сыворотка, частичная экстирпація щитовидной железы, раздраженіе гортанныхъ нервовъ могутъ усиливать секреторный процессъ въ щитовидной железѣ.

7. Пилокарпинъ не оказываетъ существеннаго дѣйствія на секреторную дѣятельность щитовидной железы.

---

## Указатель литературы.

- Alquier et Touchard.* — Arch. de med. exper et d'anatom. path. 1907.
- Andersson.* Arch. f. Anat. und Etviklungsgeschichte. Bd. 65. 1894.
- Ascanazy.* Цит. по *Falta.*
- Baber.* Цит. по *Wölfler*'у.
- Ballet et Enriquez.* Sem. med. 1894 и 1895.
- Barbera et Ricci.* Zentr f. Physiol. 1902.
- Березоскрид.* Zigl. Beitr. Bd. 12, 1892.
- Biedl.* Innere Sekretion. Wien, 1913.
- Biondi.* Berl. klin. Wochenschr., 1888.
- Бюломольц.* Диссертация. 1909.
- Bolten.* Deutsch. Zeitchr. f. Nervenheilk. Bd. 53.
- Bozzi.* Ziegl. Beitr. Bd. 18. 1895.
- Briau.* These, Paris, 1898.
- Mac Callum.* Bioch. Zentralbl., 1904.
- Charcot.* Цит. по *Ewald*'у.
- Cassirer.* Die vasomot. troph. Neuroen. Berlin. 1912.
- De Coulon.* Virch. Arch. Bd. 147.
- Cunningham.* Zentralbl f. Physiol., 1899.
- Cyon.* Die Gefässdrüsen als regulat. Schutzorgane d. Nervensystems, Berlin, 1910.
- Цитовичъ.* Новая идея въ медицинѣ, Сб, 319 1914.
- Проф. Даркиевичъ.* Курсы первыхъ болѣзней Т. 3. 1914.
- Demoor et Lint.* Le serum antithyroid. et son mode d'action. Bruxelles, 1903.

- Ehrlich*. Beitr. zur klin. Chirurgie, 1900.  
*Eppinger, Falta und Rudinger*. Zeitschr. f. klin. med. Bd. 66. und 67, 1908.  
*Erdheim*. Ziegl. Beitr. Bd. 33, 1903.  
*Ewald*. Die Erkrank. der Schilddrüse, Wien 1909.  
*Farner*. Virchow's Arch, 1896.  
*Franz*. Americ. Journ of Physiol. v. 19, 1907.  
*Galeotti*. Arch. f. mikroskop. Anat. und Entwicklungsgeschichte Bd. 48 1897.  
*Георгиевскій*. Петр. дисс. 1896.  
*Goett*. цит. по *Levi et Rothschild*'у.  
*Гончаруковъ*. Centr. f. allgemeine Pathol. und pathol. Anat. 1902.  
*Gordon*. Therapeut Gazette. 1907.  
*Gull*. цит. по *Vincent*'у.  
*Gutknecht*. Virch. Arch. Bd 91 1885.  
*Hectoën*. Centr. f. allgem Path. u Pathol. Anat. 1897.  
*Haskovez*. Revue neurol. 1900.  
*Hertoghe*. Nouv. Icon. de la Salpeter. 1899.  
*Hüthle*. Deutsche. med. Wochenshr. 1894 и Physiol. Arch. Bd 56.  
*Jeanselme*. Цит. по *Cassirer*'у.  
*Joris*. цит. по *Masay*.  
*Kaschiwamura*. Virchow's Arch. Bd. 166.  
*Katzenstein*. Arch. f. Anat. und Physiol, 1897.  
*Kocher*. Th. Arch. f. Klin. Chirurg. Bd. 29, 1883.  
*Kocher A.* Mitteilungen aus der Grenzgebieten der Mediz. und Chirurg. Bd. 9.  
*Оуз же*. Virch. Arch. Bd. 208, 1912.  
*Kornfeld*. Wien. mediz. Presse, 1906.  
*Krömer*. Deutsche med. Wochenschr. 1903.  
*Laignel-Lavastine*. Revue de Psychiatr. v. 12, 1908.  
*Langendorff*. Biol. Zentralbl. Bd. 9. 1899.  
*Оуз же*. Arch. f. Anat und Physiol 1899.

- Langhans.* Virch Arch. Bd. 206 1911.  
*Овъ же.* Virch. Arch. Bd. 128, 1892.  
*Lewandowsky.* Festschr f. v. Leyden, 1902.  
*Levi et de Rothschild.* Revue neurol 1909.  
*Liebermeister.* Цит. по *Ewald*'у.  
*Lobenhoffer.* Mitteil aus dem Grenzgebiet der Mediz. und Chirurg. Bd. 20, 1909.  
*Lübcke.* Virch Arch Bd. 162, 1902.  
*Ludke.* München. med. Wochenschr. 1905.  
*Маньковский.* Русск. Арх. патолог., клинич. медиц., и бактериол. т. 14, 1902.  
*Massay.* L'Hyperphyse, Bruxelles, 1908.  
*Meuli.* Pflüger s. Arch. 1884, Bd. 83.  
*Милевский.* Петроградск. диссерт. 1907.  
*Müller.* Ziegler's Beitr. Bd. 19. 1896.  
*Муратовъ.* Медиц. обзоръ. 1907.  
*Nemeister.* Цит. по *Березовскому.*  
*Ord and Witte.* Brit. med. Journ. 1893. цит. по *Vincent*'у.  
*Panagiotides.* Цит. по *Wölfler*'у.  
*Paris.* Arch. de neurol. 1904.  
*Farhon.* Revue neurol. 1906.  
*Pathon et Urechia.* Revue neurol. 1908.  
*Feiser.* Zeitschr. f. experim. Pathol. und Therap. Bd. 3 1906.  
*Овъ же.* Zeitschr. f. Biolog. Bd. 48 1906.  
*Перемежко.* Цит. по *Wölfler*'у.  
*Poincaré.* Journ. de l'anatom. et physiol, 1875.  
*de Quervaine.* Mitteil. aus den Grenzgebiet. der Mediz. und Chirurg. 1904.  
*Reinbach.* Ziegler's. Beitr. Bd. 16. 1894.  
*Reverdin.* Revue med. de la Suisse romande 1883.  
*Ribbert.* Virch. Arch. Bd. 117, 1889.  
*Richardson.* Revue neurol. 1902.  
*Roger Garnier.* Virch. Arch. Bd. 171.  
*Романовъ* Петроградск. Диссерт. 1889.

- Rothmann.* Berlin. med. Wochenschr. 1915.
- Sainton.* Congr. Francais de med. 1907.
- Sarbach.* Mitteil. aus den Grenzgebiet. der Mediz. und Chirurg. Bd. 15, 1905.
- Sartirana.* Biochem. Zentr. 1903.
- Schiff.* Revue med. de la Suisse romande, 1884.
- Онъ же.* Arch. f. experim. Pathol. und Pharmacol. Bd. 18, 1884.
- Schmidt.* Arch. f. Microsc. Anat. und Entwieklungsgeschichte. Bd. 47, 1884.
- Singer.* Berlin. med. Wochenschr. 1895.
- Соколовъ.* Больничн. газ. Воткина. 1895.
- Stransky.* Lehrbuch. der allgemeinen und speziellen Psychiatric. Leipzig, 1914.
- Проф. Чувскій.* Кровораспределение въ живомъ организмѣ и кровоснабжение отдѣльных его органовъ. Харьковъ. 1906.
- Часовниковъ.* Къ вопросу о микрофизиологiи щитовидной железы и объ отношенiи этого органа къ эпителиальнымъ тѣльцамъ. Томскъ, 1914.
- Virchow.* Die Krankhaften Geschwülsten. Berlin, 1867.
- Waldeyer.* Berlin. klin. Wochenschr., 1887.
- Wanner.* Virch. Arch. Bd. 158.
- Wiener.* Zenttalbl. f. Physiol. 1900.
- Wharton.* Цит. по Vincent'y.
- Wölfler.* Über die Entwicklung und den Bau der Schilddrüse, Berlin, 1880.
- Wuss.* Correspondenzblatt. sweizer Arzte. 1889.
- Zielinska.* Virchow's Arch. Bd. 136. 1894.
-

## Объяснение рисунковъ.

### Таблица I.

Рис. 1. Срѣзь изъ щитовидной железы нормальной кошки. Фиксація въ 10% формалинѣ, окраска по van-Gieson'y. Увеличение: Leitz, Ocular 4, Object. 6.

Рис. 2. Фолликулъ щитовидной железы кошки въ состояніи секретіи, подъ вліяніемъ адреналина. Фиксація въ жидкости Bouin'a, окраска по способу Lorig's'a. Увеличение: Zeiss., Ocular 4, Object. homog. immers.

### Таблица II.

Рис. 3. Срѣзь изъ щитовидной железы кошки спустя 24 часа послѣ впрыскиванія тиреолитической сыворотки. Фиксація въ 10% формалинѣ. Окраска гематоксилиномъ и эозиномъ. Увеличение: Leitz, Ocular 4, Object. 6.

Рис. 4. Срѣзь изъ щитовидной железы кошки спустя 48 часовъ послѣ впрыскиванія тиреолитической сыворотки. Фиксація въ 10% формалинѣ, окраска гематоксилиномъ и эозиномъ. Увеличение: Leitz, Ocular 4, Object. 6.

### Таблица III.

Рис. 5. Срѣзь изъ щитовидной железы кошки спустя 24 часа послѣ впрыскиванія тиреолитической сыворотки. Фиксація въ 10% формалинѣ, окраска гематоксилиномъ и эозиномъ. Увеличение: Leitz, Ocular 5, Object. 7.

Рис. 6. Срѣзь изъ щитовидной железы кролика послѣ многократныхъ впрыскиваній адреналина. Фиксація въ 10% формалинѣ, окраска по van-Gieson'y. Увеличение: Leitz, Ocular 4, Object. 7.

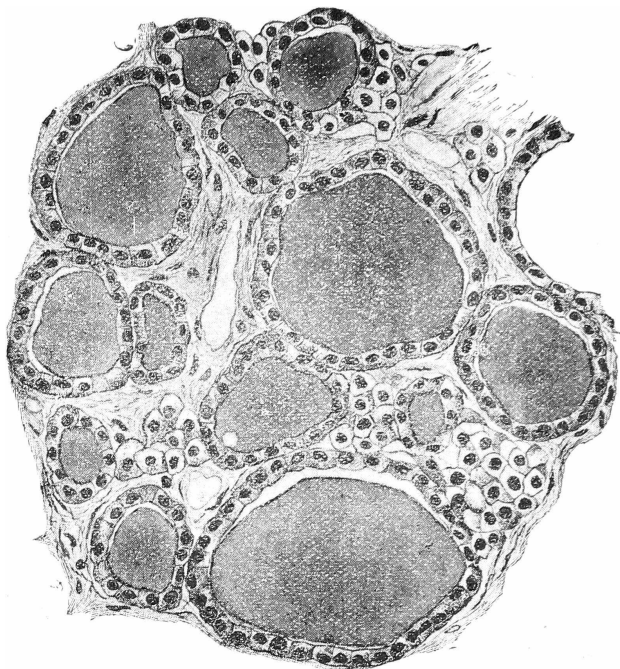


Рис. 1.

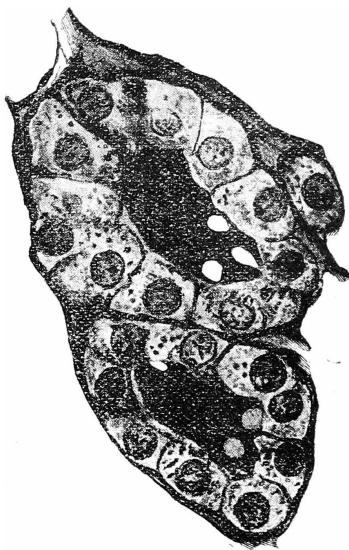


Рис. 2.

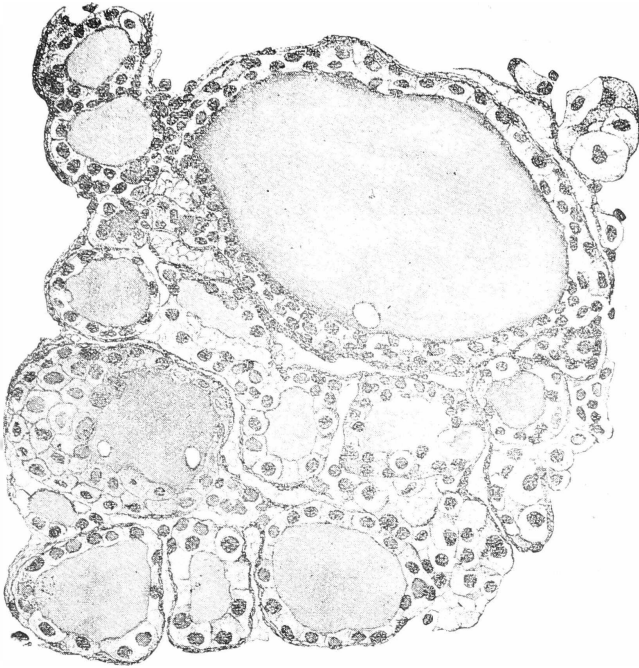


Рис. 3

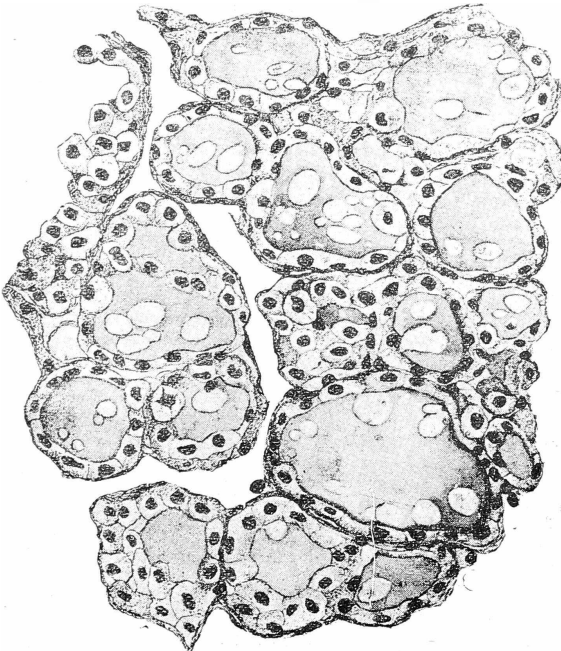


Рис. 4.



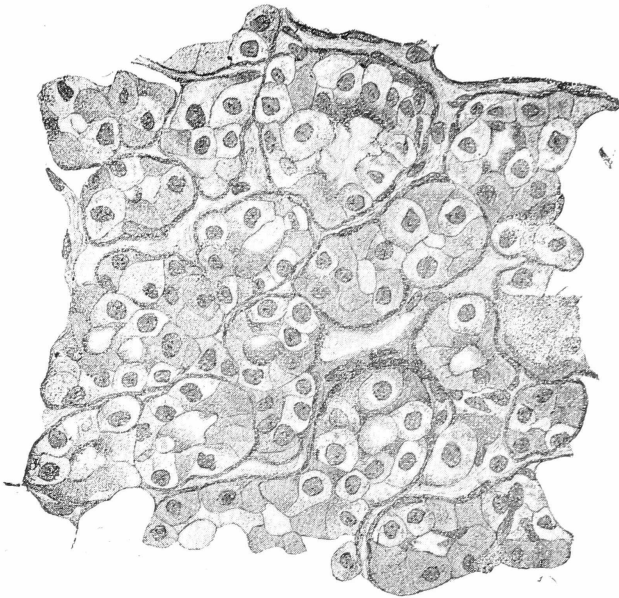


Рис. 5.



Рис. 6.



## Къ клинической казуистикѣ травматическаго нейроза.

Д-ръ мед. А. А. Суховъ.

Ординаторъ Московскаго Генеральнаго Императора Петра Великаго  
Военнаго госпиталя.

Нынѣшняя война уже теперь отражается въ медицин-  
ской литературѣ массой наблюдений, вносящихъ даже въ на-  
стоящее время много дополненій въ патологию и, особенно, по  
отношенію къ клиникѣ травматическаго нейроза.

По отношенію къ послѣдней описано нѣсколько подви-  
довъ, своеобразныхъ по клинической картинѣ или по теченію.  
Такъ, напр., *Alquier*<sup>1)</sup> описалъ случай своеобразнаго дермо-  
графизма, какъ превалирующаго симптома въ картинѣ травма-  
тическаго нейроза послѣ воздушной контузіи; *Roussi*<sup>2)</sup> опи-  
салъ 2 случая воздушной контузіи, гдѣ въ числѣ симптомовъ  
отмѣчены сильныя позвоночныя боли; *А. А. Суховъ*<sup>3)</sup> описалъ  
2 случая, изъ которыхъ одинъ представляетъ сложную кар-  
тину съ поражениемъ ушнаго лабиринта при наличности въ

---

<sup>1)</sup> Протоколъ Парижскаго Неврол. Общ. Засѣд. 5 дек. 1914 г.; рефер.  
по «Псих. Газетѣ».

<sup>2)</sup> *ibidem* (см. № 1).

<sup>3)</sup> «Психиат. Газета» за 1915 г.; «Журн. невроп. и психиат. им. С. С.  
Корс.» за 1915.

числѣ симптомовъ симптома д-ра Захарченко и эпилептическихъ приступовъ; другой случай „контузионнаго нейроза“ представляетъ переходъ травматическаго нейроза въ Бехтеревскую одеревенѣлость позвоночника; д-ръ *Л. С. Арнштейнз*<sup>1)</sup> описалъ случай перехода травматическаго нейроза въ форму, напоминающую *Marie - Strümpell* (истерическая артралгія съ возможнымъ переходомъ въ *arthritis deformans* молодого возраста); д-ръ *Т. Е. Сегаловъ*<sup>2)</sup> раздѣляетъ всѣ случаи заболѣваній, вызываемыхъ контузіями отъ артиллерійскихъ снарядовъ современной войны на 3 группы: 1) на формы „общезвѣстной“ картины травматическаго нейроза (истерія и т. д.); 2) на заболѣванія отъ непосредственно физической травмы. Примеромъ этой категоріи приводитъ случай, гдѣ мощный столбъ воздуха отъ разрыва снаряда подпаль солдата на воздухъ и, перегнувъ ему позвоночникъ, вызвалъ дисторсію одного изъ позвонковъ; возможно, что въ такихъ случаяхъ, по мнѣнію цитируемаго автора, присоединяется на мѣстѣ ушиба раздраженіе менингеальныхъ оболочекъ и, б. м., то или другое кровоизліяніе изъ небольшихъ сосудовъ. Д-ръ *Сегаловъ* наблюдалъ 3 случая такой категоріи; въ описываемомъ авторомъ случаѣ хорошее терапевтическое дѣйствіе оказываетъ ортопедическое лѣченіе; 3) въ третью группу д-ръ *Сегаловъ* выдѣляетъ случаи, гдѣ больной внезапно попадаетъ въ струю рѣзко разряженнаго воздуха сзади промчавшагося на извѣстной близости снаряда; тогда развивается симптомоконплексъ травматизма, который вполне соответствуетъ „Кессоновой болѣзни“ — *morbus de-compressionis* (Сегаловъ). Изъ случаевъ этой категоріи д-ръ *Сегаловъ* приводитъ, между прочимъ, случаи (2-ой, 3-ій 5-ый), гдѣ въ числѣ симптомовъ констатированы, какъ послѣдствіе травмы, эпилептическія явленія; а 4-ый случай интересенъ въ своемъ анамнезѣ и тѣмъ, что пострадавшій пра-

<sup>1)</sup> «Психіатр. Газета», № 6 за 1915 г.

<sup>2)</sup> «Современ. Психіатрія», 1915 г. № 3.

порхивъ пролетѣвшимъ снарядомъ былъ выброшенъ въ сторону его полета, что, конечно, соотвѣтствуетъ анализу физическихъ явленій полета снарядовъ.

Такимъ образомъ, выясняется, что для болѣе полнаго и всесторонняго изученія клинической картины и теченія травматическаго нейроза необходимо собраніе и суммирование базуистическаго матеріала. Съ этой точки зрѣнія привожу нѣсколько клиническихъ случаевъ, стационарно изученныхъ.

Случай 1-ый: унт.-оф. Свбир. 14-го стрѣл. полка и Георгиевскій кавалеръ 3-ей и 4-ой степени. Н. Н., 25 л., изъ Екатеринославской губ., правос. испов., изъ хлѣбопашцевъ; грамотный; женат. Поступилъ 14 іюня с. г. Въ Московскій Генеральный Императора Петра Великаго Военной Госпиталь.

Анамнезъ: происходитъ изъ крѣпкой и здоровой семьи крестьянъ; таковыми же были и родители. Большой былъ старшій у родителей; 2 братьевъ и 2 сестры здоровы. Въ личномъ анамнезѣ можно отмѣтить только: брюшной тифъ (нѣсколько лѣтъ назадъ). Поступилъ на военную службу во всѣхъ отношеніяхъ здоровымъ; за службу получилъ на войнѣ „3 Георгія“.

Анамнезъ заболѣванія: контузія и рапенія произошли съ больнымъ при слѣдующихъ обстоятельствахъ, передавая событіе въ авторефератѣ больного: „покорнѣйше прошу Ваше Высочество, прочтите мою исторію болѣзни, которой я не могу передать вамъ своими словами. 1914 года находился я на позиціяхъ въ окопахъ. 26 сентября попалъ снарядъ въ окопъ и контузило меня и привалило меня землей по самую грудь и я пробылъ цѣлыя сутки, пока наши войска продвинулись впередъ и я былъ тогда подобранъ нашими санитарями и отправили меня на перевязочный пунктъ и я сталъ чувствовать, когда стали мнѣ рану перевязывать на правой ногѣ. Потомъ меня отправили въ городъ Екатеринославъ и положили въ Земскую больницу, въ которой пролежалъ я 3 недѣли: рана моя излѣчилась и тогда меня выписали и отправили на

позицію. Послѣ этого я почувствовалъ въ рукахъ маленькое трясеніе и слабость; это—все время продолжалось. 1 декабря около меня второй разъ попалъ снарядъ въ землянку и привалило меня по самую грудь—контузило и осколкомъ задѣло въ голову. Послѣ этого меня перевязалъ фельдшеръ и я находился все время на позиціи. Послѣ этой второй контузии мнѣ стало хуже и хуже“.

Status: у больного констатированъ хореобразный рѣзкій треморъ всего тѣла, который при соматическомъ и психическомъ покоѣ затихаетъ почти до исчезновенія, но стоитъ въ рѣзкой зависимости отъ волненій или психического—физического утомленія; во снѣ затихаетъ. На фонѣ этого тремора у больного отмѣчается слѣдующее явленіе: при подыманіи верхнихъ конечностей въ вертикальной плоскости, они начинаютъ давать однообразное по объему, ритму и характеру дрожаніе, симметрично-синхроничное для обѣихъ сторонъ; такое дрожаніе длится, пока больной держитъ конечности въ указанномъ положеніи. То же и съ нижними конечностями: если больной лежитъ и, особенно, если онъ при этомъ волнуется, то эти конечности начинаютъ давать такое же содружественное дрожаніе, пока больной „не отлежится“. При сидѣніи, стояніи и при ходьбѣ дрожаніе выступаетъ въ видѣ объемистаго tremor-dation, мѣшающаго ходить и стоять. Поэтому, больной избѣгаетъ ходить; если же и вынужденъ къ тому, то дѣлаетъ это съ отдыхами и недолго.

Обслѣдованія въ остальныхъ отношеніяхъ всѣхъ органовъ и системъ больного даютъ слѣдующее: средняго роста, хорошаго сложенія и питавія. Кожа, слизистыя, весь скелетъ (и черепъ), железы и внутренніе органы нормальны. Со стороны двигательной сферы: кромѣ указанного выше разстройства (явленій тремора) не констатировано отклоненій (нѣтъ атрофій, паразовъ, контрактуръ, мышечнаго валика и т. д.) Больной—правша. Рѣчь нормальная. Сфера чувствительности объективно нормальна. Мышечное чувство нормально. Органы

чувствъ нормальны. Атаксіи, Ромберга нѣтъ. Со стороны рефлексовъ: нормальность кожныхъ; вялость глоточнаго; Бабинскаго нѣтъ; сухожильныя: рѣзкая взвѣченность, равномерная для обѣихъ сторонъ на верхнихъ и, особенно, на нижнихъ конечностяхъ; сложные нормальны. Со стороны сосудисто-нервной системы: паретическій дермографизмъ, тахикардія. Трофическихъ разстройствъ нѣтъ. Дегенеративныхъ чертъ нѣтъ. Со стороны психики: сочетаніе чертъ церебральной нейрастеніи съ истеро-ипохондріей въ рѣзко выраженной формѣ. Теченіе болѣзни — однообразное ідемъ съ колебаніями самочувствія и настроенія.

2) Случай второй: изъ Лазарета Мос. Гор. Уп. учреж. Н. И. Сушкннмъ; № исторіи болѣзни 219, состоялъ подъ наблюденіемъ д-ра В. К. Млодзѣвскаго и А. А. Сухова; поступилъ 9 мая с. г.

Рядовой 126 Рил. полка Михаилъ Г., 22 л., хол., изъ Витебской губ.; крестьянинъ. Анамнезъ: дѣдъ по матери алкоголикъ смолоду. Отецъ 65 л., здоровый и сильный человѣкъ, но часто страдаетъ болями въ спиѣ. Мать на 20 лѣтъ моложе отца, страдаетъ повидимому, истеріей; изъ 16 родовъ у нея былъ 1 абортъ; въ живыхъ изъ дѣтей только 8, остальные умирали отъ грудного возраста до 6-ти лѣтняго. Больной, по счету, средній. Въ личномъ анамнезѣ больного: 3-хъ лѣтъ перенесъ ожогъ ногъ кислотой; въ дѣтствѣ золотуха, корь, скарлатина и горячка. Взрослымъ ничѣмъ особеннымъ не страдалъ, но всегда замѣчалась неровность настроенія; умственные способности нормальныя; венерическихъ болѣзней, алкоголизма и другихъ вредностей не было.

Анамнезъ заболѣванія: 24 апрѣля с. г. былъ контуженъ во время сна, находясь въ резервѣ. Проснувшись отъ взрыва снаряда, больной почувствовалъ сильную головную боль, сильную жажду и общее недомоганіе, но былъ въ состояніи принести себѣ воды. 3 часа спустя началось сильное дрожаніе ногъ, рукъ и всего тѣла. До настоящаго времени перемѣнъ въ состояніи здоровья больного не было.

Status: субъективное состояніе: жалобы на постоянныя боли въ ногахъ, ощущаемыя симметрично въ обѣихъ ногахъ и мѣшающія спать; повышенная кожная чувствительность а также слуховая; жалобы на вздрагиванія и боли въ сердцахъ.

Объективное состояніе: черепъ: глубокая чувствительность при поколачиваніи по всему черепу, особенно, въ затылочныхъ областяхъ. Со стороны черепныхъ нервовъ отмѣчается нейралгичность верхнихъ вѣтокъ обѣихъ тройничныхъ нервовъ и вялость глоточнаго рефлекса. Верхнія конечности: при обследованіи констатируется треморъ верхнихъ конечностей и скорая утомляемость больного; больной правша.

При сложныхъ движеніяхъ особенно, попыткѣ ходить въ нижнихъ конечностяхъ наблюдается столь частое и объемистое *trepidation*, что оно не даетъ возможности больному производить движеній ногами, вследствие чего онъ лежитъ неподвижно на спинѣ, стараясь не двигать ногами и избѣгая излишнихъ движеній руками. Всѣ психическіе моменты, особенно, волненіе, рѣзко усиливаютъ двигательныя расстройства. Кромѣ сказаннаго, въ двигательной сферѣ отклоненій не отмѣчено: парезовъ нигдѣ нѣтъ, контрактуръ и т. д. нѣтъ. Со стороны чувствительности: анестезій нѣтъ. Мышечное чувство нормально. Атаксіи нѣтъ. Органы чувствъ нормальны. Рефлексы: кожные нормальны; сухожильные: колѣнные рѣзко взвнчченны, остальные всюду нормальны; сложные нормальны. Вазомоторы: паретическій дермографизмъ. Рѣзко повышенная общая погливость. Трофическихъ расстройствъ и дегенеративности нѣтъ. Со стороны психики: характерныя черты обычнаго травматическаго невроза съ преобладаніемъ въ картинѣ психики истеризма.

Теченіе страданія: постепенное оправленіе.

3) Третій случай изъ Нервнаго отдѣленія Москов. Генер. Императора Петра Великаго Воен. Госп.: рядовой Р.; 30 л., изъ крестьянъ Ряз. губ. землешаецъ; жен.; грамотенъ: N. ист. бол.: 4371.

Анамнезъ; изъ здоровой семьи; самъ всегда былъ вполне здоровъ.



17 марта с. г. находился въ окопахъ: германцы наступали, почему приходилось все время согнувшись прятаться въ окопахъ; легѣвшій среди другихъ большой снарядъ заставилъ больного еще больше всего согнуться; внезапно въ такомъ положеніи больной былъ контуженъ воздухомъ и засыпанъ землей: въ такомъ полозасыпаномъ положеніи весь согнутый провелъ много часовъ; по окончаніи стрѣльбы, больного откопали; тутъ же больной былъ слегка и раненъ. Со времени контузии больной остался въ томъ согнутомъ положеніи, какое описывается въ status'ѣ; послѣ контузии нѣкоторое время страдалъ носовыми кровотечениями; съ того же времени не могъ говорить, а писалъ все, что хотѣлъ сказать.

Status: средняго роста, хорошаго сложенія и питанія; температура нормальна. Кожа, слизистыя, железы, внутреніе органы и скелеть нормальны.

На кожѣ за правой ушной раковиной отмѣчается небольшой кожный рубецъ—слѣдъ перенесеннаго послѣ контузии легкаго раненія.

Больной имѣетъ своеобразный habitus: (см. приложенную фотографію): если онъ сидитъ, стоитъ или ходитъ, habitus одинаковъ: голова наклонена впередъ и внизъ, туловище согбенно въ формѣ рѣзкаго и большого дугообразнаго кифоза, такъ что больной весь изогнутъ впередъ и внизъ, грудная клетка какъ бы сдавлена спереди, ноги подогнуты во всѣхъ суставахъ;



при ходьбѣ больной идетъ весь согнувшись и съ большимъ подгибаніемъ нижнихъ конечностей во всѣхъ суставахъ. Изъ такого положенія больной не выпрямляется. Однако, если его положить на спину, то туловище вполне и нормально распрямляется; такое распрямленіе получается при лежаніи на спинѣ или на животѣ одинаково, т. что выясняется, что подвижность позвоночника и самъ онъ вполне нормальны. Но стоитъ только больному начать переходить изъ лежащаго положенія въ любое другое, какъ согбенность вполне вновь получается въ той же формѣ и той же степени.

Обслѣдованія выясняютъ дальше слѣдующее: черепъ и черепные нервы нормальны. Со стороны двигательной сферы: атрофій, нигдѣ нѣтъ и вообще со стороны этой системы, кромѣ указаннаго расстройства статики и динамики туловища, нигдѣ и никакихъ другихъ отклоненій нѣтъ. Больной правша.

Рѣчь больного: констатируются истерическій мутизмъ. Пишетъ и почеркъ нормальны; на послѣднемъ отражается только невротный треморъ (почеркъ приложенъ къ исторіи болѣзни).

Со стороны чувствительности: общая гиперѣстетичность, глав. обр., къ болевому раздраженію: анестезій нѣтъ. Органы чувствъ: пониженіе слуха съ обѣихъ сторонъ безъ мѣстныхъ измѣненій. Мышечное чувство всюду нормально. Атаксін, Ромберга нѣтъ.

Рефлексы: констатировано: отсутствіе глоточнаго рефлекса, рѣзкая взвинченность сухожильныхъ на нижнихъ конечностяхъ, равномерно для обѣихъ сторонъ; большая живость на верхнихъ конечностяхъ; Бабинскаго нѣтъ; клонусовъ нѣтъ, сложныя нормальны.

Сосудисто-нервные явленія: спастическій дермографизмъ и тахикардія. Трофическихъ разстройствъ и дегенеративныхъ стигмъ нѣтъ. Психика: преобладаютъ черты истеризма въ рѣзко выраженной формѣ.

Теченіе: однообразное *idem*.

4-ый и 5-ый случаи изъ Москов. Императорской Фамиліи Лазарета для раненыхъ; находились подъ наблюденіемъ

врачей лазарета во главѣ съ проф. А. В. Старковымъ; консультативно обследовали больныхъ проф. Г. Я. Гуревичъ и д-ръ А. А. Суховъ.

4-й случай: N исторіи бол. 806; пост. 6 апр. с. г.; рядовой 22 Туркестанск. полка армянинъ К., 30 л., изъ деревни Печехта Бессар. губ.; жеп.; неграм. Въ анамнезѣ до контузии отмѣтить нечего.

18 марта на Карпатахъ былъ контуженъ воздухомъ и засыпанъ землей въ томъ положеніи, какъ находился въ окопахъ т. е. согнувшись туловищемъ и опираясь на винтовку.

Сразу развились всѣ тѣ явленія, съ какими привезевъ въ лазаретъ.

Status: констатированы слѣдующіе симптомы: треморъ языка неврозного типа, таковой же верхнихъ конечностей; рѣзкій tremor и нижнихъ конечностей Паретической дермографизмъ. Тахикардія.

Мышечный валикъ на m.m. pectorales maiores. Стоитъ и ходитъ согнувшись туловищемъ и обнаруживая истерическое приволакиваніе правой нижней конечности. Со стороны рефлексовъ: вялость глоточнаго, рѣзко живые сухожильные рефлексы на верхнихъ конечностяхъ и, особенно, на нижнихъ. но равномерные на обѣихъ сторонахъ. Психика: рѣзкое истеричная.

N. В. Всѣ остальные системы и отдѣлы въ предѣлахъ нормы: черепъ, позвоночникъ норм.; череп. нервы норм.; внутренніе органы норм.; анестезій, атаксій нѣтъ; разстройство органовъ чувствъ нѣтъ; всѣ другія рефлексы нормальны.

Теченіе болѣзни: постепенное оправленіе.

5-й случай: № ист. бол., 807; пост. 6 апр. с. г.; рядовой 22 Туркест. полка, армянинъ М., 32 л., изъ деревни Печехта Бессар.; губ.; жеп.; неграм. Въ анамнезѣ: слѣдуетъ остановить вниманіе на слѣдующемъ обстоятельстве: большой землякъ и лучший другъ предыдущаго больного (случай N 4-ый): вмѣстѣ росли, жили; вмѣстѣ попали и служили въ одной и той же

ротѣ Турвест. полка; вмѣстѣ сражались въ окопахъ, при однихъ обстоятельствахъ и въ одно и тоже время и одинаковымъ образомъ были контужены: вмѣстѣ лѣчились и рядомъ лежали во всѣхъ лазаретахъ.

18 марта на Карпатахъ больной былъ контуженъ воздухомъ и засыпанъ землей, будучи въ томъ же положеніи, что и предыдущій больной и сражаясь бою о бою съ нимъ.

Въ результатѣ контузіи у больного развилась клиническая картина, вполне до деталей идентичная съ симптомокомплексомъ 4-аго случая; настолько тождественной представляется симптомокомплексъ у обоихъ описываемыхъ больныхъ, что исторія болѣзни одного изъ нихъ представляетъ какъ бы копію исторіи болѣзни другого. Такая тождественность условій развитія болѣзни и картины ея у обоихъ больныхъ (4-аго и 5-аго) засвидѣтельствована всѣми врачами лазарета.

Такимъ образомъ status въ 5-омъ случаѣ тождествененъ 4-ому; такой же habitus. тѣ же симптомы, таковая же психика. Такое же теченіе.

6) Случай 6-ой изъ нерв., отдѣл. Москов. Генер. И. П. В. Воен. Госпиталя; № исторіи бол. 68454; фейерверкеръ. Сибир. артиллерійской бригады, Михаилъ К., изъ крестьянъ Влвен. губ. 21 г.; жеп.; грам.

Анамнезъ: во всѣхъ отношеніяхъ чистый, какъ въ смыслѣ наследственности, такъ и личный анамнезъ больного.

Анамнезъ заболѣванія: 15 января с. г. раненъ шрапнельными осколками: осколки нанесли 2 совершенно симметричныхъ поверхностныхъ раненія въ наружную поверхность нижней трети общихъ голеней; въ результатѣ въ данное время, тамъ остались 2 симметричныхъ большихъ поверхностныхъ (вожныхъ) рубца, подвижныхъ и не сращенныхъ съ подлежащими тканями.

5-го же февраля перенесъ тяжелую „контузію всего тѣла“, подробностей которой не удастся выяснитъ. Былъ эвакуированъ въ „Москов. Город. Лазаретъ для нервно-больныхъ“.

Привожу выписку изъ исторіи болѣзни (за № 1153) Михаила К. изъ этого лазарета: поступилъ въ очень тяжеломъ состояніи: температура 39°, жалобы на боли въ правомъ боку. Лежитъ на спинѣ, не владѣя ни однимъ мускуломъ; движенія были только въ правой рукѣ. Сидѣть можетъ только поддерживаемый другими, въ противномъ случаѣ тяжело падаетъ на спину. Объективно: повышены колѣнныхъ рефлексовъ, клонусъ стопъ, тактильная чувствительность отсутствуетъ квиву отъ паховыхъ складокъ и съ нижняго края реберъ вверхъ; болевая чувствительность отсутствуетъ съ лѣвой стороны на спинѣ, а на правой чувствуетъ съ нижняго угла лопатки, на животѣ за паховыми складками. Теченіе въ лазаретѣ было таково: постепенное оправленіе: передвигается при помощи костылей, сидитъ очень хорошо. Руками владѣетъ вполне. Діагнозъ въ лазаретѣ былъ поставленъ таковъ: тяжелая контузія всего тѣла съ явленіями нижней паралегіи и плегіи лѣвой верхней конечности.

Status отъ первыхъ чиселъ іюля с. г.: средняго роста, сложенія и питанія. Костякъ (и черепъ) во всѣхъ отношеніяхъ норм. Железы, внутренніе органы норм. Температура норм. Атрофіи, атаксіи; контрактуръ нигдѣ нѣтъ. Органы чувствъ нормальны.

При обследованіи нервной системы констатированы слѣдующіе симптомы: вялость глоточнаго рефлекса; парапарезъ нижнихъ конечностей истерическаго типа съ истерической походкой и съ явленіями пониженія всѣхъ видовъ чувствительности, начиная отъ линіи паховыхъ складокъ: парапарезъ и парагипѣстезія равномерно на протяженія всей конечности и симметрично для обѣихъ сторонъ захватываютъ нижніе конечности; всѣ кожные рефлексы нормальны, Бабинскаго нѣтъ; рефлексъ со слизистыхъ, кромѣ глоточнаго, всѣ нормальны; сухожильные: равномерны для обѣихъ сторонъ, при чемъ на верхнихъ конечностяхъ весьма живые, на нижнихъ рѣзко звинченны, особенно, колѣнные до степени псевдо-клонуса; сложные рефлексы нормальны.

Со стороны психики: рѣзкія черты истеризма.

Течение: медленное оправление.

7-ой случай изъ Нервнаго отдѣленіе Москов. Генер. Ц. В. Военнаго Госпиталѣ: № исторія болѣзни 2210; пост. 27 іюня с. г.: рядовой Дмитрій М., 31 года, изъ хлѣбопашцевъ Москов. губ.; жен., неграм.

Анамнезъ чистый, какъ въ смыслѣ наследственности, такъ и личный.

Анамнезъ заболѣванія: 29 мая с. г. больной подвергся отравленію облакомъ газовъ; случилось это при такихъ обстоятельствахъ: лежа въ окопахъ, Дмитрій М. увидаль облако, ползущее на наши окопы; день былъ жаркій, по чему Дмитрій М. счелъ облако за „шмару“ отъ жары „несколько не испугался“: внезапно захватило дыханіе, потерялъ сознание. Придя въ себя, замѣтилъ; кашель съ „крутой мокротой“, головокруженіе, общую дрожь. Съ того времени сказанныя явленія держатся, только кашель прошел. Больной былъ эвакуированъ въ Москов. Городской лазаретъ № 1610, откуда выписался 26 іюня—переведенъ въ Военный Моск. Госпиталь; изъ исторіи болѣзни (№ 935) Город. лазарета, можно отмѣтить: боли при глубокомъ вздохѣ, сильную слабость, сильное дрожаніе рукъ и ногъ и головокруженія.

Status: средняго роста, хорошихъ сложенія и питанія, температура держится около  $37,5^{\circ}$  —  $37,2^{\circ}$ . Кожа и видимыя слизистыя нормальны. Железы и весь скелетъ нормальны. Внутренніе органы по заключенію Терапевтическаго отдѣленія: пульсъ 120 въ 1', прав. ритма, нормальный; дыханіе нормально, легкія и всѣ другіе внутренніе органы нормальны; анализъ мочи даетъ нормальныя данныя.

Со стороны нервной системы констатированы слѣдующіе симптомы: рѣзкая вялость глоточнаго рефлекса; паретичный дермографизмъ; тахикардія; потливость верхней части тѣла; рѣзкій треморъ верхнихъ конечностей неврознаго типа; рѣзко взвѣяченные сухожильные рефлексы. Психика: характерныя черты истеро-неврастеніи.

Нервная система въ другихъ отношеніяхъ и отдѣлахъ нормальна (въ частности, трофическихъ разстройствъ нѣтъ). Теченіе: постепенное улучшение.

8-ой случай изъ Нервнаго отдѣленія Москов. Г. И. П. В. Воен. Госпит.: № исторіи болѣз. 4435; пост. 7 іюля с. г.; рядовой изъ крестьянъ Москов. губ., 20 лѣтъ, жен., грам.

Анамнезъ: дѣдъ по матери припадочный и умеръ отъ паралича, много пилъ. Родители здоровы. Въ личномъ анамнезѣ больного: съ дѣтства страдалъ течью изъ уха и головокруженіями, но припадковъ никогда не было.

Анамнезъ заболѣванія: 15 іюня с. г. перенесъ „контузію газами“: близко разорвался „спеціальный снарядъ съ удупливыми газами“: сразу сдѣлалось удушье, потерялъ сознаніе. Придя, въ себя замѣтилъ крайнюю нервность; вскорѣ начались припадки падучей (падаетъ, полная потеря сознанія, общія судороги, кровавая пѣна, сонъ послѣ припадка непосредственно).

Status: плоховатое сложеніе и питаніе. Кожа, востыкъ и внутренніе органы нормальны. Со стороны нервной системы, констатированы симптомы: отсутствіе глоточнаго рефлекса, треморъ конечностей неврознаго типа, рѣзче въ верхнихъ; высокіе сухожильные рефлексы на верхнихъ конечностяхъ и рѣзко взвинченные на нижнихъ; тахикардія. Со стороны органовъ чувствъ найдены отклоненія въ органѣ слуха: пр.-доц. Орлеанскій констатировалъ: сухая перфорация барабанной перепонки обоихъ ушей при удовлетворительномъ слухѣ.

Припадковъ эпилепсіи пока не наблюдалось.

9-ой случай: изъ Нервнаго отдѣленія Москов. Генер. И. П. В. Воен. Госп.: № исторіи болѣзвн 993; поступ. съ начала іюня с. г.: рядовой Ч. изъ крестьянъ Уфимской губ. жен.; грам.

Анамнезъ чистый въ смыслѣ наследственности или личныхъ заболѣваній. Былъ вполне и всегда здоровъ.

Анамнезъ заболѣванія: 26 февраля контузія газами отъ

снаряда съ удушливыми газами: газы внезапно „попали въ глаза, носъ и горло“: рѣзко щипало глаза, щипало въ носу, въ гортани, кашель съ кровью. Правый глазъ „стянуло — сжало“, затѣмъ, хотя и отпустило спазмъ, но установилось такое состояніе ихъ: правый глазъ видитъ, какъ въ туманѣ, оба глаза (т. е. верхнія вѣки не поднимаются), плохо раскрываются, шумъ въ головѣ, нервность. Недѣли 2 послѣ контузіи больного водили за руку, затѣмъ стали нѣсколько лучше видѣть правымъ глазомъ, вѣки я, особенно, слѣва стали нѣсколько подыматься.

Въ такомъ состояніи 3 недѣли назадъ больной перенесъ рожистый процессъ кожи лица и головы безъ осложненій. Нервные же явленія остались тѣже и въ томъ же видѣ.

Status: больной имѣетъ такой habitus: голову закидываетъ назадъ для того, чтобы, припопнявъ чрезъ сокращеніе лобныхъ мышцъ верхнія вѣки, удобнѣе было видѣть окружающее; при внушеніи, больному удается открывать обычными движеніями мышцъ глазныя щели; при этомъ, можно убѣдиться въ томъ, что парезъ поднятія верхнихъ вѣкъ истерическаго происхожденія; однако, такое поднятіе верхнихъ вѣкъ держится недолго и больной переходитъ въ обычному положенію и держанію вѣкъ. Ptosis. При обследованіяхъ констатировано и слѣдующее: помимо отрицательнаго ptosis, всѣ черепные нервы нормальны: анестезій нѣтъ; электровозбудимость всѣхъ нервныхъ стволовъ и мышцъ нормальна; глазодвигательные нервы нормальны; зрачки нормальны, реакція ихъ нормальна; зрѣніе и дно глазъ найдены нормальными. Черепъ и вообще весь скелетъ нормальны. Кожа: апатична, атонична; видимыя слизистыя такія же. Железы нормальны. Внутренніе органы нормальны. Со стороны иннерваціи туловища и конечностей констатируются слѣдующіе симптомы: отсутствіе глоточнаго рефлекса, псевдо-кловусъ чашекъ волѣвыхъ и стопъ при отсутствіи Бабинскаго; рѣзкій треморъ верхнихъ конечностей; паретическій дермографизмъ и тахикардія. Со стороны психики: рѣзкія черты истеріи.



Течение: однообразное съ колебаніями симптома со стороны вѣкъ (истерическаго ptosis).

10) Случай 10 ый изъ Нерв. отдѣленія Москов. Ген. И. П. В. Воен. Госп.; № 4403; пост. 1 июля с. г.; рядовой. Пѣх. Тамбов. полка. Павелъ Х. изъ вѣрстьянъ Пермской губ., 34 лѣтъ.

Анамнезъ: послѣдственности нѣтъ. Въ личномъ анамнезѣ отмѣчается: 3 года назадъ была свѣтобоязнь, случилась будто бы послѣ простуды и держалась все лѣто.

Анамнезъ заболѣванія: 17 мая. с. г. контузія отъ снаряда, разорвавшагося близко отъ большого, стоявшаго лицомъ къ разорвавшемуся снаряду. Съ того момента сразу развились: головокруженія, полная свѣтобоязнь безъ мѣстныхъ давяхъ.

Больной былъ эвакуированъ въ Госпиталь Всер. Зем. С. № 1, гдѣ лежалъ съ 23 мая с. г. по 23 іюня за № исторіи болѣзни 172: отмѣчена свѣтобоязнь глазъ послѣ контузіи.

Отсюда больной былъ переведенъ въ Брянскій Мѣст. Воен. лазаретъ, гдѣ лежалъ съ 23 іюня и гдѣ констатировано: „на свѣтъ смотрѣть не можетъ. Роговицы чисты; конъюнктива безъ особыхъ измѣненій. Скѣаскопировать не удастся“.

Status: хорошаго роста, сложенія и питанія. Кожа, слизистыя, мускулатура, костякъ и железы нормальны. Внутренніе органы нормальны. Температура нормальна.

Органы чувствъ: зрѣніе: изслѣдованія обнаруживаютъ: больной все время держитъ глаза закрытыми, при болѣе сильномъ свѣтѣ сжатыми; носитъ повязку надъ глазами: не переноситъ солнечно освѣщеннаго пространства: въ темной комнатѣ свободно открываетъ глаза. Однако, если авторитетно заявляютъ больному, что въ комнатѣ становится темно или что ему теперь возможно смотрѣть на свѣтъ, что это свѣтъ электрическій, а не дневной и т. п., то больной свободнѣе открываетъ глаза и можетъ смотрѣть, и, дѣйствительно, удалось заставить больного смотрѣть свободно на электрическій

свѣтъ, даже сильный при такомъ внушеніи; на солнечный же не удается побудить больного смотрѣть. Постепенно удалось отучить больного отъ надглазничнаго козырька, но, всетаки, повторялись приступы полной свѣтобоязни. Дальше, при обследованіяхъ наблюдалось слѣдующее: если больному дать, очки, гдѣ вмѣсто стекла вставлена темная рамка съ крошечнымъ отверстіемъ и внушать больному, что это защитныя очки, то больной свободно смотритъ и ясно видитъ все. Вообще внушеніе доказало, что наблюдаемый симптомъ свѣтобоязни истерическаго происхожденія. Параллельно этому, обследованія офтальмолога д-ра Пластинына дали слѣдующее: „движенія глазъ свободны во все стороны. Конъюнктивы нормальная. Дно глазъ нормально. Реакція на свѣтъ живая,  $\text{visus } \frac{20}{20}$  R. — emmetrop. Органъ слуха и другіе чувст. нормальны.

Кромѣ указанной истерической свѣтобоязни, сопровождавшейся временами истерическимъ блефороспазмомъ, констатированы со стороны нервной системы слѣдующіе симптомы: отсутствіе глоточнаго рефлекса; тахикардія; паретическій дермографизмъ; рѣзкая взвинченность всѣхъ сухожильныхъ рефлексовъ. Въ остальномъ отклоненій со стороны соматической нервной системы нѣтъ. Психика: ясныя черты ипохондрической истеріи. Теченіе: постепенное оправленіе, глав. обр., подъ влияніемъ психотерапіи.

11) Случай 11-ый изъ Офицерскаго лазарета въ Московскомъ Потѣшномъ Дворцѣ; входился подъ наблюденіемъ д-ровъ А. Н. Соколова и А. А. Сухова: корнетъ Гусар. полка, 23 л.

Анамнезъ: происходитъ изъ крѣпкой и здоровой семьи: дѣдъ по отцу умеръ 70 л. отецъ умеръ за 70 лѣтъ; бабушка по матери жила до 97 лѣтъ. Родители здоровы. Самъ больной всегда былъ здоровъ, инфекція не было, интоксикація и травмъ не было.

Анамнезъ заболѣванія: 5 апрѣля с. г. воздушная конту-

зія при такихъ обстоятельствахъ: внезапно разорвавшійся очень близко снарядъ ворвался столбомъ воздуха и земли въ халупу, гдѣ находился больной: больного непосредственно ничѣмъ не ударило, но сразу какъ то потемнѣло сознаніе, пошла кровь изъ носа и горла, что потомъ нѣсколько разъ повторялась. Съ того же момента сразу какъ то сталъ „весь нервный“. Вскорѣ присоединились такія явленія: на большемъ или меньшемъ пространствѣ кожи сразу развивается краснота съ набухлостью—отекаемъ, горячая на-ощупъ и болѣзненная, какъ крапивница; эта „эритема“ разливается дальше, является довольно симметрично и, въ смыслѣ вызванія, распространенія и упорства, стоитъ въ зависимости отъ волненія или психическаго утомленія. Высыпаніе „эритемъ“, похожихъ или на „крапивницу“ или на „рожу“ всегда сопровождается высокой лихорадкой (до 40°), держащейся все время, пока не стануть затихать—опадать „эритемы“, что затягивалось иногда на много дней. Сказанныя явленія со стороны кожи не оставляютъ послѣ себя слѣдовъ. Эти явленія такъ сильно, такъ часто и упорно держались, что вынуждали больного слезъ и эвакуироваться въ тилъ.

Status: за время наблюденія въ лазаретѣ выяснилось: больвой нормальнаго сложенія питанія, всегда худощавъ; высокаго роста. Всѣ внутренніе органы нормальны. Температура внѣ приступовъ высыпанія „эритемъ“ нормальная; при высыпаніи на все время ихъ подымается до указанныхъ предѣловъ, но съ колебаніями въ зависимости отъ силы высыпанія. Светель нормальный. Мускулатуры нормальная. Органы чувствъ нормальны.

Кожа: окраска и тонусъ нормальны, кожа чистая, смазочность (жировая) и потливость нѣсколько повышенныя; полосы и ногти нормальны. При обследованіи интервациі констатированы слѣдующіе симптомы: отсутствіе глоточнаго рефлекса, неврозный рѣзкій треморъ верхнихъ конечностей, паретическій рѣзкій дермографизмъ и тахикардія; рѣзкая звин-

ченность всѣхъ сухожильныхъ рефлексовъ. Со стороны психики: больной весьма возбудимъ; настроеніе колеблется, чаще въ сторону подавленности; очень внушаемъ; самочувствіе: частыя парестезіи неопредѣленнаго характера и локализациі, тяжесть головы, приливы къ пей и головокруженія; сны кошмарнаго характера. При волненія или психическомъ утомленіи у больного являються „спазмы въ горлѣ“ и легкія истерики. При волненія угнетающаго характера или психическомъ утомленіи, помимо сказаннаго со стороны самочувствія, у больного развиваются вышеописанныя вазомоторныя явленія на кожѣ: б. ч. симметрично на кожѣ конечностей, рѣже на туловищѣ сразу вспыхивають явленія, по картинѣ напоминающія нѣкоторыя urticaria, другія же „эрисипеловидъ“; къ послѣднимъ чаще всего присоединяются явленія лихорадки: сре не повышенная температура и учащенный пульсъ при ощущеніяхъ лихорадки со стороны самочувствія. Такими вызывающими моментами служили, напр., „посѣщенія комиссій“, послѣ которыхъ, придя къ себѣ въ лазаретъ, больной подвергался сильнымъ приступамъ вазомоторныхъ выссыпей съ лихорадкой; или, напр. такъ вліяли, непріятно волнующія извѣстія съ театра войны, прочтенныя больными. Что касается теченія, то общее самочувствіе и сонъ больного, равно и субъективныя жалобы быстро сглаживались; вазомоторныя же выссыпи, встаки навѣщаютъ больного, иногда въ связи и съ погодой. Дневникъ исторіи болѣзни ясно иллюстрируетъ описанное: привожу нѣкоторые дни: 23 апрѣля: рѣзко выраженныя urticaria на обѣихъ ягодицахъ; 2 мая: уртикарія на ушахъ; 7 мая: уртикарія: попеременно то на правомъ предплечьѣ, то на лѣвомъ; 30 мая: рѣзкій дермографизмъ; періодическія красныя опухоли различныхъ частей тѣла; 12 іюня: общее состояніе удовлетворительное, но съищъ временами повторяется.

Описанные случаи травматизма представляютъ изъ себя нѣсколько типовъ травматическаго невроза, довольно часто наблюдающихся въ данное время.

Первые 2 случая, въ своемъ симптомокомплексѣ, представляютъ, между прочими симптомами, и явленія, правда въ не-полнѣ ясномъ видѣ, ахо-кляпезиса. Третій случай интересенъ и тѣмъ, что на фонѣ травматическаго невроза, выступаютъ симптомы мѣстной истеріи, давая *habitus*, напоминающей Бехтеревскую одеревенѣлость позвоночника; однако, помимо отсутствія корешковыхъ симптомовъ и другихъ признаковъ послѣдней, въ данномъ случаѣ „псевдобехтеревского“ кифоза, хорошимъ дифференціальнымъ признакомъ служитъ нормальная распрямляемость позвоночника при лежаніи. Къ мѣсту здѣсь упомянуть, что въ описанномъ мной случаѣ сочетанія—перехода травматическаго невроза къ Бехтеревской болѣзни („Корсаков. Журналъ“, 1915 г.), констатирована возможность перехода въ некоторыхъ видахъ травматическаго невроза въ Бехтеревскій симптомокомплексъ. Четвертый и пятый случаи интересны тѣмъ психогеннымъ индукцированиемъ симптомовъ. Какое наблюдается при травматической истеріи: полная тождественность эллиптической кривой у двухъ близкаго по психикѣ другъ въ другу земляковъ, интересна и тождественность моментовъ, предшествовавшихъ, сопутствующихъ, вызывавшихъ и послѣдующихъ травмъ; тождественность и теченія симптомовъ. Оба эти случаи (4-ый и 5-ый), а также и 6-ой случай интересны и тѣмъ, что въ первыхъ и въ 3-ьемъ травма была бы припечатала больныхъ въ томъ положеніи, въ какомъ застала, въ 6-омъ же случаѣ контузія вызвала истерическую плегію тѣхъ конечностей (ногъ), которыя были раньше равны и чрезъ это психогеннымъ путемъ были подготовлены къ развитію истерическихъ симптомовъ. Интересны случаи травматическаго невроза чрезъ *gaso-intoxicatio* (7 ой и 8-ой), какъ общаго травматическаго невроза, такъ, глав. обр., и мѣстнаго (случай 9-ый). Въ случаяхъ травматическаго невроза отъ газоваго отравленія, пока, неизвѣстенъ патогенезъ ихъ: возможно, по аналогіи съ *morbus decompressionis* (Сегаловъ) т. е. по аналогіи съ измѣненіями въ крови при ней, предполагать

и при травматическомъ неврозѣ отъ *gaso-intoxicatio*, в. п. измѣненія въ крови съ послѣдующими „молекулярными эмболиями“ въ нервной системѣ или к. н. измѣненія на почвѣ газоваго отравленія въ самихъ первыхъ элементахъ непосредственно. Интересенъ и случай травматическаго невроза съ преобладаніемъ вазомоторныхъ расстройствъ въ формѣ уртикарій или эрисипеллоидовъ при содѣйствіи истерической лихорадки. Этотъ случай аналогиченъ случаю *Alguier*, но кромѣ того подобныя случаи вновь поднимаютъ спорный въ литературѣ вопросъ объ истерической лихорадкѣ\*).

Не дѣлая изъ описанныхъ случаевъ опредѣленныхъ выводовъ, которые могутъ быть вырабатываемы только суммированіемъ клиническаго матеріала послѣ войны и обработкой его, можно, всетаки, и на основаніи наличной литературы и данныхъ случаевъ, сказать, что пока ученіе о травматическомъ неврозѣ стоитъ еще на пути къ разработкѣ и опредѣленію понятія и границъ его: такъ *Grasset*<sup>1)</sup> (*Presse medicale*, 1 av. 1915), въ дѣлахъ выдѣленія этиологіи и отгѣненія психическаго элемента въ генезѣ неврозовъ, предлагаетъ называть все случаи травматической истеріи психоневрозами. При этомъ, авторъ дѣлаетъ таковой на 3 группы: сенситивно-моторныя, сенсоріомоторныя и эмоціональныя. Интересно указаніе *Grasset*, что сенситивно-моторный психоневрозъ проявляется обычно на сторонѣ пораненія (изъ описываемыхъ случаевъ 6-ой). Прив. доц. С. А. Суховъ<sup>2)</sup> выдѣляетъ: 1) травматическій неврозъ въ узкомъ значеніи этого термина; съ той или другой органической подкладкой, хотя бы въ формѣ молекулярнаго сотрясе-

\* ) См., напр., *Wormser*. Ein einwandfreier Fall von hysterischem Fieber. *Münch. medic. Wochenschr.*, 1900 г. № 40—41.

См. также: *Glorieux*. Un cas d'œdème hystérique. *Journal de Neurologie* 1911 г. № 4: здѣсь при истерическомъ отека у больной наблюдалось лихорадочное состояніе (до 38°—39° по вечерамъ).

<sup>1)</sup> *Presse médicale*, 1915.

<sup>2)</sup> «Психіатр. Газета», № 13, 1915; «Рус. Врачъ», № 19 за 1915 г.

нія центральной нервной системы. Это — композиціональная форма; 2) травматическая истерія: здѣсь глав. обр., эмоціональный токъ; здѣсь органической подкладки нѣтъ. Интересно слѣдующее указаніе *С. А. Суханова*: „при потрясающихъ условіяхъ военнаго времени на передовыхъ позиціяхъ могутъ, вѣроятно, и безъ особаго специфическаго предрасположенія обнаруживаться психогенно-истероидныя реакціи, которыя въ мирное время наблюдаются исключительно при конституціональной истеріи“. *Regis* <sup>1)</sup> указываетъ, что въ первоначальномъ разстройствѣ, связанномъ съ участіемъ въ бояхъ, въ симптомокомплексѣ на первомъ мѣстѣ стоятъ неврастепическіе элементы. Акад. *В. М. Бехтеревъ* <sup>2)</sup> указываетъ на то, что большіе разрывные снаряды даютъ какъ бы сотрясеніе мозга-травматическій нейро-психозъ. *В. М. Бехтеревъ* и *Regis*, между прочимъ, указываютъ и на то, что въ симптомокомплексѣ травматическаго невроза можетъ, хотя, не часто отмѣчаться, въ связи съ травматизмомъ и эпилепсія (изъ описываемыхъ случаевъ 8-ой). Наконецъ, выше было указано выдѣленіе пр.-доц. *Н. А. Вырубовымъ* „контузіоннаго невроза“, *Т. Е. Секаловымъ* „декомпрессионнаго“ *М. А. Захарченко* <sup>3)</sup> формы травматическаго невроза съ явленіями сотрясенія лабиринта, проявляющагося, между прочимъ, симптомомъ Захарченко.

<sup>1)</sup> *Presse medicale*, № 23, 1915.

<sup>2)</sup> «Новое в Медицинѣ». № 7—8, 1915 г.

<sup>3)</sup> «Психіатр. Газета». № 5, 1915.

<sup>4)</sup> «Психіатр. Газета», 1915 г.

## Краткій обзоръ литературы о нервно-душевныхъ заболѣваніяхъ въ связи съ войной.

Н. Е. Осокинъ и С. А. Лассъ.

Черепно-мозговья раненія.

### *Симптопатологія.*

*Dejerine* и *Mouzon* (*Revue neurolog.* 1915. № 17—18), при изслѣдованіи двухъ больныхъ съ раненіями черепа въ области чувствительной зоны мозговой коры, отмѣчаютъ специальный характеръ наблюдающихся при этомъ разстройствъ. Является возможнымъ поэтому выдѣлять чувствительный корковый синдромъ, отличающійся почти полнымъ сохраненіемъ тактильной чувствительности, нормальной термической и болевой, при значительномъ измѣненіи стереогностическаго чувства,—положенія частей тѣла. Отъ измѣненій чувствительности при заболѣваніи зрительнаго бугра разсматриваемый синдромъ отличается частичнымъ разстройствомъ чувствительности, тогда какъ для заболѣваній зрительнаго бугра характерно измѣненіе всѣхъ видовъ чувствительности.

*Delorme* (см. тамъ же), изслѣдовавъ болѣе 200 раненыхъ съ черепно-мозговыми поврежденіями, замѣтилъ значительную частоту зрительныхъ разстройствъ, гдѣ бы ни локализовалось это поврежденіе. Довольно обычны также слуховыя разстройства, а также вкусовыя и обонятельныя. Эти разстройства то являются прямымъ слѣдствіемъ поврежденія соответствующаго сенсоріальнаго центра, то послѣдовательнымъ из-



измѣненіемъ, обусловливаемымъ, вѣроятно, менингоэнцефалитическимъ инфекціоннымъ процессомъ.

*Dupont* и *Troisier* (тамъ же) наблюдали случай сквозного черепного раненія пулей, прошедшей позади обеихъ ушей. Въ первые дни больной представлялъ мозжечковыя расстройства, неуверенное стояніе на ногахъ, параличи глазныхъ мышцъ, дисфагію, тахикардію и *diabetes insipidus*. На 15 день всѣ симптомы стали убывать, но на шеѣ развилась пузырьчатая сыпь. Весь симптомокомплексъ давалъ основаніе предположить диффузное распространеніе измѣненій въ центральной нервной системѣ, начиная съ интерпедункулярной области—до шейнаго отдѣла спинного мозга. Такимъ образомъ изъ этого вытекаетъ, что даже при отсутствіи рѣзкаго поврежденія въ тканяхъ мозга, приходится встрѣчаться съ измѣненіями на разстояніи. Эти измѣненія должны быть отнесены на внезапное сильное повышеніе внутричерепного давленія и внутри позвоночнаго канала.

*Duguet* (тамъ же) сообщаетъ о случаѣ раненія головы, интересъ котораго заключается въ позднемъ, спустя нѣсколько дней послѣ операціи, появленіи двигательной афазіи и аграфіи, при чемъ мѣсто поврежденія черепа не соответствовало расположенію рѣчевыхъ центровъ, располагаясь отъ послѣднихъ болѣе кзади, тамъ, гдѣ локализируютъ словесную глухоту и центръ глазныхъ движеній.

*Dupré* и *Le Fur* (тамъ же) представили въ Парижскомъ О-вѣ невропатологовъ больного съ явленіями спастической параплегии, развившейся послѣ раненія макушки головы, что должно быть связано съ двустороннимъ фокусомъ (геморрагическаго или энцефалитическаго) въ парацентральныхъ доляхъ.

*Pierre Marie* и *Athanassio-Bénisty* (тамъ же) привели наблюденіе, гдѣ вслѣдъ за пулевымъ раненіемъ съ входнымъ отверстіемъ въ области интерпаріетальнаго шва, на 14 см. кзади отъ носолобнаго шва, и выходными отверстіями на 3 см.

взадъ отъ 1-го, развилась эластическая параллелія. Рентгенографія, произведенная черезъ 2 мѣсяца послѣ раненія, не открыли мѣстнаго поврежденія. Люмбальной пункцией добыта прозрачная жидкость съ значительнымъ содержаніемъ бѣлка (0.75) и 7—8 лимфоцитами въ полѣ зрѣнія. Интересъ заключается въ нѣкоторыхъ особенностяхъ двигательныхъ разстройствъ. Больной не могъ производить изолированныхъ движеній стопой и пальцами, во время же ходьбы у него сокращались хорошо все мышцы стопы, въ особенности передняя берцовая и общая разгибательная мышца. Этотъ фактъ доказываетъ, что ходьба представляетъ автоматическій актъ, подчиненный главнымъ образомъ подкорковымъ центрамъ, въ частности спяно-мозговымъ(?).

*Aug. Polsson* и *F. I. Collet* (тамъ же) у солдата послѣ поверхностнаго пулевого раненія въ правой темянной области, безъ поврежденія костей наблюдали развитіе Кожевниковской эпилепсіи. Болѣзненные симптомы состояли изъ постоянныхъ клоническихъ судорогъ кисти, ограниченія подвижности пальцевъ лѣвой руки, частичнаго разстройства чувствительности (прикосновенія и стереогностическаго чувства). При операціи на наружной поверхности твердой мозговой оболочки найдена гематома, локализирующаяся точно въ области передней центральной извилины. Слѣдвало было предположеніе о возможныхъ гемаррагическихъ очагахъ и подъ оболочкой, въ корѣ мозга. Тѣмъ не менѣе, въ надеждѣ, что одна декомпрессионная трепанація будетъ вполне достаточной для излеченія отъ болѣзни, твердая оболочка не разрѣзалась. Послѣ операціи судороги въ кисти усилились. На 3-й день послѣ операціи развился судорожный припадокъ Джексоновской эпилепсіи. Позднѣе однако наступило выздоровленіе. Съ прекращеніемъ судорогъ исчезли и чувствительныя разстройства. Больной вернулся на службу въ свой полкъ.

*Roussy* и *Ichlowski* (тамъ же) у раненаго въ правую темянную область съ явленіями лѣвосторонней гемиплегіи

отмѣтили рѣзко выраженныя содружественныя (связкиетажные) движенія въ парализованныхъ конечностяхъ, наступающія при всякомъ не только активномъ, но и пассивномъ движеніи на здоровой сторонѣ. Остается перѣшленнымъ вопросъ, не присоединилось ли въ данномъ случаѣ къ органическому субстрату также функціональное разстройство.

*Капустинъ* (Русскій Врачъ. 1915 г.) описываетъ больного съ пулевымъ раненіемъ нервовъ черепа и вещества мозга. У больного наблюдалось: потеря обонянія справа, параличъ лицевыхъ и жевательныхъ мышцъ справа, потеря слуха справа, концентрическое суженіе поля зрѣнія съ обѣихъ сторонъ, насильственныя хорейформныя и атегосныя движенія головы и правыхъ конечностей, адiadoкиннезія, головная боль и головокруженіе, разстройство равновѣсія тѣла. На основаніи этихъ симптомовъ діагностируется травматическая межчерепная гематома на основаніи черепа въ задней черепной ямкѣ съ сдавливаніемъ и раздраженіемъ *trachia conjunctivalia*. Къ этому страданію присоединилась травматическая истерія, въ симптомамъ каковой слѣдуетъ отнести разстройство зрѣнія и тревожный сонъ.

### Хирургія черепномозговыхъ раненій.

*Завадзкій* въ докладѣ въ научномъ собраніи врачей района арміи сѣверо-западнаго фронта (Русскій Врачъ. 1915 № 15) сообщаетъ о 48 своихъ наблюденіяхъ съ раненіями мозга. Почти все такіе раненые были съ выпаленіемъ мозга; большая часть полупарализованы, у большинства имѣлась афазія. Изъ всѣхъ нихъ умерло 19: 6 неоперированныхъ *in extremis*, 6 очень тяжелыхъ (2 съ перитонитомъ, 2 въ паучьемъ стадіи, 2 съ менингитомъ), 7 раненыхъ бомбой, у которыхъ мозгъ вывалился изъ черепа какъ жидкая каша. Изъ остальныхъ 29 оперированныхъ живы 16. Показаніями къ оперативному леченію служили: высокая температура, начинавшійся менингитъ, по-

дозрѣніе на гнойники, признаки увеличеннаго внутречерепнаго давленія. Докладчикъ указываетъ, что наиболѣе тяжелыми раненіями оказываются касательныя и сегментарныя. Всѣ такіе больные въ виду предрасположенія ихъ къ зараженію, требуютъ немедленнаго хирургическаго вмѣшательства въ видѣ трепанаций или механической очистки—*debridement*.

Проф. *Напалковъ* въ томъ же собраніи привелъ результаты своихъ наблюдений. Изъ 88 раненыхъ въ голову съ поврежденіемъ костей черепа умерли 29 т. е. 33%. Оперированы 38; изъ нихъ скончались 21, т. е. 55%. Смерть наступала черезъ 2—20 дней послѣ операций. Обычно смерть наступала отъ воспалительныхъ процессовъ—энцефалита и менингита. Большинство раненыхъ въ черепъ поступали въ госпиталь уже съ энцефалитомъ. Энцефалитъ протекалъ медленно и иногда давалъ ограниченный гнойникъ. Менингитъ наоборотъ быстро приводилъ къ смерти. На этомъ основаніи проф. *Напалковъ* высказалъ мнѣніе, что помощь въ ближайшій мѣсяцъ при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа и его содержимаго сводится въ борьбѣ съ зараженіемъ.

*Уртшейнъ* видѣлъ 76 случаевъ поврежденія мозга, при чемъ отмѣчаетъ частоту тяжелаго исхода—42 больныхъ умерли. Паралелизма между клиническимъ синдромомъ и предсказаніемъ нѣтъ, т. к. цѣлый рядъ больныхъ погибали при наличности однихъ общихъ явленій и наоборотъ другіе больные съ явными мѣстными расстройствами выздоравливали. Установленіе показаній къ оперативному вмѣшательству при раненіяхъ черепа трудно.

*Померанцевъ* приводитъ 4 случая оперативнаго лѣченія при черепныхъ раненіяхъ съ паретическими явленіями и афазіей. Въ 2-хъ изъ нихъ, казавшихся наиболѣе здоровыми, оперативное леченіе оказалось гибельнымъ, явившись толчкомъ къ всеобщей гнѣвшей инфекціи (Врачебная газета 1915, № 15).

Проф. *В. И. Разумовскій* въ рѣчи, посвященной современнымъ взглядамъ на леченіе огнестрѣльныхъ ранъ, защи-

шаетъ вообще принципію строгаго консерватизма, но полагаетъ, что исключеніе должно быть сдѣлано для черепномозговыхъ раневій. Здѣсь *le Drain*'овское Debridementъ болѣе показано, какъ средство, предупреждающее развитіе инфекціонныхъ процессовъ и тяжелыхъ мозговыхъ осложненій. (Врачебная Газета 1915. № 7).

*Auvray* за  $\frac{1}{2}$  года хирургической работы въ военныхъ госпиталяхъ сдѣлалъ 25 трепанцій по поводу огнестрѣльныхъ ранъ черепа. Въ 9 сл. поврежденіе исключительно касалось черепной стѣнки. Извлечены были отломки костей, также инородныя тѣла, раны дезинфицированы. Всѣ эти раненные были излечены. Одинъ изъ нихъ представлялъ тяжелое нервное разстройство, судорожный припадокъ съ послѣдующей комой. Въ 16 случаяхъ операція была предпринята изъ за поврежденія мозговыхъ оболочекъ и вещества мозга. Изъ нихъ 3 больныхъ, представляющихъ наиболѣе тяжелые симптомы, поправились. Всѣ остальные погибли спустя нѣсколько дней или недѣль отъ инфекціи. По мнѣнію автора необходимо возможно раннее точное изслѣдованіе раны еще въ передовыхъ лазаретахъ, чтобы въ случаѣ надобности не только произвести debridement, но систематично трепанировать, полагая при этомъ, что результаты болѣе благопріятной статистики не замедлятъ себя ждать. (Société de la Chirurgie, 1915).

*Nonne* (Neurolog. Centralbl, 1915, № 1) демонстрировалъ больного съ легкими двигательными парезами мозгового происхожденія и тяжелымъ разстройствомъ чувствительности аягестезіи—для всѣхъ родовъ отъ головы до самыхъ ногъ. Диагнозъ—диффузное врожденное въ области задней центральной извилины и пограничныхъ областей. Трепанация не была сдѣлана. Исходьволь состояніе улучшилось. Не надо спѣшить съ трепанацией!

*Lewandowsky* (Neurolog. Centralbl. 1915. № 1). Асептически залѣченные раны и теперь, какъ прежде, не даютъ показаній для выѣнательства, но не такъ абсолютно, какъ

раньше, въ особенности, если пулю можно легко достать. Самыя главныя показанія хирургическому вмѣшательству это стремленіе къ тому, чтобы сдѣлать проникающія рапы возможно асептичными. Всѣ черепныя рапы, особенно тангенціальныя, требуютъ тщательнаго хирургическаго контроля. Въ случаяхъ, гдѣ этого не было, рапы оказываются гораздо чаще зараженными, чѣмъ въ контролированныхъ. Если на полѣ рана не была контролирована, необходимо это сдѣлать въ лазаретѣ. Въ каждомъ случаѣ черепнаго раненія необходимо это сдѣлать въ лазаретѣ. Въ каждомъ случаѣ черепнаго раненія необходимо продолжительное наблюденіе даже при благоприятномъ теченіи. Даже послѣ многократной нормальной t-ры могутъ развиваться менингиты и мозговые паразиты. Кромѣ свойныхъ могутъ развиваться серозные менингиты и болѣе легкіе случаи менингеальныхъ кровоизліяній, при нихъ благоприятное предсказаніе. Въ этихъ случаяхъ для діагноза и терапіи требуется поясничная пункция. Прострѣлы мозга часто даютъ лишь незначительныя симптомы, кажушіеся легкія раненія—тяжелые симптомы. Последнее объясняется переломами костей черепа, иногда до самаго основанія. Особенно часто при этомъ явленіи со стороны лабиринта и полукружныхъ канальцевъ. Если рана не проникающая, то операція только при предположеніи значительныхъ менингеальныхъ кровоизліяній. Дальнѣйшую судьбу мозговыхъ раненій трудно предсказать. Навѣрное перелы вами скоро встанетъ вопросъ о позднихъ симптомахъ. Оперативная помощь особенно показана при травматической эпилепсїи, въ остальныхъ случаяхъ крайняя осторожность.

Проф. *Rothmann* очень настойчиво высказывается за консервативное лѣченіе черепно-мозговыхъ раненій. Онъ очень настаиваетъ на быстрой отправкѣ этого рода больныхъ на родину, т. е. большинство оперированныхъ въ полевыхъ лазаретахъ кончаются не благополучно. Онъ сообщаетъ при этомъ наблюденіе *Kürtjes'a*, который въ общемъ высказывается за оперативную помощь, но при непрямомъ участіи консуль-

танта невропатолога. *Rot h m a n* п демонстрируетъ одного больного, у котораго пуля прошла черезъ все лѣвое полушаріе, отъ лобной до затылочной доли, случай кончился благополучно, безъ какихъ либо явленій выпаденія. Особенно слѣдуетъ подчеркнуть способность къ обратному развитію явленій выпаденія у молодыхъ солдатъ со свѣжими мозгами.

По поводу доклада *Левандовскаго* проф. *Oppenheim* замѣтилъ, что при огнестрѣльныхъ ранахъ черепа и головного мозга возможно консервативное леченіе, т. е. гнѣздыя симптомы весьма склонны къ обратному развитію.

*NOTE:* при поврежденіяхъ головного мозга особенно часто наблюдается моноплегія. Способность молодыхъ здоровыхъ мозговъ къ восстановленію функций чрезвычайно значительна.

### Спинномозговья раненія,

*Claude* и *Petit* (*Revue neurolog.* 1916. 15) описываютъ 3 случая огнестрѣльныхъ пораженій позвоночника, въ которыхъ, наряду съ обычными чувствительно-двигательными расстройствами, свойственными полному перерыву спинного мозга, отмѣчалось отсутствіе сухожильныхъ кожныхъ рефлексовъ. Въ 1-мъ случаѣ спинной мозгъ поврежденъ былъ на уровнѣ XI грудного позвонка, въ 2-мъ случаѣ повреждены были IX, X и XI грудные позвонки, въ 3-емъ случаѣ поврежденіе касалось I шейнаго позвонка. Авторъ упоминаетъ о наблюденіяхъ *Dejerine* и *Levy*, гдѣ кожные рефлексы представлялись стойкими. Вопросъ о сохраненіи и отсутствіи сухожильныхъ и кожныхъ рефлексовъ требуетъ дальнѣйшихъ наблюденій. Поврежденіе позвоночника въ настоящее военное время должно быть изучено въ пѣляхъ наилучшаго освѣщенія этого вопроса.

*Dejerine* и *Mouzon* (тамъ же) наблюдали солдата развѣдчика, раненаго шрапнелью въ спину. Исслѣдованіе по

Рентгену показало присутствіе пули въ межпозвоночномъ хрящѣ между 2 и 3 груднымъ позвонками. Клиническая картина сложилась изъ полного паралича нижнихъ конечностей, брюшной мускулатуры и потери всѣхъ видовъ чувствительности до сосковой линіи. Въ теченіе всего наблюденія состояніе рефлексовъ представлялось въ слѣдующемъ видѣ: 1) сухожильные рефлексы все время отсутствовали, что вполне согласовалось съ закономъ *Bastian'a*, 2) Кожные рефлексы на 4-й день послѣ раненія отсутствовали, а затѣмъ стали появляться, сначала яичковый, позднѣе подошвенный—сгибательный. На 6-й день появились на обѣихъ стопахъ глубокіе защитные рефлексы, на 8-й день былъ обнаруженъ анальный рефлексъ. Съ 15 по 21 день появились поверхностные защитные рефлексы. Позднѣе всѣ рефлексы измѣнялись въ своей интенсивности, но не исчезали вполне. На 40-й день больной умеръ. При вскрытіи найдено полное разрушеніе спинного мозга на высотѣ 4 грудного сегмента. Выводы: 1) для появленія феномена большого пальца (р. *Babinski'аго*) недостаточно одного перерожденія пирамиднаго пучка, въ виду отсутствія симптома при полномъ перерывѣ спинного мозга, 2) кожные рефлексы—спинномозгового происхожденія, такъ какъ они сохраняются при поврежденіи этого органа, 3) въ теченіе нѣсколькихъ дней послѣ травмы они могутъ отсутствовать подъ вліяніемъ задерживающаго вліянія спинного мозга, а потомъ вновь возвратиться.

*Dupré, le Fur et Raimbolt* (Revue neurol. 1915, № 17—18) представили въ О-вѣ невропатологовъ случай сквозного (въ поперечномъ направленіи) раненія въ шейномъ отдѣлѣ позвоночнаго канала, вызвавшаго въ первое время спастическій параличъ всѣхъ 4-хъ конечностей и находившагося въ моментъ демонстраціи на пути къ выздоровленію. Рѣдкость давняго наблюденія заключается въ отсутствіи поврежденія спинного мозга, несмотря на ходъ пули въ поперечномъ направленіи черезъ позвоночникъ.



*Mauglaire* (тамъ же) сообщаетъ о 8 случаяхъ спинномозговыхъ раненій. Въ 4-хъ случаяхъ поврежденіе было всего поперечника грудного отдѣла, болыные всѣ умирали отъ восходящаго мѣлитита. Въ одномъ случаѣ раненіе спинного мозга повлекло за собой развитіе Броуцъ-Секаровскаго паралича. Въ 6-омъ случ. револьверная пуля произвела *Haemorrhachis* сначала съ параличѣй, потомъ съ парезомъ правой ноги. Послѣ извлеченія пули больной выздоровѣлъ. Въ 8 сл. поврежденіе коснулось копскаго хвоста. Болѣзненные разстройства, бывшія въ этомъ случаѣ прошли безъ леченія.

*Pierre Marie* и *Roussy* (тамъ же), говоря о параличахъ, обусловливаемыхъ спинномозговыми раненіями, указываютъ на замѣченное ими довольно часто самопроизвольное улучшение. Поэтому предсказаніе при этихъ заболѣваніяхъ далеко не безопасно, если только удается избѣжать неблагоприятныхъ осложненій. Среди этихъ тяжелыхъ и опасныхъ осложненій на первомъ планѣ—пролежни и разстройство сфинктеровъ. Вопреки клиническому возрѣнію, по которому пролежни ставятся въ зависимость отъ самаго спинномозгового процесса, *Pierre Marie* и *Roussy* объясняютъ ихъ происхожденіе мѣстными трофическими разстройствами, вследствие механическаго давленія, химическаго раздраженія испраженіями и присоединеніемъ ко всему этому инфекціи. Отсюда выводъ о важности предупредительныхъ мѣръ противъ развитіемъ пролежня и раздраженіемъ кожныхъ покрововъ испраженіями.

*Roussy* (*Revue neurol.* № 15) сообщаетъ о двухъ клиническихкихъ наблюденіяхъ съ аутопсіей. Въ 1-омъ сл. была обнаружена вялая параллелія съ полнымъ отсутствіемъ сухожильныхъ, кожныхъ и зачаточныхъ рефлексовъ, феноменомъ уваривателей, полная анестезія въ нижней части тѣла до  $L_1$ ,  $L_2$ , справа, разстройства тазовыхъ органовъ. При аутопсіи найдена полная деструкція спинного мозга на уровнѣ  $L_1$ ,  $L_2$ .

L<sub>3</sub>, L<sub>4</sub>. Въ 2-мъ случаѣ имѣется на лицо явная параллелія съ анестезіей до уровня 10 грудной, тазовыя разстройства, небольшія струны въ сакральной области; кожно-защитные рефлексы отсутствовали. При аутопсії констатировано полное разрушеніе мозга осколками граваты съ D<sub>10</sub> до L<sub>2</sub>.

Тотъ же авторъ (тамъ же) приводитъ случай спинальной гемиплегія съ перекрестной гемипарестезіей, наблюдавшійся у германца вслѣдствіе раненія спинного мозга на уровнѣ 4 шейнаго позвонка. Особенность случая заключается въ томъ, что пуля проникла черезъ ротовую полость.

Д-ръ *Muskens* (*Neurolog. Centralbl.* № 1—7).<sup>4</sup> Полное поврежденіе поперечника спинного мозга при огнестрѣльныхъ раненіяхъ<sup>4</sup>.

Выводы: 1) Діагностика поперечныхъ поврежденій мозга до сего времени не точная. Мы не въ состояніи опредѣлить полное поврежденіе поперечника спинного мозга. Хотя прочно установлено, что при полномъ поврежденіи поперечника спинного мозга отсутствуютъ глубокіе и поверхностные рефлексы, но нельзя дѣлать обратнаго заключенія и по отсутствію глубокихъ рефлексовъ умозаключать о полномъ поврежденіи поперечника.

2. Въ русско-японской, болгарской и современной войнѣ мы впервые стали знакомиться съ дѣйствіемъ современнаго артиллерійскаго снаряда, обладающаго громадной живой силой. Очень вѣроятно, что при дѣйствіи подобнаго снаряда мы имѣемъ дѣло съ мало извѣстными намъ условіями, вызывающими поврежденіе спинного мозга (разрывъ сосудовъ вслѣдствіе разрѣженія воздуха отъ этого снаряда.)

3. При оперированіи двухъ случаевъ полного поврежденія поперечника спинного мозга съ потерей почти всѣхъ рефлексовъ оказалось, что оболочка была безъ измѣненій и поперечникъ спинного мозга далеко не весь былъ поврежденъ, такъ какъ послѣ этого наступило существенное улучшеніе.

*Oppenheim* (Neurol. Centralbl. № 2) описываетъ больно-го съ спинно мозговымъ полу-параличемъ и одноименной половиной анестезіей. Гранадеръ 23-хъ лѣтъ получилъ штыковую рану въ правую половину шеи. Безсознательное состояніе, влочащія подергиванія въ ногахъ и слабость во всѣхъ конечностяхъ; первый мѣсяць непроизвольное отдѣленіе мочи, а иногда и faeces. Въ настоящее время типичная картина спастическаго спинно-мозгового паралича правой стороны, какъ при пораженіи спинного мозга выше шейнаго утолщенія. Но на этой же сторонѣ параличъ всѣхъ видовъ чувствительности, при томъ не функціональнаго, а органическаго (спинальнаго) характера. *Oppenheim* оставилъ на слѣдующемъ объясненіи: конецъ штыка разрушилъ пирамидальный путь и задніе столбы справа, по кромѣ того онъ разрушилъ и перекрещенный чувствительный путь въ лѣвой половинѣ спинного мозга. Это объясненіе вполне подтверждается Рентгеновскими снимками.

*Lewandowsky* (Neurolog. Centralbl. 1915. № 1. Не слѣдуетъ оперировать при пораженіяхъ спинного мозга. Полныя поврежденія не даютъ шансовъ, частичныя излѣчиваются безъ операцій. Случай, гдѣ возможно восстановленіе функцій, обуславливается не разможженіемъ мозга, а въ немъ вмѣстѣ только травматич. некрозы и кровоизліянія; пуля проходитъ въ этихъ случаяхъ мимо спинного мозга. Самое важное—не завести инфекціи черезъ мочевой пузырь. Пораженія хвоста лѣчатся по показаніямъ какъ периферическіе нервы.

Въ другой статьѣ *Oppenheim* отмѣчаетъ (Neurolog. Centralbl. 1915, № 1) много случаевъ пораненій спинного мозга. Позвонокъ по рентгенограммѣ часто не тронутъ, или признаки перелома. Но и одного сотрясенія достаточно, чтобы вызвать измѣненія въ мозгу, именно: 1. менингеальныя кровоизліянія или серознофибринозныя воспаленія пхъ. 2. кровоизліяніе въ спинной мозгъ 3. размягченія спинного мозга или

острый травматическій некрозъ мозга. Одинъ такой случай наблюдался при цѣлыхъ позвонкахъ.

Серозное или серозно-фибринозное воспаление мозга даетъ при огнестрѣльныхъ раненіяхъ картину или полного пораженія мозга или половиннаго типа Броунъ-Секара. Последніе случаи даже преобладаютъ.

Д-ръ *Schuster* демонстрировалъ больного, у котораго послѣ огнестрѣльной раны въ настоящее время имѣется картина Броунъ-Секаровскаго паралича. Тотчасъ послѣ выстрѣла—параличь правой ноги. Рентгенограмма показываетъ полное отсутствіе поврежденія позвонковъ. Поэтому нужно думать, что въ данномъ случаѣ, вслѣдствіе сильнаго сотрясенія костей и спинного мозга—небольшое кровоизліяніе въ вещество мозга,—кровоизліяніе вѣроятнѣе, чѣмъ первичное омертвѣніе. Нерѣдко спинальные явленія развиваются, когда пуля даже не касается позвоночнаго канала. Мнѣніе о кровоизліяніи встрѣтило возраженіе со стороны *Hennenberg'a*, который въ двухъ аналогичныхъ случаяхъ на вскрытіи нашелъ не кровоизліяніе, а острое перерожденіе, размягченіе или омертвѣніе. Проф. *Oppenheim* считаетъ одинаково вѣроятными какъ кровоизліяніе, такъ и омертвѣніе.

Д-ръ *Cassierer* вскрывалъ одинъ подобный случай и нашелъ типичное центральное омертвѣніе, никакого кровоизліянія.

Проф. *Rothmann* того мнѣнія, что помимо омертвѣнія, кровоизліяніе имѣетъ несомнѣнное значеніе при развитіи подобныхъ пораженій спинного мозга, нельзя конечно сомнѣваться и въ существованіи омертвѣнія. При огнестрѣльныхъ ранахъ спинного мозга онъ высказывается не такъ категорически противъ оперативной помощи, но предостерегаетъ отъ слишкомъ активнаго вмѣшательства. Онъ наблюдалъ шесть такого рода больныхъ съ частичнымъ поврежденіемъ мозга; въ этихъ случаяхъ наступило большое улучшеніе безъ операций.

Проф. *Rothmann* подчеркиваетъ возможность значительнаго возстановленія при сохраненіи небольшой части поперечника спинного мозга даже въ такихъ случаяхъ, которые вначалѣ представляли клиническую картину полного пораженія спинного мозга. Поэтому слѣдуетъ по возможности избѣгать операціи.

Проф. *Marburg* (Вѣна). У насъ до сихъ поръ нѣтъ опредѣленныхъ положеній относительно лечебныхъ мѣропріятій при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ спинного мозга. Больше всего принято положеніе *Oppenheim'a*: при полныхъ поврежденіяхъ поперечника спинного мозга хирургическое вмѣшательство дастъ сомнительные результаты, а съ другой стороны мы наблюдаемъ много случаевъ, которые, уже по истеченіи короткаго времени, излечиваются сами собой, слѣдовательно, и въ этихъ случаяхъ хирургическое вмѣшательство излишне. Матеріаль, которымъ располагаетъ *Marburg*, дастъ ему право гораздо больше высказываться за хирургическое вмѣшательство. Само собою разумѣется, рѣчь идетъ о тяжелыхъ случаяхъ, въ которыхъ не наблюдается никакого улучшенія въ теченіи многихъ недѣль или послѣ начальнаго незначительнаго улучшенія положеніе очень долгое время остается безъ переменъ.

Вся трудность заключается въ томъ, что мы не въ состояніи съ полною увѣренностью опредѣлить полное поврежденіе поперечника спинного мозга; при томъ послѣднее можетъ быть симулировано не прямымъ, а косвеннымъ поврежденіемъ спинного мозга (напримѣръ, размягченіе, въ особенности отекомъ проводящихъ путей). Ни рентгеновскій снимокъ, ни тщательное изученіе пулевого канала не могутъ намъ помочь. Подъ наблюденіемъ автора было 35-случаевъ. Въ одномъ случаѣ пуля лежала интрадурально и спинной мозгъ почти не былъ поврежденъ. Съ другой стороны вскрытія показали, что во многихъ случаяхъ позвонки были едва задѣты и тѣмъ не менѣе поперечникъ представлялъ картину тяжелаго размягченія. Авторъ приводитъ одинъ случай, гдѣ была картина

полнаго пораженія поперечника спинного мозга; въ этомъ случаѣ при операціи была найдена киста паутинной оболочки-ограниченный серозный менингитъ отъ С<sub>7</sub> до D<sub>2</sub>; въ данномъ случаѣ операція значительно улучшила состояніе больного. Авторъ вообще удивляется, какъ можно уже заранѣе отклонять ламивектомию, которая въ рукахъ опытнаго хирурга представляетъ нетрудную операцію.

Проф. Nonne высказывается за операцію въ тѣхъ случаяхъ, когда самъ спинной мозгъ не измѣненъ; въ сомнительныхъ случаяхъ онъ считаетъ пробную операцію показанной.

*Западскій* (Русскій Врачъ, 1915. № 22) сдѣлалъ обзоръ наблюдавшихся имъ случаевъ огнестрѣльныхъ поврежденій спинного мозга. Изъ 14 равныхъ въ область спинного мозга у 5, въ моментъ наблюденія параплегія отчасти прошла, у 9 оставалась. Изъ числа 5, у которыхъ наступило улучшеніе безъ операціи, 3 живы, 1 былъ оперированъ и далъ улучшеніе, 1 умеръ безъ операціи вслѣдствіе развившагося перитонита и поврежденія мозга. Изъ 9 съ полной параплегіей умерло оперированныхъ—6; смерть наступила черезъ 4—5 недѣль послѣ операціи. Неоперированныхъ умерло 3. У всѣхъ на вскрытіи найдено размягченіе спинного мозга или его полное разрушеніе на довольно значительномъ протяженіи. Изъ 6 съ поврежденіемъ копскаго хвоста 3 оперированы, 3—пѣтъ. 2 изъ оперированныхъ живы, 1 умеръ вслѣдствіе гангрены руки отъ поврежденія въ суставѣ другой пулей. Изъ 3 неоперированныхъ: 1 умеръ отъ перитонита, 1 отъ гнилокровія, 3-й въ виду самостоятельнаго улучшенія лечится консервативно. Статистика оперированныхъ плоха. Тѣмъ не менѣе имѣющіяся въ литературѣ данныя показываютъ, что выздоровленіе возможно даже при наличности всѣхъ признаковъ помимо разрушенія, такъ какъ прищадкя сдавленія даютъ такую же картину параплегіи. Отсюда пробная ламивектомія является желательной.

## Раненія периферической нервной системы.

*Купріянова, Е. А.* На основаніи хирургическаго матеріала проф. *В. И. Разумовскаго* въ Лазаретахъ Земскаго Союза въ Саратовѣ разбираетъ вопросъ объ оперативномъ леченіи военно-полевыхъ раненій периферическихъ перонныхъ стволонъ. Матеріаль раздѣлялся на: 1) Случай, гдѣ нервъ оказывался неизмѣненнымъ—3 сл. 2) Ущемленіе нерва между костными отломками при огнестрѣльныххъ переломахъ костей—2 сл. 3) Сдавливаніе нерва рубцомъ—19 сл. 4) Случай притяженія нерва рубцомъ къ кости или костной мозоли—2 сл. 5) Измѣненіе самаго нерва и неврилеммы. 6) Кровоизліяніе въ окружности нерва,—1 сл. 7) *neuritis ascendens*, 8) пули и др инородныя тѣла, застрявшія въблизи нерва и т. п. Оперативное леченіе заключалось въ обнаженіи, вытягиваніи нерва, освобожденіи изъ рубца или изъ костнаго желоба, вырѣзываніи нервовъ, червномъ швѣ и первопластивіи въ разныхъ формахъ. Главнѣйшіе выводы: 1) Оперативное леченіе показуется во всѣхъ случаяхъ, гдѣ а) имѣются расстройства движеній или б) очень сильныя боли, не уступающія обычно приимлемымъ средствамъ. 2) Операція не могутъ усилить нервное расстройство, т. е. принести какой либо вредъ. 3) Положительные результаты по отношенію къ чувствительности (уменьшеніе болей) получаютъ скоро, часто въ первые же дни, по отношенію же къ движеніямъ (исчезновеніе параличей) медленно, но въ 3-хъ случаяхъ—послѣ невролиза, довольно скоро.

*Babinski* (*Revue neurolog.* 1915. №17—18), изучивъ за  $\frac{1}{2}$  года большое число случаевъ огнестрѣльныххъ поврежденій периферической нервной системы, отмѣтилъ нѣсколько важныхъ новыхъ фактовъ въ діагностическомъ и прогностическомъ отношеніяхъ. Картина, подобная той, какая свойственна параличу, наблюдается послѣ перерѣзки сухожилій или мышцъ. Мышечная атрофія иногда наблюдается за предѣлами пораженнаго нерва и развивается очевидно по типу рефлексоторныхъ

атрофій. Нерѣдко къ двигательнымъ разстройствомъ, обусловливаемымъ рапеніемъ, присоединяются истерическіе параличи. Такіе случаи слѣдуетъ называть истеро органическими. Составляющіе ихъ симптомы должны быть расплечены, и истерическіе симптомы подлежатъ психотерапін. Говоря о собственно периферическихъ параличахъ авторъ отмѣчаетъ сравнительно часто отсутствіе параллелизма между электровозбудимостью и волевыми движеніями мышцъ, получающихъ иннервацію отъ поврежденныхъ нервовъ. Впервые автору удалось подмѣтить, гдѣ при параличѣ *n-vi mediani* электризація *n-vi bicipitis* вызываетъ на сторонѣ поврежденія—болѣе сильную супинацію, чѣмъ на здоровой сторонѣ. Это зависитъ отъ того, что при супинаціи сокращеніе туглавной мышцы не задерживается поврежденнымъ *m. pronator*. Обыкновенно, благодаря контузіи съ сдавливаніемъ нерва, двигательныя разстройства вначалѣ представляются очень значительными, а по минованіи раздраженія нарушенныя функціи нервовъ скоро восстанавливаются вполне. Оперативное леченіе, состоявшее въ шниваніи нервовъ послѣ предварительнаго освѣженія концовъ ихъ и освобожденіи ихъ отъ спаекъ, было примѣнено въ значительномъ числѣ случаевъ и дало очень хорошіе результаты. Болѣе всего операція показана при сильныхъ боляхъ. Въ другомъ сообщеніи Babinski останавливается на своеобразномъ примѣненіи электровозбудимости при легкой контузіи сѣдалищнаго нерва. Въ двухъ такихъ случаяхъ замѣчалось замедленіе разслабленія въ икроножныхъ мышцахъ при раздраженіи фарадическимъ токомъ. Тетанусъ мышцы на пораженной сторонѣ легче вызывался, чѣмъ на здоровой конечности.

*Pierre Marie* (тамъ же) при операціяхъ по поводу равеній нервовъ примѣнялъ изслѣзованіе фарадическимъ токомъ видимыхъ въ раѣ нервныхъ стволовъ, причемъ оказалось, что приложеніе электрода къ различнымъ поверхностямъ нерва (передней, задней и боковымъ) вызываетъ сокращеніе въ различныхъ группахъ. Такимъ образомъ можно диссоціиро-



вать и локализовать въ сѣдалищномъ нервѣ 3 вида волоконъ, идущихъ въ 3-мъ мышечнымъ группамъ: 1) тибіоперонеальнымъ, 2) *triceps surae* и *tibial. post.* и 3) сгибателямъ пальцевъ. Подобнымъ образомъ можно различать различныя группы волоконъ въ nn. *medianus*, *ulnaris* и *radialis*. Этотъ фактъ, помимо его чисто научнаго интереса, имѣетъ практическій интересъ. Первый шовъ, въ видахъ павдущаго возстановленія функціи долженъ соединять между собою одинаковаго значенія волокна.

*Pierre Marie* и М-ше *Athanassio-Bénésty* (тамъ же) разбираютъ вопросъ, клинической индивидуальности периферическихъ нервовъ. Хотя большинство нервовъ несутъ одновременно двигательную и чувствительную функцію, являясь въ анатомическомъ и фізіологическомъ отношеніяхъ вполне аналогичными, тѣмъ не менѣе при патологическихъ условіяхъ каждый изъ нихъ ясно проявляютъ свою индивидуальность, что и обнаруживается въ случаяхъ огнестрѣльныхъ раненій. Для поврежденій *radialis* особенно характерными являются параличи, для локтевого нерва—когтевидное положеніе кисти, для *medianus*—чувствительныя, вазомоторныя и трофическія расстройства. Всѣ другіе важнѣйшіе клиническіе признаки подробно разбираются авторами и перечисляются въ особыхъ, приложенныхъ къ работѣ, таблицахъ.

*Dejerine* и *Schwarz* (тамъ же) наблюдали солдата, получившаго нѣсколько раненій въ разныхъ частяхъ тѣла, изъ которыхъ одно было сквозное въ предплечье лѣвой руки съ поврежденіемъ n-vi *mediani*. Послѣдствіемъ этого раненія была потеря произвольныхъ движеній въ нѣсколькихъ пальцахъ. На 4-омъ мѣсяцѣ развился анкилозъ 4-хъ пальцевъ и развились трофическія расстройства кожи, ногтей, костей, и усиленная потливость. Деформація суставовъ и костей представлялись очень сходной съ измѣненіями, свойственными хро-

ническому ревматизму, но ограничивалась лишь областью распределения *n-vi mediani*.

*М. и M-me Long* (тамъ же) сообщили о случаяхъ огнестрѣльныхъ поражений конечностей, въ хирургическомъ отношеніи протекавшихъ вообщѣ благопріятно, но отличавшихся патологическими трофическими измѣненіями (диффузной атрофіей мышцъ, кожи, ногтей, декальцинаціей костей и развитіемъ волосатости) а также распространенными на значительную территорию болями. Въ основѣ этихъ измѣненій слѣдуетъ считать инфекцію съ медленнымъ теченіемъ (*infection lente*), въ однихъ случаяхъ распространяющуюся исключительно по первымъ стволамъ по типу *neuritis ascendens*, въ другихъ случаяхъ безъ такой строгой локализациі. Тѣ же авторы на основаніи изслѣдованія электровозбудимости при раненіяхъ нервовъ приходятъ къ заключенію, что, въ случаѣ возстановленія ихъ функціи, произвольныя движенія появляются раньше, возвращеніе возбудимости мышцъ на фарадическій токъ далеко не такъ постоянно, какъ то полагали прежде. Напротивъ, по ихъ наблюденіямъ, произвольныя движенія часто отстаютъ по сравненію съ возвращеніемъ къ нормѣ электровозбудимости мышцъ.

*М., M-me Dejerine и Mouzon* (тамъ же). При травматическихкихъ поврежденіяхъ крупныхъ нервныхъ стволовъ часто приходится рѣшать вопросъ объ оперативномъ вмѣшателствѣ. Для рѣшенія этихъ вопросовъ необходимо хорошо быть знакомымъ съ клиническими синдромами поражений нервныхъ стволовъ. Авторы различаютъ слѣдующіе синдромы: 1) сдавленіе нервного ствола, 2) полный разрывъ его, 3) раздраженіе и 4) регенерація нервного ствола. Въ дальнѣйшемъ подробному анализу авторы подвергаютъ: 1) синдромъ полного перерыва нервного ствола и 2) синдромъ регенераціи нерва. Первый выражается въ слѣдующемъ: 1) всеѣ мышцы ниже поврежденія вообщѣ парализованы, 2) мышцы вялы и ослаблены, тонусъ ихъ отсутствуетъ, 3) чувство боли при да-

вленіи на парализованныя мышцы отсутствует, 1) не наблюдается ни гиперестезіи, ни анестезіи въ области пораженнаго нерва, 5) давленіе на нервъ выше пораненія не даетъ никакой боли, 6) расстройства чувствительности имѣютъ стойкій характеръ, 7) топографія чувствительныхъ расстройствъ соответствуетъ всей области, лежащей ниже пораненія даннаго нерва. Къ этимъ главнымъ признакамъ нужно еще прибавить общіе признаки пораженія периферической нервной системы: отсутствіе сухожильныхъ, періостальныхъ и кожныхъ рефлексовъ, амиотрофія съ расстройствомъ электрической реакціи, усиленіе идиомускулярной возбудимости, нѣкоторыя деформации и т. п. Съ терапевтической точки зрѣнія при наличности синдрома полнаго перерыва и отсутствіи какихъ либо признаковъ регенераціи нерва показано оперативное вмѣшательство. Последнее состоитъ въ удаленіи всѣхъ патологическихкихъ плотныхъ тяжей, образовавшихся вокругъ и по ходу нерва (невромы, фибромы, келюнды, фибро-невромы) и, затѣмъ, наложитъ шовъ. Синдромъ регенераціи нерва характеризуется появленіемъ чувствительныхъ симптомовъ: самопроизвольныхъ болей и боли при давленіи, суженія дизестезической зоны и парестезій. Нѣсколько позднее возвращается мышечный тонусъ, который не сопровождается болевымъ ощущеніемъ при давленіи на мышечныя массы и наконецъ появляются волновые сокращенія мышцъ. Расстройства электровозбудимости мышцъ и нервовъ, амиотрофія, измѣненіе рефлексовъ и трофическія расстройства исчезаютъ еще позднее.

Если существуютъ признаки регенераціи нерва, то тогда операція противопоказуется. Однако тамъ гдѣ пальпація или радіографія, существованіе болей и трофическихкихъ расстройствъ позволяютъ думать о сдавленіи или раздраженіи нерва, оперативное вмѣшательство уместно, причемъ оно остается паранервнымъ и состоитъ въ освобожденіи нерва отъ фиброзныхъ тяжей, извлеченіи пули, костныхъ отломковъ и пр.

*Leri* имѣлъ подл. своимъ наблюденіемъ 400 сл. раненій нервовъ конечностей за 7 мѣсяцевъ войны. 286 случ., т. е. 3/4 изъ общаго числа относится на верхнія конечности, 114 на нижнія конечности. *N. radialis* поврежденъ былъ въ 102 сл., *n. ischiadicus* въ 100 сл., и *sciuzalis* пораженъ лишь въ 1 сл., *pl. brachialis*—31 сл. и *cauda equina*—14 сл. Оперировано было 75 случаевъ. Въ 25% при операціи былъ обнаруженъ полный разрывъ нерва. Изъ остальныхъ случаевъ нервъ чаще всего былъ сдавленъ фиброзной тканью. Показанія къ оперативному леченію опредѣляются слѣдующими положеніями: 1) Если параличъ съ самаго начала представляется неполнымъ и спустя 1—2 мѣсяца даетъ нѣкоторое улучшеніе, то оперировать не слѣдуетъ. Возстановленіе функціи можетъ произойти самопроизвольно. Въ качествѣ вспомоgetельныхъ средствъ рекомендуются электризація и массажъ. Попытки примѣнить гліозинамины не дали сколько нибудь значительныхъ результатовъ. 2) При предположеніи полного перерыва нерва, будутъ ли концы его отодвинуты другъ отъ друга или соединяются фиброзными перемычками, —требуется операція. Авторъ при этомъ обращаетъ вниманіе на то, что діагностика полного разрыва нерва не всегда можетъ быть поставлена съ увѣренностью. Нѣтъ ни одного симптома, не исключая изслѣдованія электрическимъ токомъ, на основаніи котораго съ абсолютной точностью его можно было установить.

*Walther* (*Revue neurol.* 1915, № 17—18) сообщилъ о 8 случаяхъ, оперированныхъ имъ по поводу раненій нервныхъ стволовъ. Операція предпринималась черезъ 1—5 мѣсяцевъ, въ 3 случаяхъ по поводу сильныхъ болей, во всѣхъ остальныхъ въ виду параличей, не поддававшихся обыкновеннымъ способамъ леченія. Въ большинствѣ случаевъ нервъ приходилось освобождать отъ рубцевъ, въ 3-хъ случаяхъ дѣлалось освѣженіе концовъ пораженнаго нерва и наложеніе на нервъ шва. Результаты оперативнаго леченія оказались вполне благоприятными.

*Pierre Marie* и *Foix* (*Revue neurol.* 1915, № 17—18) сообщили о случаѣ быстраго возстановленія чувствительности послѣ операціи по поводу раненій пп. *popliteint.* и *extezin.*, несмотря на то, что до операціи были констатированы глубокія анестезіи въ области паружныхъ нервовъ.

*M., M-me Dejerine* и *Mouzon* (*Revue neurol.* 1915, № 17—18) сообщаютъ о двухъ случаяхъ перваго шва при симптомахъ перерыва проводимости по п. *ischiadici.* Операція произведена на 74—75 день послѣ пораненія. Первые признаки регенераціи были замѣчены на 8—11 день, мышечный толусъ появился на 50—66 день.

*Roussy* (тамъ же) привелъ нѣкоторыя данныя о своихъ 41 наблюденіяхъ раненій различныхъ нервныхъ стволовъ. Въ 18 случаяхъ прибѣгнули къ операціи. Ни въ одномъ изъ нихъ возстановленіе двигательной функціи послѣ операціи, даже спустя 3 мѣсяца, не было замѣчено. Чувствительныя расстройства послѣ шва или освобожденія перва исчезали, причѣмъ суженіе анестетическихъ и гипестетическихъ зонъ шло постепенно.

*Nonne* (*Neurolog. Centralbl.* 1915, № 1) отмѣчаетъ, что случаи полного протрѣла нервовъ очень рѣдки. Чаще частичное выпаденіе (или сохраненіе) функцій.

*Lewandowsky* (*Neurol. Centr.* 1915, № 1) Полные протрѣлы перва очень рѣдки, только въ 15%. Размѣръ такихъ поврежденій удается опредѣлить, когда нервъ не весь разможенъ. Это можно опредѣлить по тому, насколько сохранена функція нерва. Даже реакція перерожденія еще не доказываетъ, что нервъ вполне поврежденъ (перерванъ). При разрывѣ—оперативное пособіе; то же—если нервъ въ рубцѣ. Показаніе, если въ теченіе 4—5 недѣль не происходитъ улучшенія: нужно освободить нервъ. Изъ 14 такихъ случаевъ въ 12 операція оказалась необходимой. Въ рѣдкихъ случаяхъ показаніе—очень сильныя боли. Тѣ же показанія, когда поврежденія нерва связаны съ поврежденіемъ костей. Къ сожалѣнію, не

рѣдки случаи страдающаго нерва, когда эсмарховскій бивень долго былъ оставленъ.

*Oppenheim* (Neurol. Centralbl. 1915, № 1) демонстрировалъ случай рефлекторнаго паралича. Рабочей 26-ти лѣтъ получилъ пулевую рану въ срединѣ лѣваго плеча. Заживленіе перелома продолжалось долгое время и спустя 5 недѣль большой мотъ вѣскольно двигать рукой. 6—7 недѣль спустя развивается полная невозможность движенія въ правой рукѣ, особенно въ плечѣ. Исслѣдованіе показываетъ, что въ данномъ случаѣ рѣчь идетъ о параличѣ Erb'a, но электровозбудимость пораженныхъ мышцъ и нервовъ совершенно нормальны. Все виды чувствительности и функции органовъ чувствъ нормальны. Первое предположеніе, что здѣсь истерическій параличъ. Противъ этого говоритъ—атоническій, атрофическій параличъ, отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ, отсутствіе движенія въ пораженныхъ мышцахъ при какихъ-бы то ни было условіяхъ. Не подлежатъ сомнѣнію, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ случаемъ, который входитъ въ группу артрогенныхъ пораженийъ мышцъ. Обычно эти пораженія достигаютъ незначительной степени, но въ данномъ случаѣ—очень значительной степени.

*Oppenheim* высказывается противъ оперированія уже послѣ нѣсколькихъ недѣль и рекомендуетъ выжидать по крайней мѣрѣ 3 мѣсяца.

*Rothmann* совѣтуетъ безусловно ждать операціи отъ 7 до 8 мѣсяцевъ; оперировать слѣдуетъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда можно съ увѣренностью опредѣлить полное разрушеніе нервовъ. Т. е. огнестрѣльные раны нервовъ очень болѣзненны, то онъ совѣтуетъ вырыскивать въ рану новокаиновъ съ адреналиномъ. *Toby Kohn* считаетъ электровозбудимость нервовъ лучшимъ показателемъ для опредѣленія времени операціи. Быстрое угасаніе гальванической возбудимости дастъ плохой прогнозъ; сохраненіе фарадической возбудимости хорошей прогнозъ. Онъ высказывается за консервативный способъ

лечения; необходимо ждать отъ 4 до 6 мѣсяцевъ и того больше; такъ еще послѣ 1 года онъ наблюдалъ самостоятельное излечение; настоятельно рекомендуетъ, кромѣ пассивной гимнастики, леченіе гальваническимъ токомъ.

*Nonne* считаетъ безусловно необходимымъ детальное электроизслѣдованіе для опредѣленія размѣра поврежденія периферическихъ нервовъ. *Nonne* стоитъ за консервативный методъ леченія только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ произвольное улучшеніе уже наступило или электровозбудимость совсѣмъ не измѣнена, или измѣнена очень мало. При значительныхъ измѣненіяхъ функций и электровозбудимости нельзя съ опредѣленностью сказать, наступитъ-ли и когда имѣнно самостоятельное улучшеніе. Въ этихъ случаяхъ необходимо хирургическое обследованіе нерва. При подобномъ образѣ дѣйствій онъ не видѣлъ никакого ущерба, напротивъ, во многихъ случаяхъ оказались такія условія, что удаленіе ихъ должно было ускорить выздоровленіе,—напримѣръ, освобожденіе нерва изъ—подъ мозоли, удаленіе обхватывающаго рубца. О значеніи нервного шва мы въ состояніи будемъ судить спустя много мѣсяцевъ, можетъ быть, даже и годъ.

*Cassirer* демонстрировалъ въ Берлинскомъ об-вѣ психіатр. нервно патолог. въ засѣданіи 8 февр. 1915-го года раненныхъ, у которыхъ былъ наложенъ нервный шовъ съ хорошимъ результатомъ.

Подъ наблюденіемъ докладчика было всего 240 случаевъ поврежденій периферическихъ нервовъ; изъ нихъ операція была показана только въ 60 случаяхъ. Показаніе *Cassirer* ставитъ въ зависимость оттого, насколько страдаетъ движеніе конечности и насколько выражена реакція перерожденія; имѣютъ также значеніе и боли (ихъ рѣзкость). Полный параличъ конечности при отсутствіи какихъ либо побочныхъ поврежденій по содѣйствію указываетъ на очень тяжелое поврежденіе нерва.

*Cassirer* безусловно противъ того, чтобы ждать, пока наступитъ самопроизвольное излеченіе, на что обыкновенно требуется 3/4 года и даже больше этого. Онъ предлагаетъ оперировать возможно раньше, конечно взвѣсивъ всѣ особенности даннаго случая. Въ 60 оперированныхъ случаяхъ было 25 случаевъ поврежденія лучевого нерва и 16 сѣдалищнаго. Полное разможденіе нервовъ было найдено въ 16 случаяхъ (25%). Освобожденіе нерва было сдѣлано въ 33-хъ случаяхъ; исѣченіе рубца и нервный шовъ—въ 9 случаяхъ, удаленіе нейромы въ 2 случ. Докладчикъ демонстрировалъ 3-хъ больныхъ. Въ одномъ случаѣ полнаго паралича лучевого нерва, нервъ оказался разорваннымъ и хирургъ наложилъ первый шовъ. Первые признаки восстановленія движенія появились уже черезъ 3 мѣсяца. Мѣсяць спустя замѣтно было дальнѣйшее улучшеніе, хотя все еще оставалась полная реакція перерожденія. Въ другомъ случаѣ полнаго разрыва глубокаго лучевого нерва также былъ наложенъ нервный шовъ, первые движенія обозначались уже черезъ 6 недѣль и съ теченіемъ времени движенія улучшались въ силѣ и въ объемѣ, и въ этомъ случаѣ также была полная реакція перерожденія. У третьяго больного былъ полный параличъ лучевого нерва. Операция—освобожденіе нерва и удаленіе кусочка кости изъ нерва. Черезъ 6 недѣль—быстро прогрессировавшее улучшеніе, хотя еще продолжалась полная реакція перерожденія. *Cassirer* особенно подчеркиваетъ, что улучшеніе во всѣхъ этихъ случаяхъ наступало очень быстро. Трудно пока сказать, является-ли подобное быстрое улучшеніе общимъ правиломъ. Большое значеніе для предсказанія имѣетъ мѣсто пораженія: предсказаніе тѣмъ благоприятнѣе, чѣмъ пораженіе ближе къ периферіи. Особенно неблагоприятными являются поврежденія силетеній, поврежденія лучевого нерва въ подкрыльцовой ямкѣ и высокія поврежденія сѣдалищнаго нерва. Тѣмъ не менѣе въ очень многихъ случаяхъ операция оказывалась настоятельно необходимой вслѣдствіе того состоянія, въ которомъ оказыва-



лись первые стволы. Во время операцій б. ч. находили очень плотные рубцы, и иногда въ нихъ постороннія тѣла. *Cassirer* не можетъ окончательно высказаться, нужно ли вырѣзывать эти рубцы, онъ склоняется больше въ пользу консервативнаго лѣченія. Если во время операціи электрическаго раздраженія отдѣльныхъ мѣстъ рубца даетъ сокращеніе, то рубцы могутъ быть частично удалены. Первые двое сутокъ послѣ операціи боли бываютъ очень интенсивныя. Операція въ подкрыльцовой ямѣ технически очень трудна и онѣ должны быть выполнены съ величайшей осторожностью, чтобы избѣгнуть какихъ либо случайныхъ поврежденій. Въ общемъ *Cassirer* высказывается за необходимость возможно ранняго изслѣдованія раневыхъ нервныхъ стволовъ: польза отъ этого м. б. очень значительна, а вреда можно избѣгнуть; онъ особенно настаиваетъ на этомъ въ случаяхъ тяжелыхъ пораненій. Разумѣется, операціи должно предшествовать подробное и надежное неврологическое изслѣдованіе и діагнозъ.

### Психозы и психоневрозы.

*Dejerine* и *Gascuel* (*Revue neurol.*, 1915, № 15) сообщаютъ о случаѣ длительной тахикардіи, развившейся вслѣдствіе сильной эмоціи, испытанной при разрывѣ болванки большого тяжелаго снаряда. Отдѣльные сильные приступы тахикардіи сопровождаются тоской. Данное заболѣваніе является вполне аналогичнымъ функціональнымъ страданіямъ нервной системы, развивающимся вслѣдъ за несчастными случаями на желѣзной дорогѣ, послѣ землетрясеній и т. п.

*Roussy* (*Revue neurol.*, 1915, № 15) въ одномъ своемъ докладѣ сообщаетъ о двухъ фольныхъ, прибывшихъ съ театра военныхъ дѣйствій, съ тяжелыми явленіями со стороны нервной системы, квалифицированными вначалѣ какъ *commotio cerebri* и *medullae spinalis*. Въ дальнѣйшемъ все болѣзненное разстройство совершенно исчезло подъ вліяніемъ психотерапіи.

Авторъ оставляетъ открытымъ вопросъ, имѣются ли здѣсь исключительно невропатическія разстройства, или, наряду съ послѣдними, слѣдуетъ допустить также динамическое или сосудистое пораженіе центральной нервной системы.

*Dupré* (*Revue neurol.* 1915, № 15) описываетъ случай классической истерической гемиплегіи съ прогрессирующимъ теченіемъ, развившейся у кавалерійскаго унтеръ-офицера на 2-омъ мѣсяцѣ службы въ дѣйствующей арміи. Заболѣваніе, явилось какъ рецидивъ бывшей у того же больного функциональной гемиплегіи.

*Roussy* у 3-хъ контуженныхъ артиллерійскимъ снарядомъ наблюдалъ глухонѣмоту. При изслѣдованіи слухового аппарата найдены гнойный отитъ односторонній, или двусторонній съ поврежденіемъ барабанной перепонки. Глухонѣмота въ описанныхъ случаяхъ должна разсматриваться, какъ функциональное разстройство нервной системы, развившееся подъ вліяніемъ сотрясенія и самовнушенія. Подъ вліяніемъ психотерапіи нѣмота совершенно исчезла черезъ нѣсколько дней. Слухъ оставался у всѣхъ еще въ значительной степени ослабленнымъ.

*Souques* (*Revue neurol.*, 1915, № 17-18) приводитъ два случая истеро-травматической моноплегиі, развившейся вслѣдствіе контузій. Въ послѣдніе годы такого рода параличи были рѣдки. Война, благодаря связанному съ ней травматизму, способствуетъ развитію ихъ, то вполне изолированныхъ, но часто комбинируемыхъ съ органическими измѣненіями.

*Dejerine* (*Revue neurol.* 1915, № 17-18) описываетъ два случая длительной функциональной параллегиі, развившейся при обстоятельствахъ военного времени, причемъ путемъ разспроса можно было установить, что оба эти больные и ранѣе при всякой эмоціи, печальной или радостной, чувствовали слабость въ ногахъ. Авторъ и до войны указывалъ, что въ случаяхъ функциональнаго разстройства, вслѣдъ за сильной эмоціей, слѣдуетъ искать тѣ же патологическія разстройства въ прошломъ.

*Roussy* въ докладѣ, посвященномъ разстройствамъ въ нервно-психической сферѣ подъ вліяніемъ военныхъ дѣйствій отмѣчаетъ ихъ двойной интересъ: 1) научный, такъ какъ клиническія наблюденія, на субъектахъ, заболѣвшихъ при однообразныхъ условіяхъ жизни, приобрѣтаютъ цѣну экспериментальныхъ изслѣдованій. Накопленіе этихъ наблюденій сравненіе ихъ между собой можетъ освѣтить еще недостаточную природу истеріи, выяснитъ роль принадлежащую эмоціи, внушенію симуляціи, въ генезисѣ отдѣльныхъ ея проявленій, 2) практической—забота настоящаго времени должна заключаться въ созданіи условій, способствующихъ излеченію больныхъ отъ психоневрозовъ военнаго времени.

*Léri*, говоря о псевдокомпоціяхъ или контузійхъ (истерическаго характера) утверждаетъ, что наиболѣе частый типъ параличныхъ явленій при нихъ является параплегической. Въ отличіе отъ дѣйствительной компоціи первыя развиваются не столь быстро вслѣдъ за шокомъ, обыкновенно тогда когда больные чувствуютъ себя въ безопасности. Тазовыя разстройства не столь интенсивны и продолжительны, какъ при истинной спинномозговой компоціи или контузій. Самопроизвольное излеченіе этихъ разстройствъ рѣдко. Наоборотъ психотерапія оказываетъ значительное вліяніе. Въ превіяхъ въ Парижскомъ О-вѣ невропатологовъ по только что приведеннымъ докладамъ *Roussy*, *Léri* и *Dejerine*'а было наиболѣе удѣлено вниманіе вопросу о симуляціи. Симуляцію отмѣчалъ *Pierre Marie*, который, не будучи сторонникомъ какихъ либо суровыхъ мѣръ борьбы съ ней, указываетъ на необходимость при дальнѣйшей эвакуаціи больного отмѣчать въ его документахъ симулируемые симптомы, въ предупрежденіе возможности ему продолжать симуляцію гдѣ либо въ другомъ мѣстѣ.

*Babinski* также держится того мнѣнія, что симуляціи встрѣчается довольно часто, но что внимательное наблюденіе всегда позволяетъ открыть обманъ.

*Dejerine* полагаютъ, что если симуляція возможна по отношенію къ парализирующимъ разстройствомъ, то нельзя того же допустить для конвульсивныхъ, часто очень стойкихъ. Далѣе сомнительно, чтобы кто либо могъ по собственной волѣ задерживать подошвенный рефлексъ. Механизмъ функциональныхъ разстройствъ, встречающихся у лицъ, заболѣвшихъ на войнѣ, различенъ. Наибольше часто они зависятъ отъ эмоціи. Психическое состояніе значительнаго числа такого рода больныхъ соответствуетъ тому, какое обыкновенно представляютъ страдающіе травматической невралгіей.

Еще болѣе осторожно о роли симуляціи высказались *Ballet, Thomas, Dupré* и *Meige*.

По окончаіи преній О-во, согласно предложенію *Babinski*'аго, рѣшило войти съ представленіемъ къ военному министру съ ходатайствомъ—обратить вниманіе на нѣкоторые недостатки въ существующей организаціи леченія лицъ, страдающихъ первыми разстройствомъ и сдѣлало слѣдующія постановленія:

1) Всѣ лица страдающіе или казущіеся страдающимъ разстройствомъ нервной системы, органическаго или функциональнаго характера должны направляться возможно скорѣе въ неврологическія заведенія.

2) Для тѣхъ же лицъ, у которыхъ ненормальное состояніе, несмотря на прѣдписанное леченіе, упорно держится и у которыхъ можно подозрѣвать преувеличеніе или симуляцію, должны быть созданы учрежденія, организованныя особымъ образомъ съ точки зрѣнія врачебнаго наблюденія и дисциплины.

*Kahane* (*Wiener klin. Wochenschr.*: 1915 № 6.) приводитъ наблюденія, показывающія, что военныя событія могутъ latentный гипертерсондизмъ сдѣлать явнымъ.

*Grasset* (*Prose médicale*, 1915, № 14) утверждаетъ, что психоневрозы въ зависимости отъ войны часты. Они раздѣляются на 3 группы: 1) Психоневрозы сенситивно-моторныя,

2) сенсоріомоторные, 3) психоневрозы эмоціональные и умственные (mentales). Къ сенситиво-моторнымъ психоневрозамъ относятся случаи травматической истеріи, проявляющейся то въ формѣ классической истерической гемиплегіи, то въ видѣ искривленія позвоночника и паровозъ въ формѣ психо-спланхнической съ симптомами либо сердечно-сосудистыми, либо легочными либо желудочными. Психоневрозы сенсоріо-моторные, при которыхъ страдаетъ аппаратъ, заведующій чувственными воспріятіями и рѣчью; при полномъ развитіи этого типа психоневрозовъ больные теряютъ зрѣніе, слухъ и рѣчь. При 3-ей формѣ психоневрозовъ,—умственныхъ и эмоціональныхъ, доминирующимъ элементомъ являются болѣзненные эмоціи. Болѣзненные состоянія здѣсь могутъ появляться въ видѣ припадковъ. Въ то время какъ при обычной, травматической истеріи, самъ травматизмъ имѣетъ второстепенное значеніе, а главными этиологическими моментами для развитія болѣзни являются предрасполагающія условія,—въ военное время нельзя не придавать значенія и травматизму, въ зависимости отъ особой обстановки. Съ точки зрѣнія прогностики и леченія военные психоневрозы дѣлятся на 3 группы по степени ихъ излечимости. Нѣкоторыхъ больныхъ, въ предупрежденіе психической заразы, слѣдуетъ отдѣлять отъ другихъ больныхъ. Нѣкоторымъ больнымъ можно предостаить домашнее леченіе. Вообще при условіи правильнаго леченія психоневрозы могутъ быть излечены.

*С. А. Сухановъ* въ статьѣ „Душевное здоровье населенія и текущія событія“ (Психіатрія Газета, 1914 г.) отмѣчаетъ прежде всего благотворное вліяніе запрещенія и ограниченія по продажѣ спиртныхъ напитковъ. По даннымъ Петроградской больницы Св. Николая Чудотворца видно, что число поступленій въ это психіатрическое заведеніе съ 4 іюля 1914 г. сразу замѣтно упало. Несомнѣнно, что этотъ фактъ въ значительной степени обязанъ также подъему душевной эвергіи

населенія въ связи съ великими переживаемыми собратіями. Напротивъ, съ начала войны увеличилось число нищенствующихъ дѣтей и значительно возросло количество дѣлъ у судьбы для малолѣтнихъ.

Въ заключеніе своего короткаго сообщенія авторъ указываетъ на мнѣніе прив.-доц. Лахтина о душевныхъ заболѣваніяхъ военныхъ. По наблюденіямъ Лахтина среди нихъ замѣчается большое число траматическихъ психозовъ со своеобразной клинической картиной, совершенно не наблюдавшейся въ прошлую русско-японскую войну. Въ виду этого возникаетъ необходимость пересмотра вопроса о „психозѣ военнаго времени“.

Далѣе, *Прив. доц. С. А. Сухановъ*, въ рядѣ небольшихъ статей (*Психіатрическая Газета* №№ 7, 11 и 17, 1915 г.) даетъ свои матеріалы къ вопросу о психозахъ военнаго времени. Краткое резюме этихъ сообщеній сводится къ слѣдующему:

1) Подобно тому, какъ въ русско-японскую войну въ клинической картинѣ различныхъ психозовъ у душевно-больныхъ военныхъ была чрезвычайно распространена депрессивно-меланхолическій синдромъ при различныхъ психозахъ, тоже самое, повидямому, будемъ имѣть мѣсто и въ востоящую мировую войну.

2) Присоединяясь къ начальному періоду преждевременнаго слабоумія этотъ депрессивно-меланхолическій синдромъ покрываетъ иногда собою основную болѣзнь, затрудняя дифференціальную діагностику.

3) Если во время русско-японской войны преобладало часто подавленіе душевной дѣятельности, то теперь замѣчается какъ будто частота элемента апатичности въ меланхолическомъ синдромѣ

4) При расстройствѣ сознанія, остро развившемся и эпизодически, у военныхъ иногда обнаруживается бредъ вражескаго плѣненія.

5) Эти бредовыя концепціи имѣютъ мѣсто, между прочимъ у субъектовъ, умственно дебильныхъ, у которыхъ сравнительно легко наступаетъ, при неблагоприятныхъ условіяхъ, истощеніе душевной энергіи, ведущее къ острой спутанности или аменціи Meunier'a какъ психозу истощенія.

6) Бредъ вражескаго плѣненія можетъ наблюдаться при временномъ разстройствѣ сознанія, и также въ случаяхъ травматическаго психоневроза.

7) Среди случаевъ травматическаго психоневроза военнаго времени выдѣляются двѣ категоріи: въ одной преобладаютъ симптомы коммоціонныя, въ другомъ рядѣ случаевъ занимаютъ доминирующее положеніе симптомы психогенно-истероидныя. При коммоціональной формѣ болѣе вѣроятно анатомическая подкладка въ видѣ динамическихъ измѣненій или въ видѣ нарушенія кровообращенія въ центральной нервной системѣ. При психогенно-истероидной формѣ центр тяжести глав. обр., сводится къ эмоциональному шоку.

8) При напряжающихъ условіяхъ военнаго времени на передовыхъ позиціяхъ могутъ, вѣроятно, и безъ особаго специфическаго предрасположенія, обнаружиться психогенно-истероидныя реакціи, которыя въ мирное время наблюдаются исключительно при конституциональной истеріи.

*Тотъ же авторъ* въ статьѣ „Психопатія военнаго времени“ (Русскій Врачъ, 1915, № 34), согласно съ данными литературы (русской и иностранной) намѣчаетъ нѣкоторыя особенности въ картинѣ психопатій военнаго времени. Среди обычныхъ клиническихъ картинъ должно быть обращено вниманіе на своеобразныя состоянія оцѣпеленія, возникающія въ непосредственной связи съ боями и по своимъ проявленіямъ близкія къ сомнамбулизму. Заслуживаютъ также особаго изученія своеобразныя измѣненія въ эмоциональной сферѣ, обнаруживающіяся въ теплое время года душевныя расстройства отъ солнечнаго и теплового удара и т. п.

*Аринштейнъ* на основаніи наблюденій за контуженными пришелъ къ выводу, что симптоматологія контузіи вполне охватывается понятіемъ травматическаго невроза. Въ противоположность промышленному травматизму съ преобладающими при немъ неврастеническими симптомами—боевые неврозы характеризуются главнымъ образомъ истерическими симптомами. Истерія поражается здѣсь тѣми представленіями, которые надаютъ на душу, наполненную сильными эмоціями. Внушеніемъ, вводя противоположныя представленія тѣмъ, которыми вызваны были истерическіе симптомы, удавалось достигать излеченія.

*Лениъ* (Психіатрическая Газета, 1915, № 10), состоя въ качествѣ врача въ одномъ полку дѣйствующей арміи задался цѣлью установить распространенность истеріи при помощи изслѣдованія стигматовъ. При этомъ выяснилось, что число съ истерическими стигматами среди новобранцевъ было 1,6%— у запасныхъ, не бывшихъ въ бояхъ оно возрасло до 5% и у запасныхъ испытывавшихъ тяжелыя боевыя потрясенія оно достигло 14,1%.

Поэтому авторъ дѣлаетъ слѣдующій выводъ, что исключительно неблагоприятныя обстоятельства войны оставляютъ на нервной системѣ солдатъ ясныя слѣды въ видѣ истерическихъ стигматовъ.

*Захарченко* (Психіатрическая Газета, 1915, № 4) констатировалъ новый симптомъ при воздушныхъ контузіяхъ: своеобразное расстройство движеній глазъ. Всякая попытка вынести глазами яблоки изъ средняго положенія, въ какомъ бы ни было направленіи, приводитъ къ рѣзкой конвергенціи съ соответствующимъ суженіемъ зрачковъ. Симптомъ этотъ зависитъ отъ сотрясенія лабиринта и представляетъ своего рода запятый механизмъ отъ развивающихся при этомъ страданій, подъ вліяніемъ перемѣненія головы и глазъ, приступовъ головокруженія.

*Суховъ* (Психіатрическая Газета, 1915, № 15) описываетъ случай травматическаго невроза, развившагося послѣ



воздушной контузіи съ симптомами —пораженія ушнаго лабиринта правой стороны въ стадіи раздраженія при симптомѣ *Захарченко* и симптомами судорожнаго діатеза, у больного, у котораго никогда не было эпилептическихъ или истерическихъ припадковъ. Судорожныя явленія являются результатомъ психо-физической контузіи головы, въ частности эпилептическіе припадки связаны съ поражениемъ лабиринта.

*Прич. доч. Вырубовъ* (Психіатрическая Газета, 1915, № 5), разсматривая вопросъ о психозахъ и психоневрозахъ войны находитъ возможнымъ выдѣлить особый контузионный неврозъ, представляющій своеобразное сочетаніе нервныхъ (частію органическаго характера) и психическихъ проявленій. Страданіе это развивается при контузіяхъ головы брѣзавтными артиллерійскими снарядами.

*Люстрицкий* (Психіатрическая Газета, 1915, № 8) анализируя симптомы психическаго расстройтва, въ видахъ большаго практическаго интереса, выдѣляетъ тѣ изъ нихъ, какіе не могутъ быть симулированными. Сюда относятся: бессонница, *logorrhé*, длительное двигательное возбужденіе, открытый онанизмъ, копрофагію и катаlepsію.

*Сегаловъ* (Современная Психіатрія, 1915, № 3,6—7) разсматриваетъ вопросъ о сущности контузіи современными артиллерійскими снарядами. Подъ словомъ контузія авторъ понимаетъ ударъ или ушибъ, наносимый струей воздуха. Другими словами, контуженнымъ слѣдуетъ считать челоѣка, пострадавшаго отъ тѣхъ колебаній въ давленіи воздуха, которыя вызываются разрывомъ или полетомъ артиллерійскихъ снарядовъ. Заболѣванія, вызываемыя струей воздуха или колебаніями атмосферы, раздѣляются на три группы. Первая группа общеизвѣстна, соответствуетъ понятію травматическаго невроза, травматической вѣрастепіи, истерическаго психоза и т. п. Ко второй группѣ должно отнести случаи, гдѣ струя воздуха дѣйствовала разрушающимъ образомъ непосредственно на тѣло челоѣка, физической силой удара. Въ 3-ей группѣ

контузій дѣло идетъ не о непосредственномъ ударѣ стрей воздуха, а о дѣйствиі рѣзкихъ колъ баній въ атмосферномъ давленіи, причѣмъ вредоноснымъ является не только уплотненіе, но и быстрое разрѣженіе воздуха. Человѣческій организмъ попавшій въ эту игру атмосферныхъ вліяній, переживаетъ цѣлый рядъ болѣзненныхъ измѣненій. Среди знакомыхъ и разработанныхъ въ медицинскій литературѣ симптомокомплексовъ наиболѣе родственныи этой группѣ контузій — Бессонова болѣзнь. Изъ всего несомнѣнно, что въ огромномъ случаѣ контуженный — органически больной. Кромѣ рассмотрѣнныхъ группъ контузій есть другія, гдѣ механика происхожденія болѣзненныхъ измѣненій иная, гдѣ причина коренится, можетъ быть, въ коммоціи взрыва или въ ударѣ *rag contre coup*.

*Бехтеревъ В. М.*, акад. (Новое въ Медицинѣ. 1915, № 7.8) въ статьѣ „Война и психозы“ на основаніи литературы, относящейся къ минувшимъ войнамъ и нѣкоторыхъ данныхъ настоящей войны, выясняетъ, въ какой мѣрѣ война можетъ отразиться на психической заболѣваемости. Въ общемъ высказываетъ положеніе, что война не даетъ новыхъ психозовъ, но депрессивный характеръ первоначальной сферы составляетъ особенность нѣкоторыхъ острыхъ заболѣваній. Причинами, способствовавшими развитію психоневрозовъ, служатъ какъ физическія, такъ и психическія воздѣйствія. Въ 1-й періодъ войны, по большей части, приходится имѣть дѣло съ заболѣваніями, появляющимися у предрасположенныхъ людей сразу подъ вліяніемъ потрясенія, шока или контузій. Другіе же психозы, — какъ прогрессивный параличъ, галлюцинаторная спутанность требуютъ для своего появленія нѣсколькихъ мѣсяцевъ походной жизни и тяжелыхъ лишеній.

*Панскій* (Врачебная Газета, 1915, № 29) сообщаетъ о 4 случаяхъ контузійныхъ неврозовъ, осложненныхъ органическими заболѣваніями первой системы: 1-ый — параличемъ грудобрюшной преграды, 2 и 3-й Вазеловой болѣзнью, 4-й — разсѣяннымъ энцефаломіэлитомъ. Причиной, осложняющей

контузіонные психоневрозы органическими страданіями, служатъ рѣзкія измѣненія атмосфернаго давленія и дѣйствіе ядовитыхъ газовъ при разрывѣ тяжелыхъ сваряловъ.

*Bickel* (Neurolog. Centralbl., 1915, № 4) различаетъ 3 группы психозовъ во время войны: 1) Психическія разстройства во время мобилизаціи (алкогольный бредъ, эцизодические возбужденія психопатовъ); 2) психическія разстройства во время военныхъ дѣйствій (истерическіе психозы, острое истощеніе нервной системы, галлюцинаторныя психозы); 3) психоневрозы раненыхъ и госпитальныхъ больныхъ. Авторъ выдающуюся роль въ происхожденіи психозовъ приписываетъ разстройству вазомоторовъ, (параличу вазоконстрикторовъ), которое стоитъ въ связи съ утомленіемъ, алкогольными излишествами.

*Oppenheim* (Berlin. kl. Wochenschr., 1914, № 48), въ противоположность мѣвнью, распространенному въ публикѣ и отчасти въ прессѣ, о значительной заболеваемости на войнѣ неврозами и психозами, полагаетъ, что эти заболевания встрѣчаются не такъ часто. Военныхъ неврозовъ и психозовъ, какъ особой клинической единицы не существуетъ. Обращаетъ на себя вниманіе тревожный сонъ у заболевшихъ психо-неврозами съ преобладаніемъ военныхъ переживаній во снѣ. У эпилептиковъ наблюдается учащеніе судорожныхъ припадковъ. У одного офицера послѣ сильнаго переутомленія и возбужденія нервной системы развилась Базелова болѣзнь.

*Kurt Singer* (Berlin kl. Wochenschr., 1915, № 8) устанавливаетъ, что военного психоза, какъ возологической сдвиги, не существуетъ. Въ войска попадаютъ отчасти случайно вслѣдствіе снѣшности освидѣтельствованія, частью подъ влияніемъ сильнаго suggestion, охваченные патриотизмомъ вѣкторые гебефреники, дебилики, пенховаты. Относительно часто встрѣчаются Erschöpfungspsychosen: въ формѣ тяжелой неврастеніи, амедіи. Испугъ и психическая травма дѣйствуютъ на эпилептиковъ. у которыхъ припадки учащаются и petit

mal переходить въ grand mal. По мѣрѣ продолжительности войны увеличивается число истериковъ.

*Saenger* (тамъ же) наблюдалъ часто у своихъ больныхъ, въ особенности у предрасположенныхъ картину истерическаго „Schreckneurose“ и моносимптоматической истеріи. Прогнозъ этихъ страданій лучшій, чѣмъ при травматической истеріи мирнаго времени.

*Leers* во время войны наблюдалъ патологическую усиленную возбудимость конституціонныхъ психопатовъ, болѣзненную слабость воли, неврастеническія расстройства сознанія и пр.

*Meyer* (*Deutsche med. Wochenschrift*, 51), полагаетъ, что число хроническихъ психозовъ въ зависимости отъ войны не увеличивается, число же острыхъ психозовъ на алкогольной почвѣ и эпилептическія психозы учащаются.

*Moll* (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1915. № 4) Точное число душевныхъ больныхъ будетъ извѣстно только по окончаніи войны. По собраннымъ въ настоящее время даннымъ слѣдуетъ считать, что количество душевно больныхъ въ настоящую великую европейскую войну, по сравненію съ прежними войнами, невелико. Острые психозы съ характеромъ аменціи, отличающіеся въ Русско-Японскую войну продолжительностью, (6—9 мѣсяцевъ) теперь заканчиваются гораздо скорѣе. Относительно часто наблюдаются сумеречныя состоянія сознанія эпилептическаго и истерическаго характера; неврастенія по преимуществу выражаются психическими симптомами. Для леченія такой неврастенія необходимо психическое вліяніе—развивать чувство долга.

*Mendel* (*Neurol. Centralbl.* 1915 № 7) Психическихъ заболѣваній гораздо меньше, чѣмъ предполагали. Нѣтъ отдѣльнаго психическаго заболѣванія.—*Kriegspsychosen*, по война обуславливаютъ содержаніе галлюцинацій и бредовыхъ идей.

*Dementia praecox*: въ войскахъ молодежь, и много проявляется скрытыхъ случаевъ психозовъ.

Маниально-депрессивные психозы рѣдки, и это очень удивительно, хроническій алкоголизмъ очень частъ, также нарушение дисциплины.

*Weygandt* (тамъ же): Нѣтъ *Kriegspsycho-en*, но у расположенныхъ могутъ проявиться эпилептическія, истерическія маникально-депрессивн. формы или можетъ развиться прогрессивн параличъ или сифилисъ мозга. На почвѣ паники можетъ развиться своего рода массовый психозъ.

*Проф. Bonhoeffer* демонстрировалъ нѣсколькихъ больныхъ съ параличами послѣ разрыва снарядовъ. Всѣ эти параличи чисто психогеннаго характера. Симптомы при этихъ параличахъ: астазія—абазія, потеря рѣчи и голоса, функціональное дрожаніе, заиканіе, грубое подергиваніе; при этомъ сосудо-двигательныя явленія—потливость, приливы крови и учащенное сердцебіеніе. Развиваются тѣ симптомы, которые мы наблюдаемъ при внезапномъ испугѣ:—неподвижность конечностей, потеря голоса, дрожаніе, потъ, сердцебіеніе. Предсказаніе во всѣхъ случаяхъ благоприятно, если діагнозъ правильно поставленъ и ведется правильная психотерапія. Подобные больные лучше выздоравливаютъ въ больничной, а не домашней обстановкѣ. Чрезвычайно важно подчеркнуть, что въ громадномъ большинствѣ подобные случаи функціональнаго, а не органическаго характера. Механизмъ развитія этихъ симптомовъ нужно себѣ представить, какъ сумму психическихъ фактовъ, испугъ, страхъ; во многихъ случаяхъ—ощущеніе внезапнаго и страшнаго давленія воздуха. Само собою разумѣется, что вполнѣ возможны комбинаціи органическаго страданія и функціональныхъ симптомовъ.

*Oppenheim* не согласенъ съ довлѣдчивомъ въ оцѣнѣ этихъ случаевъ и выставилъ три положенія: 1) несомнѣнно имѣется комплексъ симптомовъ, который мы называемъ травматическимъ неврозомъ; 2) этотъ комплексъ далеко не всегда покрывается картиной истеріи, 3) этотъ неврозъ—продуктъ травмы, а не сознательныхъ, намѣренныхъ представленій.

Травмы вызываютъ эти симптомы вълѣдствіе сотрясенія нервной системы.

*Д-ръ Schuster* приводитъ два случая: при разрывѣ одной грататы заболѣли невротическими симптомами пять или шесть человекъ и только одинъ солдатъ, который въ это время спалъ, не проявлялъ никакихъ симптомовъ перваго разстройства. Въ другомъ случаѣ послѣ раненія огъ разрыва снаряда у больного развился параличъ глазныхъ мышцъ. Явилось подозрѣніе относительно сифилитическаго характера этого страданія. Wassermann'овская реакція дѣйствительно оказалась сильно положительной. Т. о. тяжелый шокъ вызвалъ кровоизліяніе, которое уже ранѣе было подготовлено специфическимъ заболѣваніемъ сосудовъ.

*Nonne*. Очень часты случаи, такъ называемой, большой истеріи. Предсказаніе при ней много благоприятнѣе, чѣмъ въ мирное время. Во многихъ этихъ случаяхъ была поставлена діагнозъ органическаго заболѣванія головного или спинного мозга. Только въ немногихъ случаяхъ можно было доказать невропатическое предрасположеніе. *Nonne* наблюдала чаще, чѣмъ въ мирное время комбинацію истеріи съ органическимъ заболѣваніемъ. *Nonne* очень предостерегаетъ, чтобы вновь не дать распространиться ученію о травматическомъ неврозѣ. Отъ этого должны насъ предостерегать тѣ наблюденія, которыя мы сдѣлали въ такъ называемой „увѣчной практикѣ“. На 250 случаевъ травмъ—между ними были органическіе и психическіе больные. *Nonne* только 4 раза видѣла картину, которую можно разсматривать какъ „травматическій неврозъ“, и эти больные быстро поправились.

*Bonhoeffer* (Berlin. klin. Wochenschr., 1914, № 44) приходитъ къ выводу, что въ зависимости отъ военныхъ событій психически легче заболѣваютъ субъекты съ психопатической конституціей. Специфическихъ военныхъ психозовъ не существуетъ. При военныхъ истерическихъ психозахъ, предсказаніе можно ставить лучше, чѣмъ при ревной истеріи. Число

психически-больныхъ вначалѣ увеличивается незначительно. Причины этого явленія различны,—отчасти оттого, что часть больныхъ регистрируется по другимъ рубрикамъ, въ числѣ раненныхъ, контуженныхъ, частью потому, что вначалѣ войны діагностика ставится менѣе тонко. Къ концу войны и послѣ нея число душевно-больныхъ увеличивается, вслѣдствіе многихъ истощающихъ факторовъ, дѣйствующихъ на все население.

---

## ХРОНИКА И СМѢСЬ.

---

— Въ первомъ засѣданіи Петроградской городской комиссіи по борьбѣ съ алкоголизмомъ изъ объѣна мѣнѣй, въ которомъ участвовали аптекаря, служащіе фармацевты, врачебный инспекторъ и др., съ несомнѣнностью былъ установленъ фактъ торговли столичныхъ аптекъ спиртомъ. Въ виду этого второе засѣданіе комиссіи обсуждало вопросъ о созданіи такого органа, который фактически контролировалъ бы продажу и отпускъ спирта изъ аптекъ. Большинство участниковъ высказалось за желательность образованія такого органа, въ которомъ приняли бы участіе представители городского общественнаго управленія, министерства финансовъ, внутреннихъ дѣлъ и въ качествѣ компетентныхъ лицъ фармацевты. Попутно отдѣльные участки собранія высказывались также за муниципализацію аптечнаго дѣла, за сосредоточеніе его въ рукахъ городовъ и земствъ. Указывали на то, что до тѣхъ поръ, пока аптеки находятся въ частныхъ рукахъ, нѣтъ возможности бороться съ злоупотребленіями. Присутствовавшіе въ засѣданіи аптекаря высказывались за образованіе контролирующаго органа, но категорически возражали противъ изыятія изъ частныхъ рукъ аптечнаго дѣла. Въ качествѣ самаго убѣдительнаго аргумента ими приводился тотъ взглядъ, что настоящая комиссія врядъ-ли призвана обсуждать вопросъ объ изыятіи аптекъ изъ частныхъ рукъ и выносить рѣшеніе по вопросу огромной важности и общегосударственнаго значенія. Единогласно высказалась комиссія противъ отпуска изъ аптекъ одеколона и тѣхъ парфюмерныхъ средствъ, которыя содержатъ спиртъ. Во время обсужденія этого вопроса, между прочимъ, было указано на то, что одеколонъ, какъ спиртной напитокъ, отпускается въ большомъ количествѣ въ петроградскихъ парикмахерскихъ. Для болѣе детальной формулировки высказанныхъ пожеланій рѣшено образовывать двѣ подкомиссіи: одну — для выработки перечня лекарствъ, допускаемыхъ въ продажу, и для окончательной формулировки запрещенія продажи спирта въ чистомъ видѣ и одеколону; другую — для разработки вопроса объ учрежденіи контролирующаго органа. (Врач. газ. № 43).



— При министерствѣ внутреннихъ дѣлъ была образована особая коммиссія для разработки вопроса о мѣрпріятіяхъ по борьбѣ съ широкимъ отпускомъ спирта изъ аптекъ. Коммиссія подняла общій вопросъ объ установленіи для каждой аптеки нормальнаго количества спирта, которое можетъ быть ей отпущено и объ отвѣтственности врачей за прописку спирта не для лечебныхъ цѣлей. Коммиссія полагасть, что вина аптекъ была нѣсколько преувеличена въ донесеніяхъ мѣстной администрации. Дѣло въ томъ, что раньше весь спиртъ, который былъ нуженъ для лечебныхъ цѣлей, для примочекъ, компрессовъ и т. п., можно было получить въ любой вишней лавкѣ и потому это количество спирта не учитывалось отдѣльно, а входило въ общія цифры потребления спирта, какъ налитка. Теперь же спиртъ можно получить только въ аптекѣ и отсюда сразу увеличилось и аптечная норма потребления спирта. Аптекари дѣйствуютъ въ предѣлахъ извѣстнымъ закономъ установленныхъ правилъ и, выдавая спиртъ по рецепту, формально ничего незаконнаго не дѣлали. Но когда выяснилось, что населеніе стало пользоваться различными медикаментами, содержащими спиртъ, не для лечебныхъ цѣлей, пришлось подумать о нормахъ для аптекъ. Въ отношеніи аптекъ коммиссія пришла къ заключенію, что если каждая аптека будетъ имѣть опредѣленное количество спирта на годъ, то она, естественно, будетъ экономнѣе потреблять его, такъ какъ если бы это количество было израсходовано, пришлось бы возбуждать особое ходатайство передъ главнымъ врачебнымъ управленіемъ. Коммиссія постановила, что на каждую тысячу рецептовъ слѣдуетъ отпускать 4 ведра спирта, при чемъ сюда же входитъ и спиртъ для такъ назыв. «ручной продажи». Что касается тѣхъ аптекъ, которыя имѣютъ свои лаборатории для изготовленія такъ назыв. галеновыхъ препаратовъ и для производства различныхъ опытовъ, то эти аптеки должны испросить разрѣшеніе на увеличеніе нормы во врачебномъ управленіи. Для урегулированія этого вопроса будутъ изданы особые правила. Далѣе коммиссія приняла постановленіе о причисленіи спирта къ сильнодѣйствующимъ средствамъ. Въ фармакопее существуетъ цѣлый рядъ веществъ, которые считаются сильнодѣйствующими, и безъ рецепта ихъ выдавать нельзя. Причисленіе же спирта къ сильнодѣйствующимъ средствамъ лишаетъ аптекарей прежней свободы дѣйствій и подчиняетъ ихъ въ этомъ отношеніи врачамъ. Но здѣсь пришлось столкнуться съ вопросомъ о выдачѣ рецептовъ. По дѣйствующимъ законамъ, докторамъ предоставлено право прописывать какіе угодно рецепты, они могутъ ошибочно прописывать, могутъ наконецъ, прописывать рецепты не для лечебныхъ цѣлей. Правда, имѣется статья, по которой докторъ за незнаніе дѣла можетъ быть временно лишень

практики съ обязательствомъ держать вновь экзамены. Но статья эта очень рѣдко примѣняется, и, напр., за послѣднiя 25 лѣтъ было всего 10 случаевъ привлеченiя по ней къ отвѣтственности. Постановленiе о причисленiи спирта къ сильнодѣйствующимъ средствамъ даетъ возможность врачу прописывать спиртъ не съ лечебной цѣлью и, такимъ образомъ, злоупотреблять гелепетурнымъ правомъ, содѣйствуя пьянству. Поэтому комиссiя пришла къ заключенiю, что необходимо издать законъ, который карать бы врачей за прописку спирта не для лечебныхъ цѣлей и чтобы путемъ контроля врачебнаго управленiя, вмѣшательства прокурорскаго надзора или путемъ жалобъ частныхъ лицъ можно было привлекать врачей къ уголовной отвѣтственности, причемъ предложено предоставить суду право лишенiя призванныхъ виновными врачей практики на годъ съ заключенiемъ на опредѣленный срокъ въ тюрьму. Въ засѣданiи Медицинскаго Совѣта 6 октября обсуждался докладъ комиссiи подъ предсѣдательствомъ т. с. Плющенскаго-Плющика по вопросу объ упорядоченiи отпуска изъ аптекъ спирта и спирт. выхъ препаратовъ. И съ наибѣшенныхъ мѣропрiятiй Медицинскiй Совѣтъ принялъ слѣдующiя. Устанавливается, что спиртъ и всѣ содержащiе спиртъ препараты не должны быть отпускаемы изъ аптекъ безъ рецепта врачей. Изъ этого общаго правила допускаются исключенiя, а именно допускаются въ продажу безъ рецепта врачей содержащiе спиртъ препараты, кои не могутъ служить для цѣлей опьянѣнiя, какъ-то: камфарный, мыльный, горчичный спиртъ и т. д., продажа не свыше 30 грм. одному лицу такихъ препаратовъ, какъ мятные капли, настойка опiума, арники и т. д., и не болѣе 100 грм. одному лицу спиртныхъ препаратовъ, которые служатъ для наружнаго употребленiя, какъ подсовая настойка, муравьиный спиртъ и т. д. (Врач. Газ. № 43).

— Петроградскимъ губернаторомъ издано обязательное постановленiе о порядкѣ продажи и выработки одеколона на заводахъ и парфюмерныхъ мастерскихъ. Всѣмъ имъ вмѣнено въ обязанность продавать одеколонъ не иначе, какъ подъ особыми утвержденными для даннаго предпрiятiя этикетками и въ запечатанныхъ бутылкахъ. Аптекамъ, аптекарскимъ и парфюмернымъ магазинамъ запрещена собственная разливка одеколона. (Врач. газ. № 43).

— Русскiй дипломатическiй агентъ въ Монголии издалъ обязательное постановленiе, воспрещающее всѣмъ русскимъ подданнымъ въ Монголии продавать спиртные напитки всякаго рода. (Врач. газ. № 43).

— Главное Управленiе землеустройства и земледѣлiя, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (23/х), внесло въ Гос. Думу законопроектъ о

борьбѣ съ развитіемъ опіекуренія. Въ объяснительной запискѣ, приложенной къ проекту, указывается, что установленіе наказанія за опіекуреніе (въ размѣрѣ тюремнаго заключенія до 1 г и 4-хъ мѣс. и денежнаго взысканія до 500 р.) вызывается тѣмъ, что воспрещеніе опіекуренія въ Китаѣ послужило причиной возникновенія особаго промысла въ нашихъ дальне-восточныхъ областяхъ: крестьяне стали сдавать въ аренду китайцамъ надѣльныя змла для засѣиванія ихъ макомъ съ цѣлью выработки курительнаго опіума. Куреніе опіума русскими ограничивается пока единичными случаями, главнымъ образомъ въ городскомъ населеніи; но доступность соблазна, въ виду возможности опіекуренія въ любѣй харчевнѣ, пивной, на постоянныхъ дворахъ и т. п., заставляетъ опасаться развитія этого зла и въ русскомъ населеніи. (Русскій Врачъ № 44).

— Заслуженный профессоръ Харьковскаго университета, докторъ медицины Ломиковскій назначенъ попечителемъ Казанскаго учебнаго округа.

— Земское собраніе въ Феодосіи возбудило ходатайство о представленіи общественнымъ организаціямъ права регулированія и закрытія всѣхъ питейныхъ заведеній.

— Петроградскимъ градоначальникомъ издано обязательное постановленіе, воспрещающее продажу изъ аптекъ одеколона и другихъ парфюмерныхъ и косметическихъ издѣлій, содержащихъ въ своемъ составѣ спиртъ. Лица, кои окажутся виновными въ неисполненіи обязательнаго постановленія, подвергаются въ административномъ порядкѣ аресту или заключенію въ тюрьмѣ или крѣпости до трехъ мѣсяцевъ, или денежному взысканію до 300 рублей. (Врач. Газ. № 44.)

— Николаевскій военный госпиталь въ Петроградѣ тепло чувствовалъ В. В. Ольдерогге 17 по случаю исполнившагося 30-лѣтія его службы въ психіатрическомъ отдѣленіи госпиталя. (Рус. Врачъ № 45).

— Масальская земская Управа, Калужской губ., ходатайствуетъ о воспрещеніи въ уѣздѣ навсегда продажи спиртныхъ напитковъ, вводитъ въ земскихъ школахъ курсъ, посвященный вреду алкоголизма, и устраиваетъ для взрослыхъ чтенія просвѣтительнаго характера и о вредѣ пьянства съ предъявленіемъ картинъ. (Русскій Врачъ № 47).

— Кашинскій уѣздный врачъ Рѣшеткинъ въ теченіи 3-хъ мѣс. выдалъ свыше 1500 рецептовъ, по которымъ было про-

даво около 11000 бутылокъ разныхъ водокъ и винъ. Когда «дѣятельность» Рѣшеткина получила широкую огласку, губернаторъ предложилъ ему подать въ отставку. Для устройства личныхъ дѣлъ Рѣшеткину была данъ мѣсячный отпускъ. За этотъ мѣсяцъ имъ было выдано всего лишь 126 рецептовъ на 650 бутылокъ. Теперь отпускъ окончился, и уволенному отъ службы по прошенію врачу Рѣшеткину, по распоряженію губернатора, воспрещено жительство въ предѣлахъ Тверской губ. на все время дѣйствія въ нея положенія чрезвычайной охранѣ». (Русск. Врачъ № 47).

— За послѣднее время въ Петроградѣ появились въ значительномъ количествѣ подложныя удостовѣренія пригородныхъ полицейскихъ управленій на право получения спиртныхъ напитковъ. Въ виду этого петроградскій градоначальникъ предписалъ чинамъ полиціи выдавать по рецептамъ врачей удостовѣренія на особыхъ печатныхъ бланкахъ исключительно типографіи градоначальства. (Бирж. Вѣд., № 15183).

— Во Франціи установлены слѣдующія правила продажи спиртныхъ напитковъ. Розничная продажа спиртныхъ напитковъ будетъ воспрещена взрослымъ до 11 часовъ утра и совершенно—женщинамъ и дѣтямъ до 10 лѣтъ. Запрещеніе это не касается вина, содержащаго не болѣе 18 градусоваго алкоголя, подслащенныхъ фруктовыхъ наливокъ, заключающихъ не болѣе 22 градусоваго, а равно вина, грушеваго сидра и меда. (Врачебная газета № 45).

— Нерехтское земское собраніе (Костром. губ.), разсматривая докладъ объ улучшеніи экономическаго положенія населенія, признало необходимымъ ходатайствовать о полномъ прекращеніи продажи спиртныхъ напитковъ навсегда, объ открытіи въ уѣздѣ сѣти народныхъ домовъ, библиотекъ и народныхъ школъ, главнымъ образомъ специальныхъ сельско-хозяйственныхъ, какъ для школьнаго возраста, такъ и для взрослыхъ, съ различными курсами и всѣми матеріальными и организаціонными силами содѣйствовать возникновенію и развитію и въ уѣздѣ разныхъ кооперативовъ, преслѣдующихъ экономическія и просвѣтительныя цѣли. (Врач. газета № 30).

— Въ Саратовѣ губернаторъ издалъ новое обязательное постановленіе, согласно которому отпускъ спирта до ста граммовъ разрѣшается по рецептамъ врачей, остальные крѣпкіе напитки отускаются съ разрѣшенія администраціи: въ Саратовѣ—губернатора, и прочихъ городахъ—исправниковъ и полицеймейстеровъ. (Врач. газета № 50).

— Особая комиссія по борьбѣ съ народнымъ пьянствомъ при Петроградской городской думѣ, выслушавъ мнѣніе председателя городской юридической комиссіи И. М. Тютрюмова, не признала за городскимъ управлениемъ права ограничивать путемъ изданія обязательнаго постановленія продажу въ аптекахъ аптекарскихъ и парфюмерныхъ магазинахъ спирта. Городское управление можетъ лишь, по мнѣнію комиссіи, возбудить ходатайство передъ правительствомъ объ изданіи обязательнаго постановленія, регламентирующаго и ограничивающаго торговлю лѣкарственными и косметическими веществами, содержащими спиртъ. Полагая, что такое ходатайство должно быть удовлетворено, какъ направленное къ охраненію народнаго здравія, комиссія выработала главныя основанія для проекта обязательнаго постановленія. Они сводятся къ необходимости установленія учета отпускаемаго аптеками спирта и спиртосодержащихъ веществъ, къ введенію ежемѣсячной отчетности прописываемаго врачами спирта изъ аптекъ, къ указанію въ рецептахъ фамилій, кому отпускается лѣкарство, и способа употребленія спирта, съ провѣркою аптеками, по возможности, каждаго рецепта у врача и т. д. Ничего существеннаго для борьбы съ этимъ видомъ пьянства проектъ не вноситъ, если не считать пониженія нормъ для настоекъ, содержащихъ алкоголь (для ручной продажи) до 10 граммовъ и для нѣкоторыхъ видовъ капель до 30 граммовъ. Приводится подробный перечень капель и настоекъ для этой продажи. Всѣ лекарства, содержащія болѣе 13% спирта, а также виноградныя и лечебныя вина, въ ручной продажѣ, безъ рецепта врача не допускаются. Воспрещается и продажа одеколона, если онъ содержитъ въ себѣ спирта болѣе 10% (Врач. Газ. № 48).

— Согласно обязательнымъ постановленіямъ о крѣпкихъ напиткахъ и ихъ суррогатахъ, определеніе въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, что изготовляемый одеколонъ не есть суррогатъ водки и соответствующе изложеннымъ въ указанныхъ постановленіяхъ требованіямъ, возлагается на особый комитетъ, состоящій подъ председательствомъ начальника московскаго врачебнаго управления. Приказомъ по московскому градоначальству градоначальникъ присвоилъ комитету наименованіе «Комитетъ по борьбѣ съ суррогатами парфюмерныхъ издѣлій, предвзвѣщенными къ потребленію въ качествѣ напитка», и утверждаетъ особый составъ его. (Врач. Газ. № 48).