НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

проф. В. М. БЕХТЕРЕВА (С.-Петербургъ), проф. Н. М. ПОПОВА (Одесса) и проф. Н. А. МИСЛАВСКАГО (Казань).

Томъ XIV, вып. 1-4

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

В. П. Осиповъ. Вліяніе токсина ботулизма на центральную нервную систему, по сравненію съ вліяніемъ нѣкоторыхъ другихъ нервныхъ токсиновъ.

Ф. А. Наумовъ. Случай внезапной смерти эпилептика во время сна.

А. С. Шоломовичъ. Къ вопросу о психотерапіи въ акушерствѣ. Случай тяжкой Hyperemesis gravidarum, излеченной словеснымъ внушеніемъ.

Д. Полумордвиновъ. Объ измѣненіи скорости проведенія въ нервѣ при развитіи парабіоза.

Б. Фанштейнъ. О методѣ Гюртле.

Критика и библіографія.

Рефераты по психіатріи и нейрологіи.

Рецензія.

Письма въ редакцію.

Хроника и смѣсь.

Объявленія.

Казань.
Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.
1907.

100699

Оглавленіе.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Стр.

В. П. Осиповъ. Вліяніе токсина ботулизма на центральную нервную систему, по сравненію съ вліяніемъ нѣкоторыхъ другихъ нервныхъ токсиновъ . . . . . 1.

Ф. А. Наумовъ. Случай внезапной смерти эпилептика во время сна . . . . . 12.

А. С. Шоломовичъ. Къ вопросу о психотераніи въ акушерствѣ. Случай тяжкой Hyperemests gravidarum, излеченной словеснымъ внушеніемъ . . . . . 30.

Д. Полумордвиновъ. Объ измѣненіи скорости проведенія въ нервѣ при развитіи парабіоза . . . . . 47.

Б. Фанштейнъ. О методѣ Гюртле . . . . . 71.

КРИТИКА И БИБЛІОГРАФІЯ.

Рефераты по психіатріи, невропатологіи и физіологіи.

Pierre Marie. Пересмотръ вопроса объ афазіи: афазія съ 1861 по 1866 гг. опытъ исторической критики происхожденія ученія Брока Revision de la question de l'aphasie; l'aphasie de 1861—à 1866; essai de critique historique sur la genèse de la doctrine de Broca. La semaine medicale № 48. 1906 г. 106.—Luigi Mongeri. (Constantinopel). Die Atiologie und die Behandlung der Puerperalpsychosen. «Allg. Leitschr,

f. Psychiatrie». LVII B. 2 & 3 H. 397 s. 109.—Robert. Jones (London). A case of Chorea and Pregnancy with Insauity. «The Journal of Mental Science». V. XLIX. № 206. p. 486. 111.—E. Canton & J. Ingegnieros. Locura del embarazo (Folie gravidique). Buenos. Aires. Br. 1903. 115.—Féré. Note sur l'influence de l'incontinence sexuelle pendant la gestation sur la descendence. «Archiv. de Neurolog». V. XIX. № 112. 1905. 117.—A. Marie.—Eunuchisme et Erotisme (Nouvelle Iconographie de la Salpêtriére. № 5, 1906 г.). 118.—Prof. v. Monakow, Aphasie und Diaschisis. Neurol. Centralblatt. 1906. № 22. 120.—G, Marinesco et J. Minea. Recherches sur la régénérescence de la moelle.—Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière 1906. № 5. 121.—Prof. Mingazzini und dr. Polimanti. Über die (physiologischen Folgen von succesiven Exstirpationen eines Stirnlappens regio praecruciata und einer Kleinhirnhälfte. (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. 1906 (November). 125.—I. Rabinski. La conception de l'hypnotisme (pithiatisme). 1906. 126.—А. Л. Шварцъ. Къ ученію о дегенеративныхъ и регенеративныхъ измѣненіяхъ въ центральной нервной системѣ. Изъ Патологич. кабинета института Эксперим. медицины. Диссерт. 1906 г. 131.—М. Я. Дрознесъ. Задачи медицины въ борьбѣ съ современной нервозностью. Общественныя санаторіи для для нервныхъ больныхъ. Одесса 1907 г. 137.—С. Коршунъ. Колонія для душевно-больныхъ »Eglfing» близъ Мюнхена (Oberbayerische Heil und Pfleganstalt Eglfing). Харьковскій Медиц. журн. 1907 г. № 1 . . 138.

Рецензія . . . . . 139.

Письма въ редакцію . . . . . 141.

Хроника и смѣсь . . . . . 143.

Объявленія.

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

Редакторъ Н. А. Мисловскій.

1907 годъ

Четырнадцатый годъ изданія.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЪ

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

Органъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. БЕХТЕРЕВА (Петербургъ), проф. Н. М. ПОПОВА (Одесса) и проф. Н. А. МИСЛАВСКАГО (Казань).

Въ 1904 году «Неврологическій Вѣстникъ» будетъ издаваться Обществомъ по прежней программѣ и выходить по прежнему періодически четырьмя книжками въ годъ въ увеличенномъ объемѣ (болѣе 60 печатныхъ листовъ).

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА НА ГОДЪ 6 РУБ.

Подписка принимается въ Редакціи (Казань, Университетъ, психо-физіологическая лабораторія), въ книжномъ магазинѣ Бр. Башмаковыхъ (Казань) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи.

Редакторъ Н. А. Мисловскій.

Дер 692.

Вліяніе токсина ботулизма на центральную нервную систему, по сравненію съ вліяніемъ нѣкоторыхъ другихъ нервныхъ токсиновъ.

Проф. В. П. Осипова [1]).

Въ виду того, что въ настоящее время все тверже устанавливается ученіе объ интоксикаціи и аутоинтоксикаціи организма, какъ причинномъ моментѣ весьма многихъ нервныхъ и душевныхъ заболѣваній, изученіе вліянія токсиновъ на нервную систему съ каждымъ днемъ пріобрѣтаетъ все большій интересъ; это изученіе имѣетъ не только теоретическое, но и важное практическое значеніе, такъ какъ, вызывая при помощи того или иного токсина извѣстное заболѣваніе, изучивъ вліяніе токсина на организмъ, мы пріобрѣтаемъ шансы выработать антитоксинъ, а, слѣдовательно, обогатить клинику новымъ раціональнымъ лечебнымъ средствомъ; кромѣ того, обладая токсиномъ, мы можемъ вызывать и изучать клиническую и патологоанатомическую картину болѣзни на животныхъ во всякій данный моментъ, что особенно цѣнно при изученіи натуры рѣдко встрѣчающихся болѣзней.

Приведу результаты своихъ изслѣдованій надъ вліяніемъ токсина ботулизма на центральную нервную систему и, охарактеризовавъ его, попытаюсь сравнить съ данными, полу-

*) Настоящая статья случайно запоздала печатаніемъ, всл. чего въ ней не приведены нѣкоторыя изъ позднѣе появившихся работъ по затрогиваемому вопросу. В. О.

чепными по отношенію къ другимъ первымъ токсинамъ, какъ токсины тетануса, бѣшенства, отчасти дифтеріи и стрептококковый.

Ботулизмъ или алліантіазисъ, заболѣваніе, развивающееся вслѣдъ за отравленіемъ мясными и рыбными продуктами, подвергающимися особаго рода порчѣ, извѣстенъ уже давно; но лишь въ концѣ 1895 и въ началѣ 1896 г. бельгійскій профессоръ *van Ermengem* открылъ анаэробный бациллъ, названный имъ *bacillus botulinus*, продукты жизнедѣятельности котораго вызывали типичную картину ботулизма; бациллъ былъ выдѣленъ *van Ermengem*'омъ изъ сырой соленой ветчины, послужившей въ бельгійской деревнѣ *Ellezelle* причиною цѣлой эпидеміи ботулизма, жертвою которой сдѣлались члены одного музыкальнаго кружка; 21 человѣкъ изъ нихъ, ѣвшихъ эту ветчину, заболѣли болѣе или менѣе тяжко, въ зависимости отъ количества съѣденной ветчины; трое умерло, десять человѣкъ подвергались смертельной опасности, восемь отдѣлались легкимъ заболѣваніемъ; бациллъ ботулизма былъ выдѣленъ *Ermengem*'омъ, какъ изъ ветчины, такъ и изъ органовъ погибшихъ отъ заболѣванія.

Естественно, что *Ermengem*, предъ глазами котораго протекъ цѣлый рядъ заболѣваній ботулизмомъ, далъ прекрасную клиническую картину этой болѣзни, характеризующуюся слѣдующими главными симптомами, проявляющимися черезъ промежутки времени отъ 20—36 часовъ послѣ отравленія и достигающими особенно отчетливаго развитія черезъ 48 часовъ: больные жалуются на затуманеніе зрѣнія, скоро перестаютъ узнавать окружающихъ и неотчетливо различаютъ находящіеся вблизи ихъ предметы; къ этому же времени развивается болѣе или менѣе рѣзко выраженное внутреннее косоглазіе при явленіяхъ бинокулярной диплопіи; кромѣ того, объективно отмѣчается: сильное расширеніе зрачковъ съ полнымъ исчезновеніемъ реакціи ихъ на свѣтъ, двухстороннее опущеніе (птозисъ) верхняго вѣка, неподвижность глазныхъ

яблоковъ, придающая особое, какъ бы окаменѣлое выраженіе взгляду больного; проглатываніе пищи затрудняется иногда до полной невозможности глотательнаго акта, вызывающаго опасные приступы удушья; голосъ становится глухимъ, вслѣдствіе пареза голосовыхъ связокъ, иногда дѣло доходитъ до полной афоніи; артикуляція рѣчи нарушается, повидимому, въ зависимости отъ пареза языка; выдѣлительная дѣятельность слизистыхъ оболочекъ рѣзко разстраивается и задерживается; нерѣдко наблюдается задержка акта мочеиспусканія и запоры; въ смертельныхъ случаяхъ бульбарныя явленія усиливаются, появляется разстройство дѣятельности сердца и дыханія, приводящее больныхъ къ коллапсу и смерти. Сознаніе больныхъ, кромѣ комы въ смертельныхъ случаяхъ, остается нетронутымъ, равно какъ не бываетъ и повышенія температуры. Въ началѣ заболѣванія часто наблюдается безсонница. Параличей и атрофіи мышцъ туловища и конечностей не обнаруживается, но въ тяжелыхъ случаяхъ развивается крайняя мышечная слабость, сохраняющаяся долго и въ періодѣ выздоровленія; выздоровленіе начинается черезъ 2—3 недѣли, считая отъ момента заболѣванія; прежде всего улучшаются глазные симптомы, а именно исчезаетъ амавросъ, появляется свѣтовая реакція зрачковъ, исчезаетъ постепенно параличъ вѣкъ, постепенно проходятъ и другіе болѣзненные симптомы, но полное выздоровленіе достигается лишь черезъ 6—8 мѣсяцевъ отъ начала заболѣванія.

Изъ представленной вкратцѣ клинической картины ботулизма настолько ясно, что при этой болѣзни имѣется дѣло съ тяжкимъ пораженіемъ центральной нервной системы, что нельзя не согласиться съ *Ermengem*'омъ, отмѣчающимъ возможность смѣшенія этой болѣзни, при незнаніи анамнеза, съ астеническимъ бульбарнымъ параличемъ, подострымъ энцефалитомъ и др. Тѣмъ болѣе приходится сожалѣть, что *Ermengem*, изслѣдовавшій патологоанатомически внутренніе органы погибшихъ больныхъ, относительноцентральной нерв-

ной системы ограничился лишь краткой помѣткой, что въ веществѣ головного мозга наблюдались точечныя кровоизліянія.

Желая детальнѣе изучить патологію ботулизма, *Ermengem* вызывалъ болѣзнь у цѣлаго ряда различныхъ животныхъ весьма различными способами, какъ кормленіемъ животныхъ ядовитой ветчиной, водянымъ экстрактомъ изъ этой ветчины, настоемъ, фильтратомъ водянаго настоя, культурами самого бацилла. Особенно типичное заболѣваніе развивалось у морскихъ свинокъ, кошекъ и обезьянъ. Клиническая картина, развивавшаяся у этихъ животныхъ, представляла полный параллелизмъ съ клинической картиной, наблюдавшейся у людей; лишь парэзы мышцъ, а именно мышцъ конечностей, выражены у животныхъ чрезвычайно отчетливо.

Центральная нервная система животныхъ, отравленныхъ ядомъ ботулизма, была изслѣдована *Marinesco*, *Kempner*'омъ совмѣстно съ *Pollack*'омъ и мною—въ лабораторіи проф. *Мечникова* при Пастеровскомъ Институтѣ въ Парижѣ. *Marinesco* изслѣдовалъ мозги обезьянъ, отравленныхъ продуктами испорченной ветчины *Ermengem*'а, *Kempner и Pollack* изслѣдовали въ 1897 году мозги кошекъ, кроликовъ и морскихъ свинокъ, отравленныхъ уже токсиномъ ботулизма, добытымъ въ 1897 же году *Brieger*'омъ *и Kempner*'омъ по методу *Brieger-Baer*'а, осажденіемъ дѣйствующаго начала алкоголемъ, таннином и нейтральными солями,—способъ который былъ уже примѣненъ этими авторами для полученія токсиновъ дифтеріи и тетануса; по ихъ словамъ, и въ химическомъ отношеніи токсинъ ботулизма весьма близокъ къ токсинамъ дифтеріи и тетануса; я также изучалъ ботулизмъ на животныхъ, отравленныхъ токсиномъ, при чемъ въ моемъ распоряженіи находился жидкій токсинъ, одинъ куб. млм. котораго, будучи введенъ подъ кожу, убивалъ морскую свинку въ 3 дня; объектомъ изслѣдованія служили морскія свинки, кошки и обезьяны породы Macacus Rhesus.

Къ клинической картинѣ ботулизма, описанной *Ermengem*'омъ у животныхъ, можно прибавить слѣдующее: зрачки у животныхъ дѣйствительно расширяются весьма значительно, но реакція ихъ на свѣтъ не утрачивается абсолютно, она очень замедлена, вяла, по всетаки существуетъ; далѣе, иногда у кошекъ, въ числѣ первыхъ признаковъ отравленія (на другой же день послѣ инъекціи яда), наблюдается чрезвычайно рѣзко выраженный нистагмъ обоихъ глазныхъ яблоковъ, продолжающійся въ теченіе всего заболѣванія (около 3-хъ недѣль). Парэзы конечностей отчетливѣе всего выражены у свинокъ, часто дѣло ограничивается монопарэзами: если свинка отравлена слабой дозой токсина и живетъ отъ 6—8 дней, то можно наблюдать и полные параличи. У обезьянъ удается наблюдать картину остраго отравленія—заболѣвшая обезьяна погибаетъ менѣе, чѣмъ въ 24 часа.

Патологоанатомическое изслѣдованіе мозговъ погибшихъ животныхъ или убитыхъ въ послѣднихъ стадіяхъ заболѣванія макроскопически обнаруживаетъ ясную гиперемію мозговыхъ сосудовъ, мѣстами наблюдаются точечныя кровоизліянія въ вещество спиннаго мозга и мозгового свола.

Микроскопическое изслѣдованіе мозговъ животныхъ, погибшихъ отъ ботулизма, вполнѣ объясняетъ клиническіе симптомы болѣзни, какъ локализаціей пораженныхъ отдѣловъ центральной нервной системы, такъ и степенью пораженія нервныхъ элементовъ; этимъ токсинъ ботулизма чрезвычайно рѣзко отличается отъ дѣйствія тетаническаго токсина, который, какъ показали спеціальныя изслѣдованія, вызываетъ разсѣянныя пораженія нервныхъ клѣтокъ, безъ строго опредѣленной локализаціи, и при которомъ отмѣчено отсутствіе параллелизма между степенью пораженья нервныхъ элементовъ и тяжестью клиническихъ симптомовъ; при ботулизмѣ поражается сѣрое вещество спиннаго мозга, продолговатаго, мозгового ствола, частью мозжечекъ; кора большого мозга почти свободна отъ пораженія; сильнѣе всего поражается спинной

мозгъ, а именно, группы клѣтокъ переднихъ роговъ, иннервирующія парализованныя конечности (я оттѣняю это потому, что парэзы и параличи мышцъ могутъ зависѣть и отъ пораженія периферическихъ первовъ); явленія со стороны языка, сердца, глазъ, явленія афоніи и разстройства глотательнаго акта и дыханія объясняются пораженьемъ первыхъ ядеръ подъязычнаго, блуждающаго, языкоглоточнаго, отводящаго и глазодвигательнаго первовъ; въ перечисленныхъ отдѣлахъ мозга измѣненія первныхъ клѣтокъ отличаются наибольшею тяжестью, но поражаются клѣтки спиннаго мозга вообще, также и продолговатаго, хотя и не въ такой сильной степени.

Что касается характера патологическихъ измѣненій центральной нервной системы, то первое, что привлекаетъ вниманіе изслѣдователя, это рѣзко выраженныя явленія фагоцитоза. При разсматриваніи микроскопическихъ препаратовъ нерѣдко все поле зрѣнія микроскопа представляется усѣяннымъ блуждающими элементами; эти элементы производятъ цѣлыя нападенія на первныя клѣтки, облѣпляя ихъ со всѣхъ сторонъ; они проникаютъ въ самое вещество клѣтокъ, въ которыхъ ихъ нерѣдко можно видѣть цѣлыми группами.

Нервныя клѣтки претерпѣваютъ цѣлый рядъ измѣненій въ своей структурѣ, особенно отчетливо выступающихъ при обработкѣ препаратовъ по способу *Nissl*'я. Прежде всего наблюдается набуханіе *Nissl*'евскимъ тѣлецъ протоплазмы, утрачивающихъ вмѣстѣ съ тѣмъ свое правильное расположеніе и опредѣленность очертаній; они походятъ въ это время на безформенные комочки: некрасящееся вещество протоплазмы начинаетъ окрашиваться, вслѣдствіе растворенія въ немъ красящагося вещества; глыбки хроматофильнаго вещества начинаютъ стягиваться вокругъ ядра клѣтки, наступаетъ распаденіе хроматофильнаго вещества клѣтки на мелкія зерна, клѣтка выглядитъ какъ бы посыпанной мелкой пылью; пыль эта тоже мало-по-малу исчезаетъ, клѣтка пріобрѣтаетъ гомогенный видъ, наконецъ, видимъ лишь едва замѣтный, почти

неокрашенный силуэтъ ея; вмѣстѣ съ началомъ ясно выраженныхъ явленій хроматолиза протоплазмы клѣтки измѣняются и ея очертанія: клѣтка теряетъ связь со своими отростками, закругляясь въ мѣстахъ отхожденія отростковъ; образуются лакуны и изъѣдины въ прежде ровныхъ краяхъ ея; въ клѣткѣ появляются вакуолы. Явленія хроматолиза, т. е., растворенія и исчезновенія красящагося вещества клѣтки при ботулизмѣ чаще начинается съ периферіи клѣтки, нерѣдко отъ одного изъ ея полюсовъ; часто наблюдаются и явленія центральнаго хроматолиза.

Тяжкія измѣненія претерпѣваетъ и ядро нервной клѣтки: уже при началѣ набуханія красящихся элементовъ протоплазмы оно пріобрѣтаетъ неясныя, расплывчатыя границы, пріобрѣтаетъ способность окрашиваться все гуще и гуще, такъ что нерѣдко съ трудомъ различается сидящее въ немъ ядрышко; это послѣднее явленіе особенно рѣзко выступаетъ у морскихъ свинокъ, оно слабо выражено у кошекъ и обезьянъ; далѣе, ядро уменьшается въ объемѣ; постепенно ядро измѣняетъ свое положеніе въ клѣткѣ, отодвигаясь къ ея периферіи, мы видимъ затѣмъ, какъ ядро выпячивается изъ тѣла клѣтки, какъ бы удаляясь изъ нея и увлекая съ собою сидящее въ немъ ядрышко; ядрышко тоже измѣняетъ свое положеніе въ ядрѣ и набухаетъ; наконецъ, въ послѣднихъ стадіяхъ измѣненія клѣтки въ ней не видно ни ядра, ни ядрышка. Фагоциты играютъ важную роль въ структурныхъ измѣненіяхъ нервной клѣтки: видя, какъ тѣсно они облѣпляютъ клѣтку, какъ они проникаютъ въ ея протоплазму, видя фагоциты, сидящіе въ изъѣдинахъ, лакунахъ и вакуолахъ клѣтокъ, мы можемъ ясно представить себѣ, какъ разрушается и исчезаетъ нервная клѣтка не только въ зависимости отъ яда, какъ такового, но и уничтожаемая элементами самого организма. Остановлюсь на вопросѣ, какіе элементы выполняютъ фагоцитарную роль, освобождая нервную систему отъ отжившихъ и погибающихъ нервныхъ клѣтокъ, сдѣлавшихся

ненужными, быть можетъ, даже вредными для организма; дѣло въ томъ, что за послѣдніе годы *Nissl* и *Marinesco* сильно умалили фагоцитарное значеніе лейкоцитовъ для центральной нервной системы, перенеся ихъ функцію на клѣтки невроглія, а въ частности, при ботулизмѣ *Marinesco* совершенно исключилъ фагоцитарное значеніе лейкоцитовъ. Мы не имѣемъ никакого права отрицать значеніе невроглія, какъ замѣстительницы погибшихъ нервныхъ элементовъ въ смыслѣ архитектурномъ, не исключаемъ и ея фагоцитарнаго значенія, которое, по мнѣнію *Мечникова*, принадлежитъ различнымъ клѣткамъ организма, но мы не имѣемъ достаточно основаній, чтобы отрицать фагоцитарную роль лейкоцитовъ въ центральной нервной системѣ вообще и особенно при отравленіи ядомъ ботулизма; за то, что громадное большинство фагоцитовъ при этомъ процессѣ суть лейкоциты, говоритъ ихъ строеніе, присутствіе ихъ въ гиперэмированныхъ сосудахъ и около ихъ стѣнокъ, причемъ гиперэмія сосудовъ, кровоизліянія и набуханіе эндотеліальныхъ клѣтокъ служитъ указаніемъ на дѣятельное участіе сосудовъ, въ описываемомъ процессѣ; кромѣ того, рѣзко выраженныя явленія фагоцитоза въ мозгахъ животныхъ, погибшихъ менѣе чѣмъ черезъ сутки послѣ инъекціи токсина,—все это говоритъ за то, что и при этомъ процессѣ фагоцитарную роль выполняютъ лейкоциты, трудно допустить, чтобы клѣтки невроглія могли такъ быстро размножаться и обладали бы такою подвижностью.

Коснемся вопроса, насколько специфическими можно признать измѣненія нервныхъ клѣтокъ, развивающіяся подъ вліяніемъ отравленія токсиномъ ботулизма. Съ развитіемъ тонкихъ методовъ микроскопическаго изслѣдованія нервной системы, къ числу которыхъ безспорно принадлежитъ и методъ *Nissl'я*, многіе компетентные ученые, во главѣ съ самимъ *Nissl'*емъ и *Marinesco*, начали стремиться къ доказательству специфичности измѣненій нервной клѣтки подъ вліяніемъ различныхъ острыхъ и хроническихъ отравленій;

Nissl, *Marinesco*, *Claude*, *Babes*, *Golgi* и нѣк. др. авторы, изучавшіе вліяніе токсиновъ тетануса, ботулизма и яда бѣшенства на центральную нервную систему, хотѣли видѣть нѣчто специфическое для указанныхъ ядовъ въ измѣненіи клѣтки подъ ихъ вліяніемъ и въ отношеніи къ клѣткѣ блуждающихъ элементовъ, фагоцитовъ. Если же мы ознакомимся съ работами указанныхъ авторовъ и цѣлаго ряда другихъ, возражающихъ противъ специфичности измѣненій нервной клѣтки при этихъ отравленіяхъ, то необходимымъ образомъ мы придемъ къ заключенію что при всѣхъ указанныхъ отравленіяхъ измѣненія клѣтокъ протекаютъ по одной и той же схемѣ, съ незначительными лишь варіаціями, выражаясь набуханіемъ *Nissl*'евскихъ тѣлецъ, ихъ коагуляціей, распаденіемъ на зерна, хроматолизомъ и т. под.; также и оцѣпленіе и облѣпливаніе клѣтокъ блуждающими элементами и прониканіе этихъ элементовъ въ перицеллюлярное пространство и въ вещество клѣтки наблюдается при всѣхъ этихъ заболѣваніяхъ, да и дѣйствительно, трудно допустить, чтобы клѣтка на каждый вредный агентъ реагировала специфическимъ, только этому агенту свойственнымъ способомъ; по крайней мѣрѣ, доступными намъ методами изслѣдованія не удается обнаружить этого; тѣмъ не менѣе, для всякаго очевидно, что различные нервные яды дѣйствуютъ на организмъ различно, какъ показываетъ изученіе клинической картины отравленій; вотъ именно, стремленіе выяснить патологоанатомическій субстратъ клинической картины отравленія и должно лежать въ основѣ изученія специфичности дѣйствія яда на нервную систему; понятно, что степень пораженія клѣтки можетъ дать очень мало въ смыслѣ патогномоничности, такъ какъ она часто много зависитъ отъ тяжести и продолжительности отравленія, а не отъ качества яда; поэтому, главное вниманіе изслѣдователей должно быть сосредоточено на изученіи избирательнаго дѣйствія токсиновъ на нервную систему, на изученіи локализаціи пораженія нервной системы въ зависимости отъ того

или другого токсина. Слѣдуя по этому пути, мы уже въ данный моментъ можемъ дать рядъ характерныхъ признаковъ, отличающихъ измѣненія нервной системы подъ вліяніемъ токсиновъ ботулизма, тетануса и бѣшенства. При ботулизмѣ мы находимъ тяжкія пораженія большихъ клѣточныхъ группъ, преимущественно, въ переднихъ рогахъ спиннаго мозга, пораженіе ядеръ продолговатаго мозга и мозгового ствола (ядра XII, X, IX, VI и III-ей пары черепно-мозговыхъ нервовъ)— бульбарныя пораженія; въ спинномъ мозгу особенно тяжко страдаютъ группы клѣтокъ, иннервирующія конечности и мышцы шеи. Пораженіе клѣтокъ при тетанусѣ не отличается такою тяжестью, какъ при ботулизмѣ; пораженіе неопредѣленной локализаціи, разсѣяннаго характера, часто въ переднихъ рогахъ спиннаго мозга и въ области центральнаго сѣраго вещества поражены лишь отдѣльныя нервныя клѣтки, находятся онѣ, большею частью, въ самыхъ различныхъ стадіяхъ патологическаго измѣненія; пораженныя клѣтки находятся и въ мозговой корѣ (*Beck* и *Nissl*, *Marinesco*, *Goldscheider* и *Flatau*, *Hunter*, *Claude*, *Chantemesse* и *Marinesco*, *Matthis*, *Donetti*, *Péchoutre*, *Bispat*, *Nageotte* и *Etttinger*, *Courmont*, *Doyon* и *Laviot*, *Nuck* и *Moor*, *Жуковскій*). Въ послѣднее время по отношенію къ яду бѣшенства все чаще и чаще встрѣчаются указанія на характеристичность пораженія подъ его вліяніемъ клѣтокъ ganglion nodosum блуждающаго нерва, узловъ симпатическаго нерва и межпозвоночныхъ узловъ (*Nelis*, *Van Gehuchten* и *Gratia*, *Hébrant*, *Degive*, *Crocq*, *Ravenel* и *Carthy*). Токсины дифтеріи и стрептококковый, отличающіеся меньшимъ сродствомъ къ центральной нервной системѣ, чѣмъ предыдущіе, тѣмъ не менѣе могутъ быть характеризованы, первый—болѣе или менѣе ясно выраженнымъ пораженіемъ клѣтокъ переднихъ роговъ и рѣзко выраженнымъ пораженіемъ двигательныхъ периферическихъ нервовъ (*Щербакъ*, *Courmont*, *Doyon* и *Paviot*, *Муравьевъ*); второй—гнѣздными пораженіями, большею частью, соотвѣтственно спинно-

мозговымъ центрамъ нижнихъ конечностей, а также пораженіемъ клѣтокъ въ восходящемъ направленіи, а особенно, пораженіемъ центральныхъ отростковъ клѣтокъ межпозвоночныхъ узловъ при отсутствіи измѣненій въ периферическихъ нервахъ (*Roger*, *Bourges*, *Vidal* и *Bezançon*, *Subrages* и *Mongour*, *Remlinger*, *Babes* и *Varnali*, *Vaillard* и *Vincent*, *Claude*, *Муравьевъ*).

Указанные признаки могутъ служить для дифференціальной діагностики вліянія на нервную систему упомянутыхъ токсиновъ; конечно, и имѣя ихъ въ виду, мы не избѣгнемъ ошибокъ, но всетаки при анализѣ ихъ мы достигнемъ болѣе вѣрныхъ результатовъ въ патолого анатомической діагностикѣ, чѣмъ основываясь на измѣненіяхъ въ нервныхъ клѣткахъ. Итакъ, при изученіи дѣйствія токсиновъ на нервную систему слѣдуетъ изучать вопросъ съ точки зрѣнія избирательнаго дѣйствія токсина на нервную систему, а не съ точки зрѣнія специфичности реакцій нервной клѣтки на тотъ или иной токсинъ.

Случай внезапной смерти эпилептика во время сна.

Д-ра **Ф. А. Наумова.**

Орд. Спб. психіатр. больницы на Новознаменской дачѣ.

Нерѣдко эпилептики гибнутъ въ моментъ рѣзко выраженнаго приступа судорогъ, особенно въ status epilepticus; иначе же погибаютъ или въ моментъ приступа, или тотчасъ за нимъ въ безсознательномъ состояніи, отъ совершенно случайныхъ обстоятельствъ, предотвратить которыя бываетъ иногда совершенно невозможно даже при тщательномъ наблюденіи за больнымъ и которыя являются роковыми для даннаго субъекта. Всѣ подобнаго рода случаи весьма поучительны, указывая лишній разъ на то, какого тщательнаго присмотра требуютъ за собой эпилептики даже въ обстановкѣ спеціальныхъ заведеній, гдѣ они, казалось бы, находятся въ условіяхъ наибольшей безопасности отъ гибели вслѣдствіе недостатка предупредительныхъ мѣръ или недосмотра со стороны ухаживающаго персонала.

„Больной во время приступа", говоритъ G. Andrè [1]), „можетъ упасть въ огонь или подвергнуться перелому, вывиху, задушенію, остановкѣ сердечной дѣятельности или раз-

[1]) Клиническое обозрѣніе болѣзней нервной системы. Спб. 1898 г. стр. 443.

рыву сердца. Эпилептическое состояніе часто оканчивается смертью". Другіе авторы дѣлаютъ почти тожественныя въ этомъ отношеніи указанія. Такъ, проф. H. Oppenheim отмѣчаетъ [1]): „Болѣзнь (эпилепсія) не обусловливаетъ существенной опасности для жизни, но всетаки немалое число эпилептиковъ умираетъ преждевременно. Особенной опасности подвергается жизнь во время status epilepticus; другіе умираютъ вслѣдствіе поврежденій, претерпѣваемыхъ ими въ моментъ паденія; напр., паденіе въ огонь можетъ явиться причиной смерти. Падучный можетъ также погибнуть отъ задушенія, а именно, въ томъ случаѣ, гдѣ больной въ приступѣ падаетъ лицомъ внизъ". Еще болѣе обстоятельныя указанія даетъ д-ръ Эйхгорстъ. „Между послѣдствіями эпилептическихъ приступовъ", говоритъ онъ [2]) „надо различать непосредственныя и посредственныя. При первыхъ наступаетъ смерть или другое поврежденіе непосредственно вслѣдствіе самого приступа. Смерть можетъ послѣдовать отъ задушенія, вслѣдствіе тоническихъ и клоническихъ судорогъ дыхательныхъ мышцъ, или же задушеніе происходитъ часто случайно, вслѣдствіе того, что при началѣ приступа больные такъ несчастливо падаютъ ничкомъ, что закрываютъ себѣ носовыя и ротовое отверстія, вслѣдствіе чего прекращается доступъ воздуха, или падучный приступъ начинается во время ѣды, и больные задыхаются, вслѣдствіе попаданія пищи въ гортань".

Очень многіе авторы, писавшіе объ эпилепсіи, даютъ рядъ практическихъ совѣтовъ и указаній, имѣющихъ въ виду предупредить по возможности роковой исходъ, могущій явиться слѣдствіемъ недостаточнаго присмотра за лицами, страдающими падучей. Съ особенной обстоятельностью останавли-

---

[1]) Руководство по нервн. болѣзнямъ для врачей и студентовъ. Москва. 1896. стр. 708.

[2]) Руководство къ частной патологіи и терапіи. Спб. 1891. Т. III. Стр. 611.

вается на этомъ Magnan, который въ своей лекціи „объ эпилепсіи“ говоритъ [1]) „нельзя упускать изъ вида, что эпилептики, которымъ постоянно угрожаютъ внезапное развитіе приступовъ, должны служить предметомъ постояннаго и внимательнаго наблюденія. Слѣдуетъ съ большой настойчивостью совѣтовать имъ не влѣзать на стулья, лѣстницы и проч., избѣгать близости воды, удаляться отъ огня, однимъ словомъ, воздерживаться отъ всякихъ занятій и развлеченій, которыя требовали бы ихъ присутствія въ мѣстѣ опасномъ, въ случаѣ быстрой потери сознанія. Число несчастныхъ и часто смертельныхъ случаевъ съ эпилептиками, навѣрное, уменьшилось бы, если бы мы строго придерживались вышеупомянутыхъ совѣтовъ“. Magnan не оставляетъ также безъ указанія то обстоятельство, что эпилептикамъ слѣдуетъ, во избѣжаніи нежелательныхъ послѣдствій, давать попреимуществу легкоперевариваемую пищу и лишь самый легкій ужинъ. „Совѣтъ этотъ“, говоритъ Magnan, „касается, главнымъ образомъ, тѣхъ эпилептиковъ, у которыхъ припадки бываютъ, преимущественно, во время сна“.

Далеко не всѣ авторы одинаково смотрятъ на частоту наступленія смерти у эпилептиковъ въ моментъ судорожнаго припадка. Особенно разногласіе встрѣчается въ вопросѣ о томъ, насколько часто наступаетъ смертельный исходъ отъ самого судорожнаго приступа и отъ причинъ чисто случайныхъ. Такъ, Gowers говоритъ [2]): „Смерть лишь рѣдко является послѣдствіемъ эпилепсіи, въ особенности, если принять во вниманіе частоту болѣзни и угрожающій характеръ нѣкоторыхъ приступовъ. Смерть почти никогда не зависитъ непосредственно отъ судорогъ, помимо, развѣ, status epilepticus. Обыкновенно больные умираютъ вслѣдствіе какой-нибудь не-

[1]) «Объ эпилепсіи», Magnan. Извлеч. изъ медиц. вѣсти. 1882 г. Стр. 90.

[2]) Gowers. Руководство къ болѣзн. нервн. системы. Спб 1884. Т. II. вып. 3. стр. 753.

счастной случайности во время приступа, напр., вслѣдствіе паденія въ воду или ожога..... либо вслѣдствіе того, что больные во время судорогъ поворачиваются лицомъ внизъ". Точно такъ же смотритъ на эту сторону дѣла и Джемсъ Россъ. „Непосредственной опасности для жизни въ случаяхъ эпилепсій", говоритъ онъ [1]) „не имѣется, т. к. крайне рѣдко случается, чтобы эпилептикъ умеръ во время одного изъ своихъ приступовъ".

Между тѣмъ, другіе авторы и между ними Andrè и Oppenheim придерживаются на этотъ предметъ иного взгляда, считая, что преждевременная смерть эпилептиковъ наблюдается зачастую, и что здѣсь смерть чаще наступаетъ отъ самого приступа судорогъ, нежели отъ какого-либо побочнаго случайнаго осложненія. По этому поводу проф. Oppenheim [2]) прямо заявляетъ: „Немалое число эпилептиковъ умираетъ преждевременно. Особенной опасности подвергается ихъ жизнь при status epilepticus. Изъ тѣхъ, у которыхъ развивается это состояніе, погибаетъ половина". Съ болѣе или менѣе точными цифровыми данными въ этомъ отношеніи выступаетъ въ своемъ трудѣ. „Ueber die Prognose der Epilepsie" d-r. Habermaos [3]). Онъ приводитъ результаты наблюденій почти надъ тысячью эпилептиковъ (937 чсл.), лечившихся въ періодъ времени около 30 лѣтъ (съ 1869 по 1898 г.) въ заведеніи и амбулаторно; послѣднихъ, впрочемъ, было сравнительно немного (менѣе 100). Смерть эпилептиковъ, умершихъ въ самомъ заведеніи, въ большинствѣ случаевъ (въ 60%), была вызвана, какъ онъ указываетъ, самой эпилепсіей; при

---

[1]) Джемсъ Россъ. Руководство къ изученію болѣзн. нервн. системы Спб. 1884. Т. III. вып, 3. стр. 299.

[2]) Prof. Oppenheim. Руководство по нервн. болѣзнямъ для врачей и студентовъ Москва 1896. стр. 708.

[3]) Allgem. Zeitschr. fur Psychiatrie. Bd, 58. H. 2 и 3.

этомъ 47, 6% погибло при явленіяхъ рѣзко выраженныхъ приступовъ и только 4, 8% отъ несчастныхъ случаевъ— главнымъ образомъ, отъ асфиксіи въ постели или во время ѣды.

Во всякомъ случаѣ, правильнѣе допустить, что смерть эпилептиковъ отъ случайныхъ причинъ встрѣчается не такъ уже часто, особенно, въ спеціальныхъ заведеніяхъ больницахъ и пріютахъ. Къ сожалѣнію, эти случайныя причины далеко не всегда могутъ быть предусмотрѣны, а тѣмъ болѣе предотвращены. Каждый подобный несчастный случай не лишенъ бываетъ извѣстнаго практическаго значенія. Въ виду сказаннаго позволяю себѣ изложить здѣсь случай, имѣвшій мѣсто въ августѣ мѣсяцѣ текущаго года въ больницѣ-колоніи для душевно-больныхъ на Новознаменской дачѣ.

Погибшій во время судорожнаго приступа при своеобразныхъ условіяхъ эпилептикъ Петръ В—въ представлялъ изъ себя 28-лѣтняго мужчину, цвѣтущаго физическаго здоровья и атлетическаго тѣлосложенія. Больной этотъ, страдавшій комбинированной формой эпилепсіи (психо-эпилепсіей и рѣзко выраженными приступами судорогъ), крестьянинъ Петербургской губерніи, по профессіи мясникъ, поступилъ въ первый разъ въ Новознаменскую больницу 18 апрѣля 1904 г. Раньше же, съ октября 1902 г. до половины апрѣля 1904 г. онъ находился въ больницѣ Св. Николая Чудотворца, куда былъ помѣщенъ своими родственниками вслѣдствіе того, что сталъ незадолго до помѣщенія его въ больницу впадать въ безсознательное состояніе, сопровождавшееся по временамъ буйствомъ. Изъ анамнеза извѣстно, что происходилъ больной изъ здоровой семьи, но отецъ его сильно выпивалъ. Росъ и развивался паціентъ болѣе или менѣе правильно, всегда отличался большой физической силой, научился грамотѣ, былъ мясникомъ и до двадцатилѣтняго возраста припадками не страдалъ. По словамъ его самого и его родственниковъ, эпилептическій приступъ случился съ нимъ впервые подъ вліяніемъ сильнаго испуга, когда его однажды во время сна въ шутку облили холодной водой. Въ первое время послѣ этого

приступы бывали у него не чаще раза въ мѣсяцъ, а иногда ихъ не наблюдалось въ продолженіе двухъ-трехъ мѣсяцевъ подрядъ, и только впослѣдствіи судорожные приступы участились, а затѣмъ къ нимъ присоединились предъ-и послѣ-эпилептическія сумеречныя состоянія сознанія, сопровождавшіяся иногда значительнымъ возбужденіемъ, а также стали наблюдаться и психическіе эквиваленты въ той же формѣ.

Во время пребыванія Петра В—ва въ больницѣ Св. Николая Чудотворца у него время отъ времени—отъ двухъ до четырехъ разъ въ мѣсяцъ—наблюдались сумеречныя состоянія сознанія, длившіяся по 2—3 дня, сопровождавшіяся зрительными и слуховыми галлюцинаціями устрашающаго свойства и значительнымъ возбужденіемъ. Чаще всего во время этихъ періодовъ бывало по одному или по два эпилептическихъ приступа съ сильно выраженными судорогами. Иногда судорожные припадки не сопровождались сумеречными состояніями сознанія, и больной скоро отъ нихъ оправлялся. Больной, какъ и большинство типичныхъ эпилептиковъ, о случавшихся съ нимъ приступахъ надучей рѣшительно ничего никогда не помнилъ и узнавалъ о нихъ лишь отъ другихъ. Приступу обычно предшествовали жалобы больного на головную боль, но самъ онъ никогда не ставилъ это въ связь съ приступомъ. Кромѣ того, приступъ, насколько можно было прослѣдить, всегда начинался настолько сильнымъ пронзительнымъ крикомъ—такъ было и раньше—по которому окружающіе, не видя, уже узнавали, что приступъ начался съ Петромъ В—мъ, а не съ другимъ какимъ-либо эпилептикомъ. Относительно состоянія умственныхъ способностей Петра В—ва можно замѣтить, что уже подъ конецъ пребыванія его въ б-цѣ. Св. Николая Чудотворца отмѣчается нѣкоторое ослабленіе ихъ, выражающееся общаго глуповатостью его, по сравненію съ обыкновеннымъ среднихъ умственныхъ способностей взрослымъ мужчиной его среды, особенно, принимая во вниманіе, что больной былъ грамотенъ.

Будучи переведенъ 18-го апрѣля 1903 г. въ больницу на Новознаменской дачѣ, больной пробылъ въ ней по май 1904 г. и за это время въ общихъ чертахъ можно отмѣтить слѣдующее: больной сознателенъ, спокоенъ, добродушенъ, но грубъ и, отличаясь огромной физической силой, иногда пробуетъ ее ради шутки на комъ-либо изъ окружающихъ боль-

Казанск. Гос. Университет. Научная библиотека

ныхъ, что грозитъ непріятнымъ послѣдствіемъ для объекта его выходки; особенно же это казалось небезопаснымъ, когда онъ давалъ пинокъ или затрещину въ раздраженіи во время ссоры съ кѣмъ либо изъ больныхъ. Въ теченіе всего времени нахожденія въ больницѣ паціентъ принималъ постоянное участіе въ наружныхъ работахъ но подъ конецъ, въ виду того, что эпилептическіе приступы у него участились, въ виду того, что во время психическихъ эквивалентовъ онъ сталъ проявлять агрессивныя дѣйствія, всегда опасныя при его значительной физической силѣ, больного приходилось отстранять на болѣе или менѣе продолжительное время отъ участія въ работахъ, но все же общее его психическое состояніе было настолько удовлетворительнымъ, что въ срединѣ мая 1904 года родные пожелали его взять домой и онъ былъ выписанъ изъ больницы; но уже менѣе чѣмъ черезъ два мѣсяца Петръ В—въ самъ явился въ Новознаменскую больницу, прося принять его обратно, т. к. родственники не рѣшаются болѣе держать его дома: главной помѣхой въ этомъ являлась его большая физическая сила, вслѣдствіе чего съ нимъ трудно было справиться во время приступовъ буйства при повторявшихся иногда состояніяхъ безпамятства.

На первыхъ порахъ за время пребыванія больного во второе его поступленіе въ Новознаменскую больницу со стороны психики и вообще всего хода болѣзни какихъ-либо существенныхъ перемѣнъ отмѣтить было нельзя: больной, какъ и раньше, былъ добродушенъ, сознателенъ, спокоенъ, но грубъ въ обхожденіи съ другими больными, по прежнему принималъ участіе въ наружныхъ работахъ. Эпилептическіе припадки случались раза три-четыре въ мѣсяцъ, иногда бывали и психическія состоянія, сопровождавшіяся обманами органовъ чувствъ и буйствомъ. Въ виду наступавшаго измѣненія въ психическомъ состояніи больного приходилось иногда переводить его въ павильонъ для безпокойныхъ на непродолжительное время, но съ ноября 1905 года больного пришлось перевести уже для постояннаго пребыванія въ павильонъ для безпокойныхъ, гдѣ онъ и пробылъ до самой смерти. Съ этого времени слѣдуетъ отмѣтить наступленіе въ психической сферѣ больного болѣе рѣзкихъ и болѣе стойкихъ измѣненій: онъ пересталъ работать, ни чѣмъ почти не сталъ интересоваться, сдѣлался угрюмъ, раздражителенъ, сталъ иногда бить, даже

въ состояніи вполнѣ яснаго сознанія, окружающихъ и при томъ не только больныхъ, но и служащихъ, общее паденіе умственныхъ способностей стало болѣе замѣтнымъ. Съ декабря 1905 года приступы участились, доходя до семи и до десяти разъ въ мѣсяцъ, причемъ иногда случалось по 3—4 приступа въ день, чего раньше не было. Появлялись также состоянія пониженнаго сознанія безъ отношенія къ припадкамъ. За послѣдніе мѣсяцы—іюнь и іюль 1906 г.—психическое состояніе больного можно характеризовать слѣдующимъ образомъ: больной скученъ, апатиченъ, съ больными держится грубо, причемъ отмѣчается цѣлый рядъ столкновеній и ссоръ съ разными лицами, которымъ онъ причинялъ побои. Въ промежуткахъ времени съ 13 по 19 іюля у больного, кромѣ того, наблюдалось необычно длительное сумеречное состояніе сознанія, сопровождавшееся особенно обильными обманами органовъ чувствъ: онъ принималъ окружающихъ за другихъ лицъ, между прочимъ, за своихъ родственниковъ, слышалъ устрашающій шумъ, угрожающіе голоса и проч. и, приходя въ озлобленное состояніе, дѣлалъ нападенія на окружающихъ. Приступы случались, какъ днемъ, такъ и въ ночное время и, сопровождаясь постоянно, какъ уже упомянуто, пронзительнымъ крикомъ, всегда обращали на себя вниманіе привыкшихъ къ этому лицъ, какъ надзирательскаго, такъ и служительскаго персонала, такъ что просмотрѣть время наступленія у него приступа, особенно въ тѣхъ условіяхъ строгаго надзора, въ которыхъ больной находился въ послѣднее время своего пребыванія въ больницѣ, казалось почти невѣроятнымъ.

Поэтому было совершенной неожиданностью, сильно поразившей служащихъ павильона, когда утромъ 3-го августа въ 6 ч. 40 м. больной былъ усмотрѣнъ дежурнымъ надзирателемъ лежащимъ въ своей постели безъ признаковъ жизни. При осмотрѣ трупа тотчасъ же вслѣдъ за этимъ найдено: трупъ лежитъ на животѣ, уклоняясь нѣсколько влѣво, голова плотно уткнута въ подушку, т. ч. ротъ и носъ вдавлены въ нее. Все тѣло и голова, за исключеніемъ правой стороны ея и правой стороны шеи, закрыты одѣяломъ. Видимая часть лица, подбородка и шеи ціанотичны. Правая рука подогнута подъ животъ и концы пальцевъ судорожно въ него вдавлены, на рубахѣ здѣсь виднѣется кровяное пятно сантиметровъ 8 въ діаметрѣ. Трупъ въ состояніи окоченѣнія. Смерть послѣ-

довала, повидимому, за нѣсколько часовъ. Если отойти шага на два—на три отъ постели, на которой лежитъ умершій, то получается впечатлѣніе полной иллюзіи, какъ будто видишь передъ собой спокойно спящаго въ непринужденной позѣ человѣка.

Чтобы лучше уяснить себѣ всѣ обстоятельства дѣла, слѣдуетъ въ нѣсколькихъ словахъ сказать какъ объ обстановкѣ, въ которой находился больной, такъ и о надзорѣ, который здѣсь установленъ надъ больными. Павильонъ, предназначенный для помѣщенія безпокойныхъ и опасныхъ мужчинъ, представляетъ изъ себя большое одноэтажное каменное зданіе съ симметрично загибающимися отъ главнаго корпуса крыльями-корридорами, вдоль которыхъ расположены изоляторы. Главную, централвную часть зданія занимаютъ два большихъ зала, раздѣленныхъ дверью, въ ночное время всегда раскрытой. Съ сѣверной стороны къ заламъ примыкаютъ палаты-спальни; къ первому залу, меньшему по размѣрамъ—двѣ палаты, въ которыхъ помѣщаются наиболѣе безпокойные и опасные больные; окна обѣихъ этихъ палатъ снабжены карабельными стеклами, и наблюденіе за больными этихъ палатъ въ ночное время поручается особому дежурному служителю. Второй служитель, поддежурный готовый тотчасъ же въ случаѣ надобности прійти на помощь первому, помѣщается въ залѣ. Ко второму залу, большему по своимъ размѣрамъ, примыкаютъ съ той же сѣверной стороны 4 палаты, двѣ небольшихъ и двѣ значительныхъ размѣровъ; въ послѣдней изъ нихъ, считая отъ перваго зала, вмѣщающей въ себѣ 14 кроватей, находилась у стѣны, налѣво отъ входа койка, на которой спалъ Петръ В—въ. Составъ больныхъ, помѣщаемыхъ на ночь въ эту палату, подобранъ былъ болѣе спокойный, нежели въ остальныхъ, и среди нихъ находилось нѣсколько эпилептиковъ; кровать одного изъ нихъ, Якова П. помѣщалась рядомъ съ кроватью Петра В—ва, отдѣляясь

отъ нея лишь узкимъ проходомъ. Наблюденіе за больными размѣщенными въ этихъ 4 палатахъ возлагается на другого дежурнаго служителя, въ залѣ же помѣщается второй поддежурный. Главный надзоръ и контролированіе дежурныхъ служителей лежитъ на дежурномъ надзирателѣ, не отлучающемся изъ павильона до смѣны его другимъ, слѣдующимъ по очереди. Такъ какъ въ ночное время двери, отдѣляющія одинъ залъ отъ другого, остаются раскрытыми, то это даетъ возможность дежурному надзирателю одновременно видѣть все помѣщеніе павильона за исключеніемъ корридоровъ съ изоляторами; а такъ какъ время отъ времени онъ обходитъ и палаты и корридоры, то отъ его вниманія не должно ускользнуть рѣшительно ничто, чтобы ни случилось въ павильонѣ.

Такъ было и въ данномъ случаѣ, въ ночь со 2-го на 3 августа: надзиратель, вступившій въ 2 часа ночи въ очередное дежурство, обошелъ и осмотрѣлъ всѣ палаты со спящими въ нихъ больными, тщательно провѣривъ дежурныхъ служителей, что дѣлалъ затѣмъ нѣсколько разъ повторно до самого утра. Оба дежурныхъ служителя, находясь на своихъ постахъ и контролируемые надзирателемъ, тоже не замѣчали ничего особеннаго или подозрительнаго. Около 2 часовъ ночи мимо служителя, находившагося на дежурствѣ въ большомъ залѣ, прошелъ Петръ В—въ по направленію къ клозету, а затѣмъ, возвращаясь къ себѣ въ палату, задалъ нѣсколько вопросовъ служителю, пришелъ къ своей кровати, одѣлся одѣяломъ и, какъ казалось служителю, очень скоро спокойно уснулъ. Два раза въ теченіе ночи въ палатѣ гдѣ помѣщался Петръ В—въ, случилось по судорожному приступу падучей съ двумя эпилептиками, что заставляло дежурнаго надзирателя и служителя, входя въ палату, производить каждый разъ осмотръ и оказывать соотвѣтственную помощь. Второй приступъ произошелъ въ 5 ч. 40 м. съ больнымъ Яковомъ П., помѣщавшимся рядомъ съ Петромъ В—мъ, и такъ какъ въ моментъ приступа Яковъ П. свалился на полъ, то его

пришлось поднимать съ пола и при этомъ, вслѣдствіе близости къ кровати Петра В—ва и отчасти вслѣдствіе тѣсноты прохода между кроватями приходилось неоднократно касаться кровати, на которой, какъ казалось дежурнымъ спокойно спалъ Петръ В—къ, но даже въ этотъ моментъ онъ рѣшительно ничѣмъ не привлекъ къ себѣ ихъ вниманія. Только въ тотъ моментъ, когда стали будить больныхъ къ утреннему чаю, и когда по выходѣ въ залъ больныхъ надо было запереть палату, неподвижно лежавшій Петръ В—въ обратилъ на себя вниманіе дежурнаго надзирателя, который, подойдя къ нему съ цѣлью разбудить, обнаружилъ, что тотъ мертвъ и поспѣшно далъ знать о случившемся.

Такъ какъ случай могъ оказаться судебно медицинскимъ, то умершій съ тщательною предосторожностью, дабы не измѣнить положенія трупа и пр., вмѣстѣ съ кроватью, былъ перенесенъ въ пріемную комнату того же павильона и лишь по составленіи на мѣстѣ протокола полиціей могъ быть перенесенъ въ часовню при секціонномъ помѣщеніи. Только черезъ 5 дней больница была извѣщена, что ввиду ясности случая и отсутствіе какого бы то ни было подозрѣнія на насиліе или что-либо подобное, судебно-полицейскія власти никакихъ разслѣдованій производить не будутъ.

Въ виду всего этого на 6-й лишь день можно было произвести патолого-анатомическое вскрытіе трупа.

Вслѣдствіе того, что стояла теплая погода, трупъ умершаго успѣлъ подвергнуться рѣзкому измѣненію до полной неузнаваемости и представлялся раздутымъ до чудовищныхъ размѣровъ (особенно животъ и мошонка). Кожа трупа грязно-зеленаго цвѣта, эпидермисъ во многихъ мѣстахъ приподнятъ въ видѣ пузырей, наполненныхъ вонючей грязно-сѣрой жидкостью. Почти всюду рѣзко выраженная эмфизема подкожной клѣтчатки. Тѣмъ не менѣе, въ области подъ правымъ подреберьемъ можно было видѣть полученную при жизни значительную ссадину (въ мѣстѣ, соотвѣтствующемъ пораненію,

причиненному ногтями правой руки). Зубы трупа крѣпко сжаты, и кончикъ языка ущемленъ ими. При вскрытіи и осмотрѣ органовъ грудной и брюшной полостей отмѣчено, между прочимъ, присутствіе на задней поверхности epicardii небольшихъ пятенъ Тардьё, указывающихъ на смерть отъ асфиксіи, и найдено въ желудкѣ большое количество, до 2 ф. полужидкой пищевой массы, состоящей, главнымъ образомъ, изъ размельченнаго варенаго картофеля, крупы и хлѣба, составлявшихъ ужинъ погибшаго. Въ глоткѣ и пищеводѣ, а также гортани и трахеѣ, по стѣнкамъ и въ просвѣтахъ бронховъ, до мельчайшихъ ихъ развѣтвленій довольно много пищевыхъ веществъ, состоящихъ изъ размельченныхъ частицъ картофеля и крупы. Между прочимъ, у голосовыхъ связокъ была обнаружена довольно твердая кожица отъ гороха, имбибированная кровью и первоначально принятая было, за кусочекъ ягоды—вишни или красной смородины. Черепъ въ виду предполагавшагося разложенія мозговой массы невозможности что либо опредѣлить при его осмотрѣ, вскрытъ не былъ.

Такимъ образомъ, лишь при аутопсіи было констатировано, что смерть въ данномъ случаѣ послѣдовала не отъ асфиксіи вслѣдствіе судорогъ дыхательныхъ мышцъ или механическаго прекращенія доступа воздуха отъ вдавленія лица въ подушку, какъ было предположено до вскрытія, въ виду полнаго отсутствія хотя бы малѣйшихъ признаковъ рвотныхъ массъ внѣ полости рта, а отъ задушенія пищевыми массами, глубоко проникшими въ дыхательные пути при рвотныхъ движеніяхъ, наступившихъ или тотчасъ по окончаніи судорожнаго приступа или же во время него, что, какъ видно будетъ ниже, вѣроятнѣе.

Что рвота осложняетъ иногда эпилептическій приступъ и нерѣдко влечетъ за собой роковой исходъ, было извѣстно уже давно и отмѣчалось многими авторами, писавшими объ эпилепсіи. Дѣйствительно во многихъ случаяхъ тѣсная связь между наступленіемъ приступовъ падучей и какимъ-либо страданіемъ желудка рѣзко бросается въ глаза. Нѣкоторые авто-

ры и между ними проф П. И. Ковалевскій различаютъ даже „гастрическую эпилепсію“, разумѣя подъ этимъ ту форму ея, гдѣ приступы падучей стоятъ въ связи съ химическими или физическими измѣненіями въ области желудка.

„Первое указаніе на такую зависимость эпилепсіи отъ желудка мы встрѣчаемъ, говоритъ проф. Ковалевскій [1]), въ очень отдаленныя времена. Объ этомъ учили Hyppocrat, Galien, Sennert, Mercurialis, Portal и др. Въ новѣйшее время по этому вопросу писали Lepin, Pommay, Zacchi, Wynne Fovt, Платовъ и др.“ Этотъ авторъ отмѣчаетъ также, что наблюдалъ случаи, когда весь судорожный приступъ эпилепсіи выражался лишь одной рвотой. Нѣчто подобное описываетъ также Крафтъ-Эбингъ съ тою лишь разницею, что въ упоминаемомъ имъ случаѣ приступъ не исчерпывался одной рвотой, но рвота сопровождала каждый приступъ и каждый разъ судорожному приступу предшествовалъ своеобразный предвѣстникъ—зрительная галлюцинація въ видѣ человѣка въ красномъ плащѣ. „Вслѣдъ за тѣмъ (за появленіемъ этого зрительнаго образа)“, говоритъ Крафтъ-Эбингъ [2]), больной испытывалъ тошноту, ему казалось, что и у призрака, явившагося передъ нимъ, начинается рвота,—тогда „у него самого начиналась рвота, и онъ терялъ сознаніе. Но и помимо такихъ спеціальныхъ „гастрическихъ“ формъ эпилепсіи у моихъ эпелептиковъ приступъ падучей осложняется иногда появленіемъ рвоты. Указанія на это существуютъ у разныхъ авторовъ. Приведу здѣсь нѣсколько выдержекъ по этому поводу. Такъ Gowers [3]), говоритъ: „у нѣкоторыхъ больныхъ послѣ приступовъ появляется рвота. Это опасный симптомъ, такъ какъ, благодаря нечувствительности, пища можетъ попасть

---

[1]) Архивъ психіатріи 1892. Т. XIX. № 1. и «Эпилепсія». Стр. 45.

[2]) Учебникъ психіатріи. Спб. 1890. Стр. 662.

[3]) Руководство къ изученію болѣзней нервной системы. Спб. 1896. Т. II стр. 744.

въ гортань". Также и проф. Oppenheim указываетъ на то, что бываютъ такіе эпилептики, которыхъ рветъ послѣ каждаго приступа. Наоборотъ, Джемсъ Россъ говоритъ [1]): „приступу падучей зачастую предшествуетъ рвота и, кромѣ того, больные выдѣляютъ большія количества блѣдной мочи". Такимъ образомъ, разные авторы отмѣчаютъ осложненіе приступовъ падучей у эпилептиковъ рвотой, съ тою лишь разницей, что одни наблюдали ее преимущественно передъ приступомъ другіе—послѣ него.

Такіе знатоки вопроса объ эпилепсіи и такъ много поработавшіе надъ изученіемъ этой области патологіи, какъ проф. П. И. Ковалевскій и d-r I. Oliver, согласны въ томъ, что рвота у эпилептиковъ во время самаго приступа почти не наблюдается. D-r Oliver въ своемъ трудѣ „The epileptic, paroxysm [2])", указывая на опасность наступленія рвоты у эпилептиковъ, какъ могущей обусловить смерть отъ задушенія, отмѣчаетъ, что онъ лично никогда не наблюдалъ рвоты во время самаго приступа, хотя видѣлъ случай, рвоты до и послѣ приступа. Проф. П. И. Ковалевскій въ своемъ трудѣ „Эпилепсія" говоритъ [3]). „Рвота весьма рѣдкое явленіе при эпилепсіи", и, сдѣлавъ ссылку на Oliver, продолжаетъ: „Мнѣ лично также весьма рѣдко приходилось наблюдать рвоту въ послѣэпилептическомъ состояніи, и никогда я не наблюдалъ рвоты во время приступа эпилепсіи; въ тѣхъ случаяхъ, однако, когда рвота послѣ припадка бываетъ, явленіе это представляется непріятнымъ и небезопаснымъ, т. к. при этомъ можетъ послѣдовать задушеніе".

Въ другомъ мѣстѣ своего труда, въ отдѣлѣ о гастри-

---

[1]) Руководство къ изученію болѣзней нервной системы. Спб. 1884. Т. II. в. 3-й. Стр. 275.

[2]) The Brain. 888. № 4.

[3]) Архивъ психіатріи. 1891. Т. XVIII. № 3. Стр. 130.

ческой эпилепсіи[1]), проф. Ковалевскій говоритъ: „Связь эпилептическихъ приступовъ съ желудочнымъ раздраженіемъ устанавливается не только случаями рефлекторной гастрической эпилепсіи, но и другими клиническими наблюденіями..... На связь желудочныхъ отправленій съ эпилепсіей указываетъ еще и другая сторона дѣла. Извѣстно, что приступы эпилептическихъ судорогъ нерѣдко сопровождаются рвотой,—я лично, наконецъ, наблюдалъ случаи, когда весь судорожный приступъ выражался только лишь одной рвотой. Эти случаи ясно указываютъ на возможность взаимосоотношенія между приступами эпилепсіи и сократительными явленіями желудка, причемъ однако исходнымъ пунктомъ является центральное нервное раздраженіе".

Полное подтвержденіе этихъ предположеній находимъ въ экспериментальной работѣ проф. В. П. Осипова[2]). „О сокращеніи желудка, кишекъ и мочевого пузыря въ теченіе падучныхъ приступовъ". Изслѣдованія свой авторъ производилъ на собакахъ, вызывая у нихъ эпилептическіе приступы или раздраженіемъ, при помощи индуктивнаго тока, двигательной области мозговой коры, или впрыскивая въ вены essence d'absinthe cultive. Изъ полученныхъ имъ результатовъ слѣдуетъ остановиться здѣсь лишь на томъ, что имѣетъ прямое отношеніе къ сокращеніямъ желудка. Эти данныя заключаются въ слѣдующихъ выводахъ: a) въ теченіе падучнаго приступа наступаютъ сокращенія желудка, продолжающіяся обыкновенно значительный періодъ времени по окончаніи падучнаго приступа: b) сокращенія желудка бываютъ приблизительно въ половинѣ всѣхъ случаевъ падучныхъ приступовъ и затрогиваютъ, главнымъ образомъ, входную часть желудка: c) при раздраженіи токомъ двигательной части мозговой ко-

[1]) Архивъ психіатріи. 1893 Т. XIX. № 1. Стр. 48.

[2]) Обозрѣніе психіатріи. 1898. № 2.

ры явленія со стороны желудка, наблюдаемыя въ теченіе падучнаго приступа, зависятъ отъ самого падучнаго приступа, обусловленнаго суммарнымъ раздраженіемъ, двигат. области коры мозга и заложенныхъ въ ней центровъ d) асфиксія, всегда наступающая въ теченіе падучнаго приступа, служитъ причиной, способствующей появленію сокращеній желудка; то же слѣдуетъ сказать про давленіе на желудокъ со стороны діафрагмы и брюшного пресса во время приступа падучей; наконецъ, авторъ усматриваетъ большую аналогію между судорогами произвольно сокращающихся мышцъ тѣла и конечностей и сокращеніями желудка въ теченіе эпилептическаго приступа, въ смыслѣ зависимости тѣхъ и другихъ отъ раздраженія двигательной области мозговой коры.

На основаніи этихъ экспериментальныхъ данныхъ съ большою вѣроятностью слѣдуетъ допустить, что во время судорожныхъ приступовъ эпилепсіи и у человѣка возникаютъ сокращенія желудка, болѣе или менѣе выраженныя и достаточныя иногда для наступленія акта рвоты. Въ виду всего этого можно думать, что и у нашего больного Петра В—ва рвота послѣдовала или тотчасъ по окончаніи общаго судорожнаго приступа или же еще во время самого приступа; быть можетъ, въ данномъ случаѣ давленіе, при лежаніи животомъ внизъ (и притомъ преимущественно на лѣвой сторонѣ живота) на переполненный желудокъ уже само по себѣ давало къ этому поводъ, сильное же вдавленіе пальцевъ въ область живота въ моментъ начавшихся судорогъ (результатомъ чего явилась, между прочимъ значительная ссадина кожи) еще болѣе способствовало этому. Начавшаяся асфиксія и давленіе со стороны брюшного пресса и діафрагмы, несомнѣнно, могли быть факторами, дѣйствовавшими въ томъ же направленіи. Впрочемъ, нельзя вполнѣ отрицать и то обстоятельство, что раздраженіе со стороны переполненнаго желудка, особенно при давленіи на него, могло послужить толчкомъ, вызвавшимъ рефлекторно и самый судорожный приступъ. Позволяю себѣ

сдѣлать подобное предположеніе, имѣя въ виду слѣдующее мѣсто [1]) изъ упомянутаго выше труда проф. Ковалевскаго: „Если можно установить такое непрямое воздѣйствіе центральной первной системы на желудокъ (взаимосоотношеніе между приступами эпилепсіи и сокращеніями желудка), то возможно и обратное воздѣйствіе (раздраженіе желудка вызываетъ начало приступа падучей),—доказательства чему находятся въ гастрической рефлекторной эпилепсіи".

Принимая во вниманіе всѣ обстоятельства, сопровождавшія въ данномъ случаѣ смерть Петра В—ва, можно представить себѣ дѣло слѣдующимъ образомъ. Уже раньше наступленія приступа больной находился, по всей вѣроятности, въ крайне неблагопріятномъ для исхода положеніи—лицомъ, обращеннымъ къ подушкѣ. Это послѣднее обстоятельство, надо думать, послужило причиной тому, что крикъ, которымъ у даннаго эпилептика всегда начинался судорожный припадокъ, былъ заглушенъ, и въ силу этого не было привлечено вниманіе дежурныхъ надзирателя и служителей. Въ моментъ наступившихъ судорогъ больной не могъ измѣнить своего положенія на болѣе удобное и благопріятное—частью вслѣдствіе безсознательнаго состоянія, частью же, быть можетъ, оттого, что глубже лишь и сильнѣе вдавился лицомъ въ подушку, и тотчасъ же доступъ воздуха сталъ почти невозможенъ. Что задыхаясь больной производилъ значительныя мышечныя напряженія, видно изъ того поврежденія кожныхъ покрововъ живота, которое онъ причинилъ себѣ судорожнымъ сжатіемъ пальцевъ. Судорожныя движенія, достигшія особенной силы, въ которыхъ принялъ участіе и желудокъ, имѣли роковое послѣдствіе для больного, т. к. пищевыя массы, извергнутыя желудкомъ и попавшія въ моментъ вздоха въ дыхательные пути, вызвали тѣмъ самымъ смерть отъ асфиксіи.

---

[1]) Архивъ психіатріи. 1892. Т. XIX № 1. Стр. 48.

Разсмотрѣнный случай заслуживаетъ, какъ мнѣ кажется, вниманія по причинѣ своеобразной комбинаціи обстоятельствъ, а именно—гибель очень крѣпкаго физически эпилептика произошла въ обстановкѣ, при которой, казалось бы, особенно легко могла быть предупреждена, т. к. больной, находясь въ условіяхъ усиленнаго за собой надзора, до извѣстной степени былъ гарантированъ отъ разнаго рода вредныхъ, по свойству его болѣзни, случайностей. Не случись рвотныхъ движеній желудка, присоединившихся, къ общимъ судорогамъ, больной, вѣроятнѣе всего, имѣлъ бы возможность оправиться, и, наконецъ, весь процессъ приступа и задушенія, въ силу своеобразнаго стеченія обстоятельствъ, протекъ въ такой по внѣшности тихой и незамѣтной формѣ (безъ крика, рѣзкихъ движеній и пр.), что легко могъ бы быть просмотрѣнъ при самыхъ идеальныхъ условіяхъ надзора за больнымъ.

Къ вопросу о психотерапіи въ акушерствѣ.

Случай тяжкой Hyperemesis gravidarum, излеченной словеснымъ внушеніемъ.

А. С. Шоломовича.

Не смотря на значительную литературу по вопросу „Hyperemesis gravidarum", до сихъ поръ этіологія, патологическая анатомія и терапія этой серьезной болѣзни остаются почти совершенно неизвѣстными.—Нѣтъ даже до сихъ поръ строго установленной симптоматологіи страданія, вслѣдствіе чего нѣтъ точныхъ основаній для діагноза, при чемъ осложняющимъ факторомъ является отсутствіе общепринятаго, яснаго опредѣленія и самого понятія „Hyperemesis gravidarum". Болѣзнь-же сама по себѣ, повидимому, не рѣдка, хотя точнымъ данныхъ нѣтъ для сужденія и объ этомъ. Но несомнѣнными являются смертные случаи, какъ результатъ этой болѣзни, уносящей зачастую въ могилу двѣ жизни: одну въ расцвѣтѣ силъ, другую—едва зарождающуюся.

Одно это заставляетъ насъ серьезно отнестись къ каждому встрѣчающемуся случаю не только съ практической точки зрѣнія его терапіи, но и съ теоретической,—имѣя въ виду выясненіе сущности заболѣванія.

Въ довольно обширной литературѣ встрѣчаются, хотя и въ небольшомъ числѣ, русскія имена: на русскомъ языкѣ имѣется Московская диссертація д ра Постернакъ, хотя ма-

теріалъ для нея взятъ изъ Цюрихской клиники Проф. Vyder'a; имѣется и очень богатая матеріаломъ работа покойнаго Казанскаго приватъ-доцента И. М. Львова, собравшаго въ Казани 27 случаевъ „Hyperemesis gravidarum".

Вышеуказанныя особенности вопроса, т. е. отсутствіе опредѣленности во всѣхъ его сторонахъ,—отражаются самымъ неблагопріятнымъ образомъ на литературѣ его; при чемъ особенно вреднымъ является не вышедшій, къ сожалѣнію, изъ употребленія терминъ: неукротимая рвота, по французски: „incoercible", на нѣмецкомъ языкѣ, обозначающійся тѣмъ-же выраженіемъ: „unstillbar".

Терминъ этотъ, не смотря на заключающееся въ немъ внутреннее логическое противорѣчіе въ виду фактической „укротимости" рвоты, все еще употребляется и сбиваетъ изслѣдователей, внося путаницу въ литературу.

Въ сферѣ нѣмецкой литературы Jung отмѣчаетъ работы Pick'a и Klein'a, гдѣ въ рубрикѣ „неукротимой" рвоты фигурируютъ случаи рвоты легкой, излѣчимой, мало общаго имѣющіе съ „неукротимостью".

Среди русскихъ работъ отсутствіе общепринятой формулировки болѣзни печальнѣе всего отразилось на диссертаціи д-ра Постернака.

Игнорируя почему-то классическое опредѣленіе „Hyper. gravid". данное Горвицемъ,—авторъ диссертаціи даетъ свое, очень широкое опредѣленіе, въ которое входитъ слово „неукротимая". Въ результатѣ этого изъ 23-хъ случаевъ, „Hyperemesis", составляющихъ матеріалъ работы,—едва 9—10 случаевъ могутъ быть въ дѣйствительности діагносцированы какъ „тяжелая", „злокачественная", „патологическая" рвота, не говоря о „неукротимости".

Въ группу „Hyperemesis gravidarum", д-ръ Постернакъ относитъ „всѣ случаи неукротимой рвоты, имѣющіе затяжной, хроническій характеръ, появляющіеся во время беременности и влекущіе за собой упадокъ питанія".

Поэтому онъ включаетъ въ группу „Hyperem.“ и „дилятацію желудка съ достигшей апогея желтой атрофіей печени, гдѣ у больной по поступленіи въ клинику рвоты не было“. (№ 2 авт.)

Таковъ-же № 3-ій „періодическая рвота“, при которой „лучше всего переносился овсяный отваръ“; со дня поступленія въ клинику тоже рвоты не было.

Таковы №№ 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 19, 21, 22-й, — излѣчивающіеся мевтоломъ, молокомъ, покоемъ и т. п.

Въ № 20-мъ самъ авторъ признаетъ „болѣе справедливымъ поставить діагнозъ „Carcinoma ventriculi“!?, чѣмъ „Hyperemesis gravidarum“.

Таковы Цюрихскіе случаи.

Въ № 23-мъ—(собственное наблюденіе автора)—у беременной былъ копростазъ и сильная рвота; послѣ энергичной клизмы прекращеніе рвоты.

Такимъ образомъ широкое опредѣленіе „Hyperemesis“ обезцѣниваетъ $^2/_3$ матеріала работы, совершенно неподходящаго даже по типу подъ опредѣленіе Горвица, Шредера или Львова. И упомянутые авторы и многіе другіе авторитеты избѣгаютъ выраженія „неукротимая“, замѣняя его: „тяжелой“, „злокачественной“, „чрезмѣрной“.

„Подъ именемъ тяжелой или опасной рвоты мы понимаемъ“ пишетъ Горвицъ „такое состояніе, которое съ самаго начала оказываетъ весьма тяжелое вліяніе на организмъ беременной, т. е., постоянно возрастаетъ и, наконецъ, переходитъ въ такое состояніе, что желудокъ извергаетъ всякую пищу, какъ жидкую, такъ и плотную, т. е., рвота становится безпрестанною, пока, наконецъ, она не прекратится, или-же не наступитъ смертельный исходъ“.

Въ недавно вышедшей работѣ австрійскій гинекологъ Tuszkai еще болѣе съуживаетъ рамки для діагноза „Hyp. grav.“, включая въ эту группу лишь случаи:

1) Когда исключены всѣ случайныя осложненія беременности въ видѣ токсэмій, заболѣваній желудка, почекъ и т. п.

2) Когда имѣются на лицо характерные, клиническіе симптомы болѣзни, которыми онъ считаетъ: a) ясно-выраженную мѣстную чувствительность брюшины въ области матки, вызывающую при бимануальномъ изслѣдованіи сильную рвоту и b) ясно выраженные признаки голоданія организма.

Изъ этого краткаго обзора литературы видно, что для болѣе точнаго выясненія клинической картины болѣзни необходимо служить понятіе „Hyper. grav.“ въ духѣ Горвица, Шредера и Tuszkai.

Еще болѣе, чѣмъ опредѣленіе - темна этіологія болѣзни. До сихъ поръ здѣсь борятся два главныхъ теченія: сторонники нервнаго resp. истерическаго происхожденія „Hyper.“ и сторонники многочисленныхъ теорій интоксикаціи. Выставленная въ 1890 году Kaltenbach'омъ теорія истерическаго происхожденія рвоты, безъ какой-либо патолого-анатомической основы, встрѣтила нѣкоторую поддержку въ Ahlfeld'ѣ, считающемъ рвоту рефлексъ-неврозомъ, исходящимъ изъ гениталій и въ длинномъ рядѣ изслѣдователей разныхъ странъ, опирающихся на собственныя наблюденія.

Съ другой стороны, рядъ ученыхъ выдвигаетъ теоріи интоксикацій, измѣненіе пищеварительнаго тракта, повышеніе раздражительности рвотнаго центра, разстройство циркуляціи крови, специфическіе „токсины беременности“, разстройство genitalia и тому подобные разнообразные факторы, какъ этіологію „Hyperemesis gravidarum“.

Послѣдней, хотя врядъ-ли самой сильной по обоснованію теоріей, является теорія синтиціотоксина Behm'a, защищаемая прив.-доцентомъ Скробанскимъ въ „Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней“.

По Behm'y „Hyper. grav.“ въ нѣкоторыхъ случаяхъ происходитъ отъ заноса синтиціальныхъ клѣтокъ въ кровь

больной и отравленія вслѣдствіе этого крови ея токсиномъ, вырабатывающимся по периферіи плоднаго яйца.

Гипотеза эта подтверждается нахожденіемъ въ кровеносной системѣ матери кусочковъ ворсинокъ хоріона и преимущественно, синтицій послѣднихъ.

Въ 2-хъ случаяхъ тяжелой „Hyper. grav." Behm видѣлъ хорошій результатъ отъ регулярныхъ солевыхъ вливаній въ кишечникъ, чѣмъ, предполагается, уничтожалось дѣйствіе токсина.

„Гипотеза синтиціальнаго происхожденія какъ рвоты беременныхъ, такъ и эклампсіи, кажется намъ наиболѣе совершенной", пишетъ д-ръ Скробанскій. „Рвота въ первой половинѣ беременности можетъ разсматриваться, какъ слѣдствіе вполнѣ цѣлесообразнаго процесса—иммунизаціи организма продуктами гибнущихъ ворсъ, которые не пойдутъ на построеніе плаценты (Chorion laeve),—иммунизаціи, имѣющей своей задачей образованіе антитоксина, необходимаго организму въ концѣ беременности, когда, благодаря регрессивнымъ измѣненіямъ въ дѣтскомъ мѣстѣ, создаются условія, позволяющія допустить, что въ организмъ вторично можетъ поступить громадное количество такихъ-же токсиновъ, при томъ въ самое короткое время".

По этой теоріи, слѣдовательно, рвота есть выраженіе иммунизаціи организма въ цѣляхъ выработки антитоксина.

Съ этой гипотезой, какъ и со всякой другой, можно считаться, пока дѣйствительность не докажетъ ея ложности; она, вѣроятно, найдетъ даже себѣ поддержку въ случаяхъ, гдѣ рвота „прошла самопроизвольно", такъ какъ такіе случаи, если они есть, могутъ служить въ пользу всякой теоріи, въ томъ числѣ и интоксикаціонной, при желаніи ими пользоваться.

Но въ чемъ нельзя согласиться съ д-ромъ Скробанскимъ,—это въ его желаніи использовать случаи „самопроизвольнаго излеченія" для опроверженія „истерической"

теоріи; нельзя признать правильной и его попытку обобщить теорію Behm'a на всѣ случаи „hyperemesis", не только потому, что новая гипотеза не доказана, но и потому, что и теперь цѣлая категорія „Hyper." не укладывается въ ея рамки, не объясняется ею.

Возражая сторонникамъ истерическаго происхожденія рвоты, прив. доц. Скробанскій пишетъ: „Одно изъ важнѣйшихъ доказательствъ истерическаго происхожденія чрезмѣрной рвоты многіе видятъ въ значеніе внушенія при лѣченіи этой болѣзни. Можно думать, что это значеніе внушенія должно здѣсь считаться во всякомъ случаѣ сильно преувеличеннымъ: большое количество случаевъ, въ которыхъ прекращеніе рвоты беременныхъ ставилось въ зависимость отъ внушенія, можетъ совершенно заслуженно возбудить сомнѣніе въ томъ, было ли именно внушенія истинной причиной благопріятнаго результата и не прошла ли тутъ рвота самопроизвольно? Съ другой стороны, каждому практическому врачу несомнѣнно приходилось видѣть случаи, въ которыхъ гипнозъ не давалъ ровно никакихъ результатовъ".

Но прив.-доц. Скробанскій упускаетъ изъ виду, что и тѣ случаи, гдѣ было примѣнено антитоксическое леченіе—солевыми вливаніями,—не всегда же кончались успѣхомъ; съ другой стороны, и при успѣхѣ вливаній возможно то-же самое возраженіе: не прошла ли рвота самопроизвольно, не преувеличено ли значеніе вливаній? И наконецъ, если сторонникъ теоріи Behm'a допускаетъ неудачные случаи примѣненія гипноза,—онъ тѣмъ самымъ признаетъ и удачные, подрывая этимъ свое обобщеніе: если вѣрна теорія Behm'a для всѣхъ случаевъ,—тогда непонятенъ успѣхъ гипноза, ибо возникаетъ вопросъ: какимъ образомъ исчезли подъ вліяніемъ внушенія токсины, вызывавшіе рвоту?

Съ другой стороны, несомнѣнный во многихъ случаяхъ успѣхъ метода Copemann'a (расширеніе пальцемъ наружнаго устья матки и прониканіе въ каналъ шейки на $1^1/_2$ ст.)

тоже вызываетъ неизбѣжный вопросъ: какимъ образомъ расширеніе канала шейки уничтожаетъ токсины?

Дорфъ описываетъ одинъ, а Klotz—5 случаевъ, въ которыхъ начало производства аборта прекращало рвоту; Хазанъ описываетъ случай, гдѣ рвота прекратилось послѣ наркоза, такъ какъ больная думала, что удаленъ плодъ.

У Львова, далѣе, и у другихъ авторовъ не рѣдки случаи излеченія рвоты прижиганіями шейки матки.

Какъ объясняется исчезновеніе интоксикацій во всѣхъ этихъ многочисленныхъ случаяхъ?

Такимъ образомъ теорія интоксикацій вообще и послѣдняя гипотеза Behm'a, въ частности, можетъ опираться пока только на предположенія: ее гораздо труднѣе обосновать, чѣмъ опровергнуть.

Послѣднее возраженіе противъ истерической, или нервной теоріи рвоты: случаи неудачнаго примѣненія гипноза, врядъ ли могутъ быть приняты во вниманіе, такъ какъ въ области психотерапіи весьма часты факты, гдѣ то, что не удается одному, легко удалось другому и наоборотъ; и ниже описанный случай служитъ лучшей иллюстраціей этого.

Вотъ почему можно думать, что и въ случаѣ, описанномъ д-ромъ Скробанскимъ, гдѣ мужъ, успѣшно гипнотизировавшій жену, не могъ устранить рвоты—приглашеніе посторонняго врача-гипнотизера могло дать успѣхъ.

Всѣ вышеизложенныя соображенія, не позволяющія принципіально вполнѣ исключить возможности интоксикаціи для отдѣльныхъ случаевъ—склоняютъ больше въ сторону истеріи или нервнаго происхожденія многихъ случаевъ „Hyperem. grav.“.

Нѣкоторые авторы, въ томъ числѣ сторонники интоксикаціонныхъ теорій, указываютъ, что „Hyperem.“ встрѣчается у женщинъ, ни передъ беременностью, ни послѣ нея, не страдавшихъ истеріей.

Но это соображеніе не исключаетъ возможности истеріи или невроза, появляющагося во время беременности и вмѣстѣ съ ней исчезающаго: допускаютъ же нѣкоторые гинекологи существованіе такъ называемыхъ „токсиновъ беременности".

Съ другой стороны существуетъ несомнѣнный фактъ излеченія внушеніемъ „Hyperem.", именно, у особъ „ни до, ни послѣ беременности не страдавшихъ истеріей".

Таковы случаи: № 24-й, описанный д-ромъ Львовымъ, и ниже описываемый мною.

По вопросу о терапіи „Hyperemesis" существуютъ еще большія разногласія, чѣмъ въ вопросѣ о ея „этіологіи". На крайнихъ полюсахъ длиннаго ряда мѣръ противъ „Hyperemesis" стоитъ внушеніе, гипнозъ съ одной стороны—и искусственый выкидышъ—съ другой.

Если бы въ терапіи примѣнялись средства, соотвѣтственно ихъ вліянію на здоровье больного,—то естественно было бы ожидать примѣненія внушенія и гипноза раньше другихъ средствъ.

На дѣлѣ происходитъ иное: гипнозъ является почему-то послѣднимъ, или, вѣрнѣе предпослѣднимъ средствомъ, вслѣдъ за которымъ идетъ искуственный абортъ.

Въ срединѣ же этого ряда стоитъ длиннѣйшій списокъ медикаментовъ и тѣхъ, или другихъ гинекологическихъ операцій: ледяныя пилюли, шампанское, бромистый калій, хлоралъ-гидратъ, кокаинъ, белладонна, морфій, cerium oxalicum, настойка іода, іодистый калій, резорцинъ, орексинъ, ментолъ, креозотъ, стрихнинъ, сода, магнезія, таннинъ, хининъ, антипиринъ, углекислота, кислородъ, эфиръ, электричество.

Кромѣ того, пользуются извѣстной славой прижиганія шейки 10% Arg. nitric., или Arg. nitric. in subst. и даже Paquelin'омъ. Далѣе идутъ піявки къ шейкѣ, мушки, перемѣщенія матки, пессаріи, способъ Copemann'a.—и, наконецъ, абортъ.

Въ связи съ гипнозомъ и внушеніемъ, какъ средствами противъ „Hyperemesis“, стоитъ, далѣе, цѣлый рядъ гигіено-діэтетическихъ мѣръ, значеніе которыхъ всегда признавалось сторонниками различныхъ взглядовъ на ея происхожденіе. Перемѣна обстановки, пребываніе на свѣжемъ воздухѣ, нѣкоторые водолѣчебные пріемы—вмѣстѣ съ внушеніемъ рекомендуются Шредеромъ, Oltramar'емъ, Кальтенбахомъ, Хазаномъ, Berillon'омъ, Broh'емъ, Frank'омъ, Bacon'омъ, Lichtenstein'омъ, Dorf'омъ, Keil'емъ, Thorn'омъ, Terrien'омъ, Graefe и цѣлымъ рядомъ другихъ авторовъ.

Большая часть перечисленныхъ авторовъ рекомендуетъ внушеніе и гипнозъ на основаніи собственныхъ успѣшныхъ наблюденій.

Описанъ случай успѣшнаго примѣненія гипноза при легкой „Hyperemesis“ въ диссертаціи д-ра Постернака; серьезный, тяжелый случай, излѣченный гипнозомъ описанъ д-ромъ Львовымъ. Д-ръ Jung описалъ случай прекращенія рвоты у больной, желавшей воспользоваться рвотой для перерыва внѣбрачной беременности; рвота прекратилась, когда больная убѣдилась, что ея желаніе обнаружено.

Изъ случаевъ неудачнаго примѣненія гипноза мнѣ удалось найти въ литературѣ только одинъ,—описанный д-ромъ Скробанскимъ.

Больная „несомнѣнная“ истеричка, и „внушеніе не оказало на нее ни малѣйшаго вліянія“; мужъ больной, медикъ 5 курса, имѣлъ на нее громадное вліяніе: гипнозомъ онъ могъ вызвать у больной перемѣну настроенія, сонъ и много другихъ явленій; но, не смотря на многократныя попытки, внушеніе, съ цѣлью прекратить рвоту и слюнотеченіе,—не дало никакихъ результатовъ“.

Этотъ-то случай и заставляетъ автора усомниться въ значеніи истеріи, какъ причины неукротимой рвоты.

Д-ромъ Вяземскимъ описанъ въ 1904 г. случай несо-

мнѣнной Hyperemesis gravidarum, гдѣ не дало результатовъ даже глубокое гипнотизированіе съ внушенной каталепсіей и автоматическими движеніями.

Тѣмъ не менѣе психотерапія оказалась и здѣсь единственно полезной мѣрой.

Было примѣнено упорное (пять разъ), сомноформированіе съ внушеніемъ по Farez'y и рвота прекратилась.

Интересно отмѣтить случай Terrien'a, гдѣ авторъ, повидимому, не основательно, приписываетъ вліянію внушенія излеченіе рвоты, происшедшее послѣ примѣненія метода Copement'a.

Случай, къ описанію котораго я перехожу въ настоящее время, наблюдался мною въ домашней обстановкѣ, слѣдовательно, внѣ клиники и я не имѣлъ возможности клинически его обслѣдовать: бывалъ у больной рѣдко, такъ жилъ за 12 верстъ отъ города Симбирска, гдѣ жила больная. Тѣмъ не менѣе, теченіе болѣзни и анамнезъ имѣютъ особенности, заслуживающія подробнаго описанія.

Больная, г жа Х.—дворянка 33-хъ лѣтъ; окончила гимназію и курсы акушерства и массажа, интеллигентная. Отецъ—дипсоманъ; мать, въ юности здоровая,—въ преклонномъ возрастѣ страдала припадками, повидимому эпилепсіи; рвотой во время беременности не страдала. Братъ и сестра больной—люди здоровые.

Въ 8-ми лѣтнемъ возрастѣ больная перенесла травму половыхъ частей вслѣдствіе паденія на уголъ скамьи, послѣ чего съ мѣсяцъ болѣла. Перенесла корь, скарлатину, плевритъ; страдала кромѣ того легкой формой Базедовой болѣзни.

Менструаціи съ 16 лѣтъ, всегда съ болями, продолжаются не менѣе 7—8 дней, очень обильны, нерегулярны; часто бывали и „бѣли".

Въ 1895 году вышла замужъ 22-хъ лѣтъ отъ роду; въ началѣ февраля 1896 года была послѣдняя менструація; въ мартѣ, послѣ двухдневной тошноты, дурнаго самочувствія и

безсонницы, началась сильная рвота, почти безпрерывная (не было 1—2 часовъ безъ рвоты). Лечилась всевозможными лекарствами (опій и др.) у терапевтовъ. Гинекологи обнаружили антефлексію матки и по ихъ предложенію, послѣ 2-хъ недѣль безрезультатнаго домашняго леченія, поступила въ клинику баронета Вилліе—въ Петербургѣ въ отдѣленіе проф. Лебедева. Леченіе въ клиникѣ состояло, главнымъ образомъ, въ примѣненіи горячихъ душей—40°R, 2 раза въ день и различныхъ лекарствъ. Въ результатѣ короткое, незначительное улучшеніе; затѣмъ рѣзкое учащеніе рвоты, появленіе кровяныхъ жилокъ въ рвотныхъ массахъ и значительное истощеніе, такъ какъ обсолютно всякое пищевое вещество, даже вода, ледяныя пилюли, шампанское—немедленно извергалось рвотой обратно.

15-го апрѣля былъ произведенъ абортъ и больная выписалась; послѣ этого она лечилась отъ отёка ногъ.

До августа того-же года были менструаціи.

Въ началѣ сентября, больная по горькому опыту первой беременности поняла, что она забеременѣла вторично, такъ какъ снова началась сильная—до 60—70 разъ въдень—рвота, не прекращавшаяся ни днемъ ни ночью.

Быстро послѣдовала острая слабость, безсонница и сильнѣйшія сердцебіенія. Также, какъ и въ первой беременности, не удерживался даже лёдъ, не говоря о какой бы то ни было пищѣ.

Снова на больной были испытаны всевозможныя внутреннія средства—безо всякаго результата.

На этотъ разъ больная была въ Симбирскѣ и, какъ въ первый разъ въ клиникѣ Вилліе—Симбирскіе врачи, лечившіе ее, рѣшили ex consilio произвести абортъ въ виду крайняго истощенія больной и безполезности всѣхъ, ранѣе принятыхъ, мѣръ.

Въ концѣ октября приступили къ производству выкидыша: предполагалось, по сообщенію больной, послѣ нѣсколькихъ горячихъ душей произвести выскабливаніе содержимаго матки ложечкой. Благодаря невѣрному термометру, первымъ-же спринцеваніемъ былъ произведенъ сильнѣйшій ожогъ рукава и шейки и послѣдовало выдѣленіе клочьевъ слизистой оболочки, что было сначала принято за начало выкидыша.

Въ виду сильнѣйшихъ болей отъ ожога, спринцеванія были прекращены. Но во время леченія ожога больная обнаружила, что иногда глотки воды, которые она выпивала для облегченія рвоты (чтобы не было такъ называемой „пустой“ рвоты)—задерживаются.—Мало по малу больная замѣтила, что вода, а вскорѣ затѣмъ молоко и другія жидкости держатся въ желудкѣ нѣкоторое время, не извергаясь немедленно, какъ ранѣе.

Такимъ образомъ, постепенно, больная стала усвоивать кое-какую пищу, стала крѣпнуть, а рвота—понемногу уменьшаться и, хотя продолжалась, не прекращаясь совершенно и далѣе—до самыхъ родовъ,—но больная все-же питалась довольно сносно и родила въ срокъ ребенка здороваго и доношеннаго, но очень слабаго.

Сильное истощеніе и рѣзкая слабость продолжались до самыхъ родовъ: больная не ходила почти все время, проведя нѣсколько мѣсяцевъ въ постели.

Такимъ образомъ, вторая беременность послѣ попытки искусственнаго аборта—кончилась нормально. Послѣ этого менструаціи шли болѣе или менѣе правильно.

Черезъ 1 годъ и 3 мѣсяца, т. е., въ Сентябрѣ 1898 года наступила 3-я беременность; вначалѣ явленія остраго гастроэнтерита; больная была посажена на діэту, но черезъ нѣсколько дней начавшаяся сильная рвота напомнила больной о беременности и она перестала лечиться отъ гастроэнтерита, принявшись за энергичное леченіе рвоты.

Снова медикаменты безъ всякаго результата; на этотъ разъ было примѣнено прижиганіе шейки матки также безъ всякаго результата. Въ виду быстро наступившаго истощенія больной, вслѣдствіе непрерывной, какъ прежде, рвоты и угрожающей слабости сердца,—ex consilio былъ рѣшенъ абортъ, что и было исполнено въ началѣ Октября того же 1898 года на этотъ ротъ вполнѣ успѣшно.

Впослѣдствіи больная лечилась нѣсколько разъ выскабливаніями отъ endometrit'a и метроррагій.

Въ началѣ 1906 года—20-го февраля была послѣдняя менструація и съ марта—начало 4-й беременности, ознаменовавшееся, какъ и въ первые 3 раза, сначала тошнотой, затѣмъ рвотой, чрезвычайно сильной днемъ,—нѣсколько слабѣе ночью. Въ нѣкоторые часы рвота была ежеминутно. Боль-

ную мучило полное отсутствіе аппетита, безсонница и сильнѣйшая жажда. Не удерживались, какъ и раньше: ледъ и шампанское, ледяное молоко и т. п.

Опять были примѣнены всевозможныя лекарственныя вещества, прижиганіе шейки argento nitrico—безъ всякихъ результатовъ.

Истощеніе больной быстро прогрессировало, такъ какъ примѣнявшіяся питательныя клизмы очень раздражали кишечникъ, вызывали боли и были оставлены.

Были наконецъ произведены 2 попытки загипнотизировать больную и внушить ей прекращеніе рвоты,—оба сеанса не дали ни какихъ результатовъ; и снова, въ 4-й, слѣдовательно, разъ было рѣшено прибѣгнуть къ аборту, не позже, какъ черезъ недѣлю. Въ это время лечившій больную врачъ предложилъ еще разъ испытать гипнозъ, вслѣдствіе чего я получилъ приглашеніе посѣтить больную.

При первомъ посѣщеніи найдено:

Больная выше средняго роста, правильно сложена; питаніе крайне подорвано, кожа суха, подкоженый жировой слой совершенно отсутствуетъ, видимыя слизистыя оболочки ціанотичны; цвѣтъ кожи крайне блѣдный, мускулатура крайне слабаго развитія. Больная лежитъ въ постели, на спинѣ, съ измученнымъ выраженіемъ лица.

Пульсъ—140 ударовъ въ минуту, правильнаго ритма, невысокій, языкъ при высовываніи дрожитъ, рефлексы повышены, чувствительность вездѣ нормальна. Животъ впалъ, селезенка и печень не прощупываются; со стороны легкихъ ничего ненормальнаго не обнаружено.

Больная говоритъ съ трудомъ, слабымъ голосомъ, крайне угнетена, жалуется на сильную жажду; безпрестанную (40—50 разъ въ день) рвоту, безсонницу, головную боль и полную слабость; больная неможетъ повернуться въ постели и высказываетъ опасенія, что у нея отъ продолжительнаго лежанія развивается пролежень.

При осмотрѣ на крестцѣ и ягодицахъ замѣтно покраснѣніе и нѣкоторая припухлая тѣстоватость кожи. На шеѣ больной замѣтно при ощупываніи нѣкоторое увеличеніе щитовидной железы.

Во время бесѣды съ больной и ея мужемъ, длившейся около часа, я и мои собесѣдники обратили вниманіе, что боль-

ную ни разу не вырвало; больная говорила, что ее тошнитъ—но рвоты не было.

По окончаніи бесѣды, замѣтно утомившей больную, я сообщилъ ей, что я, опираясь на добытыя данныя, имѣю основаніе думать, что она вылечится; что, по моему убѣжденію, въ ея нервной системѣ хранится достаточный запасъ энергіи для борьбы съ болѣзнью; излеченіе принципіально допустимо для ея организма потому, что вторые роды кончились-же благополучно. Въ виду всего этого, я настойчиво рекомендовалъ ей завтра утромъ съѣсть яйцо въ смятку; если ее вырветъ—пусть немедленно съѣстъ другое, которое несомнѣнно удержится. Рвота ослабѣетъ сегодня-же, завтра будетъ меньше и въ короткое время, надо ожидать,—прекратится совсѣмъ. Лекарство (cerium oxalic. съ codein'омъ), которое она съ самаго начала болѣзни безуспѣшно принимала, я разрѣшилъ принимать попрежнему, выписавъ еще Adonis vernalis и рекомендовалъ принимать по прежнему вечеромъ ванны въ 28°R.

На утро мнѣ передали по телефону, что послѣ моего отъѣзда была всего 3—4 раза рвота; больная спала ночь порядочно, утромъ яйцо удержалось; настроеніе хорошее, рвоты пока нѣтъ.

Предложено мною: вечеромъ еще яйцо и ванна.

Третій день: днемъ рвота 1—2 раза, тошноты нѣтъ, ночью рвоты совершенно нѣтъ, спала хорошо,—настроеніе превосходное, пища удерживается совершенно, сильная надежда на выздоровленіе.

Четвертый день: Въ теченіе дня съѣла 2 яйца, выпила 2—3 стакана молока, рвота одинъ разъ утромъ.

Пятый день: Въ полдень сообщено: рвота 3 раза утромъ, настроеніе падаетъ; къ вечеру я пріѣхалъ, сдѣлалъ второе внушеніе—на этотъ разъ въ состояніи легкаго гипноза.

Шестой день: Рвоты совершенно нѣтъ, сонъ и аппетитъ хорошіе, настроеніе также. Ѣстъ молоко, бульонъ, яйца; пьетъ чай и зельтерскую воду. Леченіе: Adon vernal. съ бромидами, вечеромъ ванна 28°R и клизма.

На 11-й день послѣ перваго внушенія взрывъ рвоты, послѣ четвертаго сеанса немедленно прекратившійся. Больная ѣстъ бифштексы, фрукты, пьетъ молоко, кефиръ, попол-

нѣла, проводитъ цѣлые дни въ саду, чувствуетъ себя отлично. Рвоты совершенно нѣтъ.

Сеансовъ внушенія произведено всего 6, включая первый визитъ.

7-й сеансъ былъ произведенъ въ серединѣ іюня, когда у больной снова началась рвота, вслѣдствіе семейной непріятности, взволновавшей больную.

До половины іюля я регулярно посѣщалъ больную 2 рѣдко 1 разъ въ недѣлю. Никакихъ уклоненій отъ нормы въ состояніи ея здоровья не было: больная совершенно окрѣпла, вела хозяйство, много ходила и ѣздѣла. Лекарствъ не принимала, ваннами пользовалась 1—2 раза въ недѣлю.

Въ концѣ сентября видѣлъ ее въ Казани вполнѣ здоровой и направилъ къ прив. доц. В. В. Владимирову для опредѣленія срока беременности. По его опредѣленію беременность во второй половинѣ развивается совершенно правильно. 15 ноября больная благополучно родила ребенка 9 фунтовъ вполнѣ здороваго.

Какъ видно изъ вышеизложеннаго, – случай этотъ представляется интереснымъ въ разныхъ отношеніяхъ.

Съ точки зрѣнія діагноза—здѣсь несомнѣнно очень тяжелый случай патологической рвоты, неизмѣнно возникавшей въ началѣ каждой изъ 4-хъ беременностей; рвота, повторяясь до 50 и болѣе разъ въ сутки, въ короткое время доводила больную до сильнѣйшаго истощенія, угрожавшаго ея жизни.

Діагнозъ „Hyperemesis gravidarum“, слѣдовательно, не подлежитъ сомнѣнію.

Съ точки зрѣнія этіологической здѣсь имѣлось, повидимому, полное основаніе принять за причину рвоты неправильность положенія матки и воспалительный процессъ эндометрія; къ тому-же и по сообщенію терапевта-гинеколога Д-ра И. М. Сахарова, хорошо и очень давно знающаго больную, и по даннымъ моего изслѣдованія—признаковъ истеріи не было раньше и не оказалось во время болѣзни. Здѣсь,

слѣдовательно, и сторонники интоксикаціонныхъ теорій, могли-бы найти доказательство правильности своего воззрѣнія.

Больная доставила мнѣ 22 сигнатуры различныхъ лекарствъ, сообщивъ, что это едва $^1/_5$ часть всѣхъ принятыхъ ею медикаментовъ; нѣкоторые изъ нихъ усиливали рвоту и ухудшали общее состояніе, безъ результатовъ осталась и терапія гинекологовъ — двукратныя прижиганія шейки ляписомъ.

Не было результатовъ и отъ гидротерапіи: ванны не облегчали рвоту, хотя при интоксикаціи естественно было бы ожидать отъ нихъ эффекта.

Было примѣнено и гипнотизированіе безъ результата.

Прекрасный, неожиданно-сильный эффектъ дало первое-же словесное внушеніе, произведенное даже безъ малѣйшей попытки загипнотизировать больную; повидимому, мы имѣли здѣсь дѣло съ рвотой первнаго происхожденія.

Повторное появленіе рвоты послѣ душевныхъ волненій и немедленное исчезновеніе ея каждый разъ послѣ повторенія сеансовъ внушенія — только подтверждаютъ это, исключая въ тоже время всякое предположеніе о „самопроизвольномъ излеченіи“.

Такимъ образомъ изученіе этого сложнаго случая „Hyperemesis“, повторявшейся съ одинаковой силой во всѣ 4 беременности, приведшей къ двумъ абортамъ и, случайно избѣгнутому, третьему, въ концѣ концовъ, передъ назначеннымъ уже снова выкидышемъ, излеченной словеснымъ внушеніемъ,— изученіе его приводитъ къ убѣжденію, что при всѣхъ случаяхъ „Hyperemesis gravidarum“, независимо отъ наличности или отсутствія признаковъ истеріи, слѣдуетъ настойчиво примѣнять въ той или иной формѣ психотерапію, не дожидаясь ослабленія организма больной.

Результатомъ этого, надо полагать, будетъ все меньшее и меньшее примѣненіе „терапіи отчаянія“—искусственнаго

выкидыша, которая по статистикѣ Cohnstein'a даетъ излеченіе лишь въ 40% случаевъ, нерѣдко приводя къ смерти матери.

ЛИТЕРАТУРА.

1) К. Шредеръ. Учебникъ акушерства. Изд. пятое 1895 г.

2) Горвицъ. Неукротимая рвота беременныхъ. 1882 г. Спб.

3) Эйленбургъ. Реальная энциклопедія медицин. наукъ.

4) Kaltenbach. Uber Hyperem. Grav. Zeitschr. für Geburtshülfe und Gynäkol. 1891.—1.

5) Keil. Kasuist Beitrag Zur Lehre von d. Aetiologie d. „Hyper. Gravid". Muncheu. Med. Wochenschr. 1891—41.

6) Львовъ. Клиническія лекціи по вопросу „Hyperem. Grav".

7) Bacon. The Americ. journ. of medic.Scien. Іюнь 98 г. По реферату въ „Врачѣ" № 32 1898 г.

8) Постернакъ. Къ вопросу о Hyper. Gravidarum. Моск. Дисс. 1902 г.

9) Tuszkai. Ueber das Unstill. Erbrechender Schvang. Berl. Klin. 1906—8.

10) Пр. доц. Скробанскій. „Hyper. Grav". и отношеніе этого страданія къ эпилепсіи. Ж. акуш. и ж. б. 1905 IX—X.

11) Iung. Zur „Hyperem. Grav". Monatschr. f. Geburtshülfe und. Gynakologie. Bd. 18—1903 г.

12) D r F. Terrien. Vomissements incoercibles de la Grossesse. Archives de Neurologie 1897 г. № 20.

13 Graefe. Zur Frage der Aetiologie der „Hyperem. Gravid". Monatschr. für Geburtschüefe und Gynäkologie. Bd. 20. H. I.—1904 г.

14) Вяземскій Обозрѣніе психіатріи. 1904 г.—8.

Объ измѣненіи скорости проведенія въ нервѣ при развитіи парабіоза.

Прив.-доц. **Д. Полумордвинова.**

I.

Общая нервная физіологія до сихъ поръ считается съ своеобразнымъ ученіемъ о раздѣльности основныхъ свойствъ нервовъ, по которому можно измѣнить одно изъ свойствъ, не измѣняя другого, какъ напр. уничтожить проводимость, сохранивъ возбудимость.

Въ развитіи этого ученія весьма существенная роль принадлежитъ небольшому и простому опыту *Грюнгагена*, изучавшаго дѣйствіе углекислоты на вырѣзанный нервъ лягушки. Подвергая вліянію углекислоты часть нерва, Грюнгагенъ [1]) нашелъ, что возбудимость въ наркотизируемомъ участкѣ замѣтно падала, между тѣмъ какъ при раздраженіи центральнаго конца сокращенія продолжали получаться при прежнихъ силахъ тока.

Такимъ образомъ, *проводимость нерва нисколько не измѣнялась оттого, что нервъ на извѣстномъ протяженіи дѣлался менѣе возбудимымъ.*

Предположенія о независимости проводимости и возбудимости высказывались и до Грюнгагена (Мункъ, Эрбъ,

[1]) *Grünhagen.* Versuche über intermittirende Nervenreizung. Pflüger's Archiv Bd. 6. p. 180 1872.

Шиффъ), но они не казались достаточно убѣдительными, такъ какъ были построены на слишкомъ шаткихъ основаніяхъ. Опытъ Грюнгагена явился тѣмъ, чего какъ разъ имъ не доставало. Съ этого момента раздѣльность основныхъ свойствъ нерва фигурируетъ уже какъ ученіе, основанное на фактическомъ матеріалѣ, допускающемъ провѣрку опытнымъ путемъ.

Послѣ Грюнгагена вопросомъ о взаимномъ отношеніи возбудимости и проводимости занялись *Шпильманъ* и *Люкзингеръ* [1]). Нелишнее замѣтить, что свой опытъ Грюнгагенъ описалъ въ нѣсколькихъ строкахъ въ видѣ прибавленія въ другой работѣ, причемъ не было дано никакихъ цифровыхъ указаній, по которымъ можно было бы судить о степени выраженности описанныхъ авторомъ измѣненій.

Ш. и Л. поставили изслѣдованіе болѣе широко; помимо углекислоты они изучили дѣйствіе алкоголя, эфира, хлороформа и амміака. Подъ вліяніемъ всѣхъ этихъ веществъ въ нервѣ обнаружились одни и тѣже измѣненія, лишь наступавшія то раньше то позже, смотря по натурѣ вещества, употреблявшагося для наркотизированія.

Авторы подтвердили наблюденіе Грюнгагена; дѣйствительно, подъ вліяніемъ какъ углекислоты, такъ и остальныхъ перечисленныхъ веществъ, въ нервѣ наступало паденіе возбудимости наркотизируемаго участка, при неизмѣненной проводимости его, или, вѣрнѣе, при неизмѣненной возбудимости центральнаго конца нерва; но это измѣненіе, названное ими Грюнгагенскимъ феноменомъ, оказалось лишь частью, именно начальной стадіей, наименѣе рельефной, весьма типическаго и рѣзко выраженнаго измѣненія, наступавшаго при дальнѣйшемъ дѣйствіи всѣхъ изслѣдованныхъ веществъ, не исключая и углекислоты.

---

[1]) *Szpilman und Luchsinger.* Zur Beziehung von Leitungs-und Erregungsvermögen der Nervenfaser. Pflüger's Archiv Bd 24 p. 347. 1881.

Это измѣненіе, или 2-я фаза наркоза выражалась тѣмъ, что возбудимость центральнаго конца нерва послѣ незначительнаго пониженія *внезапно* падала до 0, т. е. при надвинутой спирали саннаго апарата тетанизирующій токъ уже не вызывалъ мышечныхъ сокращеній; между тѣмъ въ наркотизируемомъ участкѣ возбудимость сохранялась сравнительно еще на высокихъ цифрахъ.

Ш. и Л. не видѣли въ этомъ фактѣ доказательства независимости проводимости отъ возбудимости; они объясняли это иначе и объ ихъ взглядѣ на сущность явленій я буду говорить ниже.

Описанное авторами измѣненіе настолько постоянно и настолько рѣзко выражено, что оно было подтверждено всѣми послѣдующими изслѣдователями.

Часть этихъ послѣднихъ однако не удовлетворилась даннымъ авторами объясненіемъ; въ ихъ глазахъ опытъ получилъ значеніе убѣдительнѣйшаго доказательства раздѣльности обоихъ основныхъ свойствъ нервнаго волокна; по ихъ мнѣнію опытъ говоритъ за то, что въ нервѣ возможно состояніе, когда возбужденіе не проводится, не смотря на сохраненную возбудимость.

Грюнгагеновскій феноменъ по своей малой выраженности отошелъ послѣ появленія работы Ш. и Л. на второй планъ и новое ученіе стало опираться главнымъ образомъ на указанное измѣненіе нерва.

Вплоть до послѣдняго времени разбираемое ученіе не пріобрѣло никакихъ новыхъ доказательствъ; были правда попытки подкрѣпить его новыми фактами, но эти попытки, принадлежащія послѣднему времени, оказались неудачными; я позволю себѣ коснуться ихъ сейчасъ же, хоть и въ ущербъ послѣдовательности изложенія, чтобы въ дальнѣйшемъ имѣть дѣло исключительно съ матеріаломъ несомнѣнной фактической достовѣрности.

Герценъ [1]) нашелъ, что *хлоралоза* представляетъ собой такое средство, при помощи котораго можно сдѣлать нервъ совершенно невозбудимымъ, въ то время какъ проведеніе возбужденія съ центральнаго конца остается ненарушеннымъ. Однако *Введенскій* [2]) самымъ неопровержимымъ образомъ показалъ, что такого измѣненія въ дѣйствительности никогда не наступаетъ; хлоралоза дѣйствуетъ также, какъ и другія наркотизирующія вещества, вызывая тѣже самыя стадіи наркоза, но ея дѣйствіе въ высшей степени медленно; приходится ждать часами. Наблюденіе Герцена ошибочно, такъ какъ имъ были допущены крупные дефекты въ постановкѣ опыта.

Нѣсколько позднѣе тоже самое было высказано *Боруттау* [3]).

Сказанное надо повторить и относительно болѣе поздней работы *Гэртля* [4]). Дѣйствуя на нервъ дестиллированной водой и анизотоническими растворами поваренной соли, Г. нашелъ, что возбудимость исчезаетъ совершенно, въ то время какъ проводимость можетъ оставаться неизмѣненной.

Подобно Герцену, Гэртль становится въ ряды защитниковъ ученія о раздѣльности проводимости и возбудимости.

Работа Гэртля была провѣрена въ лабораторіи Введенскаго *Денемаркомъ* [5]). Указанія Г. не подтвердились.

---

[1]) *Herzen.* Jst die negative Schwankung ein unfehlbares Zeichen der physiologischen Nerventätigkeit? Centralbl. f. Physiol. 1899. p. 455.

[2]) *Введенскій.* Die fundamentalen Eigenschaften des Nerven unter Einwirkung einiger Gifte. Pflüger's Arch. Bd. 82 1900.

[3]) *Boruttau.* Die Actionsströme und die Theorie der Nervenleitung. Pflüger's Arch. Bd. 84. p. 325 1900.

[4]) *Härtl.* Ueber den Einfluss von Wasser und anisot. Kochsalzlösungen auf die Grundfunctionen der quergestreiften Muskelsubstanz und der motorischen Nerven. Engelmann's Archiv. p. 65. 1903.

[5]) *Денемаркъ.* Вліяніе дистиллированной воды на функціи нерва. Работы физіологической лабораторіи С.-Петерб. Университета. 1906.

Подобно множеству химическихъ агентовъ, самыхъ разнообразныхъ, вода вызываетъ въ нервѣ развитіе парабіотическаго состоянія, причемъ повторяются тѣже стадіи, что и при дѣйствіи собственно наркотизирующихъ веществъ. Типическимъ образомъ исчезаетъ эффектъ раздраженія центральнаго конца, исчезаетъ проводимость, въ то время какъ раздраженіемъ измѣненнаго водой участка нерва еще можно вызвать сокращеніе мышцы.

Какъ видно, въ обоихъ случаяхъ авторами были описаны состоянія нерва, представляющія собой ничто иное, какъ Грюнгагеновскій феноменъ, доведенный до высшей степени выраженности; но заявленія о существованіи такого состоянія въ нервѣ оказались ошибочными.

Послѣ работы Шпильмана и Люкзингера появился цѣлый рядъ изслѣдованій.

Спустя 2 года, независимо отъ Ш. и Л. *Верниго*, для котораго предыдущая работа осталась неизвѣстной, нашелъ, что пропусканіе черезъ нервъ постояннаго тока вызываетъ типическую картину измѣненій, состоящую изъ двухъ фазъ.

Если пропускать токъ въ нисходящемъ направленіи и опредѣлять возбудимость нерва въ двухъ пунктахъ: *а* въ межполюсномъ участкѣ и *в* во внѣполюсномъ около катода, то послѣ повышенія, характернаго для катэлектротонической области, возбудимость въ пунктѣ *в* возвращается къ нормѣ и затѣмъ дѣлается даже ниже нормальной, въ то время какъ возбудимость въ межполюсномъ участкѣ остается безъ рѣзкихъ перемѣнъ; это часть картины очевидно соотвѣтствуетъ первой фазѣ наркоза Ш. и Л.

При дальнѣйшемъ пропусканіи тока, возбудимость въ пунктѣ *а внезапно* исчезаетъ; возбудимость же катэлектрото-

---

[1]) *Werigo*. Die secundären Erregbarkeitsänderungen an der Cathode eines andauernd polarisirten Froschnerven. Pflüger's Archiv Bd. 31. p. 417 1883.

ническаго участка сохраняется, хотя бываетъ всегда понижен ной; эта фаза измѣненій нерва, характеризующаяся внезапнымъ исчезаніемъ проводимости, очевидно тождественна съ 2-я фазой, наблюдавшейся Ш. и Л. при наркотизированіи нерва. Мы имѣемъ здѣсь, такимъ образомъ, указаніе на то, что измѣненія, наступающія въ нервѣ подъ вліяніемъ наркотизирующихъ веществъ, могутъ быть вызваны и другимъ путемъ, указаніе, оставшееся въ литературѣ разбираеммаго вопроса неотмѣченнымъ.

Какъ я уже указалъ выше, работа Шпильмана и Люкзингера была провѣрена и подтверждена въ своей фактической части послѣдующими авторами; данныя ея были нѣсколько расширены, но добавленій существенныхъ съ принципіальной точки зрѣнія сдѣлано не было; окончательно сформировавшееся ученіе о независимости возбудимости и проводимости, въ пользу котораго высказались Ефронъ, Гадъ и Савіеръ, Піотровскій, имѣло за себя не болѣе того, что стало извѣстнымъ благодаря работѣ Ш. и Л.

Новый періодъ въ развитіи ученія объ основныхъ свойствахъ нерва былъ созданъ изслѣдованіями проф. *Введенскаго* [1]).

Изучая наркозъ въ начальномъ періодѣ, когда нервъ становится менѣе возбудимымъ, между тѣмъ какъ проводимость остается ненарушенной, В. убѣдился, что способъ минимальныхъ раздраженій, который до сихъ поръ исключительно примѣнялся, не обнаруживаетъ явленія съ достаточной полнотой. Если раздражать нервъ въ этомъ періодѣ прерывистымъ токомъ и воспользоваться телефономъ, то картина измѣненій нерва представляется въ другомъ видѣ; въ началѣ наркоза, при кажущейся неизмѣненной проводимости, теле-

---

[1]) *Введенскій.* Die fundamentalen Eigenschaften der Nerven unter Einwirkung einiger Gifte. Pflüg. Arch. Bd. 82. 1900.

— Возбужденіе, торможеніе и наркозъ. Спб. 1901.

— О происхожденіи и природѣ нервнаго наркоза. Спб. 1903.

фонический тонъ однако сильно измѣняется: вмѣсто чистаго музыкальнаго тона, соотвѣтствующаго раздраженію, получается очень слабый тонъ, осложненный шумами или даже просто шумъ. „Электрическія волны возбужденія, выходя изъ нормальной точки нерва обычнымъ образомъ, испытываютъ за время прохожденія черезъ наркотизируемый участокъ извѣстную перетасовку или трансформированіе, почему страдаетъ какъ первоначальная сила, такъ и ритмическая правильность колебаній".

Эту стадію В. обозначилъ, какъ *стадію трансформирующую*: „проведеніе возбужденія за время ея уже въ дѣйствительности сильно измѣнено, хотя приложеніе минимальныхъ раздраженій по нормальнымъ точкамъ нерва намъ этого и не обнаруживаетъ" (Возбужденіе и пр. стр. 3).

При дальнѣйшемъ развитіи наркоза появляется слѣдующая своеобразная стадія: слабыя раздраженія нормальныхъ точекъ нерва проходятъ черезъ наркотизируемый участокъ и вызываютъ тетаническія сокращенія мышцъ, между тѣмъ какъ возбужденія сильныя или не вызываютъ ихъ совсѣмъ или даютъ только слабое начальное сокращеніе. Это—т. н. *парадоксальная стадія*.

Наконецъ, наступаетъ 3-я стадія, когда никакія раздраженія нормальныхъ пунктовъ уже не проводятся наркотизируемымъ участкомъ, въ то время какъ раздраженія извѣстной силы, приложенныя непосредственно къ измѣненному участку, еще даютъ мышечныя сокращенія. Этой стадіи В. далъ названіе *стадіи торможенія*. При продолжающемся дѣйствіи наркотизирующихъ веществъ, возбудимость наркотизируемаго участка постепенно гаснетъ и наконецъ нервъ кажется утратившимъ свои основныя свойства, потерявшимъ и проводимость и возбудимость.

Описанный циклъ измѣненій совершается не только подъ вліяніемъ собственно наркотизирующихъ веществъ, но

и при дѣйствіи самыхъ разнообразныхъ химическихъ агентовъ (цѣлый рядъ минеральныхъ солей, нѣкоторыя щелочи, органическія кислоты, вода), при термическихъ воздѣйствіяхъ на нервъ, при дѣйствіи постояннаго тока, при перераздраженіи сильнымъ прерывистымъ индукціоннымъ токомъ, при сдавленіи нерва. Такимъ образомъ, состояніе нерва, извѣстное подъ именемъ наркоза, должно быть признано общей реакціей нерва на самыя разнообразныя воздѣйствія. Это состояніе В. назвалъ *парабіозъ*; по отношенію къ нему наркозъ является лишь частнымъ случаемъ. Въ случаѣ устранимаго парабіоза, при возстановленіи нормальныхъ свойствъ нерва, описанныя стадіи развиваются въ обратномъ порядкѣ; неустранимый парабіозъ переходитъ въ смерть нерва. Къ явленію парабіоза должны быть отнесены состоянія, называемыя нѣкоторыми физіологами утомленіемъ нерва, парабіозъ долженъ играть существенную роль при объясненіи электротоническихъ измѣненій нерва.

Я не могу, не отвлекаясь отъ своей прямой задачи, входить въ болѣе подробное разсмотрѣніе блестящихъ изслѣдованій Введенскаго и считаю достаточнымъ для моихъ цѣлей ограничиться приведеннымъ.

Боруттау въ работѣ, цитированной выше, касаясь трансформирующей стадіи, въ основу явленія кладетъ измѣненіе „критическаго интервала“ или рефракторнаго періода нерва. Какъ было извѣстно до него, продолжительность рефракторнаго періода находится въ тѣсной зависимости отъ температуры; наркотизированіе нерва, по показаніямъ Б., дѣйствуетъ въ этомъ отношеніи подобно низкой температурѣ—*удлиняя рефракторный періодъ нерва.* Въ связи съ этимъ измѣненіемъ находится другое—*удлиненіе волны тока дѣйствія*, насчетъ удлиненія ея нисходящей части. Подобное измѣненіе, знакомое Б. по прежнимъ наблюденіямъ, гдѣ примѣнялась главнымъ образомъ углекислота, наступаетъ при дѣйствіи всѣхъ наркотизирующихъ веществъ, въ чемъ

онъ могъ убѣдиться при совмѣстныхъ изслѣдованіяхъ съ Фрёлихомъ [1]). Наконецъ, въ соотвѣтствіи съ показаніями телефона, капиллярный электрометръ также обнаружилъ что, возбужденіе при прохожденіи черезъ наркотизируемый участокъ претерпѣваетъ ослабленіе.

Такимъ образомъ, еще въ началѣ развитія парабіоза въ нервѣ появляется рядъ измѣненій, затрогивающихъ и возбудимость и проводимость, которыя однако совершенно ускользаютъ отъ наблюдателя, разъ онъ ограничивается въ своихъ изслѣдованіяхъ способомъ минимальныхъ раздраженій.

Обращаясь къ создавшемуся теперь положенію ученія о раздѣльности основныхъ свойствъ нерва, мы видимъ, что если и раньше Грюнгагеновскій феноменъ по своей сравнительно слабой выраженности не имѣлъ значенія основного факта въ упоминаемомъ ученіи, то тѣмъ менѣе могъ онъ претендовать на эту роль послѣ изслѣдованій Введенскаго, благодаря которымъ состояніе „неизмѣненной проводимости при нарушенной возбудимости", какъ раньше характеризовался Г. феноменъ, превратилось теперь въ состояніе измѣненной проводимости при нарушенной возбудимости.

Такимъ образомъ, единственный опорой и, надо замѣтить, надежной, разбираемое ученіе могло бы выставить лишь описанное Ш. и Л. измѣненіе нерва во 2-ю фазу наркоза, если бы удалось доказать, что данное ему толкованіе— потеря нервомъ проводимости при сохраненной возбудимости,— правильно. Но такого доказательства нѣтъ, да и не можетъ быть.

Не подлежитъ конечно сомнѣнію, что отсутствіе мышечныхъ сокращеній при раздраженіи центральнаго конца нерва

---

[1]) *Boruttau und Fröhlich.* Erregbarkeit und Leitfähigkeit der Nerven. eitsch. für allgemeine Physiologie. Bd. 4. 1904.

во время наркоза зависитъ отъ того, что возбужденіе не проводится измѣненнымъ участкомъ нерва; не подлежитъ также сомнѣнію, что появленіе мышечныхъ сокращеній при непосредственномъ раздраженіи наркотизируемаго участка можетъ имѣть мѣсто лишь при сохраненіи имъ возбудимости; но характеризовать разбираемое состояніе лишь этими двумя признаками и говорить объ исчезнувшей проводимости при сохраненной возбудимости, значитъ давать ему невѣрное освѣщеніе.

Вѣдь тотъ фактъ, что при непосредственномъ раздраженіи наркотизируемаго участка получаются мышечныя сокращенія, доказываетъ нетолько сохраненіе возбудимости, но и сохраненіе проводимости; должно же возбужденіе пройти часть измѣненнаго участка, чтобы достигнуть периферическаго, нормальнаго конца нерва. Да и какъ можетъ быть обнаружена возбудимость въ нервѣ, разъ онъ не способенъ къ проведенію?

Сопоставленіе обоихъ фактовъ,—отсутствія мышечныхъ сокращеній при раздраженіи центральнаго конца и появленія ихъ при раздраженіи наркотизируемаго участка,—должно привести къ выводу, что въ этомъ состояніи нервъ можетъ являться въ одно и тоже время способнымъ проводить возбужденія, идущія изъ одного пункта, и неспособнымъ къ проведенію, если раздражается другой пунктъ; такъ что можно по произволу обнаруживать и проводимость и непроводимость нерва, лишь мѣняя мѣсто раздраженія. Если наркотизируемый участокъ, или часть его, отдѣляющая раздражаемый пунктъ отъ нормальнаго, периферическаго конца, имѣетъ сравнительно небольшую длину, то возбужденіе проходитъ черезъ него, если длина значительна, нервъ кажется лишеннымъ проводимости. Между тѣмъ и въ томъ и другомъ случаѣ въ нервѣ совершается одно и тоже явленіе: возбужденіе, начавшись въ извѣстномъ пунктѣ, распространяется по нерву, но лишь на опредѣленномъ, ограниченномъ протяженіи.

Въ этомъ отношеніи нервъ, измѣненный подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ наркотизирующихъ веществъ, представляетъ

рѣзкое отличіе отъ нерва нормальнаго, хотя еще трудно въ настоящее время сказать, касается ли это отличіе качественной, или только количественной стороны явленія.

Такимъ образомъ, проводимость нерва, находящагося въ состояніи наркоза, связана тѣснѣйшимъ образомъ съ длиной наркотизируемаго участка. Этимъ объясняется фактъ, хорошо извѣстный всякому, кому приходилось работать съ наркозомъ нерва. Въ моментъ исчезанія проводимости, возбудимость нерва въ наркотизированной части сохраняется, хотя и бываетъ всегда пониженной. Если задаться вопросомъ, насколько она измѣнена въ это время, то результатъ будетъ зависѣть всецѣло отъ положенія электродовъ; наибольшая возбудимость окажется, если для ея опредѣленія будутъ браться пункты ближайшіе къ периферическому нормальному концу нерва; чѣмъ далѣе отодвигаются электроды къ центральному концу, тѣмъ она кажется меньшей, пока, наконецъ, при извѣстной длинѣ наркотизируемаго участка она не окажется равной 0 въ частяхъ сосѣднихъ съ центральнымъ нормальнымъ концомъ. Особенно отчетливо это обнаруживается при наркозѣ, вызванномъ парами алкоголя, эфира и хлороформа.

Этимъ же измѣненіемъ проводимости объясняется и указанная *Верито* [1]) связь между скоростью наступленія наркоза и длиной наркотизируемаго участка; чѣмъ длиннѣе этотъ послѣдній, тѣмъ скорѣе наступаетъ наркозъ. При длинѣ въ 30 mm наркозъ развивается въ среднемъ черезъ 12.6 минутъ, при 3 mm—33.8, при 2 mm 104.5.

При короткихъ участкахъ потеря способности проведенія возможна лишь при болѣе глубокихъ измѣненіяхъ свойствъ нерва; въ связи съ этимъ и наблюдается, какъ правило, что возбудимость короткихъ наркотизируемыхъ участковъ къ мо-

---

[1]) *Werigo.* Zur Frage über die Beziehung zwischen Erregbarkeit und Leitungsfähigkeit des Nerven. (Nach Versuchen von Stud. Kajmist). Pflüg. Arch. Bd. 76 p. 552 1899.

менту наступленія наркоза бываетъ всегда болѣе пониженной, чѣмъ при наркотизированіи длинныхъ участковъ.

Какъ бы ни объяснилась въ концѣ концовъ сущность наркоза и въ частности разбираемой его фазы, когда нервъ дѣлается способнымъ проводить возбужденіе лишь на извѣстномъ протяженіи, — фактъ останется фактомъ; и самымъ естественнымъ является допущеніе, что при наркозѣ возбужденіе распространяется по нерву при явленіи *угасанія* (декремента).

На угасаніе возбужденія, какъ на явленіе, лежащее въ основѣ 2-й фазы наркоза, указали еще авторы, описавшіе эту фазу, Шпильманъ и Люкзингеръ.

Насколько общеизвѣстной сдѣлалась фактическая часть ихъ работы, настолько незамѣченной осталась ихъ попытка объяснить описанное ими явленіе, поразительное по своей рѣзкости и постоянству.

Распространеніе возбужденія въ наркотизированномъ нервѣ при явленіяхъ угасанія, какъ ни вѣроятно само по себѣ, однако до сихъ поръ остается еще предположеніемъ. Едва ли можетъ подлежать сомнѣнію, что при современномъ развитіи методики изслѣдованія электрическихъ явленій въ нервѣ, особенно съ введеніемъ Эйнговенскаго гальванометра, выясненіе этого вопроса—дѣло недалекаго будущаго.

Единственное существующее въ литературѣ указаніе Боруттау и Фрёлиха (цитир. выше), гдѣ вопросъ о „декрементѣ“ трактуется какъ доказанный, не обладаетъ достаточной убѣдительностью. Разсмотрѣніе ихъ работы могло бы быть произведено лишь въ связи съ изложеніемъ современнаго положенія вопроса о характерѣ распространенія возбужденія по нормальному нерву; но этотъ вопросъ такой принципіальной важности и такой запутанности, что касаться его мимоходомъ едвали будетъ цѣлесообразнымъ.

II.

При изученіи измѣненій нерва во время наркоза остался весьма мало затронутымъ вопросъ, о *скорости проведенія*; между тѣмъ несомнѣнно, что то или другое измѣненіе скорости можетъ служить весьма существенной характеристической чертой всего процесса. Литература этого вопроса скудна; существуетъ лишь одна работа, принадлежащая Фрёлиху [1]), гдѣ опредѣлялась скорость проведенія въ начальную стадію наркоза.

Какъ измѣняется проводимость съ количественной стороны *при полномъ развитіи наркоза*, когда качественно она характеризуется весьма типическими особенностями—вопросъ открытый.

Фрёлихъ изучалъ міографическимъ путемъ измѣненія скорости проведенія въ начальную фазу наркоза (соотвѣтствующую трансформирующей + парадоксальной стадіи Введенскаго).

Раздражая нервъ въ одномъ и томъ же пунктѣ до и во время наркоза, Ф. на основаніи удлиненія скрытаго періода нашелъ, что скорость проведенія замѣтно падаетъ, причемъ чѣмъ короче былъ наркотизируемый участокъ, тѣмъ замедленіе было менѣе выражено; при возстановленіи нормальныхъ свойствъ нерва послѣ наркоза скорость проведенія также возвращалась къ нормѣ.

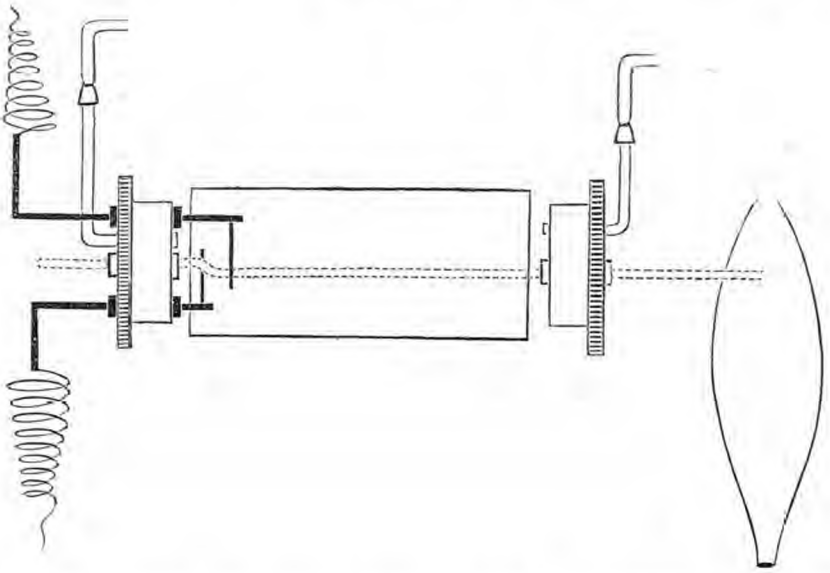
Этими указаніями исчерпывается все, что имѣется въ литературѣ по данному вопросу.

---

[1]) *Frohlich.* Die Verringerung der Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Nervenerregung durch Narkose und Erstickung des Nerven. Zeit. f. allgem. Physiologie. Bd. 3 p. 455. 1904.

Боруттау въ цитированной выше работѣ «Токи дѣйствія и теорія нервнаго проведенія» въ 1900 г. касался между прочимъ и скорости проведенія при наркозѣ до Фрелиха. Но такъ какъ въ позднѣйшей работѣ, произведенной обоими авторами совмѣстно (1904), нѣтъ ссылокъ на полученные Б. результаты, а заявляется, что измѣненіе скорости проведенія было доказано Ф., хотя относящаяся сюда работа Ф. появилась 4 года спустя послѣ указанной работы Б., то я не считаю возможнымъ вносить какія либо поправки въ эту краткую, самими авторами установленную исторію вопроса.

Въ нижеслѣдующемъ я приведу результаты, полученные мною при изученіи скорости проведенія въ теченіе періода, соотвѣтствующаго тремъ стадіямъ развитія парабіотическаго состоянія. Въ дальнѣйшемъ изложеніи я буду пользоваться терминомъ „парабіозъ“ для обозначенія состоянія нерва, типическаго для 2-й фазы наркоза Шпильмана и Люкзингера или стадіи торможенія Введенскаго (какъ это и дѣлалось въ работѣ Денемарка, вышедшей изъ лабораторіи Введенскаго), а подъ именемъ „начальной стадіи парабіоза“ буду имѣть въ виду періодъ до наступленія соб. парабіоза, слѣдовательно тран-



сформирующую и парадоксальную стадію, разъединенія которыхъ я при своихъ изслѣдованіяхъ не добивался.

Нервъ (сѣдалищный нервъ ranae esculentae) помѣщался въ стеклянную камеру, черезъ которую пропускался посредствомъ аспиратора воздухъ, смѣшанный съ парами алкоголя; для раздраженія служили платиновые электроды, заключенные внутри камеры. Я привожу чертежъ камеры, которой я

пользовался, такъ какъ она при простотѣ устройства, имѣетъ нѣкоторыя выгодныя стороны: 1) она легко разбирается и собирается, такъ что ее нетрудно содержать въ чистотѣ, что конечно особенно важно для электродовъ; 2) какъ положеніе электродовъ, такъ и разстояніе между ними можетъ быть мѣняемо безъ нарушенія герметичности камеры.

Камера состоитъ изъ стеклянной трубки, закрывающейся съ обоихъ концовъ точно пригнанными пробками изъ рогового каучука; смазанныя предъ вставленіемъ вазелиномъ онѣ герметически закупориваютъ камеру и не требуютъ добавочной обмазки; въ обѣихъ пробкахъ по срединѣ сдѣлано по отверстію, въ которыя вставлены коротенькія стеклянныя трубочки съ оплавленными краями; черезъ нихъ проводится нервъ; отверстія замазываются повозможности жидкой кашицей изъ каолина (на Рингеровскомъ растворѣ). Тонкія мѣдныя трубочки, по одной въ каждой пробкѣ, назначены для пропусканія воздуха въ смѣси съ тѣмъ или другимъ веществомъ, вызывающимъ въ нервѣ развитіе парабіотическаго состоянія.

Для помѣщенія электродовъ въ пробкѣ имѣются двѣ небольшихъ мѣдныхъ вставки съ отверстіемъ въ каждой, черезъ которое проходитъ прочная стальная проволока; къ концамъ этихъ проволокъ припаяны въ поперечномъ направленіи платиновыя проволоки, которыя и подводятся подъ нервъ. Стальныя проволоки ходятъ довольно туго въ мѣдныхъ вставкахъ, благодаря чему сохраняютъ разъ приданное положеніе; вмѣстѣ съ тѣмъ безъ особаго труда они могутъ быть перемѣщаемы вдоль камеры; при помощи загнутаго подъ угломъ наружнаго конца, какъ при помощи рукоятки, проволоки могутъ быть вращаемы, причемъ платиновые электроды или отводятся или приближаются къ нерву. По установкѣ электродовъ мѣста выхода стальныхъ проволокъ изъ мѣдныхъ вставокъ обмазываются каолиномъ.

Предъ заключеніемъ въ камеру нерва въ нее вводилось немного воды во избѣжаніе высушиванія нерва.

Нервно-мышечный препаратъ вмѣстѣ съ камерой помѣщался въ влажной камерѣ; нервъ раздражался размыкательными ударами нисходящаго направленія. Сила тока въ цѣпи первичной спирали (1 аккум. въ 1.9 V) 0.5—0.57 А. Камертонъ въ 100 колебаній и Брегетовскій хронографъ въ вѣтви городского тока, отведенной шёнтовымъ реостатомъ.

Пишущія острія рычага и хронографа (металическое и въ томъ и въ другомъ случаѣ) при помощи нѣкоторыхъ приспособленій могли быть приводимы и отводимы отъ стеклянной пластины маятника.

Колебанія температуры во время опытовъ были ничтожны.

Для большей точности въ опредѣленіи длины скрытаго періода я измѣнялъ форму мышечной кривой, дѣлая болѣе крутой восходящую часть; это достигалось при помощи наклоннаго положенія записывающаго рычага (Энгельмановскій пріемъ) [1]). Пріемъ этотъ дѣйствительно оказываетъ хорошія услуги.

Запись на закопченыхъ пластинахъ маятниковаго міографа получалась вначалѣ весьма несовершенной,—въ формѣ грубый линій съ зазубренными краями, не смотря на различную степень закапчиванія и на пользованіе различными видами коптящаго пламени (горѣлки керосиновыя, скипидарныя и газовыя). Но вскорѣ мнѣ удалось справиться съ этимъ неудобствомъ; пробуя лаки различной концентраціи, я нашелъ, что достаточно осторожно смочить закопченую пластину 95° алкоголемъ, чтобы по высыханіи получить безукоризненную запись.

Измѣненіе скорости опредѣлялось посредствомъ наложенія на нормальную кривую кривой, полученной въ ту или

[1]) *Engelmann*. Graphische Untersuchungen über die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Nervenerregung. Engelmann's Archiv. 1901. p. 1.

другую фазу парабіотическаго состоянія,—при раздраженіи нерва въ одномъ и томъ же пунктѣ.

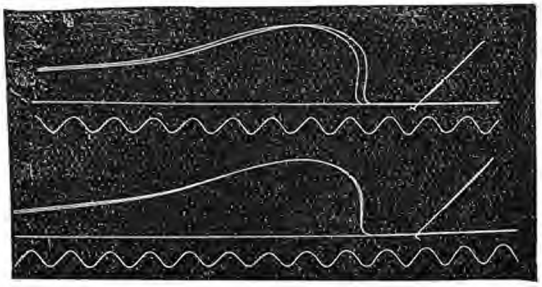
По полученіи записей, пластина фиксировалась и съ нее, какъ съ негатива, получались отпечатки на фотографической бумагѣ.

Изложеніе полученныхъ мною результатовъ я начну съ той фазы измѣненія нерва, которую я условился называть „парабіозъ".

Въ этой серіи опытовъ для меня являлись пригодными лишь такіе случаи парабіоза, когда по исчезаніи всякаго эффекта отъ раздраженія центральнаго конца нерва, раздраженіе внутри камеры вызывало мышечныя сокращенія *равновысокія* по отношенію къ нормальнымъ сокращеніямъ, записаннымъ до развитія парабіотическаго состоянія. Положеніе раздражающихъ электродовъ, какъ ясно отсюда, не могло быть установлено во время уже развившагося парабіоза, что конечно значительно помогло бы достиженію равновысокости; это должно быть сдѣлано заранѣе предъ тѣмъ, какъ записать серію нормальныхъ кривыхъ. Конечно для демонстративности явленія было предпочтительнѣе пользоваться повозможности длиннымъ участкомъ; нерѣдко поэтому бывали случаи, когда поясъ такъ сказать нулевого эффекта захватывалъ и тотъ пунктъ, на которомъ были установлены электроды и съ котораго уже были получены нормальныя кривыя. Длина участка поэтому бралась maximum 15 m/m. Парабіозъ вызывался медленнымъ пропусканіемъ воздуха, прошедшаго черезъ алкоголь разведенный 1: 5.; для возстановленія пропускался влажный воздухъ.

Опыты этой серіи дали вполнѣ опредѣленный результатъ: *скорость проведенія во время парабіоза понижается въ очень рѣзкой степени; по исчезаніи парабіотическаго измѣненія она возвращается къ нормѣ.* То и другое положеніе иллюстрируется кривыми I.

Кривая *a* получена такимъ образомъ. Записана серія нормальныхъ кривыхъ при слабомъ раздраженіи (350 m/m р. с. при возбудимости 360 m/m р. с.); пропусканіе воздуха съ парами алкоголя вызвало черезъ 20 м. развитіе парабіоза. При раздраженіи внутри камеры получались мышечныя сокращенія при 70 m/m р. с. При разстояніи спиралей въ 60 m/m скоро удалось наложить на одну изъ нормальныхъ записей равновысокую кривую. Послѣ этого начато пропусканіе влажнаго воздуха. Черезъ 1 ч. получена вторая пара *b* равновысокихъ кривыхъ, обнаружившихъ полное возста-



I.

новленіе первоначальной скорости при возбудимости въ 350 m/m р. с. Длина парабіотическаго участка 15 m/m. Разница въ длинѣ скрытыхъ періодовъ въ кривой $a=0{,}721$ m/m, что соотвѣтствуетъ 0,0015″. Если принять нормальную скорость проведенія въ 30 м. въ 1″, то потребный для 15 m/m-го нормальнаго участка промежутокъ времени въ 0,0005″ удлиняется на 0,0015″, т. е. становится равнымъ 0,0020; такимъ образомъ *скорость пала съ 30 м. на 7.5 м.* т. е. *уменьшилась въ четыре раза.*

Долженъ замѣтить, что полученіе полной, подобной только что приведенной, картины измѣненія скорости, т. е. измѣненія во время парабіоза и возврата къ нормѣ по исчезаніи

его, *при соблюденіи условія равновысокости кривыхъ* является задачей весьма нелегкой.

Между тѣмъ это явленіе выражено настолько рѣзко, что можетъ быть отлично демонстрировано не только на кривыхъ равновысокихъ, но и на неравновысокихъ, при условіяхъ въ сущности менѣе благопріятныхъ, но гораздо болѣе легко выполнимыхъ.

Дѣло въ томъ, что кривыя, записанныя во время парабіоза и даже намного превосходящія по своей высотѣ нормальныя, имѣютъ тѣмъ не менѣе значительно удлиненный скрытый періодъ; при наложеніи ихъ получается картина, которая, по крайней мѣрѣ, на мой взглядъ, кажется еще болѣе оттѣняющей замедленіе проведенія, чѣмъ въ случаѣ равновысокости. Въ тѣхъ случаяхъ, когда не имѣется въ виду опредѣленіи абсолютной величины скорости, демонстрація замедленія при помощи указаннаго пріема упрощается въ значительной мѣрѣ. Само собою разумѣется, что кривыя которыя сравнительно съ нормальными имѣютъ меньшую высоту, для данной цѣли являются совершенно непригодными.

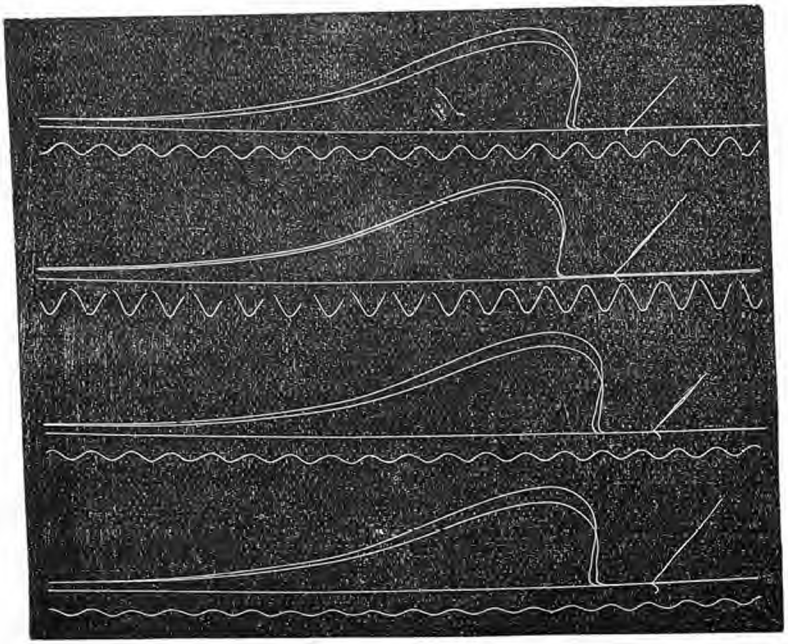
При опредѣленіи скорости проведенія *въ начальную стадію парабіоза* я пользовался только что указанными соображеніями и могъ поэтому уже сравнительно легко убѣдиться, что *и здѣсь скорость проведенія падаетъ*.

Я нашелъ болѣе удобнымъ пользоваться начальной фазой не во время развитія парабіоза, а во время его исчезанія, когда, по показаніямъ Введенскаго, всѣ отмѣченныя имъ фазы чередуются въ обратномъ порядкѣ.

Кривыя II получены слѣдующимъ образомъ. Записана серія нормальныхъ кривыхъ при 390 m/m р. с. (возбудимость 415 m/m р. с.)

Обычнымъ образомъ вызывался парабіозъ, причемъ благодаря значительной длинѣ участка,—30 m/m,—раздраженіе

внутри камеры не давало эффекта; какъ только наступила эта фаза, пропусканіе паровъ алкоголя замѣнено пропусканіемъ влажнаго воздуха; катушки заранѣе установлены на разстояніи 60 m/m; когда началось возстановленіе и получавшіяся при указанномъ разстояніи спиралей сокращенія пріобрѣли высоту приблизительно одинаковую съ высотой нор-



II.

мальныхъ кривыхъ, была получена запись *а*, послѣ этого снова вызванъ парабіозъ и описаннымъ путемъ получена запись *б*; затѣмъ, когда возбудимость нерва дошла до цифръ близкихъ къ нормѣ (395 m/m р с.) получена запись *в*; наконецъ, въ третій разъ вызванъ парабіозъ и при исчезаніи его получена запись *г*.

Во всѣхъ случаяхъ повторнаго парабіоза въ начальной стадіи его скорость проведенія замедлена; при возстановленіи она снова приходитъ къ нормѣ.

Разница въ длинѣ скрытыхъ періодовъ.

а 1.171 m/m—0.0024″
б 0.767 — —0.0016″
г 1.261 — —0.0026″.

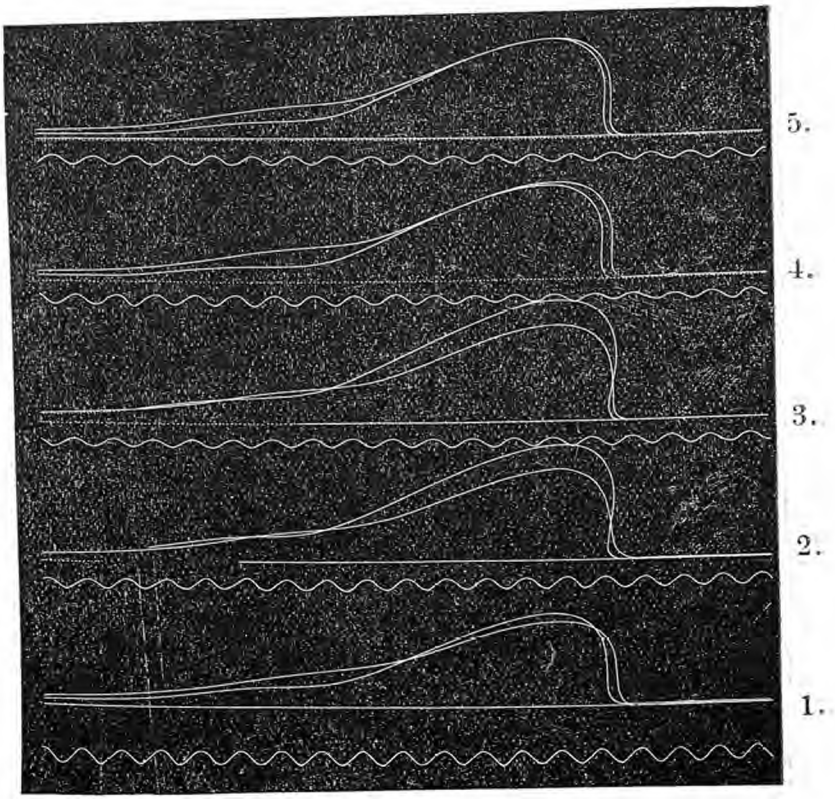
Въ переводѣ на метры по вышеприведенному расчету, скорость пала до 9, 11.5 и 8.3 метровъ.

При обсужденіи полученныхъ цифръ необходимо имѣть въ виду, что скрытые періоды кривыхъ, записанныхъ во время этой фазы, должны имѣть въ дѣйствительности еще нѣсколько большую длину. Неизбѣжное употребленіе индукціонныхъ токовъ значительной силы, благодаря петлямъ тока отодвигаетъ пунктъ раздраженія къ периферическому концу нерва; если прибавить къ этому большую высоту кривыхъ, связанную всегда съ укороченіемъ скрытаго періода, то въ приведенныхъ величинахъ скорости мы должны видѣть лишь высшій предѣлъ существовавшихъ въ дѣйствительности скоростей, т. е. скорости проведенія въ указанныхъ случаяхъ были не выше 9, не выше 11.5 и не выше 8.3 метровъ въ 1 секунду.

III представляетъ рядъ кривыхъ, полученныхъ въ теченіе одного періода возстановленія, т. е. въ начальную фазу парабіоза, постепенно переходящую въ нормальное состояніе. Длина проводящаго участка 35 m/m.

Запись 1 получена при 60 m/m р. с., 2—черезъ 4 минуты, 3—черезъ 6 минутъ послѣ первой; такъ какъ высота кривой за это время сильно возрасла, то подыскана сила, (125 m/m р. с.) при которой размахъ казался равнымъ нормальному и получена запись 4 черезъ 9 минутъ. Во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ отчетливо выражено замедленіе.

Когда возбудимость нерва достигла величины 276 m/m р. с. (противъ 400 m/m р. с. нормы), получена запись 5 черезъ 20 минутъ послѣ первой; и здѣсь замедленіе еще ясно выражено, хотя и не достигаетъ первоначальной рѣзкости.



III.

При развитіи парабіоза проведеніе въ нервъ замедляется уже съ первыхъ стадій; замедленіе достигаетъ весьма значительной степени; скорость проведенія иногда падаетъ до $^1/_4$ своей первоначальной величины.

Указатель литературы.

Grünhagen. Versuche über intermittir. Nervenreizung. Pflüg. Arch. Bd. 6. 1872.

Szpilmann u. Luchsinger. Zur Beziehung von Leitungs— und Erregungsvermögen. Pflüg. Arch. Bd. 24 1881.

Верцо. Die secundären Erregbarkeitsänderungen an der Cathode etc. Pflüg. Arch. Bd. 31 1883.

Ефронъ. Beiträge zur allgemeinen Nervenphysiologie. Pflüg. Arch. Bd. 36 1885.

Gad (Nach Versuchen des Herrn Sawyer). Ueber Trennung von Reizbarkeit und Leitungsfähigkeit des Nerven. Du Bois' Archiv 1888.

Gad (Nach Versuchen des Herrn Piotrowski) Ueber Leitungsfähigkeit und Reizbarkeit des Nerven. etc. Ibid. 1889.

Piotrowski. Ueber Trennung von Reizbarkeit und Leitungsfähigkeit des Nerven. Du Bois. Archiv. 1893.

Тиберіъ. О различіи между раздражительностью и проводимостью нерва. Труды С.Петерб. Общества естествоисп. Отд. Зоологіи и физіол. 1895.

Верцо. Zur Frage über die Beziehung zwischen Erregbarkeit und Leitungsfähigkeit des Nerven. (Nach Versuchen von Stud. Rajmist). Pflüg. Arch. Bd. 76 1899.

Введенскій Die fundamentalen Eigenschaften des Nerven unter Einwirkung einiger Gifte. Pflüg. Arch. Bd. 82. 1900.

Boruttau. Die Actionsströme und die Theorie der Nervenleitung. Pflüg. Arch. Bd. 84. 1900.

Введенскій. Возбужденіе, торможеніе и наркозъ. Спб. 1901.

Dendrinos. Uebes das Leitungsvermögen des motorischen Froschnerven in der Aethernarkose. Pflüg. Arch. Bd. 88. 1902.

Введенскій. О происхожденіи и природѣ нервнаго наркоза. Спб. 1903.

Noll. Ueber Erregbarkeit und Leitungsvermögen des motorischen Nerven etc. Zeitschrift für allgemeine Physiologie. Bd. 3. 1904.

Fröhlich. Erregbarkeit und Leitfähigkeit des Nerven. Ibid.

— Die Verringerung der Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Nervenerregung durch Narkose. etc. Ibid.

Boruttau und Fröhlich. Erregbarkeit und Leitfähigkeit der Nerven. Ibid. Bd. 4. 1904.

О методѣ Гюртле.

Врача **Б. Фанштейна.**

Въ 1889 году въ 44-мъ томѣ Пфлюгеровскаго Архива (Archiv für die gesammte Physiol.) появилась статья К. Гюртле: „Изслѣдованія объ иннервации мозговыхъ сосудовъ". Въ этой статьѣ, кромѣ фактическаго матеріала относительно состоянія мозговыхъ сосудовъ при различныхъ экспериментальныхъ условіяхъ, авторъ излагаетъ и обосновываетъ новый методъ изслѣдованія мозгового кровообращенія. Этотъ методъ состоитъ въ измѣреніи кровяного давленія въ центральномъ и периферическомъ концахъ сонной артеріи и получилъ названіе по имени автора—методъ Гюртле.

Такъ какъ всѣ употреблявшіеся до того способы изслѣдованія кровообращенія въ мозгу,—вѣрнѣе, въ черепной полости,—не свободны отъ недостатковъ, [1]) то понятенъ восторженный пріемъ, которымъ этотъ методъ былъ встрѣченъ въ лабораторіяхъ; этому не мало способствовало и имя автора,—извѣстнаго авторитета въ вопросахъ гемодинамики. Въ особенности посчастливилось этому методу въ Россіи, гдѣ въ теченіе полѣднихъ 10 лѣтъ появился цѣлый рядъ работъ, [2]) произ-

---

[1]) Подробности объ историческомъ развитіи методовъ и критическій разборъ ихъ см. Боришпольскій: «объ измѣненіи мозгового кровообращенія во время падучныхъ приступовъ». Дисс. Спб. 1896.

[2]) Боришпильскій. Тодорскій. Телятникъ. Левинъ. Лазурскій. Соболевскій.

веденныхъ, если не исключительно, то главнымъ образомъ по методу Гюртле [1]) и посвященныхъ изслѣдованію мозгового кровообращенія при самыхъ разнообразныхъ условіяхъ. Какъ видно изъ изслѣдованія Biedl'я Reiner'a методъ Гюртле [2]) находитъ и за границей полное примѣненіе,—и во всѣхъ этихъ изслѣдованіяхъ самъ методъ не былъ подвергнутъ сколько нибудь удовлетворительному критическому разбору. А между тѣмъ, способъ этотъ представляетъ уязвимые для критики пункты, какъ въ своемъ теоретическомъ обоснованіи, такъ и въ тѣхъ физическихъ опытахъ, которыми онъ подкрѣпленъ. Что же касается его физіологическаго примѣненія, то методъ этотъ въ рукахъ самого автора привелъ къ результатамъ, которые никоимъ образомъ не могутъ считаться удовлетворительными и менѣе всего въ состояніи служить подтвержденіемъ вѣрности самого метода.

I.

Идею метода Гюртле заимствуетъ изъ опытовъ Суоп я Aladoff'a а также Dastre и Morat'a. Въ первыхъ опытахъ на основаніи повышенія давленія въ art. hepatica на 50 м. м.— при раздраженіи annulus Vieussenii,—въ то время какъ давленіе въ carotii повышалось лишь на 5—10 м. м., изслѣдователи заключаютъ о съуженіи развѣтвленій art. hepat. подъ вліяніемъ раздраженія нерва. Вторые пришли къ подобному же заключенію на основаніи того факта, что при раздраженіи периферическаго конца n. ischiadici манометръ, помѣщенный въ периферическомъ концѣ art. cruralis этой же стороны по-

[1]) Въ изслѣдованіи напр Лазурскаго: «о вліяніи мышечн. движенія на мозг. кровообращеніе», изъ 40 опытовъ въ 29-ти былъ примѣненъ этотъ методъ.

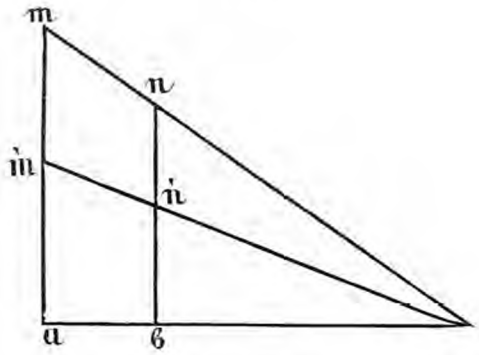
[2]) Studien uber Hirncirculation d. Hirnödem (Arch. f. ges. Physiologie. Bd. 73. 1900. p. 168).

казывалъ повышеніе давленія, тогда какъ въ центральномъ концѣ art. crural. другой стороны давленіе не измѣнялось.

Но примѣненный въ этихъ опытахъ пріемъ, заключаетъ Гюртле, позволяетъ судить по показаніямъ периферическаго манометра о тонусѣ прериферическихъ сосудовъ только тогда, когда давленіе въ центральномъ манометрѣ остается неизмѣненнымъ, или же когда давленія въ обоихъ пунктахъ измѣняются въ противоположныхъ другъ другу направленіяхъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда кровяное давленіе въ двухъ мѣстахъ измѣняются въ одну и ту же сторону, тогда нельзя дѣлать никакого вывода о состояніи периферическихъ сосудовъ, такъ какъ намъ не извѣстенъ законъ, по которому идетъ наростаніе давленія въ какой либо артеріальной вѣтви въ зависимости отъ одного лишь увеличенія аортальнаго давленія, при неизмѣненномъ тонусѣ конечныхъ развѣтленій этого сосуда. Если бы, говоритъ Гюртле, удалось обнаружить законъ того отношенія, которое устанавливается между боковыми давленіями въ двухъ пунктахъ артеріальнаго пути при одномъ лишь измѣненіи напирающей силы, тогда исходя изъ этого отношенія, можно было бы въ каждомъ данномъ случаѣ, заключить о состояніи имѣющихся сопротивленій, которыя сводятся къ состоянію сосудистаго тонуса (p. 563). Къ установленію этого именно закона и приступаетъ авторъ.

Исходя изъ факта, что паденіе давленія жидкости, текущей по цилиндрической горизонтальной трубкѣ, происходитъ такимъ образомъ что уровни жидкостей въ піезометрахъ, размѣщенныхъ по длинѣ трубки, образуютъ прямую линію, проходитъ черезъ вытечное отверстіе, гдѣ боковое давленіе равно нулю,—авторъ на основаніи простой теоремы о подобіи треугольниковъ приходитъ къ выводу, что отношеніе высотъ давленія въ двухъ піезометрахъ равно отношенію ихъ разстоянія отъ конца трубки. Отношеніе это, т. е. отношеніе показанія 2-го піезометра къ показанію 1-го,—считая по теченію, кото-

рое авторъ обозначаетъ черезъ w. и которое, конечно, всегда представляетъ правильную дробь, не зависитъ отъ величины напирающаго столба жидкости и остается постояннымъ для одной и той же длины трубки при неизмѣненномъ разстояніи между піезометрами. Отсюда обратный выводъ: „если въ горизонтальный цилиндрической трубкѣ отношеніе величинъ давленія, найденныхъ въ двухъ пунктахъ пути (Strombahn) остается однимъ и тѣмъ же при различной абсолютной высотѣ давленія, то это значитъ, что наступило измѣненіе въ напирающей силѣ, а не въ размѣрахъ трубки (сопротивленія)“ (p. 565). Тутъ авторъ допускаетъ погрѣшность противъ требуемой въ подобныхъ разсужденіяхъ точности, отождествляя длину трубки съ сопротивленіемъ. Эту же ошибку онъ пов-



торяетъ и дальше, говоря „дробь $\frac{m'}{m}$, которая даетъ указанія о сопротивленіяхъ пути, будетъ въ дальнѣйшемъ обозначаться черезъ w“ (p. 565). На самомъ дѣлѣ отношеніе w даетъ возможность при данномъ разстояніи между піезометрами заключать о *длинѣ* дальнѣйшаго пути, остающагося жидкости пройти до вытечнаго отверстія, но никоимъ образомъ о *величинѣ* сопротивленій на этомъ пути. Послѣдняя, хотя и пропорціональна, между прочимъ, длинѣ трубки, но не измѣряется этой длиной, Если бы v позволяло судить о количествѣ

сопротивленій, то пришлось бы, допустить, что при двухъ различныхъ высотахъ первоначальнаго напора жидкости, когда отношеніе $\frac{bn}{am}$ равно отношенію $\frac{bn'}{am'}$,—и сумма сопротивленій, остающихся преодолѣть жидкости на дальнѣйшемъ пути, является въ обоихъ случаяхъ также одинаковой,—допущеніе, явно нелѣпое. Въ дѣйствительности на количество сопротивленій дальнѣйшаго пути указываетъ не *отношеніе* между высотами двухъ піезометровъ, а *абсолютная высота* каждаго піезометра. И количество сопротивленій, встрѣчаемыхъ жидкостью, текущей по цилиндрической трубкѣ, находится въ зависимости не только отъ длины трубки, но и отъ матеріала трубки, и отъ ея діаметра, и отъ ртзмѣра вытечнаго отверстія, и отъ скорости теченія жидкости,—причемъ зависимость эта довольно сложная [1]). И если нѣкоторые изъ этихъ факторовъ не измѣняются при измѣненіяхъ напирающей силы, то этого нельзя сказать о скорости теченія жидкости. Такимъ образомъ дробь $\frac{m}{m'}$ не можетъ служить мѣриломъ количества сопротивленій.—

Въ заключеніи этихъ теоретическихъ разсужденій, авторъ, выражаясь точнѣе, приходитъ къ выводу, что измѣренія давленія въ двухъ пунктахъ цилиндрической и горизонтальной трубки даетъ всегда возможность судить, произошло ли, или нѣтъ, вслѣдствіе удлиненія или короченія трубки, измѣненіе сопротивленій. (p. 566). Но отъ этой возможноти къ возможности судить по измѣненіямъ отношенія v о *тонусѣ сосудовъ*

---

[1]) Въ курсахъ гидравлики для трубокъ съ вытечнымъ отверстіемъ, равнымъ просвѣту, дается слѣдующая формула: $h=\frac{klpo^2}{F}$, гдѣ h—та часть напирающаго столба жидкости, которая тратится на преодолѣніе сопротивленій и выражается высотой жидкости въ піезометрѣ; k—коэффиціентъ зависящій отъ матеріала трубки; p—периметръ сѣченія трубки; l—длина трубки отъ основанія піезометра до вытечнаго отверстія; o—скорость теченія; F—площадь поперечнаго сѣченія трубки.

еще очень далеко. Не говоря уже о различіи между условіями теченія жидкости по цилиндрическимъ стекляннымъ трубкамъ съ одной—и условіями теченія крови по кровеноснымъ сосудамъ съ другой стороны, въ самомъ характерѣ измѣненія сопротивленій, заключающагося въ одномъ случаѣ въ измѣненіи длины трубки, а въ другомъ случаѣ въ измѣненіи ея тонуса, т. е. ея калибра и эластичности,—лежитъ такая глубокая разница что нѣтъ никакой возможности дѣлать какія либо заключенія отъ закона, выведеннаго для однихъ сопротивленій, къ явленіямъ, происходящимъ при наличности другого рода сопротивленій. Если еще прибавить, что теоретическія соображенія и сами по себѣ еще недостаточны для установленія закона, что въ вопросахъ гидродинамики самыя точныя формулы нуждаются въ провѣркѣ и что, сплошь и рядомъ, приходится вводить въ эти формулы эмпирическіе коэффиціенты, то станетъ яснымъ, какъ мало предыдущія разсужденія подвинули автора впередъ на пути къ рѣшенію поставленной имъ физіологической задачи.

II.

Необходимость физической провѣрки найденнаго закона, конечно, признавалъ и Гюртле, и ставитъ рядъ опытовъ съ цѣлію рѣшить вопросъ, имѣетъ ли мѣсто постоянство отношенія w для различныхъ высотъ первоначальнаго напора и въ тѣхъ случаяхъ, когда путь для теченія жидкости представляетъ болѣе сложныя отношенія, чѣмъ тѣ, какія существуютъ въ цилиндрической трубкѣ постояннаго діаметра. Установивъ въ рядѣ опытовъ фактъ, что при различныхъ видахъ сопротивленій въ физической схемѣ отношеніе w не измѣняется (вѣрнѣе, мало измѣняется) отъ повышенія первоначальнаго напора, если только само сопротивленіе не мѣняется, авторъ выдѣляетъ два случая, въ которыхъ это постоянство

w не имѣетъ мѣста. А именно, когда въ цилиндрическую трубку, по которой течетъ жидкость, въ какомъ либо мѣстѣ, ниже піезометровъ, вставляется *конусообразное расширеніе*, отношеніе w съ увеличеніемъ начальнаго давленія измѣняется такимъ образомъ, что при съуженномъ просвѣтѣ оно увеличивается, а при расширенномъ—уменьшается. Полученныя данныя представляются въ видѣ слѣдующихъ таблицъ (p. 570).

Расширеніе просвѣта.			Съуженіе просвѣта.		
Ман. I.	Ман. II.	Ман. II. ман. I.	Ман. I.	Ман. II.	Ман. II. ман. I.
196 мм. Воды	151	0,76 (0,770)	167	143	0,85 (0,856)
323	246	0,76 (0,762)	295	254	0,86 (0,861)
415	311	0,75 (0,749)	523	477	0,91 (0,912)
748	493	0,65 (0,659)	704	650	0,92 (0,923)
			991	925	0,93 (0,933)

Затѣмъ авторъ дѣлаетъ слѣдующее апріорное предположеніе: такъ какъ, говоритъ онъ, въ кровеносной системѣ никогда не бываетъ такого *внезапнаго* (курсивъ нашъ) конусообразнаго расширѣнія русла, то можно допустить, что въ послѣдней сопротивленія содержатся такъ же, какъ въ цилиндрической трубкѣ опредѣленной длины. Чтобы найти вѣрное рѣшеніе (eine sichere Entscheidung) вопроса, каково вліяніе того расширенія русла, которое идетъ рука объ руку съ развѣтленіемъ сосудовъ въ кровеносной системѣ, авторъ устроилъ шематическій приборъ такимъ образомъ, что цилиндрическая трубка 8,4 мм. въ діаметрѣ переходитъ въ систему дихотомически дѣлящихся трубокъ; при каждомъ дѣленіи діаметръ трубки уменьшается въ отношеніи 3:4, и при 5-ти кратномъ дѣленіи доходитъ въ наименьшихъ трубочкахъ, представляющихъ капилляры, до діаметра въ 2 мм. (послѣднія опять постепенно соединяются и опять собираются въ одну). Вмѣстѣ

съ этимъ общій поперечникъ всей системы оказывается въ капиллярахъ увеличеннымъ въ отношеніи 10:55. При этомъ получились слѣдующія данныя.

Ман. I.	Ман. II.	Ман. II. / ман. I.	
246	184	0,76	(0,768) [1]
444	335	0,75	(0,755)
690	516	0,74	(0,748)
1014	755	0,74	(0,745)
1264	935	0,74	(0,740)
1374	1014	0,74	(0,738).

На основаніи этихъ данныхъ авторъ находитъ возможнымъ сдѣлать выводъ, что „въ цилиндрической трубкѣ, ведущей къ системѣ вѣтвящихся трубокъ, на подобіе сосудистой, отношеніе давленія двухъ манометровъ w остается неизмѣннымъ, когда абсолютная величина давленія мѣняется въ широкихъ предѣлахъ“. (p. 572). Этотъ опытъ авторъ считаетъ „рѣшающимъ“ для условій, имѣющихся въ кровеносной системѣ; кромѣ того, по мнѣнію автора, этимъ опытомъ подтверждается приведенное выше предположеніе его о роли внезапности или постепенности расширенія русла въ колебаніяхъ отношенія w.

Ни съ этимъ выводомъ, ни съ упомянутымъ предположеніемъ никоимъ образомъ нельзя согласиться. Въ 1-хъ, авторъ игнорируетъ уменьшеніе отношенія w, замѣчаемое въ вышеприведенной таблицѣ и идущее непрерывно съ увеличеніемъ давленія. Какъ ни незначительно это уменьшеніе, оно тѣмъ не менѣе должно было возбудить вниманіе автора пото-

[1] Для большей точности и наглядности измѣненій w оно вычислено нами съ 3 мя десятичными знаками: разница на единицу въ послѣднемъ 3-мъ знакѣ представляетъ разницу во 2-мъ манометрѣ на 0,3—1,3 мм.

му, что во всѣмъ другихъ опытахъ, кромѣ, конечно, опыта съ конусообразнымъ расширеніемъ трубки, отношеніе w съ наростаніемъ начальнаго давленія обнаруживаетъ явную тенденцію къ увеличенію [1]). Такимъ образомъ между данными опыта съ конусообразнымъ расширеніемъ трубки и опытомъ съ вѣтвящей схемой существуетъ разница *только въ степени*. Во 2-хъ, необходимо принять во вниманіе, что въ то время, какъ въ первомъ опытѣ, т. е. въ опытѣ съ конусообразнымъ расширеніемъ цилиндрической трубки, достигнуто было расширеніе русла въ $4^1/_2$ раза противъ начальнаго, во 2-мъ опытѣ, въ опытѣ съ вѣтвящимися трубками, расширеніе русла выразилось лишь въ отношеіи 100:55. И можно съ большою вѣроятностью допустить, что степень уменьшенія отношенія w подъ вліяніемъ увеличенія начальнаго давленія въ системѣ съ расширяющимся русломъ, зависитъ не отъ большей или меньшей постепенности этого расширенія, какъ это предполагаетъ авторъ, а только отъ *степени* расширенія, и что зависимость эта такого рода, что w измѣняется медленнѣе, чѣмъ измѣненіе просвѣта, по крайней мѣрѣ, въ началѣ. Выражаясь языкомъ геометріи, можно предположить, что функціонная зависимость колебаній отношенія w отъ степени расширенія просвѣта трубки (обозначимъ эту зависимость въ формѣ $w = F(x)$) представляетъ кривую, медленно поднимающуюся въ началѣ надъ линіей x-овъ. И покуда эта зависимость въ точности не опредѣлена, пока характеръ функціи „F“ не данъ, мы никоимъ образомъ не можемъ дѣлать заключеній отъ формы кривой, которая найдена для незначичельныхъ измѣненій x, къ той формѣ, которую кривая будетъ имѣть при дальнѣйшихъ ея увеличеніяхъ. Это предположеніе ничѣмъ еще, прав-

[1]) См. таблицы на стр. 568, 569 и 570; эта тенденція особенно проявляется, если въ этихъ таблицахъ вычислить w съ 3-мя десятичными знаками. См. въ концѣ тетради

да, не доказано, но вѣдь предположеніе Гюртле о томъ, что все дѣло во внезапности или постепенности расширенія русла является не менѣе голословнымъ. Во всякомъ случаѣ, рискованно дѣлать изъ данныхъ опыта, въ которомъ расширеніе русла получилось въ отношеніи 100:55, заключенія о тѣхъ явленіяхъ, которыя должны имѣть мѣсто въ условіяхъ кровообращенія въ организмѣ, гдѣ общая сумма сѣченій капилляровъ принимается въ 1000 разъ большей сѣченія аорты (у человѣка) [1]) и гдѣ сѣченіе всѣхъ капилляровъ какого либо органа вѣроятно въ сотни разъ превышаетъ поперечное сѣченіе приводящей артеріи. Итакъ, если точно держаться фактовъ, которые получились изъ физическихъ опытовъ Гюртле, то единственно возможный выводъ изъ этихъ фактовъ представится въ слѣдующемъ видѣ: при измѣненіи просвѣта трубки, ниже 2-го манометра, отношеніе w съ наростаніемъ начальнаго давленія подвергается значительнымъ уклоненіямъ, увеличиваясь при съуженіи просвѣта и уменьшаясь съ его расширеніемъ. Каково будетъ вліяніе того расширенія русла, которое имѣетъ мѣсто въ кровеносной системѣ, остается не рѣшеннымъ.

При такомъ результатѣ все значеніе физическихъ опытовъ автора сводится къ скромнымъ размѣрамъ, и во всякомъ случаѣ они не могутъ служить основаніемъ, на которомъ возможно было бы построить новый методъ для изслѣдованія столь сложныхъ явленій.

III.

Не смотря, однако, на вышеизложенныя соображенія, идея Гюртле безусловно вѣрна, и въ своемъ надлежащемъ развитіи могла бы служить основаніемъ для интересующаго

[1]) См. Фридрихъ и Нюэлль: «Основы Физіологіи человѣка» русскій переводъ подъ редак. Введенскаго. Спб. 1897 стр. 151.

насъ метода. Въ самомъ общемъ видѣ оно можетъ быть выражено рядомъ слѣдующихъ положеній. Если піезометрическое давленіе въ какомъ либо мѣстѣ тока жидкости выражаетъ собою ту часть начальнаго напора, которая идетъ на преодолѣніе сопротивленій, представляющихъ текущей жидкости на дальнѣйшемъ,—ниже этого,—мѣста пути, то разность высотъ двухъ піезометровъ, помѣщенныхъ въ двухъ пунктахъ по длинѣ тока, на опредѣленномъ разстояніи другъ отъ друга, будетъ соотвѣтствовать количеству сопротивленій, встрѣчаемыхъ токомъ въ отрѣзкѣ пути между піезометрами. Отношеніе этой разности къ начальному давленію,—послѣднее удобно можетъ быть замѣнено давленіемъ въ 1-мъ піезометрѣ,—укажетъ на ту часть послѣдняго, которая идетъ на преодолѣніе сопротивленій въ отрѣзкѣ. Чѣмъ это отношеніе меньше и чѣмъ, значитъ, меньшая часть начальнаго давленія тратится на сопротивленія, лежащія по длинѣ отрѣзка, тѣмъ большая часть идетъ на преодолѣніе сопротивленій дальнѣйшаго, за вторымъ піезометромъ, пути. Если это отношеніе назовемъ черезъ q, т. е. если примемъ, что $q=\frac{h-h'}{h}$, то чѣмъ меньше q, чѣмъ, слѣдовательно больше $1-q=1-\frac{h-h'}{h}=\frac{h'}{h}=w$, тѣмъ большей будетъ та часть начальнаго давленія, которая расходуется на преодолѣніе сопротивленій по длинѣ, оставшагося за 2-мъ піезометромъ пути. Обратно это положеніе представляется такъ: если на пути тока жидкости, ниже 2-го піезометра, сопротивленія претерпѣваютъ какія либо измѣненія, то это должно выразиться въ измѣненіи отношенія w, если только условія теченія жидкости въ отрѣзкѣ между обоими піезометрами остались тѣже. Эти положенія вѣрны независимо ни отъ формы и размѣровъ трубки, ни отъ характера и величины сопротивленій

Если даже опыты Гюртле указали, какъ мы позволяемъ себѣ думать, что отношеніе w зависитъ не исключительно отъ

величины конечныхъ сопротивленій, что на это отношеніе не остается безъ вліянія и абсолютная величина первоначальнаго давленія, при чемъ, въ различныхъ условіяхъ, w съ увеличеніемъ послѣдняго то увеличивается, то уменьшается, то, тѣмъ не менѣе, основная зависимость w отъ суммы конечныхъ сопротивленій этимъ обстоятельствомъ не уничножается. Оно указываетъ только, что въ измѣненіяхъ w, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, слѣдуетъ отличать тотъ производитель, который зависитъ отъ конечныхъ сопротивленій, отъ коэффиціента, который внесенъ измѣненіями начальнаго давленія. Къ возможно точному опредѣленію каждаго изъ этихъ множителей и должны были быть направлены усилія изслѣдователя. Если бы даже оказалось, что такого рода изслѣдованіе по своей сложности представляетъ непреодолимыя трудности, то и тогда предыдущія теоретическія положенія могли бы быть использованы для обоснованія метода Гюртле. Можетъ оказаться,— и опыты автора даютъ основаніе сдѣлать это предположеніе,— что степень измѣненія w въ зависимости отъ колебаній начальнаго давленія очень мала въ сравненіи съ тѣми колебаніями отношенія w, которыя должы быть приписаны измѣненіямъ въ величинѣ конечныхъ сопритивленій. Это предположеніе могло бы оказаться вѣрнымъ, по крайней мѣрѣ, для извѣстныхъ предѣловъ тѣхъ и другихъ колабаній, и тогда оставалась бы возможность, опредѣливши коэффиціентъ измѣненія w въ зависимости отъ колебаній начальнаго давленія,— все болѣе значительныя измѣненія w отнести на счетъ измѣненій конечныхъ сопротивленій. Пришлось бы, правда, отказаться отъ детальнаго, такъ сказать, количественнаго анализа послѣдней зависимости, т. е. отъ возможности опредѣлить *количество* конечныхъ сопротивленій по величинѣ w, какъ это считаетъ возможнымъ авторъ (см. стр. 572); пришлось бы ограничиться лишь качественнымъ анализомъ вопроса, т. е. установленіемъ возможности по колебаніямъ w судить объ

измѣненіяхъ конечныхъ сопротивленій въ ту либо другую сторону. Въ примѣненіи къ задачѣ, подставленной себѣ Гюртле, такого рода результатъ былъ бы вполнѣ достаточенъ,—и въ физіологическихъ опытахъ, описанныхъ авторомъ на стр. 577, вопросъ поставленъ именно такимъ образомъ.

Этихъ опытовъ и ихъ результатовъ мы разбирать не будемъ, а посмотримъ, какова вообще постановка физіологическихъ опытовъ Гюртле, удовлетворяетъ ли она тѣмъ условіямъ, которыя необходимы для того, чтобы къ нимъ можно было примѣнить выше приведенныя теоретическія положенія.

IV.

Условія, которымъ должны удовлетворять физіологическіе опыты съ тѣмъ, чтобы по показаніямъ двухъ манометровъ, помѣщенныхъ въ двухъ пунктахъ артеріальнаго ствола, судить о состояніи конечныхъ сопротивленій въ системѣ кровообращенія взятой для опыта артеріи, установлены самимъ Гюртле и сводятся къ слѣдующему. Необходимо, во 1-хъ, чтобы между обоими пунктами артеріальнаго пути существовала разница давленія, во 2-хъ, взятый для изслѣдованія отрѣзокъ артеріальнаго пути *не долженъ отдавать въ промежуткѣ между двумя манометрами ни одной сколько нибудь значительной вѣтви* (курсивъ нашъ) или, если таковая существуетъ, то она должна быть перевязана. Мы намѣренно опускаемъ то различіе, которое устанавливаетъ затѣмъ Гюртле между сопротивленіями въ мелкихъ артеріяхъ и капиллярахъ съ одной стороны, и сопротивленіями въ отводящихъ венахъ съ другой стороны и для упрощенія вопроса будемъ говорить о конечныхъ сопротивленіяхъ en bloc. „Если мы сдѣлаемъ, заканчиваетъ Гюртле, общій выводъ изъ представленныхъ изслѣдованій, то можно сдѣлать слѣдующее заключеніе о примѣнимости и допустимости метода: Методъ, состоя-

щій въ томъ, чтобы по измѣненію давленія въ двухъ пунктахъ приводящей артеріи, (resp.) артерій, судить объ иннерваціи кровяныхъ сосудовъ какой либо части тѣла, только тогда примѣнимъ, когда расположеніе сосудовъ позволяетъ измѣрять паденіе давленія по этому пути. Точность метода подвергается опасности, когда среди („innerhalb“) приводящихъ сосудовъ или отводящихъ венъ могутъ встрѣтиться колебанія сопротивленія, въ основаніи которыхъ лежатъ не измѣненія тонуса изслѣдуемой капиллярной области; такія колебанія должны поэтому быть устранены или же при оцѣнкѣ цифръ артеріальнаго давленія должны быть приняты во вниманіе“. (p. 574).

Въ примѣненіи къ изслѣдованію иннерваціи мозговыхъ сосудовъ опытъ устраивается слѣдующимъ образомъ. Въ оба конца перевязанной на серединѣ шеи общей сонной артеріи вставляются двѣ канюли, затѣмъ перевязывается наружная сонная артерія съ той цѣлью, чтобы устранить обратный токъ крови, который могъ бы установиться изъ circulus Willisii черезъ эту артерію. Послѣ перевязки наружной сонной артеріи центральный манометръ передаетъ давленіе существующее въ аортѣ, а периферическій—давленіе въ circul. Willisii.—(p. 575).

Если сопоставить эту обстановку опытовъ съ изложенными выше требованіями, то приходится остановиться въ недоумѣніи. Вѣдь при этомъ устройствѣ опытовъ путь, остающійся свободнымъ для снабженія мозга кровью—это остальныя вѣтки, питающія circul. Willisii а именно: carotis interna на не оперированной сторонѣ и обѣ art. vertebralis. На этомъ пути („Arterienbahn“) между аортой и cercul Willisii имѣется цѣлый рядъ крупныхъ боковыхъ вѣтвей, на первомъ планѣ art. carot. ext. неоперированной стороны и въ этихъ вѣтвяхъ могутъ происходить колебанія давленія независимо отъ измѣненія тонуса сосудовъ изслѣдуемой области, т. е. сосудовъ мозга. А между тѣмъ Гюртле при оцѣнкѣ данныхъ своихъ

опытовъ не только не принимаетъ въ соображеніе этого обстоятельства, но даже не упоминаетъ о немъ. Приходится удивляться, какъ при вѣрности теоретическаго анализа и точности поставленныхъ апріорныхъ требованій авторъ могъ удовлетвориться обстановкой своихъ опытовъ, которая такъ противорѣчитъ его собственнымъ требованіямъ. Среди объектовъ опытовъ имѣлась кошка (№ 12), у которой найдена была аномальная вѣтвь отъ carot int. въ задней ушной области. Не смотря на то, что результаты опытовъ надъ этой кошкой нисколько не противорѣчатъ даннымъ другихъ опытовъ, а отличаются отъ послѣднихъ лишь большими размѣрами наблюдавшихся измѣненій, авторъ, тѣмъ не менѣе, нашелъ нужнымъ исключить эти опыты изъ анализа на томъ основаніи, что здѣсь „какъ слѣдуетъ предполагать колеблются также сопротивленія въ артеріальной вѣтви, идущей внѣ черепной полости, и вліяютъ не незамѣтнымъ образомъ на давленіе въ периферическомъ концѣ сонной артеріи“ (p. 579). Спрашивается, какимъ образомъ могутъ оказаться безъ вліянія на показанія центральнаго манометра, или даже на показанія обоихъ манометровъ,—колебанія сопротивленій въ вѣтвяхъ, лежащихъ между аортой и circulus Wfllisii, и ведущихъ къ капиллярнымъ областямъ внѣ черепной полости. Очевидно a priori, что при такихъ условіяхъ отношеніе показаній обоихъ манометровъ—*w*—будетъ зависѣть не только отъ иннерваціи мозговыхъ сосудовъ, но и отъ измѣненія тонуса сосудовъ внѣчерепныхъ. Эти оба вліянія могутъ дѣйствовать на величину отношенія *w* въ одномъ и томъ же направленіи, но могутъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ, вызывать измѣненія *w* въ противоположныхъ направленіяхъ. И всякій разъ, какъ только будутъ имѣть мѣсто подобныя условія, методъ Гюртле долженъ вести къ противорѣчивымъ въ отдѣльныхъ случаяхъ результатамъ.

V.

Эта возможность противорѣчивыхъ результатовъ, на которую мы указали a priori и причина которой лежитъ въ погрѣшностяхъ самой постановки опытовъ, въ опытахъ Гюртле, дѣйствительно, и осуществилась. Факты, конечно, не ускользнули отъ вниманія автора, но они были недостаточно проанализированы и удивительнымъ образомъ не оказали никакого вліянія на его окончательные выводы.

Изслѣдуя вліяніе раздраженія шейнаго симпатическаго нерва на показанія обоихъ манометровъ, Гюртле получаетъ слѣдующія данныя: при раздраженіи нерва на той сторонѣ, гдѣ помѣщены манометры, давленіе въ периферическомъ манометрѣ во всѣхъ опытахъ, за исключеніемъ одного, увеличивалось, въ центральномъ же манометрѣ давленіе въ одной части опытовъ оставалось неизмѣненнымъ, а въ другой увеличивалось, но отношеніе w во всѣхъ опытахъ увеличилось: maxim. на 0,26, minim. на 0,03, въ среднемъ изъ 10-ти опытовъ на 0,116. На основаніи этихъ данныхъ авторъ считаетъ себя въ правѣ сдѣлать несомнѣнное („unzweifelhafte") заключеніе, что шейный симпатическій нервъ содержитъ вазомоторныя волокна для мозговыхъ сосудовъ этой же стороны и что раздраженіе этихъ волоконъ вызываетъ увеличеніе сопротивленій въ мозговомъ пути („Schirnbahn"), т. е. съуженіе мозговыхъ сосудовъ" (p. 582). При раздраженіи нерва на сторонѣ, противоположной положенію манометровъ, не получается никакого замѣтнаго результата: величина отношенія w остается неизмѣненной. Именно, въ 8-ми опытахъ w увеличивается, въ среднемъ, на 0,02, а въ 5-ти оно уменьшилось, въ среднемъ, на 0,02, т. е. на величину, которая по допущенію Гюртле лежитъ въ предѣлахъ ошибокъ наблюденія (см. опыты на стр. 577).

Таковы факты. Для всякаго непредубѣжденнаго читателя очевидно, что мы тутъ имѣемъ дѣло съ фактомъ капитальной

важности, съ явленіемъ такого рода, что безъ его надлежащаго освѣщенія нельзя далѣе и шагу ступить, и что отъ того или другого объясненія этого противорѣчія можетъ зависѣть участь самого метода. Въ самомъ дѣлѣ, если этотъ методъ построенъ на вѣрныхъ основаніяхъ, если въ данномъ случаѣ периферическій манометръ указываетъ на давленіе въ Виллизіевомъ кругу и если колебанія отношенія *w* даетъ возможность судить о состояніи тонуса мозговыхъ сосудовъ, т. е. сосудовъ, лежащихъ *далѣе къ периферіи* отъ Виллизіева круга, то всякое сокращеніе этихъ сосудовъ, на какой бы сторонѣ оно ни происходило, представляетъ собою увеличеніе сопротивленій на дальнѣйшемъ,—ниже Виллизіева круга,—пути и, въ силу требованій метода, должно сказаться увеличеніемъ отношенія *w*. Если же допустить, что раздраженіе нерва не вліяетъ на тонусъ мозговыхъ сосудовъ, то *w* должно остаться неизмѣненнымъ, опять таки безразлично, на какой сторонѣ нервъ раздражается. Въ этомъ случаѣ становится непонятнымъ то увеличеніе отношенія *w*, которое наблюдается при раздраженіи нерва на сторонѣ манометровъ.— Очевидно, что это противорѣчіе добытыхъ въ обоихъ случаяхъ результатовъ между собою и съ тѣми теоретическими основаніями, на которыхъ методъ построенъ, подвергаетъ сомнѣнію вѣрности самого метода и его примѣнимость для указаннаго рода изслѣдованій.

Посмотримъ теперь, какъ объясняетъ указанное противорѣчіе авторъ. „Такъ какъ, говоритъ Гюртле, слѣдуетъ предположить, что и въ этихъ случаяхъ (при раздраженіи нерва на неоперированной сторонѣ) за раздраженіемъ симпатическаго нерва слѣдуетъ съуженіе мозговыхъ артерій той же стороны, то этотъ опытъ говоритъ за то, что, не смотря на существующіе анастомозы, сосудистыя области обѣихъ половинъ мозга до извѣстной степени независимы другъ отъ друга,—выводъ, къ которому на основаніи вышеприведенныхъ опытовъ (стр. 578) пришелъ и Schulten (p. 582).

Вотъ по истинѣ фраза, которая, ничего не объясняя, въ состояніи только затемнить вопросъ. Постараемся разобраться.

Выводъ Schulten'a основанъ на томъ фактѣ, что „перевязка art. corotis на противоположной сторонѣ нисколько не понижаетъ давленія въ art. ophtalm. или понижаетъ его въ незначительной степени, тогда какъ, напротивъ, это пониженіе наступаетъ въ значительной степени при перевязкѣ сонной артеріи той же стороны“ (у Гюртле p. 578). Прежде всего замѣтимъ слѣдующее. Самъ Schulten „въ заключеніе своихъ опытовъ указываетъ на то, что къ сожалѣнію не существуетъ простой зависимости („einfacher Zusammenhang“) между условіями кровообращенія глазного дна и мозговымъ кровообращеніемъ (привед. у Bergyer'a), [1]) фактъ, который подтверждается изслѣдованіями Pick'a для амилнитрита (Ibid. p. 65). Поэтому изъ опытовъ Schulten'a нельзя дѣлать несомнѣннаго вывода объ условіяхъ кровообращенія въ мозгу вообще. Во 2-хъ, хотя выводъ о независимости кровообращенія въ обѣихъ половинахъ головного мозга поддерживается Ioley, а также Cromer'омъ онъ однако оспаривается Roy я Scherriugton'омъ на основаніи ихъ изслѣдованій на собакахъ, когда закрытіе одной art carotis не вызывало никакого паденія кривой объема мозга, тогда какъ закрытіе обѣихъ каротидъ обусловливаетъ значительное уменьшеніе объема (Ibid. p. 89). Такимъ образомъ въ своемъ объясненіи найденнаго противорѣчія Гюртле допускаетъ ту логическую ошибку, что фактъ, нуждающійся въ доказательствѣ, онъ подтверждаетъ такимъ фактомъ, который самъ недостаточно твердо установленъ.—Но пойдемъ далѣе, станемъ на точку зрѣнія автора, примемъ его объясненіе и посмотримъ, къ чему оно приводитъ. Если отсутствіе измѣненія отношенія

---

[1]) Berger: «Zur Lehre vinder Blutzirkabation in der Schiëdelhöhle des Meschens» Ieni 1901 p. 17.

и при раздраженіи нерва на сторонѣ проходимой артеріи объяснить тѣмъ, что кровообращеніе въ обѣихъ половинахъ мозга независимо одно отъ другого, то, другими словами, это значитъ, что, по мнѣнію автора, на самомъ дѣлѣ происходитъ повышеніе давленія въ одной половинѣ circul. Willisii вслѣдствіе сокращенія сосудовъ этой стороны, но это повышеніе давленія не передается на другую сторону и не сказывается достаточнымъ повышеніемъ давленія въ периферическомъ манометрѣ. Но если это такъ, то вообще нельзя говорить о давленіи въ Виллизіевомъ кругу, какъ объ однообразной величинѣ, а приходится допустить возможность существованія разныхъ высотъ давленія въ различныхъ его пунктахъ. Въ условіяхъ интересующаго насъ опыта приходится допустить, что существуетъ постепенное паденіе давленія по длинѣ Виллизіева круга въ зависимости отъ неравнаго тонуса сосудовъ, выходящихъ изъ различныхъ мѣстъ послѣдняго и, что, стало быть, периферическій манометръ показываетъ давленіе, существующее въ *ближайшемъ къ нему пунктѣ* Виллизіева круга, независимо отъ колебаній давленія въ болѣе отдаленныхъ отъ манометра мѣстахъ. Но при такой постановкѣ вопроса всѣ сосуды, отходящіе отъ Виллизіева круга, не должны считаться *дальнѣйшими* вѣтвями артеріальнаго пути, расположенными *за вторымъ манометромъ*, т. е. ниже его по теченію, а являются вѣтвями, отходящими отъ артеріальнаго пути *въ промежуткѣ* между обоими манометрами. Особенно вѣрно это представленіе въ примѣненіи къ кроликамъ, (надъ которыми произведена большая часть опытовъ Гюртле), у которыхъ отсутствуетъ ant. communicans ant. и у которыхъ кровяной токъ изъ проходимой сонной артеріи неоперированной стороны достигаетъ периферическаго манометра, пройдя предварительно всю длину Виллизіева круга. Но если принять это представленіе, то окажется, что въ условіяхъ кровоснабженія мозга имѣется на лицо такое расположеніе сосудовъ, которое не имѣетъ ничего общаго съ физической схемой

автора и которое коренным образомъ противорѣчитъ требованіямъ, поставленнымъ имъ самимъ для условій примѣнимости его метода. (стр. 575—574).

Второе такое же противорѣчіе данныхъ получилось въ другой серіи опытовъ, которые имѣли цѣлью изслѣдовать вліяніе раздраженія n. depressor. на отношеніе *w*. (результаты помѣщены въ табл. 5 подлинн.). Данныя этихъ опытовъ и выводы автора изъ нихъ слѣдующія: изъ 11-ти случаевъ, въ которыхъ нервъ раздражался на сторонѣ канюль, въ 5-ти не получилось никакого измѣненія *w*, 3 раза наступило увеличеніе *w* на 0,05 въ среднемъ и въ 3-хъ остальныхъ—уменьшеніе на 0,03. „Такъ какъ, заключаетъ авторъ, эти колебанія лежатъ въ предѣлахъ ошибокъ наблюденія, то мы не можемъ допустить участія мозговыхъ сосудовъ въ томъ расширеніи сосудовъ, которое наступаетъ по раздраженіи депрессорнаго нерва“ (p. p. 589—590). Затѣмъ въ 10 случаяхъ, когда нервъ раздражался на сторонѣ проходимой сонной артеріи, 9 разъ оказалось „удивительнымъ образомъ“ уменьшеніе отношенія *w* на 0,06 и только 1 разъ увеличеніе на 0,07; при одновременномъ раздраженіи праваго и лѣваго нервовъ, уменьшеніе *w*,—на 0,055. „Такимъ образомъ, дѣлаетъ выводъ авторъ, въ случаяхъ, когда нервъ раздражался на сторонѣ, противоположной той, гдѣ измѣрялось давленіе въ Виллизіевомъ кругу, опыты показываютъ незначительное уменьшеніе сопротивленій мозгового сосудистаго пути,—результатъ, который, въ сравненіи съ другими опытами, оказывается страннымъ“. (p. 590). Этого противорѣчія авторъ даже не пытается объяснить и ограничивается тѣмъ, что отмѣчаетъ его странность („auffabend“).

Изъ всѣхъ опытовъ, произведенныхъ Гюртле съ цѣлью изслѣдовать иннервацію мозговыхъ сосудовъ, вышеприведенныя двѣ серіи опытовъ съ раздраженіемъ симпатическаго и депрессорнаго нервовъ, то на одной, то на другой сторонѣ являются единственными, при которыхъ предполагавшіяся

измѣненія тонуса сосудовъ должны ограничиться одной только стороной мозговыхъ полушарій. Поэтому именно эти опыты должны служить какъ бы пробнымъ камнемъ для занимающаго насъ метода, въ смыслѣ провѣрки его пригодности для изслѣдованія мозговаго кровообращенія. Если всѣ положенія Гюртле вѣрны, если дѣйствительно периферическій манометръ указываетъ на давленіе въ Виллизіевомъ кругѣ, если, такимъ образомъ, колебанія тонуса въ артеріяхъ, отходящихъ отъ этого круга, являются измѣненіями сопротивленій въ *дальнѣйшихъ* ниже второго манометра, лежащихъ отдѣлахъ кровянаго пути, и если, наконецъ, постановка опытовъ такова, что никакіе другіе факторы не могутъ вліять на отношеніе w, кромѣ колебаній сопротивленій въ этихъ именно сосудахъ, то всякое колебаніе послѣднихъ должно вызвать соотвѣтствующее измѣненіе въ величинѣ отношенія w, совершенно независимо отъ того, на какой именно сторонѣ колебанія эти происходятъ. Съуженіе или расширеніе мозговыхъ сосудовъ одной лишь половины мозга, и при томъ безразлично какой, всегда является увеличеніемъ или уменьшеніемъ препятствій на дальнѣйшемъ теченіи по тому артеріальному пути, въ двухъ пунктахъ котораго, по мнѣнію автора, измѣряется давленіе. Какъ мы видѣли, этого испытанія методъ Гюртле въ рукахъ самого автора, не выдержалъ, — и поэтому мы полагаемъ себя въ правѣ считать доказаннымъ сказанное нами въ началѣ нашего разбора; а именно: методъ Гюртле, недостаточно разработанный въ его физическомъ обоснованіи, въ физіологическомъ примѣненіи даетъ совершенно неточныя показанія.

VI.

На этомъ мы могли бы покончить нашъ разборъ, такъ какъ не въ нашей задачѣ было дать объясненіе тѣмъ фак-

тамъ, которыхъ самъ авторъ не съумѣлъ удовлетворительнымъ образомъ объяснить. Тѣмъ не менѣе, мы сдѣлаемъ попытку найти объясненіе указаннымъ выше противорѣчіямъ, пользуясь добытыми Гертле данными, но разсматривая ихъ, конечно, съ иной точки зрѣнія, чѣмъ авторъ.

Но прежде этого мы должны разобрать еще одинъ затронутый Гюртле вопросъ, который, по нашему мнѣнію, объясненъ имъ также неудовлетворительно.—Указавъ, что въ большинствѣ опытовъ раздраженіе шейнаго симпатическаго нерва вызывало повышеніе давленія въ аортѣ [1]), авторъ задается вопросомъ, чѣмъ именно можетъ быть вызвано это увеличеніе аортальнаго давленія. Сославшись на разнорѣчивыя наблюденія авторовъ по поводу самого факта, авторъ въ попыткахъ объяснить это повышеніе давленія—въ случаяхъ, когда оно имѣетъ мѣсто,—отвергаетъ предположеніе, что оно зависитъ отъ сокращенія сосудовъ, иннервируемыхъ раздражаемымъ нервомъ. Авторъ считаетъ, что область головы слишкомъ мала для того, чтобы увеличеніе препятствій въ кровообращеніи этой области могло въ такой степени вызвать повышеніе общаго аортальнаго давленія. Затѣмъ на основаніи прежнихъ своихъ опытовъ, съ раздраженіемъ этого нерва одновременно съ перерѣзкой спиннаго мозга въ шейной части, Гюртле приходитъ къ выводу, что повышеніе кровянаго давленія при раздраженіи периферическаго конца шейнаго симпатическаго нерва является слѣдствіемъ раздраженія сосудистаго центра, которое въ свою очередь вызвано анеміей мозга въ силу сокращенія мозговыхъ сосудовъ (p. 585—586). При такомъ рѣшеніи вопроса ясно, что въ обстановкѣ опытовъ, какая дана Гюртле въ его методѣ, результаты раздраженія (симпатическаго) нерва, въ смыслѣ вліянія на общее

[1]) При среднемъ давленіи въ 118 мм. до раздраженія, послѣднее въ 22 случаяхъ дало повышеніе на 7.7 мм. въ среднемъ, 5 разъ уменьшеніе на 3,2 мм., и 1 разъ давленіе осталось неизмѣненнымъ (p. 585).

кровяное давленіе, должны быть совершенно одинаковыми, раздражается ли нервъ на сторонѣ манометровъ, или на противоположной. Такъ какъ область сокращенныхъ мозговыхъ сосудовъ въ обоихъ случаяхъ одинакова по размѣру,—что признаетъ и Гюртле [1]),—то должна быть одинакова и степень анеміи мозга къ обоихъ случаяхъ, а стало быть, и вызванное послѣдней, по предположенію автора, раздраженіе сосудистаго центра съ его послѣдствіемъ,—повышеніемъ аортальнаго давленія. Если теперь обратиться къ даннымъ, добытымъ Гюртле и приведеннымъ имъ въ таблицахъ 3^a и 3^b, то увидимъ, что изъ 21 наблюденія надъ 6 животными, въ 12-ти нервъ раздражался на сторонѣ канюль и въ 9 на противоположной сторонѣ [2]). Первыя 12 наблюденій дали въ 3-хъ случаяхъ уменьшеніе аортальнаго давленія на 2,6 и 1 мм., въ 3-хъ—давленіе не измѣнялось и въ 6-ти остальныхъ—оно увеличилось (2 раза на 6 мм., 2 раза на 4 мм. и по одному разу на 3 и на 2 мм.). Вторыя 9 наблюденій дали въ 2-хъ случаяхъ уменьшеніе давленія (на 1 мм. и на 12 мм.) и въ 7-ми—увеличеніе давленія (на 22, 21, 14, 10, 9, 4 и 4 мм.). Выраженныя въ процентномъ отношеніи къ первоначальному давленію эти цифры даютъ, въ среднемъ, для перваго ряда опытовъ увеличеніе на (1,07% max. + 5%, min.—5%), а для второго ряда—увеличеніе на 7,0% (max + 18,6%, min.—8,2%). Если же исключить опыты на кошкѣ и собакѣ, въ виду небольшого числа этихъ опытовъ, какъ

---

[1]) «Da nun anzunehmen ist, dass auch in diesen Fällen dei Sympathicusreizung eine Verengung der Gehirnarterien derselben Seite folgte»... lp. 582).

[2]) Исключены изъ подсчета опыты, гдѣ раздраженіе производилось на обѣихъ сторонахъ, далѣе опыты (6 *a* табл. 3 *b*), гдѣ не указана сторона раздраженія, и наконецъ опытъ 13, который вообще не далъ измѣненія *w*, и въ которомъ цифры, неизвѣстно почему, рѣзко уклоняются отъ прочихъ и кромѣ того опытъ № 12.—См. табл. въ концѣ.

это дѣлаетъ и Гюртле [1]), то эти цифры представятся въ слѣдующемъ видѣ. Въ случаяхъ, когда раздраженіе производилось на сторонѣ манометровъ, получилось въ среднемъ изъ 8-ми наблюденій увеличеніе давленія въ аортѣ на 1,5%, при среднемъ давленіи до раздраженія въ 117 мм. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда раздражался нервъ на сторонѣ съ проходимой carotis, увеличеніе давленія въ аортѣ выразилось, въ среднемъ также изъ 8 ми наблюденій, на 8,9% при первоначальномъ среднемъ давленіи въ 116,6 мм. Значеніе этихъ цифръ можетъ быть на нашъ взглядъ только слѣдующее. Когда при раздраженіи нерва на сторонѣ канюль съуженіе сосудовъ этой половины головы, лишенной прямого тока крови, не можетъ конечно вліять значительно на повышеніе давленія въ аортѣ, то послѣднее достигнетъ едва 1,5%. Когда же сокращеніе сосудовъ подъ вліяніемъ раздраженія нерва происходитъ на сторонѣ съ проходимой carotis, повышеніе давленія въ послѣдней не можетъ не отразиться повышеніемъ давленія въ аортѣ и послѣднее получается въ размѣрѣ около 8% въ среднемъ. Какъ видимъ, объясненіе, данное Гюртле повышенію аортальнаго давленія при раздраженіи шейнаго симпатическаго нерва, не можетъ быть принято, и во всякомъ случаѣ вліянію предполагаемой авторомъ анеміи мозга, если только она имѣетъ мѣсто, должно быть приписано въ наблюдаемомъ явленіи значительно меньшее значеніе, въ сравненіи съ прямымъ съуженіемъ русла сосудовъ, иннервируемыхъ раздражаемымъ нервомъ.

Мы такъ долго останавливались на этихъ явленіяхъ, во 1-хъ, съ цѣлью показать, какъ недостаточно внимательно авторъ относится къ наблюдаемымъ фактамъ, во 2 хъ потому, что эти соображенія помогутъ намъ уяснить себѣ тѣ разнорѣчивыя колебанія отношенія w, на которыя было указано

---

[1]) см. стр. 562 примѣч.

въ предыдущей главѣ и которымъ, какъ мы видѣли, авторъ либо вовсе не даетъ никакого объясненія, либо даетъ объясненіе, крайне неудовлетворительное.

На самомъ дѣлѣ мы должны представить себѣ эти явленія такимъ образомъ. Периферическій манометръ, въ обстановкѣ Гюртлевскихъ опытовъ, вовсе не указываетъ на давленіе въ Виллизіевомъ кругу, а, согласно общимъ законамъ гидродинамики, служитъ указателемъ давленія въ той *ближайшей* къ манометру артеріальной вѣтви, въ *которой сохранился токъ крови*, въ данномъ случаѣ—на давленіе въ art. ophtalm. sup (у кроликовъ). Анастомозы этой послѣдней съ вѣтвями наружной сонной артеріи представляютъ отводный путь для крови, проникающей въ нее изъ circul. Willisii,—и то или другое состояніе этихъ анастомозовъ не можетъ не сказаться на колебаніи давленія въ art. ophtalm., а отсюда и въ периферическомъ манометрѣ. Поэтому раздраженіе симпатическаго нерва на оперированной сторонѣ, вызывая сокращеніе этихъ анастомозирующихъ съ art. ophthalm. вѣтвей carot. ext., вызываетъ повышеніе давленія въ периферическомъ манометрѣ.—Что присутствіе такихъ отводныхъ путей и то или другое состояніе ихъ тонуса можетъ имѣть рѣшающее значеніе на давленіе въ периферическомъ манометрѣ, видно изъ того факта, что въ вышеупомянутомъ опытѣ 12-мъ достаточно было существованіе аномальной вѣтви отъ carot. interna къ задней ушной области, чтобы дать *рѣзкое* пониженіе давленія въ периферическомъ манометрѣ въ сравненіи съ центральнымъ; отношеніе w, которое въ другихъ опытахъ не падаетъ ниже 0.60, въ 12-мъ—даетъ въ среднемъ 0,34 и поднимается до 0,46 и 0,54 только при раздраженіи симпатическаго нерва на этой сторонѣ, т. е. когда сокращаются сосуды, между прочимъ, и этой аномальной вѣтви.—Съ другой стороны, такъ какъ вся наружная сонная артерія оперированной стороны лишена прямого тока крови, то сокращеніе ея вѣтвей, наступающее за раздраженіемъ нерва,

не даетъ условій для сколько нибудь значительнаго повышенія давленія въ центральномъ манометрѣ, который регистрируетъ давленіе въ аортѣ; послѣднее, какъ мы видѣли выше, повышается едва на 1,5% въ среднемъ. Такимъ образомъ при раздраженіи нерва на сторонѣ манометровъ имѣются условія, которыя увеличиваютъ давленіе въ carot. periph. и почти не вліяютъ на давленіе въ carot. centr., слѣдовательно, отношеніе w должно увеличиться отъ однихъ этихъ условій, независимо отъ состоянія мозговыхъ сосудовъ.

Совершенно иныя условія имѣются на лицо при раздраженіи нерва на противоположной манометрамъ сторонѣ. Здѣсь теченіе крови изъ аорты встрѣчаетъ новое препятствіе въ сокращеніи всѣхъ вѣтвей наружной сонной артеріи, этой стороны и слѣдовательно, даны условія для повышенія давленія въ аортѣ. Съ другой стороны анастомозы art. ophthalm. на сторонѣ манометровъ не измѣнились въ своемъ калибрѣ, и отводные пути для этой артеріи остались въ томъ же состояніи, въ какомъ они были до раздраженія нерва. Нѣтъ, стало быть, условій для измѣненія отношенія w. И дѣйствительно, параллельно увеличенію давленія въ carot. centr въ среднемъ на 8,9%, давленіе въ carot periph. повышается въ среднемъ на 8,2%. Это послѣднее повышеніе давленія въ достаточной степени объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что при не измѣненныхъ условіяхъ кровообращенія въ области, ближайшей къ 2-му манометру, увеличенное давленіе въ аортѣ распространяется на пути внутренней сонной артеріи, черезъ Виллизіевъ кругъ до ея послѣднихъ развѣтленій, т. е. до art. ophthalm другой стороны, съ *той же градаціей въ паденіи* давленія, какая существовала на этомъ пути до раздраженія нерва.

Какую роль играетъ въ этихъ явленіяхъ тонусъ мозговыхъ сосудовъ, и происходитъ ли вообще его измѣненіе при раздраженіи n. sympath. на шеѣ, объ этомъ изъ опытовъ Гюртле нельзя судить съ достаточной убѣдительностью. Утвер-

дительно отвѣтить на этотъ вопросъ можно было бы лишь тогда, если бы было доказано, что указанныя нами причины сами по себѣ, безъ участія мозговыхъ сосудовъ, не въ состояніи вліять на колебанія давленія въ обоихъ манометрахъ въ томъ направленіи и въ такой степени, какъ это произошло въ анализируемыхъ опытахъ. Такого доказательства мы въ данныхъ Гюртле не находимъ, а наоборотъ, всѣ его данныя приводятъ къ выводу, что если тонусъ мозговыхъ сосудовъ и играетъ какую либо роль въ производствѣ наблюденныхъ явленій, то лишь второстепенную, и что, на первомъ планѣ должны быть поставлены измѣненія тонуса сосудовъ, проходящихъ *внѣ* черепной полости.

Такимъ же образомъ, т. е. той же игрой сосудовъ въ области развѣтленій *наружной* сонной артеріи могутъ быть объяснены факты, найденные Гюртле при раздраженіи нерва депрессорнаго. Изъ анализа таблицы 5-й (стр. 610) [1]) находимъ, что при раздраженіи нерва на сторонѣ манометровъ, давленіе въ carot. centr. падаетъ на 22,7%; въ среднемъ изъ 7 наблюденій (max. 31.3%, min. 12%); давленіе въ carot. periph. даетъ въ то же время пониженіе,—среднее изъ 6-ти наблюденій,—на 22,7% (max. 34.5%, min. 11.9%); при этомъ можно замѣтить, что максимумъ и минимумъ для обѣихъ высотъ давленія совпадаютъ [2]). При раздраженіи же нерва на противоположной сторонѣ carot. centr. давало въ среднемъ изъ 6-ти наблюденій уменьшеніе давленія на 30,6%, а въ carot. periph. давленіе въ среднемъ уменьшалось на 34,4%, (при чемъ нѣтъ параллелизма между максимумами и минимумами обоихъ цифровыхъ рядовъ). Отношеніе w въ этихъ

[1]) Исключены опыты № 12, затѣмъ № 2, гдѣ одновременно раздражались оба нерва, и на конецъ № 15 bis и ter, гдѣ были употреблены болѣе сильные токи. Впрочемъ, данныя и этихъ опытовъ очень мало измѣняютъ полученный результатъ. См. табл. въ концѣ.

[2]) Отношеніе w давало колебаніе на выше 0,03=0,04.

опытахъ давало колебанія между 0,03 и 0,08 и всѣ въ сторону уменьшенія. Выше мы видѣли, какой выводъ склонепъ былъ дѣлать Гюртле изъ этихъ фактовъ, не смотря на ихъ „странность"; видѣли также, почему предположеніе о расширеніе мозговыхъ сосудовъ не можетъ быть принято.—Мы должны остановиться надъ вопросомъ, почему, во 1-хъ, при раздраженіи нерва на сторонѣ, противоположной манометромъ, паденіе давленія вообще болѣе рѣзко выражено, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда нервъ раздражался на сторонѣ манометровъ, и во 2-хъ, почему разница въ степени уменьшенія давленія въ обоихъ опытахъ была болѣе рѣзкая для carot. peripher., чѣмъ для carot. centr? (Для carot. centr. 30,6% противъ 22.7%, а для carot. periph. 34.4%, противъ 22.7%).

Паденіе кровянаго давленія при раздраженіи нерва n. depress. является актомъ рефлекторнымъ и зависитъ отъ расширенія сосудовъ самыхъ разнообразныхъ областей тѣла, иногда очень отдаленныхъ отъ мѣста раздраженія,—чѣмъ и объясняется эта значительная степень паденія давленія. Поэтому, вообще говоря, трудно въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ судить о роли мѣстнаго расширенія сосудовъ; еще труднѣе поставить разницу цифръ, получаемыхъ въ томъ или другомъ наблюденіи, въ зависимость отъ того, на одной или на другой сторонѣ нервъ раздражается. Но если представить себѣ, что при раздраженіи n. depress. на какой либо сторонѣ происходитъ рефлекторное расширеніе сосудовъ *этой же* стороны тѣла, что очень вѣроятно [1]), тогда можно будетъ уяснить себѣ слѣдующимъ образомъ разницу въ полученныхъ Гюртле цифрахъ. Вся область развѣтленія *наружной* сонной артеріи оперированной стороны исключена изъ кровообращенія, въ смыслѣ прямого тока крови, и при раздраженіи n. depressor. на этой

[1]) Приходится ограничиться одной вѣроятностью предположенія, такъ какъ въ доступныхъ мнѣ руководствахъ по физіологіи, въ томъ числѣ у Albert'a (въ руковод. Hermann'a), этотъ вопросъ даже не затрагивается.

сторонѣ расширеніе сосудовъ этой области не участвуетъ въ томъ пониженіи аортальнаго давленія, которое вызвано расширеніемъ сосудовъ другихъ областей тѣла. Вотъ почему въ этомъ случаѣ пониженіе давленія выражено въ размѣрахъ, болѣе скромныхъ, чѣмъ тогда, когда при раздраженіи нерва на сторонѣ проходимой carotis на пониженіе аортальнаго давленія должно оказать свое вліяніе и расширеніе всѣхъ вѣтвей art. carot. externae. Разница, правда, получается небольшая, но все же замѣтная,—на 6 мм. въ среднемъ. Далѣе, раздраженіемъ нерва на сторонѣ перевязанной carotis не вносится никакихъ существенныхъ измѣненій въ условія передачи давленія изъ аорты черезъ внутреннюю сонную неоперированной стороны и Виллизіевъ кругъ до периферическаго манеметра. На этомъ не измѣнившемся пути кровь должна тратить ту же часть первоначальнаго давленія, (каково бы послѣднее ни было), какую она тратила и до раздраженія нерва,—и отношеніе *w* должно остаться неизмѣненнымъ. Наоборотъ, при раздраженіи нерва на сторонѣ проходимой carotis кровяное давленіе въ аортѣ, понизившееся на бо́льшую высоту, чѣмъ въ первомъ случаѣ, теряетъ на дальнѣйшемъ пути бо́льшую, противъ прежняго, часть своей величины, вслѣдствіе расширенія русла *наружной* сонной артеріи. Въ силу этого измѣненія мѣстныхъ условій, потеря давленія на пути отъ аорты до периферическаго манометра, должна достигнуть болѣе высокой степени, чѣмъ до раздраженія, и, стало быть, *w* должно понизиться. Этотъ эффектъ можетъ быть полученъ опять таки помимо всякаго участія мозговыхъ сосудовъ.

Окажется ли вѣрнымъ предполагаемое нами объясненіе, будетъ ли наблюдаемымъ фактамъ дано другое объясненіе, или же, наконецъ, сами факты при ихъ провѣркѣ представятся въ другомъ видѣ,—несомнѣнно одно. Въ методѣ Гюртле даны условія, при которыхъ на отношеніе *w* могутъ вліять другія причины, независимыя отъ состоянія мозговыхъ сосудовъ. Мало того, опыты съ раздраженіемъ симпатическаго и

депрессорнаго первовъ подвергаютъ даже сомнѣнію всякое участіе мозговыхъ сосудовъ въ производствѣ наблюденныхъ явленій или, по крайней мѣрѣ, заставляютъ предположить, что значеніе тонуса этихъ сосудовъ значительно уступаютъ значенію другихъ, постороннихъ состоянію мозгового кровообращенія факторовъ. А такъ какъ по идеѣ метода отношеніе *w* должно служить вѣрнымъ изображеніемъ суммы сопротивленій, встрѣчаемыхъ токомъ крови именно въ сосудахъ мозга, и должно зависѣть только исключительно отъ этихъ послѣднихъ, то на основаніи всего сказаннаго выше, можно смѣло сказать, что методъ Гюртле, по крайней мѣрѣ, *въ его настоящемъ видѣ*,—не только не можетъ считаться самымъ точнымъ и вѣрнымъ средствомъ для изслѣдованія мозгового кровообращенія, но что онъ вовсе не пригоденъ для этой цѣли.

VII.

Предвидится слѣдующее возраженіе. Могутъ выставить на видъ что методъ Гюртле какъ въ рукахъ автора, такъ и въ рукахъ другихъ изслѣдователей во многихъ случаяхъ привелъ къ результатамъ, вполнѣ совпадающимъ съ данными, добытыми путемъ другихъ методовъ.—Не спорю.—Въ обстановкѣ опытовъ, производимыхъ по занимающему насъ методу, могутъ иногда оказаться условія, при которыхъ вліяніе постороннихъ мозговому кровообращенію факторовъ можетъ отступить на второй планъ или даже совершенно отсутствовать, и тогда вліяніе мозговыхъ сосудовъ можетъ оказаться превалирующимъ; могутъ далѣе оказаться комбинаціи, при которыхъ вліяніе постороннихъ факторовъ дѣйствуетъ въ одномъ направленіи съ предполагаемымъ вліяніемъ мозговыхъ сосудовъ. Но тѣмъ не менѣе мы должны остаться при выводѣ, что всякій разъ, когда условіями опыта вовлекаются въ игру

эти, посторонніе мозговому кровообращенію, факторы, величина отношенія w представляетъ результатъ многихъ причинъ, среди которыхъ вліяніе мозговыхъ сосудовъ далеко не можетъ считаться самымъ сильнымъ. Чтобы примѣнить методъ Гюртле для оцѣнки состоянія мозгового кровообращенія, необходимо предварительно, для данной комбинаціи опыта, рѣшить вопросъ, не будетъ ли въ этомъ случаѣ отношеніе w измѣняться подъ вліяніемъ другихъ причинъ, ничего общаго съ мозговымъ кровообращеніемъ не имѣющихъ, и въ какой степени можетъ оказаться вліяніе этихъ послѣднихъ. А такъ какъ такого рода апріорный анализъ далеко не всегда возможенъ, то придется всякій разъ посредствомъ фактовъ, добытыхъ другими путями, провѣрить результаты, получаемые методомъ Гюртле; и признавать послѣдніе вѣрными тогда только и въ той только степени, когда и поскольку они подтверждаются другими изслѣдованіями. Съ другой стороны, мы въ настоящее время не имѣемъ ни малѣйшаго основанія отвергать фактами, добытыми методомъ Гюртле, взгляды, установившіеся на основаніи другихъ изслѣдованій. Для иллюстраціи только что сказаннаго возьмемъ вопросъ объ отношеніяхъ, существующихъ между мозговыхъ кровообращеніемъ и кровонаполненіемъ другихъ областей тѣла. По этому вопросу, какъ извѣстно, существуютъ самыя разнорѣчивыя мнѣнія. Большинство, однако, изслѣдователей пришло къ тому выводу, что сосуды мозга отвѣчаютъ расширеніемъ на всякое повышеніе общаго кровянаго давленія, и недавнія изслѣдованія Bidl я Reiner'a [1]) надъ дѣйствіемъ экстракта надпочечныхъ железъ показали, что сосуды мозга послѣ кратковременнаго съуженія расширяются подъ напоромъ крови, вызваннымъ общимъ энергичнымъ сокращеніемъ сосудовъ (l. c. pp. 181 и 183).—Затѣмъ, споръ идетъ о томъ, является ли такое отношеніе моз-

[1]) Bidl я Reiner: Studien über Hirnzirculation Hirnöleu. Pfl. Arch. Bd. 73, 1900 p.

говыхъ сосудовъ чисто пассивнымъ, или же оно обусловливается соотвѣтственной *самостоятельной* иннерваціей послѣднихъ; и на этотъ вопросъ большинство изслѣдователей отвѣчаетъ въ смыслѣ отрицанія самостоятельной иннервации (Ibid p. 169). Ясно, что если на основаніи опытовъ, произведенныхъ по методу Гюртле, думаютъ высказать рѣшающее мнѣніе по этимъ вопросамъ, то такая претензія является неосновательной.

Подводя итогъ всему вышесказанному, можно сдѣлать слѣдующее заключеніе: методъ Гюртле не представляетъ какого либо пріобрѣтенія въ методикѣ изслѣдованія мозгового кровообращенія. Данныя, добытыя путемъ этого метода, не только не могутъ опровергать фактовъ другихъ изслѣдованій, въ случаяхъ взаимнаго разногласія, но даже не могутъ служить подкрѣпленіемъ для этихъ послѣднихъ, въ случаяхъ совпаденія результатовъ, такъ какъ сами нуждаются въ подтвержденіи со стороны данныхъ другихъ методовъ. Перефразируя знаменитое изреченіе, приписываемое легендой калифу Омару относительно книгъ александрійской библіотеки, можно о методѣ Гюртле выразиться такъ: въ тѣхъ случаяхъ, когда этотъ методъ подтверждаетъ данныя, получаемыя другими путями, онъ, какъ излишній, безполезенъ; когда же его результаты противорѣчатъ другимъ даннымъ, методъ этотъ, какъ невѣрный,—вреденъ.

Манометры на сторонѣ раздраженія.

	Car. Centr. до раздраж.	послѣ раздраж.	%	*Car. Periph.* до раздраж.	послѣ раздраж.	%	Отнош. *W* до раздраж.	послѣ раздраж.	
15	107	105	—1.9	48	59	+22.9	0.45	0.56	
	118	124	+5.1	84	92	+ 9.5	0.71	0.74	Табл. 3а.
16	115	118	+2.6	71	80	+12.9	0.61	0.67	
	118	124	+5.1	71	87	+ 7.0	0.63	0.70	
	118	122	+3.4	72	94	+30.4	0.61	0.77	
	126	130	+3.2	81	103	+27.2	0.64	0.79	
18	118	112	—5.1	80	88	+10.0	0.68	0.78	
	116	116	+0	78	86	+10.3	0.66	0.74	
3b	143	142	—0.7%	89	102	+14.5	0.62	0.72	
17	180	180	+0.0	101	123	+21.7	0.54	0.65	Табл. 3b.
	174	176	+1.1	95	115	+21.1	0.54	0.65	
17a	158	158	+0.0	70	90	+28.5	0.44	0.57	
		Средн.	+1.07%			18.0%			

Манометры на противоположной сторонѣ.

15	118	117	— 0.8%	74	76	+ 2.7%	0 62	0.65	
	118	122	+ 3.4	84	88	+ 4.8%	0.71	0.72	
16	116	120	+ 3.4	73	74	+ 1.4	0.63	0.61	
	118	128	+ 8.5	70	64	+ 5.7	0.59	0 58	Табл. 3а.
	114	135	+18.4	67	82	+22.4	0.58	0.60	
	118	140	+18.6	71	80	+12 7	0.60	0.17	
18	116	130	+12.1	80	89	+11.2	0.69	0.68	
	115	124	+ 7.8	80	84	+ 5.0	0.69	0.67	
		Ср.	+ 8.9%		Сред.	+ 8.2%			
3a	146	134	— 8.2	102	93	— 8.8	0.70	0.70	Табл. 3b.
		Ср.	7.0%			+ 6.6%			

Таблица V-я (подлинника). Раздраж. n. depress.

Манометръ на сторонѣ раздраженія.

	Car. Centr. до раздраж.	послѣ раздраж.	%	*Car. Periph* до раздраж.	послѣ раздраж.	%	Отнош. *W.* до раздраж.	послѣ раздраж.
13	90	70	—22.2	70	54	—22.7	0.77	0.77
15	122	90	—26.2	90	68	—24.4	0.73	0.76
16	115	90	—21.7	72	59	—18.1	0.62	0.65
	115	90	—21.7	71	55	—22.5	0.61	0.61
	131	90	—31.3	78	51	—34.6	0.60	0.56
18	121	92	—24.0	85	64	—24.7	0.70	0.70
	125	110	—12.0	84	74	—11.9	0.67	0.67
			Средн.—22.7%			—22.7%		

Манометры на противоположной сторонѣ.

13	90	62	—31.1%	70	47	—32.9%	0.77	0.75
15	122	90	—26.2	90	59	—34.4	0.73	0.65
16	115	78	—32.2	71	43	—39.4	0.61	0.55
	118	90	—23.7	73	49	—32.9	0.61	0.54
18	112	76	—32.1	71	53	—25.3	0.61	0.70
	114	70	—38.6	77	45	—41.5	0.67	0.74
			Средн.—30.6%			—34.4%		

Таблица на стр. 568 подлинника, „W“ вычислено съ 3-мя десятичными знаками.

Man I (mm Wassen)	Man II	Man II / Man I	
103	95	0.92	0.922
278	258	0,92	0.928
612	570	0.93	0.931
958	895	0,93	0.934

Таблицы на стр. 569.

	grösser			Wisershun-kleiner		
Man I (mm Hy)	Man II	Man II / Man I		Man II	Man II / Man I	
30	27	0.90	(0.900)	—	—	—
40	36	0.90	(0.900)	28	0.70	(0.700)
50	45	0 90	(0.900)	35	0.70	(0.700)
60	56	0.93	(0,933)	42	0.70	(0.700)
70	66	0.94	(0.943)	51	0.73	(0.729)
80	71	0.98	(0.938)	58	0.72	(0.725)
90	84	0.93	(0.933)	64	0.71	(0.711)
100	94	0.94	(0.940)	72	0.72	(0.720)
110	104	0.94	(0.945)	79	0.72	(0.719)
120	113	0.94	(0.942)	86	0.72	(0.716)
130	123	1.94	(0.946)	92	0.71	(0.708)
140	132	0.94	(0.943)	100	0.71	(0.714)
150	140	0.93	(0.933)	107	0.71	(0.713)
160	150	0.94	(0.938)	116	0.72	(0.725)
170	161	0.94	(0.947)	124	0.73	(0.729)
180	170	0.94	(0.939)	132	0.73	(0.733)
190	178	0.94	(0.947)	138	0.72	(0.726)
200	189	0.94	(0.945)	144	0.72	(0.720)

Man I (mm Wasser)	Man II	Man II / Man I		Man II	Man II / Man I	
200	172	0.86	(0.860)	170	0.85	(0.850)
400	349	0.87	(0.872)	347	0.86	(0.860)
600	526	0.87	(0.877)	517	0.86	(0.861)
800	—	—	—	690	0.86	(0.862)
1000	877	0.87	(0.877)	863	0.86	(0.863)

Критика и библіографія.

Pierre Marie. Пересмотръ вопроса объ афазіи: афазія съ 1861 по 1866 г; опытъ исторической критики происхожденія ученія Брока. Revision de la question de l'aphasie; l'aphasie de 1861—à 1866; essai de critique historique sur la genèse de la doctrine de Broca. La semaine medicale № 48. 1906 г.

Въ довольно длинной и очень обстоятельной статьѣ снабженной 8 рисунками и иллюстраціями авторъ подробно излагаетъ исторію и развитіе ученія Брока о специфической роли 3-ьей лобной извилины какъ центра членораздѣльной рѣчи. Указавъ, что ученіе Брока основано на данныхъ двухъ вскрытій Leborgne'a и Lelong'a, авторъ задается цѣлью „убѣдить читателей, что ни то ни другое изъ этихъ 2 наблюденій Брока не позволяетъ разсматривать третью лобную извилину, какъ центръ рѣчи".

Съ этой цѣлью авторъ беретъ для изученія „оба знаменитые въ исторіи медицины" мозга, хранящіеся въ музеѣ Дюпюитрена со временъ Брока въ полной неприкосновенности.

При изученіи перваго случая—Leborgne'a оказывается на лицо пораженіе gyrus Broca и зоны Вернике, т. е. первой височной извилины и gyrus Supramarginalis.

Почему же, спрашиваетъ авторъ, Брока остановился только на пораженіи третьей лобной извилины?

Въ основѣ этого, по автору, Лежитъ и клиническая ошибка и ея патолого-анатомическія объясненія.

По свѣдѣніямъ, полученнымъ изъ вторыхъ рукъ Leborgne страдалъ 10 лѣтъ афазіей безъ признаковъ гемиплегіи; Ошибка Брока заключается въ томъ, что онъ считалъ возможнымъ развитіе паралича въ правой рукѣ, затѣмъ въ правой ногѣ черезъ десять лѣтъ послѣ афазіи.

На основаніи наблюдавшихся у больного гемипареза лѣвой щеки и лѣвой ретины Брока дѣлаетъ выводъ, что мозговой очагъ, вызвавшій гемиплегію далъ гомолятеральную монокулярную амбліопію и альтернирующую гемиплегію лица и конечностей.

Такова клиническая ошибка:

Съ патолого-анатомической точки зрѣнія Брока объясняетъ клиническую картину слѣд. обр: мозговое пораженіе началось, по его мнѣнію, съ пункта, гдѣ въ моментъ autopsiи измѣненія наиболѣе глубоки, и распространялось по окружности на другія извилины въ теченіи долгихъ лѣтъ. Именно такія, какъ ему казалось, наиболѣе глубокія измѣненія и нашлись въ 3-ьей и м. б. 2-ой лобной извилинѣ.

Таково происхожденіе ученія Брока.

Подтвержденіемъ его взглядовъ послужило второе вскрытіи—Lelong'a, произведенное въ томъ же 1861 году.

Здѣсь оказалось въ лѣвомъ полушаріи какъ видно на мозгѣ въ музеѣ и теперь, въ основаніи лобныхъ извилинъ утонченіе нижней вѣтви второй лобной извилины, происшедшее по объясненію Брока отъ давленія „серознаго скопленія", найденнаго имъ подъ pia mater.

„Центръ пораженія" по Брока—былъ тотъ же, что въ случаѣ Leborgne'a несмотря на то, что никакого очаговаго пораженія въ 3 лобной извилинѣ нѣтъ.

Въ этомъ случаѣ авторъ объясняетъ ошибку Брока тѣмъ, что онъ принялъ „серозныя скопленія" обычныя въ старчески атрофированныхъ мозгахъ за причину, повлекшую атрофію самыхъ извилинъ. Молодой хирургъ Брока, не зналъ, что подобныя скопленія весьма часты на старческихъ мозгахъ, и авторъ считаетъ его ошибку совершенно естественной при современномъ Брока состояніи знанія.

На вопросъ: какъ объяснить афазію Лелонга, если поврежденіе, найденное Брока, было только кажущимися, авторъ отвѣчаетъ,—что Lelong и не былъ афазикомъ; это было обыкновенное старческое слабоуміе, съ атрофіей мозга и обыч-

ными въ подобныхъ мозгахъ „lacunes de désintégration“ изученныхъ въ посл. время его учениками Ferrand и Cátola.

Такимъ образомъ оказывается, что поврежденіе третьей лобной извилины съ точки зрѣнія афазіи является во 1-мъ случаѣ Брока, какъ и въ другихъ случаяхъ, наблюдавшихся авторомъ—пораженіемъ добавочнымъ и несущественнымъ.

Во второмъ случаѣ Брока поврежденіе было просто кажущееся.

Таково содержаніе первой части указанной нами статьи.

Во второй части авторъ изучаетъ еще болѣе ранній періодъ въ ученіи о локализаціи центра рѣчи, восходя къ ученія Galle'a, идеи котораго горячо пропагандировалъ Bouillaud.

По Gall'ю, какъ видно изъ его атласа способность рѣчи локализуется въ извилинахъ нижней поверхности мозга, и именно, его *правой* доли. Интересуясь кромѣ того френологической стороной вопроса Gall объяснялъ гипертрофіей этого отдѣла мозга особую форму черепа и характерную, по его мнѣнію, форму главъ у нѣкоторыхъ субъектовъ.

Несмотря на серьезныя возраженія со стороны Cruveilhier, Cuvier, Flourens'a Gratiolet и др удивительная на современный взглядъ теорія Gall'я не только держалась четверть вѣка по ея появленіи, но и въ 70 годахъ Gall постоянно цитировался какъ геніальный реформаторъ въ этой области Bouillaud сравнилъ его даже съ Галилеемъ, Коперникомъ и Ньютономъ и даже въ 1861 году поддерживалъ его мнѣніе о локализаціи способности къ членораздѣльной рѣчи въ переднихъ доляхъ мозга.

Очень быстро послѣ двухъ вскрытій Брока появились новыя работы и въ 1863 году уже насчитывалось до 15 случаевъ Афазіи, въ которыхъ констатировано было пораженіе третьей лобной извилины. Теорія Брока была встрѣчена всеобщимъ сочувствіемъ, особенно же со стороны школы Bouillaud, находившаго въ работѣ Брока подтвержденіе взглядовъ, защищавшихся имъ въ теченіи 40 лѣтъ—съ 1825 года. Со стороны же Trousseau Брока встрѣтилъ возраженіе по поводу названія, присвоеннымъ имъ найденнымъ разстройствамъ рѣчи у его первыхъ двухъ больныхъ.

Trousseau отказался принять терминъ „Афемія“ предложенный Брока и настаивалъ на терминѣ „Афазія“, предложенномъ однимъ грекомъ—врачемъ.

Самую же теорію Брока Trousseau считалъ далеко не безупречной.

Возражалъ противъ нея и Jaccoud и Laborde, видѣвшій афазію при цѣлости третьей лобной извилины.

Затѣмъ Bouchard подтвердилъ указаніе Laborde'a вскрытіемъ, гдѣ онъ также нашелъ нетронутой третью лобную извилину, пораженіе „insula" и зоны Вернике, кромѣ другихъ пораженій.

Въ этомъ же родѣ высказался Magnan. Но наиболѣе сильному нападенію подверглась новая теорія со стороны Charcot, вскрывшаго въ присутствіи Брока афазика съ абсолютно нетронутыми третьей лобной извилиной и передними долями вообще. Размягченіемъ разрушены 1-ая и основаніе 2-ой височной извилинъ, двѣ заднія извилины островка, затронутъ gyrus supramarginalis и др. части. Тогда Брока вынужденъ былъ измѣнить свою формулу, смягчивъ ея категоричность, а въ 1864 г. Vulpian разобравъ 12 случаевъ афазіи нашелъ, въ нихъ: случаевъ пораженія лѣвой передней доли съ афазіей—5, случаевъ пораженія передней лѣвой доли безъ афазіи—4; 1 случай пораженія правой передней доли—безъ афазіи и 2 случая афазіи безъ поврежденія переднихъ долей.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ ни Брока ни другіе не обратили достаточнаго вниманія на частоту измѣненій зоны Вернике, огромное значеніе которой для даннаго вопроса указалъ только черезъ 15 лѣтъ Вернике.

Кромѣ того, большую роль въ этомъ вопросѣ съиграло по мнѣнію автора отеутствіе микроскопическаго анализа при всѣхъ этихъ вскрытіяхъ, наблюдавшихся лишь макроскопически безъ серіи срѣзовъ.

Статья написано очень живо и читается съ большимъ интересомъ.

А. Шоломовичъ.

Luigi Mongeri. (Constantinopel). Die Ätiologie und die Behandlung der Puerperalpsychosen. „Allg. Leitschr. f. Psychiatrie". LVII B. 2 & 3 H. 397 s.

Авторъ, наблюдавшій довольно большое количество пуэрперальныхъ психозовъ въ Hôpital international de la Paix

въ Константинополѣ, обращаетъ особенное вниманіе на тотъ фактъ, что во всѣхъ его случаяхъ пуэрперальныхъ психозовъ наблюдалось повышеніе t°-ы (иногда даже до 39,6°—С.).

Авторъ подвергалъ тщательному изслѣдованію своихъ больныхъ, желая найти причину этой лихорадки; однако никогда онъ не могъ констатировать даже незначительныхъ симптомовъ заболѣванія легкихъ, сердца или органовъ живота. Гинекологическое изслѣдованіе, произведенное спеціалистами, также не давало удовлетворительнаго объясненія причины лихорадки. Различныя врачебныя средства, направленныя къ пониженію t°-ы, (ванны, обтиранія, медикаменты) оставались безъ результата.

Припомнивъ изслѣдованія относительно инфекціонной природы остраго бреда, авторъ предположилъ, что и пуэрперальные психозы обязаны своимъ началомъ особому патологическому агенту инфекціоннаго характера; остановившись на такомъ предположеніи, авторъ при первомъ же случаѣ пуэрперальнаго психоза, относившемся къ 22-хъ лѣтней, многорожавшей итальянкѣ, необремененной психопатической наслѣдственностью и заболѣвшей чрезъ 12 дней послѣ родовъ психозомъ (въ формѣ Amentia maniacalis) съ повышенной t°-ой (до 38,5°С.), примѣнилъ впрыскиванія антистрептококковой сыворотки (10 с.с.).

Предварительно д-ромъ *Marie* было произведено бактеріологическое изслѣдованіе крови больной; культура крови на пептонъ-бульёнѣ дала отрицательный результатъ. Уже на другой день послѣ инъекціи установилась нормальная t°, черезъ 11 дней было правда повышеніе t°-ы до 39°С., но авторъ объясняетъ его случайнымъ осложненіемъ со стороны желудочно-кишечнаго канала.

Втеченіи мѣсяца авторъ сдѣлалъ 10 впрыскиваній сыворотки (8, 12, 15, 17, 19. 21, 28 сентября и 1, 3 и 6 октября), уже 26 сентября (30-й день отъ начала психоза) имъ отмѣчается замѣтное улучшеніе, а 8 октября (42-й день болѣзни) у паціэнтки, кромѣ легкаго замедленія перцепціи, другихъ болѣзненныхъ явленій въ психической сферѣ не наблюдалось и 30 октября она выписана изъ Лечебницы вполнѣ здоровою.

Въ аналогичныхъ случаяхъ, гдѣ авторъ не примѣнялъ антистрептококковой сыворотки, повышеніе t°-ы держалось

обычно втеченіи нѣсколькихъ недѣль, въ этомъ же случаѣ больная освободилась отъ лихорадки уже послѣ перваго впрыскиванія сыворотки, а послѣ третьяго стала много спокойнѣе. Такіе результаты отъ исключительно антитоксическаго леченія сывороткой позволяютъ, по словамъ автора, признать наиболѣе подходящимъ къ истинѣ взглядъ тѣхъ врачей, которые объясняютъ происхожденіе пуэрперальнаго психоза аутоинтоксикаціей или инфекціей; отрицательный результатъ культуры крови не говоритъ еще противъ этого взгляда, такъ какъ кровь у больной была взята для изслѣдованія только на 11-й день болѣзни.

Не придавая, конечно, рѣшающаго значенія единичному случаю, авторъ обращается къ товарищамъ съ предложеніемъ испытать этотъ методъ леченія.

Судя по довольно обширному клиническому матеріалу, которымъ располагаетъ Казанская Окружная Лечебница, я могу сказать, что далеко не во всѣхъ случаяхъ чисто пуэрперальныхъ психозовъ наблюдается повышеніе t°-ы тѣла; наиболѣе частая форма этихъ психозовъ—*Amentia*; при этой болѣзни, все равно зависитъ ли она отъ пуэрперальнаго состоянія или отъ какой либо другой причины, иногда наблюдаются эпизодическія повышенія t°-ы тѣла; но у насъ нѣтъ еще достаточныхъ основаній для утвержденія, что такія повышенія t°-ры свойственны исключительно пуэрперальной аменціи.

П. Скуридинъ.

Robert Jones (London). A case of Chorea and Pregnancy with Insanity. „The Journal of Mental Science". V. XLIX. № 206. p. 486.

Авторъ даетъ подробное описаніе случая хореи и душевнаго разстройства, развившихся во время первой беременности и давшихъ рецидивъ при второй. Сущность исторіи болѣзни сводится къ слѣдующему: J.D. 21 года, незамужняя, прислуга. Въ семьѣ паціэнтки не было ни случаевъ помѣшательства, ни алкоголизма, ни кровнаго родства между родителями: отецъ умеръ отъ апоплексіи, 2 брата—отъ ча-

хотки. Сама пацієнтка отличалась хорошимъ физическимъ здоровьемъ, скромностью и живымъ и веселымъ характеромъ.

За нѣсколько времени до заболѣванія пацієнтка испытала большее огорченіе, такъ какъ рѣшенный уже бракъ съ любимымъ ею человѣкомъ вдругъ разстроился; а кромѣ того пацієнтку сильно угнетало то обстоятельство, что она была беременна. Послѣ 2-хъ недѣльнаго періода угнетенія вдругъ развилось на IV мѣсяцѣ беременности состояніе рѣзкаго возбужденія, послужившее поводомъ къ помѣщенію больной въ Clayburg Asylum въ Лондонѣ. Въ Лечебницѣ наблюдалось то чрезмѣрное угнетеніе, во время котораго пацієнтка по— долгу сохраняла одну позу (съеживалась въ комокъ), скрежетала зубами и упорно молчала, то длительное маніакальное возбужденіе, доходившее до такой степени что приходилось держать больную въ мягкой комнатѣ. Черезъ 2 недѣли пребыванія въ больницѣ обнаружилась рѣзко выраженная лѣво-сторонняя хорея. Какъ душевное разстройство съ преобладаніемъ маніакальнаго состоянія, такъ и хорея держались съ небольшими колебаніями спустя еще 3 мѣсяца послѣ родовъ, наступившихъ въ срокъ и протекшихъ благополучно. Затѣмъ постепенно наступаетъ улучшеніе: мысли больной понемногу проясняются, отношеніе къ окружающему становится сознательнѣе и ровнѣе, хореическія движенія исчезаютъ и черезъ 14 мѣсяцевъ пребыванія въ больницѣ (т. е. черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ родовъ) пацієнтка выписывается совершенно здоровою.

Спустя 2 года пацієнтка вновь забеременѣла и на IV или V мѣсяцѣ беременности опять стала обнаруживать признаки душевнаго разстройства такого же бурнаго характера, что и при первомъ заболѣваніи, вслѣдствіе чего вторично была помѣщена въ Clayburg Asylum. На этотъ разъ у больной бросалась въ глаза наклонность къ употребленію скабрезныхъ выраженій и къ театральнымъ жестамъ; въ тоже время существовали и очень бурныя хореическія движенія на правой сторонѣ тѣла, на лѣвой же сторонѣ онѣ были лишь слабо выражены (при первомъ заболѣваніи была лѣвосторонняя хорея). Вслѣдствіе сильныхъ хореическихъ движеній рѣчь была замѣтно разстроена, иногда прикусывался языкъ и получались многочисленные ушибы, на все это больная реагировала глуповатымъ смѣхомъ. Болѣзнь протекала съ такими

же колебаніями, какъ и въ первый разъ. Черезъ 4 мѣсяца пребыванія въ Лечебницѣ паціэнтка благополучно, хотя и нѣсколько раньше срока, родила мальчика. Во время родовъ хореическія движенія были особенно жестоки, такъ что пришлось прибѣгнуть къ хлороформированію. Черезъ 3 мѣсяца послѣ родовъ стало замѣчаться нѣкоторое улучшеніе въ состояніи паціэнтки, но поправленіе на этотъ разъ шло очень медленно, паціэнтка долго еще обнаруживала признаки психической слабости и только черезъ $1^1/_2$ года пребыванія въ больницѣ (черезъ 15 мѣсяцевъ послѣ родовъ) она выписалась по выздоровленіи. Вскорѣ послѣ выписки она предполагала выйти замужъ; послѣ выписки прошло уже 5 лѣтъ повидимому безъ рецидива, такъ какъ паціэнтка болѣе не возвращалась въ Claybury Asylum.

Переходя къ общимъ разсужденіямъ по поводу этого случая, авторъ указываетъ на тѣсное соотношеніе между психической и мышечной дѣятельностью, при этомъ онъ ссылается на очень доказательныя кривыя, полученныя *Kraepelin*'ымъ, относительно ослабляющаго вліянія мышечнаго истощенія (утомленія) на мозговую дѣятельность.

Психозы, связанные съ хореей, при которой мышечная дѣятельность является болѣзненно повышеной, носятъ на себѣ отпечатокъ *притупленія* или *ослабленія психической дѣятельности* и чѣмъ рѣзче проявленія хореи, тѣмъ упорнѣе держится эта психическая слабость; случай автора является какъ бы демонстраціей этого положенія: при первомъ приступѣ хореи съ болѣе легкимъ теченіемъ и психозъ гораздо скорѣе пришелъ къ благопріятному концу, чѣмъ при второмъ, болѣе бурномъ приступѣ. Основываясь на своихъ наблюденіяхъ, авторъ является сторонникомъ *корковой теоріи* хореи: приводимый имъ случай является, по его мнѣнію, подтвержденіемъ этого взгляда, такъ какъ ни ревматизма, ни заболѣванія сердца у его больной не было, а главную роль, видимо, играли сильныя душевныя волненія („обманутыя ожиданія" забеременѣвшей дѣвушки; чувство стыда отъ сознанія, что она беременна; опасенія за будущее: пробужденіе материнскаго инстинкта и т. п.). Эти душевныя волненія, разыгравшіяся на почвѣ первой беременности, которая и сама по себѣ

вноситъ значительныя тѣлесныя и душевныя перемѣны въ организмъ женщины, и дали въ результатѣ комбинацію психоза съ хореей. Далѣе авторъ, считая общепринятымъ фактомъ, что органъ, заболѣвшій или находящійся вообще въ ненормальныхъ, необычныхъ условіяхъ, кладетъ свой отпечатокъ на проявленія психоза, и въ своемъ случаѣ находитъ подтвержденіе этого мнѣнія: его больная, отличавшаяся раньше скромностью, съ развитіемъ психоза втеченіи беременности, когда половые органы испытываютъ такія рѣзкія измѣненія, стала обнаруживать наклонность къ скабрезнымъ выраженіямъ. По мнѣнію автора послѣродовое помѣшательство болѣе, чѣмъ всякое другое, характеризуется непристойными выходками и циничными фразами, стоящими въ такомъ рѣзкомъ контрастѣ съ прежнимъ образомъ жизни и привычками паціэнтокъ.

Такъ какъ въ случаѣ автора послѣ каждыхъ родовъ черезъ нѣкоторый промежутокъ времени всѣ болѣзненныя явленія принимали благопріятное теченіе и исчезали, то онъ ставитъ вопросъ: не является ли этотъ фактъ показаніемъ къ произведенію преждевременныхъ родовъ? находя однако серіезныя противопоказанія противъ этого метода леченія, авторъ оставляетъ этотъ вопросъ открытымъ; (уже то обстоятельство, что въ случаѣ автора между родами и наступленіемъ выздоровленія прошли многіе мѣсяцы, говоритъ противъ цѣлесообразности такого терапевтическаго пріема и, по моему мнѣнію, только *indicatio vitalis* можетъ оправдать примѣненіе этого способа. *Прим. реф.*).

Авторъ предполагаетъ, что его паціентка излечилась совершенно, такъ какъ рецидива не было уже 5 лѣтъ; по его мнѣнію паціентка, выйдя замужъ послѣ вторичной выписки изъ Claybury Asylum попала въ такія хорошія житейскія условія, при которыхъ отсутствовали прежнія нравственныя потрясенія, послужившія причиною ея заболѣваній. Основываясь на своихъ наблюденіяхъ, авторъ отвергаетъ положеніе, что беременныя болѣе расположены къ психозу, когда полъ ребенка—мужской; въ 50 случаяхъ, которые авторъ наблюдалъ въ Claybury Asylum, полъ младенцевъ распредѣляется поровну. Въ заключеніе авторъ приводитъ нѣкоторыя данныя изъ доклада д-ровъ *Cecil Wall*'я и *Russel Andrews*'а (въ Лондонскомъ Медицинскомъ Обществѣ) относительно душев-

ныхъ разстройствъ и хореи у беременныхъ; по мнѣнію этихъ авторовъ причиною хореи при беременности обыкновенно служили душевныя муки, вызываемыя сознаніемъ существованія беременности; появленіе хореи преимущественно около времени перваго шевеленія плода, когда всякія сомнѣнія относительно наличности беременности исчезаютъ, часто даетъ поводъ думать именно о такой природѣ производящей причины; изъ 37 паціентокъ авторовъ у 9-ти хорея появилась на IV мѣсяцѣ беременности, у 7-ми на V-мъ и у 6-ти—на VI мъ. (Въ случаѣ, описанномъ *Robert Jones*'омъ, хорея оба раза развивалась на IV—V мѣсяцѣ беременности). 5 изъ 37 были незамужнія. Непосредственной причиной хореи беременныхъ могутъ быть по *C. Wall*'ю и *R. Andrews*'у также и внезапныя душевныя потрясенія. 5 случаевъ изъ 37 кончились летально. Выкидыши при хореѣ наступаютъ чаще, чѣмъ при беременностяхъ, не осложненныхъ ею. Рецивды хореи при послѣдующихъ беременностяхъ могутъ и не наступать.

П. Скуридинъ.

E. Canton & J. Ingegnieros. Locura del embarazo (Folie gravidique). Buenos. Aires. Br. 1903.

D-r *E. Nicoulau* въ № 2 „Annales Médico—Psychologiques" за 1906 г. излагаетъ содержаніе брошюры проф. *E. Canton*'а и д-ра *J. Ingegnieros* въ Буэносъ-Айресѣ. Авторы указываютъ на серьезное значеніе для женщины функціи дѣторожденія въ дѣлѣ развитія психозовъ. Всѣ стадіи этой функціи могутъ дать поводъ къ развитію различныхъ формъ душевнаго разстройства, составляющихъ общую группу „пуэуперальныхъ психозовъ", сюда относятся, слѣдовательно, помѣшательство беременныхъ, родильницъ, роженицъ и кормящихъ грудью, а также менструальное помѣшательство, такъ какъ менструацію можно разсматривать какъ роды въ миніатюрѣ.

По мнѣнію авторовъ вліяніе беременности можетъ быть сведено подъ 3 категоріи:

1) *рефлекторное*—съ области матки и сосѣднихъ съ нею органовъ; эта область съ наступленіемъ беременности

становится въ совершенно новыя условія по сравненію съ небеременнымъ состояніемъ, особенно рѣзко эта разница сказывается при первой беременности; отсюда ясно, почему первая беременность даетъ и наибольшее число случаевъ заболѣванія душевнымъ разстройствомъ.

2) *токсическое* вліяніе вслѣдствіе разстройствъ общаго питанія, связанныхъ съ беременностью,—и

3) *психическое*, слагающееся изъ ряда неблагопріятныхъ моментовъ, дѣйствующихъ на беременную женщину при уже существующемъ у нея нейропатическомъ предрасположеніи.

Исходъ психоза стоитъ обычно въ зависимости отъ большей или меньшей устойчивости этіологическихъ факторовъ; если болѣзнь рефлекторнаго происхожденія, то удаленіе плода является мѣрой, достаточной для прекращенія болѣзни; если же въ основѣ болѣзни лежатъ токсическія вліянія, то ставится болѣе трудная задача—привести въ нормальныя условія разстройство общаго питанія больной.

Иногда душевное разстройство держится упорно, не смотря на удаленіе прямой причины; здѣсь конечно существенную роль играетъ роковое нейропатическое предрасположеніе больной.

Психозы, связанные съ актомъ родовъ и съ послѣродовымъ состояніемъ, составляютъ наиболѣе многочисленную группу и обязаны своимъ происхожденіемъ или разстройствамъ общаго питанія, развившимся еще во время беременности, или же послѣдующей интоксикаціи организма; травматическія вліянія при родахъ являются факторомъ, дающимъ толчекъ къ развитію психоза.

Психозы періода кормленія грудью относятся большею частью къ разряду токсическихъ.

Менструальные психозы развиваются обычно на почвѣ нейропатической наслѣдственности, здѣсь большую роль играютъ истерія и нейрастенія, осложненныя общимъ истощеніемъ и дизменорреей.

Послѣ этихъ разсужденій общаго характера авторы приводятъ подробное описаніе наблюдавшагося ими случая эклямптическаго помѣшательства, развившагося у 28 лѣтней женщины на VII мѣсяцѣ 5-й беременности, изъ 4-хъ прежнихъ беременностей только третья закончилась въ срокъ; въ прош-

ломъ у больной отмѣчались лишь нѣкоторыя неправильности менструацій; родители ея здоровы, сестра истеричка).

Психозъ начался нѣсколько необычно для эклямпсіи—втеченіи 2-хъ недѣль паціэнтка представляла явленія депрессіи, затѣмъ наступило маніакальное состояніе, державшееся 4 дня и заключившееся первымъ судорожнымъ приступомъ (эпилептиформнымъ). Втеченіи ночи и слѣдующаго дня было 20 судорожныхъ припадковъ. Въ мочѣ бѣлокъ ($3^0/_{00}$—$6^0/_{00}$), уробилинъ, гіалиновые и зернистые цилиндры. Между приступами то полное затемнѣніе сознанія, двигательное безпокойство и галлюцинаціи, то спячка. Втеченіи 6 дней наблюдаются судорожные приступы и явленія галлюцинаторной спутанности, постепенно ослабѣвающіе. Затѣмъ наступили преждевременные роды, вызванные смертью плода, послѣ чего судорожныхъ приступовъ уже не было и психическое разстройство стало быстро исчезать, такъ что черезъ недѣлю послѣ родовъ паціэнтка была уже вполнѣ душевно здорова.

Авторы объясняютъ развитіе психоза въ этомъ случаѣ интоксикаціей организма, а слѣдовательно и мозговой коры двигательной и психической областей; интоксикація, явившаяся результатомъ альбуминуріи, вызвала своимъ вліяніемъ на двигательные центры—судороги, а вслѣдствіе ассоціаціи центровъ повела къ явленіямъ психической спутанности, къ галлюцинаціямъ и бреду. Смерть плода и наступившіе вслѣдствіе этаго преждевременные роды послужили въ данномъ случаѣ моментомъ, освободившимъ организмъ больной отъ условій, благопріятствовавшихъ интоксикаціи, результатомъ чего и явилось быстрое выздоровленіе паціентки.

П. Окуридинъ.

Féré. Note sur l'influence de l'incontinence sexuelle pendant la gestation sur la descendence. „Archiv. de Neurolog“. V. XIX. № 112. 1905.

Féré описываетъ случай эпилепсіи у 8-ми лѣтняго мальчика, интересный преимущественно въ этіологическомъ отношеніи.

Больной былъ старшимъ сыномъ вполнѣ здоровыхъ родителей. Послѣ его рожденія у матери было еще 3 здоровыхъ дѣтей и затѣмъ 1 выкидышъ. Вліяніе сифилиса абсолютно исключается. Самый тщательный анамнезъ не могъ указать какихъ либо дегенеративныхъ явленій среди предковъ родителей. Доискиваясь причины заболѣванія ребенка, *Féré* обратилъ вниманіе на слѣдующее обстоятельство: родители, изъ опасенія имѣть большую семью, отличались большою воздержанностью въ половыхъ удовольствіяхъ, когда же наступила первая беременность, они не видѣли уже необходимости въ такомъ воздержаніи и стали злоупотреблять половыми отношеніями. Ввиду отсутствія какихъ либо другихъ причинъ, которыми можно было бы объяснить развитіе эпилепсіи у первенца, *Féré* и считаетъ *наиболѣе вѣроятной причиной эпилептической дегенераціи ребенка половыя излишества родителей*, допущенныя во время беременности имъ.

Косвеннымъ подтвержденіемъ такого взгляда является то чувство отвращенія къ своимъ мужьямъ, которое испытываютъ нѣкоторыя *беременныя* женщины. Въ этихъ случаяхъ организмъ матери точно по инстинкту защищаетъ ребенка отъ грозящаго ему вырожденія.

Наблюденія зоологовъ относительно жизни различныхъ животныхъ также отмѣчаютъ тотъ фактъ, что самки послѣ оплодотворенія большею частью усиленно избѣгаютъ половыхъ сношеній; у животныхъ этотъ инстинктъ защиты своего потомства выраженъ даже въ болѣе рѣзкой степени, чѣмъ у людей.

П. Скуридинъ.

A. Marie.—Eunuchisme et Érotisme (Nouvelle Icuno graphic de la Salpétrière. № 5, 1906 г.).

Авторъ приводитъ наблюдаемый имъ въ Египтѣ случай душевнаго разстройства эротическаго характера съ соотвѣтствующими обманами органовъ чувствъ.

Дѣло идетъ о 40 лѣтнемъ евнухѣ, подвергшемся полной кастраціи въ раннемъ дѣтствѣ.

Больной былъ помѣщенъ въ госпиталь въ 1903 г. Непосредственной причиной помѣщенія послужило столкновеніе больного съ случайно встрѣтившейся съ нимъ на улицѣ и совершенно, незнакомой ему женщиной.

При поступленіи высказывалъ идеи бреда величія. Свое нападеніе на неизвѣстную ему женщину объяснилъ самозащитой, такъ какъ она хотѣла силой сдѣлать его, больного, своимъ супругомъ. Онъ же пожелалъ остаться вѣрнымъ невидимой принцессѣ, которой владѣетъ.

Онъ слышитъ голосъ принцессы. Она съ нетерпѣніемъ ждетъ момента, когда станетъ его супругой.

Сообщилъ, что не смотря на то, что его кастрировали въ раннемъ возрастѣ, онъ былъ женатъ по Корану на нѣсколькихъ женщинахъ и имѣлъ отъ нихъ дѣтей; что онъ обладаетъ значительной половой силой и испытываетъ живыя ощущенія.

Когда, по его словамъ, онъ имѣетъ общеніе съ принцессой, онъ испытываетъ величайшее наслажденіе и выбрасываетъ семя.

Жалуется на болѣзненность и судороги въ членахъ, что приписываетъ невоздержанности по отношенію къ женщинамъ.

Въ первое время по поступленіи въ госпиталь у больного отмѣчалось состояніе сильнаго возбужденія, смѣнившееся впослѣдствіи состояніемъ депрессіи, прерываемаго время отъ времени приступами возбужденія.

Картина болѣзни напоминала состояніе при dementia praecox. Послѣ двухъ лѣтняго пребыванія въ госпиталѣ, больной становится совершенно спокойнымъ и выписывается изъ госпиталя. Остается часть ощущеній со стороны половой сферы и увѣренность въ неизмѣнномъ къ нему отношеніи со стороны воображаемой принцессы.

Больной высокаго роста. Позвоночникъ искривленъ въ поясничной области; genu valgum.

Широкій тазъ, сильно развитая подкожная клѣтчатка, увеличеніе грудныхъ железъ отсутствіе волосъ на лобкѣ и подъ мышками. На мѣстѣ половыхъ органовъ рубецъ. Отверстіе urerthrae открывается непосредственно въ кожѣ при изслѣдованіи per rectum—нормальные prostata и vesiculum spermaticum.

По теоріи Аббатъ—Паши, возможно при половомъ возбужденіи выбрасываніе содержимаго не изъ семянныхъ железъ, а изъ vesicula, что и имѣетъ мѣсто у даннаго больного.

Наличность субъективныхъ периферическихъ ощущеній авторъ объясняетъ раздраженіемъ слизистой оболочки urethrae грязью и мочевыми осадками.

Съ другой стороны на мѣстѣ рубца нервныя нити, сдавленныя послѣднимъ, претерпѣваютъ восходящее перерожденіе, чѣмъ и можно объяснить явленіе ощущенія воображаемаго органа. Это послѣднее особенно должно относиться къ кастрированнымъ въ post-pubertat'номъ возрастѣ. Приведенное наблюденіе, по мнѣнію автора, лишній разъ доказываетъ самостоятельность психическаго эротизма и подтверждаетъ еще ранѣе высказанное авторомъ положеніе совмѣстимости сексуальныхъ психопатій съ болѣе или менѣе полнымъ половымъ безсиліемъ.

А. Зайцевъ.

Prof. v. *Monakow*. Aphasie und Diaschisis. Neurol. Centralblatt. 1906. № 22.

Имѣя въ виду недостаточность господствующаго ученія объ афазіи для объясненія нѣкоторыхъ клиническихъ явленій и частое несоотвѣтствіе послѣднихъ съ данными патолого-анатомическихъ изслѣдованій, Monakow устанавливаетъ новое понятіе—„діасхизисъ“, явленіе, которое, по его мнѣнію, можетъ освѣтить нѣкоторыя особенности клиническаго теченія афазіи. При пораженіи какого-либо участка мозговой коры страдаютъ или выпадаютъ не только функціи, непосредственно связанные съ нормальной жизнью элементовъ даннаго участка, но въ то-же время страдаютъ и функціи многихъ другихъ участковъ, связанныхъ съ поврежденнымъ при помощи разнообразныхъ нервныхъ связей. Функція участковъ мозговой коры, обычно работающихъ при условіяхъ живого обмѣна возбужденіями съ заболѣвшимъ участкомъ, не можетъ не пострадать при внезапно измѣнившихся условіяхъ. Такимъ образомъ возникаютъ клиническія разстройства, зависящія отъ

выпаденія связей, соединяющихъ поврежденный участокъ мозговой коры съ другими участками ея. Это выпаденіе и названо Monakow'ымъ діасхизисомъ (отщепленіемъ). Діасхизисъ дѣйствуетъ шокообразно. Подвергшіеся дѣйствію его участки постепенно оправляются, равновѣсіе ихъ возстанавливается и они вновь начинаютъ функціонировать. Такимъ образомъ, тѣ клиническія явленія афазіи, тѣ разстройства, которыя наблюдаются лишь въ началѣ заболѣванія и затѣмъ постепенно проходятъ, объясняются явленіемъ діасхизиса. Тѣ-же афазическія разстройства, которыя непосредственно зависятъ отъ поврежденнаго участка мозговой коры, отличаются стойкостью.

Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что явленіе діасхизиса нужно отнести къ категоріи Fernwirkungen (т. е. дѣйствій на разстояніе). Діасхизисомъ авторъ старается объяснить многія явленія, которыя раньше имѣли другое объясненіе. Такъ, напримѣръ, постепенное возвращеніе рѣчи у афизика онъ объясняетъ не викарной дѣятельностью другихъ участковъ мозговой коры, а тѣмъ, что эти разстройства рѣчи находились въ зависимости отъ діасхизиса, вліяніе котораго постепенно сгладилось.

М. Шапиро.

G. Marinesco et J. Minea. Recherches sur la régénérescence de la moelle.—Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière 1906. № 5.

Изложивъ довольно подробно результаты экспериментальныхъ изслѣдованій Stroebe, Fickler'a и Ramon-y-Cajal'я относительно регенераціи спинного мозга и упомянувъ о работѣ Bielschowsky'аго, касающейся патологоанатомическаго изслѣдованія двухъ случаевъ гліомы мозга, авторъ описываетъ данныя, полученныя имъ въ опытахъ надъ собаками и при патологоанатомическомъ изслѣдованіи двухъ случаевъ травматическаго поврежденія спинного мозга у человѣка. Авторъ производилъ полную перерѣзку спинного мозга въ поясничной его части у молодыхъ собакъ. Опыту подверглись 4 собаки, которыя были убиты черезъ 7, 17, 90 и 109 дней послѣ опе-

раціи. Въ первыхъ двухъ опытахъ микроскопическое изслѣдованіе показало слѣдующее. Въ концѣ центральнаго отрѣзка перерѣзаннаго спинного мозга встрѣчается значительное количество концевыхъ шаровъ—massues terminales—различной величины; онѣ наблюдаются на концѣ волоконъ, какъ боковыхъ, такъ и заднихъ столбовъ; направленіе ихъ то восходящее, то нисходящее. Трудно сказать, всѣ ли эти шары дѣйствительно представляютъ концы волоконъ, такъ какъ встрѣчаются также изолированные, безъ всякой связи съ волокномъ и безъ сопровождающихъ клѣтокъ—cellules—satellites. Отъ центральнаго конца спинного мозга исходитъ богатая система новообразованныхъ анастомозирующихъ сосудовъ, между коими находится большое количество клѣточныхъ элементовъ, преимущественно макрофаговъ, наполненныхъ обломками дегенераціи. Отъ обоихъ концовъ перерѣзаннаго спинного мозга, особенно сверху, идутъ группы веретенообразныхъ клѣтокъ съ веретенообразными ядрами. Подобныя клѣтки описаны авторомъ при изученіи процесса регенераціи периферическихъ нервовъ. Тамъ авторъ находилъ, что, спустя нѣсколько дней послѣ перерѣзки, въ периферическомъ концѣ нерва образуются группы веретенообразныхъ клѣтокъ, имѣющихъ веретенообразное ядро, богатое хроматиновыми зернами; клѣтки эти иногда удлиняются и имѣютъ нѣсколько ядеръ, заслуживая названія протоплазматическихъ лентъ. Эти клѣтки имѣютъ большое значеніе въ процессѣ регенераціи нервныхъ волоконъ, такъ какъ онѣ обладаютъ химіотактическими свойствами, къ которымъ весьма чувствительны новообразованные молодые аксоны центральнаго конца. Часто аксоны проходятъ внутри клѣтокъ, питаясь на ихъ счетъ, почему клѣтки и названы авторомъ апотрофическими. Эти то клѣтки играютъ существенную роль также при регенераціи волоконъ перерѣзаннаго спинного мозга. Тяжи этихъ клѣтокъ составляютъ какъ бы мостки, соединяющіе перерѣзанные концы спинного мозга. Новообразованныя нервныя волокна разнаго калибра и вида слѣдуютъ именно въ направленіи тяжей описанныхъ клѣтокъ, которыя авторъ называетъ также cellules—Satellites (клѣтки—спутники). Иногда однако новообразованныя нервныя волокна идутъ по пути новообразованныхъ сосудовъ. Встрѣчаются болѣе толстыя нервныя волокна, многократно дѣлящіяся и образующія иногда настоящія сплетенія. Нѣкоторыя

волокна монилиформны или вообще представляютъ утолщенія, иногда весьма значительныя. Авторъ описываетъ варикозное и „кистозное“ перерожденіе нѣкоторыхъ волоконъ. Въ сѣромъ веществѣ также встрѣчается большое количество концевыхъ шаровъ и новообразованныхъ волоконъ. Нѣкоторыя тонкія волокна имѣютъ на концѣ деревцо или концевую пластинку (plaques terminales). Большинство новообразованныхъ волоконъ вмѣсто того, чтобы по вертикальному направленію проникнуть въ рубецъ, принимаютъ косое или криволинейное направленіе, какъ бы избѣгая проходить черезъ рубецъ, представляющій для нихъ значительное препятствіе. На нижнемъ концѣ наблюдаются приблизительно тѣ же измѣненія.

Изслѣдованіе спиннаго мозга собакъ, убитыхъ черезъ 3—4 мѣсяца послѣ операціи показало слѣдующее. Концы перерѣзаннаго спиннаго мозга оканчиваются въ видѣ конусовъ, вершины которыхъ проникаютъ въ рубецъ. На обоихъ концахъ встрѣчается нѣкоторое количество концевыхъ шаровъ, изъ коихъ иные въ связи съ волокнами. Нѣкоторые концевые шары имѣютъ центральную область окрашенную въ оранжевый цвѣтъ и периферическую желтую Чѣмъ ножже, тѣмъ количество концевыхъ шаровъ, повидимому, становится болѣе ограниченнымъ, они перерождены и разсѣяны, въ бѣломъ веществѣ; въ нижнемъ концѣ ихъ замѣтно больше, чѣмъ въ верхнемъ. Встрѣчаются перерожденныя волокна съ монилиформными утолщеніями. Въ самомъ рубцѣ встрѣчается лишь немного новообразованныхъ волоконъ, изрѣдка соединенныхъ въ пучки; волокна эти проникаютъ въ щели соединительной ткани и даютъ иногда боковыя вѣтви. Нервныя клѣтки, расположенныя возлѣ самой травматизированной области, представляютъ различную степень разрушенія и прежде всего зернистое перерожденіе. Въ узловомъ концѣ захваченныхъ въ разрѣзъ заднихъ корешковъ наблюдаются явленія нутритивнаго возбужденія, состоящія въ образованіи полибиформныхъ продуктовъ, въ образованіи новыхъ волоконъ и, особенно, большого количества концевыхъ шаровъ; послѣдніе объемисты, желтоваты, сопровождаются однимъ или нѣсколькими ядрами, форма коихъ зависитъ отъ ихъ мѣстоположенія.

Данныя патологоанатомическаго изслѣдованія двухъ случаевъ травматическаго сжатія спиннаго мозга, гдѣ при жизни наблюдались явленіи полнаго перерыва проводимости, мало

чѣмъ отличаются отъ вышеописанныхъ. Изъ различныхъ мѣстъ бѣлаго вещества идутъ новообразованныя нервныя волокна и пучки, слѣдуя большею частью по пути новообразованныхъ сосудистыхъ развѣтвленій и проникая въ некротизированные участки, смежные съ болѣе сохранившимися областями бѣлаго вещества. Нѣкоторые волокна оканчиваются концевыми шарами. Съ другой стороны, многія волокна даютъ вторичныя развѣтвленія, все болѣе тонкія и представляющія на своемъ пути маленькія утолщенія съ свѣтлымъ центромъ. Средняя часть рубца содержитъ большое количество новообразованныхъ волоконъ, происходящихъ, повидимому, изъ заднихъ корешковъ, перерѣзанныхъ при сжатіи; въ этихъ тяжахъ находятся молодые аксоны во всѣхъ стадіяхъ развитія; эти аксоны лишены міэлина, проходя черезъ протоплазматическія ленты; они тонки, хорошо окрашены. Внутри протоплазматической ленты можно видѣть иногда волокна, снабженныя почкой роста (cône de croissance). На нижнемъ концѣ спинного мозга наблюдается приблизительно то же, что на центральномъ.

Такимъ образомъ, экспериментальныя и патологоанатомическія изслѣдованія даютъ аналогичныя результаты. Въ обоихъ случаяхъ констатируется новообразованіе нервныхъ волоконъ по двумъ типамъ описаннымъ Ramon y Cajal'емъ и авторомъ при регенераціи периферическихъ нервовъ. Съ одной стороны происходитъ дальнѣйшій ростъ старыхъ волоконъ, а съ другой умноженіе новообразованныхъ волоконъ путемъ послѣдовательныхъ развѣтвленій. Послѣдній процессъ довольно часто наблюдается при регенераціи спинного мозга. Не смотря на двойной процессъ регенераціи, спинномозговой и корешковый, функція спинного мозга все таки не возстановляется и больные остаются совершенно парализованными до конца. Въ самомъ дѣлѣ, для возстановленія функціи спинного мозга необходимо, чтобы вновь установились полезныя связи между различными невронами, предназначенными для центростремительнаго и центробѣжнаго проведенія. Однако новообразованныя волокна и пучки не заходятъ такъ далеко, чтобы установить подобныя связи. На длинномъ пути, который они должны пройти отъ одного конца перерѣзаннаго спинного мозга до другого конца, къ тому-же еще при значительныхъ

препятствіяхъ, они сбиваются и большею частью не встрѣчаются съ соотвѣтствующими невропами.

М. Шапиро.

Prof. *Mingazzini und dr. Polimanti.* Über die physiologischen Folgen von succesiven Exstirpationen eines Stirnlappens (regio praecruciata) und einer Kleinhirnhälfte. (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. 1906 November).

Прежде чѣмъ приступить къ выясненію результатовъ своихъ наблюденій, авторы приводятъ краткій очеркъ различныхъ воззрѣній на двигательныя функціи лобной доли.

Ferrier приписываетъ лобной долѣ задерживающее вліяніе на двигательные центры. Goltz указываетъ, что послѣ экстирпаціи лобной доли наступаютъ точно такія же явленія, какъ послѣ операцій на теменныхъ доляхъ (двигательныя разстройства, зрительныя и т. д.). Gudden первый открылъ у своихъ животныхъ послѣ операцій на лобной долѣ разстройство ровновѣсія и его наблюденія очень напоминаютъ явленія подмѣченныя у животныхъ Munk'омъ, а у людей Bruns'омъ.

Munk первый изслѣдовалъ вліяніе экстирпаціи лобной доли на мышечную силу. Онъ поставилъ съ этой цѣлью рядъ опытовъ на собакахъ и обезьянахъ и, какъ у тѣхъ, такъ и у другихъ, наблюдалъ аналогичныя двигательныя разстройства. Кромѣ того Munk наблюдалъ у обезьянъ послѣ экстирпаціи лобной доли еще другое явленіе, а именно—разстройство въ сохраненіи ровновѣсія. Далѣе Munk нашелъ, что лобная доля далеко не индифферентна по отношенію къ раздраженію ея электрическимъ токомъ, такъ какъ токомъ путемъ у собакъ можно вызвать движенія спины, а у обезьянъ движенія спины и затылка.

Работы вышеупомянутыхъ авторовъ во многомъ расходятся другъ съ другомъ, представляя въ общемъ одну изъ наименѣе освѣщенныхъ и разработанныхъ главъ нервной физіологіи. Это и поступило для авторовъ поводомъ къ дальнѣйшимъ экспериментамъ на собакахъ. Авторы вышеупомянутаго коллективнаго труда сдѣлали 30 операцій на собакахъ,

изъ нихъ только 8 дали вполнѣ опредѣленные результаты. Всѣ эти операціи можно подраздѣлить на четыре типа.

1. *Экстирпація лобной доли и мозжечка на одной и той же сторонѣ.*

Если вслѣдъ за экстирпаціей лобной доли производить экстирпацію полушарія мозжечка на той же сторонѣ, то въ результатѣ операціи имѣется атаксія конечностей и треморъ на обѣихъ сторонахъ, но съ рѣзкимъ преобладаніемъ на сторонѣ операціи.

2. *Экстирпація мозжечка и лобной доли на одной и той же сторонѣ.*

Если вслѣдъ за экстирпаціей полушарія мозжечка экстирпировать лобную долю одноименной стороны, то вызываются атактическія и астеническія явленія противоположной стороны и усиливается уже существовавшая атаксія въ конечностяхъ одноименной стороны.

3. *Перекрестная экстирпація лобной доли и мозжечка.* Послѣ экстирпаціи полушарія мозжечка у собаки, у которой предварительно была удалена противоположная лобная доля, рѣзко усилились слабость и атактическія разстройства въ конечностяхъ той стороны, гдѣ была экстирпирована лобная доля.

4. *Перекрестная экстирпація мозжечка и лобной доли.* Симптомы, вызванные экстирпаціей мозжечка (атаксія и астенія) усиливаются, если удалить лобную долю противоположной стороны.

Разстройства, которыя вызываются экстирпаціей лобной доли, такимъ образомъ, вполнѣ аналогичны тѣмъ, которыя вызываются удаленіемъ полушарія мозжечка; они отличаются другъ отъ друга только степенью.

Г. Маркеловъ.

I. Rabinski. Ma conception de l'hysterie et de l'hypnotisme (pithiatisme). 1906.

Истерія, согласно наиболѣе распространенному взгляду, обязана своимъ характеромъ особому комплексу отдѣльныхъ

симптомовъ, изъ которыхъ ни одинъ самъ по себѣ не будетъ абсолютно характернымъ. Говорятъ вообще, что истерія проявляется въ видѣ двухъ родовъ разстройствъ, однихъ—постоянныхъ, такъ называемыхъ стигматовъ, другихъ—преходящихъ. Стигматы это—анэстезія глотки, сенситиво-сенсоріальная геміанэстезія, состоящая въ хорошо выраженныхъ случаяхъ въ одностороннемъ уменьшеніи остроты спеціальныхъ чувствъ, въ особенности зрѣнія, съ концентрическимъ суженіемъ поля зрѣнія и т. п. Упомянемъ изъ стигматовъ еще различныя болевыя точки, clavus, оворіальную гиперэстезію. Кризы и припадки, параличи, контрактуры, афонія, мутизмъ и т. п. представляютъ явленія нестойкія, которыя появляются внезапно, подъ вліяніемъ эмоцій, и исчезаютъ черезъ нѣкоторое время, не оказывая почти никакого замѣтнаго дѣйствія на общее состояніе. Таковъ классическій взглядъ на истерію.

Приступая къ критикѣ подобнаго взгляда, авторъ прежде всего останавливается на стигматахъ, которые согласно классической доктринѣ, имѣютъ первостепенную важность. Стойкость ихъ составляетъ одну изъ двухъ существенныхъ чертъ, свойственныхъ истеріи. Я считаю себя въ правѣ, говоритъ авторъ, отвергнуть это утвержденіе. Уже много лѣтъ, всякій разъ когда я нахожусь предъ больнымъ. пораженнымъ геміанэстезіей, суженіемъ поля зрѣнія, я стараюсь устранить эти разстройства и я могу сказать, что за исключеніемъ нѣсколькихъ, эксквизитныхъ случаевъ, гдѣ я находился предъ лицомъ „профессіоналистовъ“ истеріи, для которыхъ это состояніе служитъ средствомъ къ существованію и которые скорѣе симулянты, чѣмъ больные, я всегда достигалъ намѣченной цѣли. Разъ я имѣю передъ собой истерика, пораженнаго общей анэстезіей и геміанэстезіей, какъ бы совершенной она ни казалась на первый взглядъ (при чемъ обыкновенное изслѣдованіе, состоящее въ прокалываніи кожныхъ покрововъ иглою, какъ будто бы обнаруживаетъ потерю больныхъ ощущеній), я поступаю слѣдующимъ образомъ. Я неожиданно прикладываю къ мякоти пальцевъ—области особенно чувствительной—оба электрода маленькаго вольтафародическаго аппарата, находящагося въ полномъ дѣйствіи. Тогда я констатирую 19 разъ изъ 20, что изслѣдуемый дѣлаетъ гримасу, обнаруживающую болевое ощущеніе, и отдергиваетъ руку.

Явленія, называемыя стигматами, по мнѣнію автора, представляютъ собою ничто иное, какъ результатъ аутосуччестіи или скорѣе безсознательной суччестіи врача. Разспрашиваніе больного, вопросы, которые ему обыкновенно предлагаютъ, освѣдомляясь о состояніи чувствительности, могутъ оказаться вполнѣ достаточными для пробужденія въ его сознаніи идеи о геміанэстезіи или о зрительномъ разстройствѣ. Вотъ какимъ образомъ я поступаю, говоритъ авторъ, чтобы обезопасить себя отъ подобнаго рода ошибки. Я воздерживаюсь отъ изслѣдованія подобныхъ больныхъ въ присутствіи другихъ, а также никогда не бесѣдую съ учениками въ ихъ присутствіи о симптомахъ, которые могутъ наблюдаться при истеріи. Я поступаю съ точно такой же осторожностью даже въ томъ случаѣ, если больной находится какъ будто бы въ безсознательномъ состояніи или когда съ нимъ происходитъ припадокъ, очень хорошо зная, что его безсознательность не реальна, что это скорѣе всего не безсознательное, а полусознательное состояніе и что все то, что говорится въ его присутствіи, можетъ быть воспринято его интеллектомъ. Передъ изслѣдованіемъ чувствительности я довольствуюсь тѣмъ, что предлагаю больному сказать мнѣ, какъ только онъ замѣтитъ какое-нибудь ощущеніе—уколъ булавки или какое-нибудь другое воздѣйствіе. Затѣмъ, закрывши ему глаза, я прикладываю на различныхъ частяхъ кожныхъ покрововъ кисточку или остріе иглы, или теплые и холодныя предметы; затѣмъ я произвожу пассивныя движенія въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ и наконецъ заставляю больного щупать предметы различной формы. Если я не получаю непосредственнаго отвѣта, я ограничиваюсь вопросомъ: что вы чувствуете? и никогда не спрашиваю въ такой формѣ: чувствуете ли вы, что я дѣлаю? или: чувствуете ли вы на этой сторонѣ такъ же хорошо, какъ и на другой? такъ какъ послѣдній способъ разпроса можетъ уже служить исходной точкой для суччестіи. Уже много лѣтъ, съ тѣхъ поръ, какъ я примѣняю этотъ способъ, я не наблюдалъ ни одного случая геміанэстезіи у людей, которые до консультаціи со мной никогда раньше не подвергались неврологическому изслѣдованію и само собой разумѣется, что я имѣю въ виду больныхъ съ несомнѣнными признаками истеріи, т. е. съ характерными припадками; добавлю, что мое изслѣ-

дованіе въ этомъ направленіи простирается болѣе, чѣмъ на 100 лицъ обоего пола. Суженіе поля зрѣнія, подобно геміанэстезіи, точно также не развивается безъ суччестіи. Такимъ образомъ, симптомы, называемые стигматами, не представляютъ собою постоянныхъ явленій и кромѣ того они не развиваются безъ вѣдома больного. Они будутъ отсутствовать, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, когда изслѣдованіе производится по указанному методу. Стало быть, заключаетъ авторъ, они вовсе не имѣютъ той фундаментальной, важности, которая имъ приписывается, а вмѣстѣ съ тѣмъ классическое воззрѣніе на истерію, ровно какъ и ея опредѣленіе, основанное на существованіи этихъ стигматовъ, оказываются поколебленными въ самомъ своемъ основаніи.

Сопоставленіе истеріи съ другими неврозами привело автора къ заключенію, что истерическія явленія обладаютъ двумя характерными особенностями, именно возможностью быть воспроизведенными при помощи суччестіи съ полнымъ совершенствомъ у извѣстныхъ субъектовъ, съ одной стороны, и способностью ихъ исчезать подъ вліяніемъ одного только убѣжденія съ другой. Истерія есть, такимъ образомъ, особое психическое состояніе, дѣлающее субъекта, пораженнаго имъ, склоннымъ къ суччестіи и способнымъ къ аутосуччестіи.

Истерія, какъ извѣстно, можетъ вызвать разнаго рода параличи, какъ верхнихъ, такъ и нижнихъ конечностей, какъ въ формѣ гемиплегіи, такъ и въ формѣ параплегіи, и при томъ, какъ вялые, такъ и спастическіе параличи, но органическій параличъ, по утвержденію автора, всегда отличается особыми признаками отъ гемиплегій и параплегій истерическаго происхожденія. Однимъ изъ такихъ отличительныхъ признаковъ является повышенія сухожильныхъ рефлексовъ, epilepsia spinalis. Еслибы повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ и настоящая epilepsia spinalis представляли собою первичныя истерическія явленія, ихъ легко можно было бы съ поразительной точностью воспроизводить у нѣкоторыхъ субъектовъ при помощи суччестіи и устранять при помощи одного только убѣжденія. Между тѣмъ это невозможно. Такимъ образомъ, оказывается, что истерія не въ состояніи воспроизвести одну изъ существующихъ чертъ параличей, связанныхъ съ пораженіемъ пирамидныхъ путей. Въ силу подобнаго же рода соображеній авторъ утверждаетъ, что истерія

ни въ коемъ случаѣ не можетъ вызвать параличей, ограничивающихся областью какого-либо периферическаго нерва.

Далѣе авторъ останавливается на кожныхъ и вазомоторныхъ разстройствахъ, на разстройствахъ рѣчи, дыханія, сердечной дѣятельности, на явленіяхъ со стороны почекъ, на такъ называемой истерической лихорадкѣ. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ подобнаго рода дѣло идетъ объ истерическомъ сочетаніи, которымъ описавшіе ихъ врачи были введены въ заблужденіе, а ихъ наблюденія были приняты безъ достаточнаго контроля. Анализъ клиническихъ фактовъ—заставляетъ автора исключить изъ истеріи всѣ тѣ объективныя разстройства, которыхъ неспособна вызвать суччестія.

Выяснивъ отличительныя черты истерическаго невроза, авторъ переходитъ къ опредѣленію гипнотизма, какъ явленія, тѣсно связаннаго съ истеріей. Когда мы говоримъ, что индивидуумъ гипнотизированъ? Тогда, когда, примѣнивъ извѣстные пріемы, мы вызвали извѣстныя нервныя разстройства,—параличи, контрактуры, анэстезіи, каковыя можно затѣмъ путемъ приказанія устранять или возобновлять. Такимъ образомъ эти явленія абсолютно тождественны съ истерическими и если бы не были извѣстны обстоятельства, при которыхъ эти явленія возникли, то невозможно было бы отличить однихъ отъ другихъ. И то и другое явленіе есть продуктъ суччестіи съ той лишь разницей, что гипнозъ требуетъ чужого вмѣшательства, но это есть лишь разница въ оттѣнкахъ. Считая, что гипнотизмъ въ силу своей природы вызываетъ въ душѣ гипнотизированнаго идею, что онъ не уровновѣшенъ, что онъ неспособенъ сопротивляться чужой волѣ, авторъ находитъ примѣненіе гипнотизма вреднымъ и рекомендуетъ прибѣгать къ нему лишь въ крайнихъ случаяхъ.

Согласно сдѣланному выше опредѣленію, истерія ограничивается тѣми разстройствами, которыя способны излѣчиваться однимъ только убѣжденіемъ. Чтобы оттѣнить этотъ характеръ, авторъ предлагаетъ новой терминъ „питіатизмъ“ (*πείθω*—убѣждаю и *ἰατός*—излѣчимый). Преимущество этого новаго термина заключается въ томъ, что благодаря ему уже невозможно смѣшать явленія, названныя питіатистическими, т. е. излѣчимыми и средствомъ убѣжденія, съ явленіями, на которыя убѣжденіе не оказываетъ никакого дѣйствія.

Таково содержаніе вышеозоглавленной работы Babinski'аго. Поставивъ своей задачей дать опредѣленіе истеріи, основанное на анализѣ отдѣльныхъ клиническихъ фактовъ при условіи полнаго отвлеченія отъ всякой предвзятой теоретической идеи и строго объективнаго отношенія къ изслѣдуемымъ явленіямъ, авторъ однако не долго остается на высотѣ своей задачи. Онъ очень скоро покидаетъ строго научную клиническую почву и переходитъ въ область умозрѣнія. Проанализировавъ нѣсколько клиническихъ явленій, авторъ дѣлаетъ слѣдующее заключеніе: всѣ явленія истеріи могутъ быть воспроизведены при помощи суччестіи, а съ другой стороны, могутъ быть уничтожены путемъ одного только убѣжденія. Эта чисто апріорная концепція въ дальнѣйшемъ изслѣдованіи становится уже вполнѣ реальнымъ фактомъ, извѣстными рамками, въ которыя втискиваются клиническія явленія. Идея, положенная авторомъ въ основу своего пониманія истеріи несомнѣнно содержитъ въ себѣ очень много остроумнаго и оригинальнаго, но тѣмъ не менѣе существуетъ цѣлый рядъ клиническихъ фактовъ, которые рѣзко противорѣчатъ ей и никакъ не могутъ быть уложены въ тѣ узкія рамки, которыя создалъ для истеріи Babinski.

Г. Маркеловъ.

А. Л. Шварцъ. Къ ученію о дегенеративныхъ и регенеративныхъ измѣненіяхъ въ центральной нервной системѣ. Изъ Патологич. кабинета института Эксперим. медицины. Диссерт. 1906 г.

Авторъ задался цѣлью прослѣдить при помощи новѣйшихъ методовъ изслѣдованія измѣненія въ центральной нервной системѣ, главнымъ образомъ, въ клѣточныхъ нейрофибрилляхъ, встрѣчающіяся при дегенеративныхъ процессахъ.

Для этого онъ пользовался искусственной эмболіей, которую вызывалъ у кроликовъ, впрыскивая имъ въ art. carotis особымъ образомъ приготовленную восковую эмульсію. Къ эмульсіи прибавлялась въ небольшомъ количествѣ осьміева кислота для того, чтобы была возможность наблюдать область распространенія инъекціонной массы. Животное черезъ нѣко-

торое время убивалось, изслѣдовалось микроскопически, центральная нервная система обрабатывалась по R. y Cajal'ю. Въ общемъ было произведено восемь опытовъ.

Въ большинствѣ случаевъ вскорѣ послѣ впрыскиванія можно было наблюдать рядъ общихъ явленій въ видѣ вялости, отдышки, сердцебіенія, за которыми слѣдовала атаксія, судороги, а нерѣдко и параличъ въ формѣ моно-или гемиплегіи. Пораженіе мозга макроскопически заключалось въ отдѣльныхъ фокусахъ кровоизліянія и размягченія. Нужно однако замѣтить, что по наблюденіямъ автора пораженія клѣтокъ не представлялись строго изолированными, и ограниченными только участкомъ закупореннаго сосуда, а распространялись далеко за его предѣлы. Повидимому, кромѣ разстройствъ въ кровообращеніи, мы имѣемъ дѣло съ особыми колебаніями въ біохимическихъ процессахъ, вызывающими столь распространенныя измѣненія.

Въ спинномъ мозгу пораженія локализировалась большей частью въ шейномъ и грудномъ его отдѣлѣ, главнымъ образомъ, въ клѣткахъ переднихъ и боковыхъ роговъ.

Фибриллярная структура клѣтки измѣнялась въ томъ смыслѣ, что первичныя фибрилли распадались и исчезали, такъ что клѣтка пріобрѣтала равномѣрнозернистый видъ. По мнѣнію автора эта зернистость только кажущаяся, являющаяся „оптическимъ выраженіемъ очень тонкой мелкопетлистой сѣти нѣжныхъ вторичныхъ фибриллей". Отсюда строитъ предположеніе о возможности возстановленія функцій клѣтки при сохраненіи вторичныхъ фибриллей. Патологическій процессъ въ различныхъ отдѣлахъ клѣтки наступалъ, по наблюденіямъ автора, не одновременно, а именно: начинаясь съ самаго тѣла клѣтки, онъ только въ позднѣйшихъ стадіяхъ переходилъ на отростки. Кромѣ вышеописаннаго уничтоженія первичныхъ фибриллей авторомъ наблюдались и дальнѣйшія формы патологическаго процесса, выражавшіяся въ гибели глубокой фибриллярной сѣти, ядра а затѣмъ и самой клѣтки. Всѣ эти явленія поступали въ разное время, однако спустя уже 5 часовъ послѣ впрыскиванія можно было наблюдать рѣзкія измѣненія въ клѣткахъ.

Въ контрольныхъ опытахъ авторъ обратилъ вниманіе на тотъ фактъ, что иногда въ совершенно нормальномъ мозгу встрѣчаются измѣненныя въ своемъ строеніи клѣтки, окру-

женныя значительнымъ количествомъ лейкоцитовъ. Въ этихъ случаяхъ, по его мнѣнію, „мы можемъ допустить въ ограниченномъ масштабѣ гибель (изнашиваемость) первныхъ клѣтокъ и явленія нейронофагіи".

Кромѣ метода Cajal'я авторъ примѣнялъ въ своихъ изслѣдованіяхъ также методы Donaggio и Bielshowsk'аго. Сопоставляя между собой полученыя при этомъ микроскопическія картины, онъ рѣшительно отдаетъ предпочтеніе методу Cajal'я въ виду его сравнительной легкости а также ясности получающихъ при немъ микроскопическихъ картинъ. Правда, и тутъ далеко не всегда можно достигнуть удовлетворительныхъ результатовъ. Такъ при обработкѣ различныхъ отдѣловъ мозга голубей, а также головного мозга другихъ животныхъ, авторъ къ своему удивленію, не смотря на всѣ старанія не могъ получить ясныхъ и отчетливыхъ микроскопическихъ картинъ.

Для изученія вопроса о дегенеративныхъ и особенно регенеративныхъ процессахъ въ центральной нервной системѣ авторъ предпринялъ рядъ опытовъ надъ животными, вызывая у нихъ травматическія поврежденія въ различныхъ отдѣлахъ мозга. Съ этой цѣлью у животныхъ въ однихъ случаяхъ перерѣзался спинной мозгъ, въ другихъ удалялась часть коры, иногда отдѣльныя доли мозга и, наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже цѣлыя полушарія. На голубяхъ при этомъ можно было наблюдать весьма интересное явленіе, отмѣченое уже нѣкоторыми изслѣдователями и заключавшееся въ томъ, что лишенныя полушарій голуби не обнаруживали однако, какихъ либо двигательныхъ разстройствъ. У нихъ при такой операціи замѣчалась лишь потеря зрѣнія при сохраненіи движеній глазными яблоками. Къ сожалѣнію, какъ уже было упомянуто выше, авторъ не могъ получить помощью метода Cajal'я ясныхъ картинъ голубинаго мозга и въ виду этого ограничился лишь наблюденіемъ функціональныхъ измѣненій.

Дальнѣйшіе опыты производились надъ кроликами и надъ собаками. Перерѣзая у нихъ на разной высотѣ спинной мозгъ или только его половину, авторъ въ первое время могъ наблюдать рядъ двигательныхъ и чувствительныхъ разстройствъ, которыя, однако, съ теченіемъ времени понемногу сглаживались а иногда (при односторонней перерѣзкѣ мозга) и совсѣмъ исчезали. При микроскопическомъ изслѣдованіи такого мозга прежде всего можно было замѣтить, что даже при весьма

слабыхъ поврежденіяхъ бѣлаго вещества, получались измѣненія въ клѣткахъ какъ заднихъ такъ и переднихъ роговъ. При болѣе значительныхъ поврежденіяхъ измѣненія становятся болѣе распространенными, захватывая различные отдѣлы мозга. Повидимому тутъ играетъ роль то обстоятельство, что мѣстами клѣточные отростки переходятъ на другую сторону мозга, мѣстами же клѣтки соединяются между собой асоціаціонными волокнами. Любопытно отмѣтить тотъ фактъ, что пораженія клѣтокъ, помимо области примыкающей непосредственно къ мѣсту травмы, наблюдалось еще въ весьма рѣзкой формѣ въ клѣткахъ продолговатаго мозга, передаваясь такимъ образомъ на значительное разстояніе въ нервные центры.

Измѣненія фибриллярной структуры клѣтки начинаются обыкновенно съ перинуклеарной сѣти въ формѣ ея разрѣженія а потомъ и распада (fragmentation авторовъ), позднѣе же всего пораженіе распространяется на клѣточные отростки. Въ виду этого авторъ не согласенъ приписывать дендритамъ и осевоцилиндрическому отростку различныя функціи, какъ это дѣлалось до сихъ поръ, считая, что задача тѣхъ и другихъ одна и та же—служить и проводниками первной энергіи.

Картина измѣненія фибриллей бываетъ такая же какъ и при другихъ патологическихъ состояніяхъ: мы наблюдаемъ разрушеніе первичныхъ фибриллей, за которыми слѣдуетъ гибель вторичныхъ и распадъ ихъ на мельчайшія зерна. Иногда пораженіе начинается съ гипертрофіи нейрофибриллей, сліянія ихъ между собой, образованія лентъ, комковъ, толстыхъ пучковъ (fuseaux, grumeaux авторовъ).

Вакуолизація клѣтки наблюдалась лишь въ участкахъ, лежащихъ выше мѣста поврежденія. Въ участкахъ же лежащихъ ниже мѣста поврежденія наблюдается истонченіе и поблѣдненіе нейрофибриллярной сѣти. Повидимому это явленіе зависитъ отъ устраненія нутритивныхъ вліяній вышерасположенныхъ центровъ на клѣтки лежащія книзу или, быть можетъ, отъ перерыва въ нервномъ раздраженіи. Однако авторъ не находитъ возможнымъ выдѣлить истонченіе фибриллей въ особую форму, какъ это дѣлаютъ нѣкоторые изслѣдователи, въ виду того, что такое явленіе, по его мнѣнію, не можетъ считаться характернымъ. Вопросъ о возстановленіи нейрофибриллей въ клѣткѣ подвергшейся уже патологическимъ измѣ-

пеніямъ не можетъ быть рѣшенъ, по мнѣнію автора, въ томъ или иномъ смыслѣ въ виду отсутствія признаковъ, которые помогли бы отличить клѣтку съ возстановленными фибриллями отъ начальныхъ стадій ея патологическаго измѣненія.

Если животное выживаетъ, то обыкновенно начинается регенерація нервныхъ волоконъ, причемъ источникомъ этой регенераціи является центральный отрѣзокъ спинного мозга. Въ началѣ обыкновенно появляются безмякотныя волокна позднѣе же можно наблюдать и болѣе крупныя мякотныя. Эти волокна обыкновенно направляются изъ верхней культи мозга черезъ образовавшійся на мѣстѣ травмы рубецъ, причемъ направленіе ихъ соотвѣтствуетъ длиннику мозга. Авторъ на своихъ препаратахъ не могъ замѣтить, чтобы клѣтки Швановской оболочки или эпителій центральнаго канала играли бы при этомъ направляющую роль, какъ это описано нѣкоторыми изслѣдователями. Онъ самъ могъ констатировать появленіе этихъ новообразованныхъ волоконъ уже на седьмой день послѣ травмы.

Новообразованныя нервныя волокна часто бываютъ снабжены на концѣ сферическими утолщеніями (massues, boules terminales), въ которыхъ можно бываетъ видѣть строеніе. Здѣсь мы, слѣдовательно, наблюдаемъ регенерацію нервной ткани путемъ возрожденія основной ея единицы—фибрилли. Этотъ процессъ ведетъ къ тому, что наступаетъ соединеніе отдѣльныхъ отрѣзковъ и такимъ образомъ возстановляется проводимость нерва.

Новообразованіе нервныхъ клѣтокъ авторомъ никогда не наблюдалось. Таковы регенеративныя явленія, которыя удалось изучить автору на основаніи его препаратовъ.

Опытъ, однако, показываетъ, что и при отсутствіи регенераціи больныхъ жизнь и функціи спинного мозга бываютъ возможны даже и тогда, когда мы имѣемъ весьма распространенныя перерожденія нервныхъ клѣтокъ. Авторъ думаетъ, что, повидимому, существуетъ извѣстный minimum нейрофибриллярнаго апарата при которомъ жизнь еще возможна. Въ дополненіе къ экспериментальнымъ даннымъ онъ приводитъ еще наблюдавшіеся имъ три случая травматическаго поврежденія мозга у человѣка. Здѣсь особенно обращаетъ на себя вниманіе тотъ фактъ, что смерть во всѣхъ трехъ случаяхъ наступала совершенно неожиданно. Нужно думать, что тутъ

именно и произошло нарушеніе этого minimum'а въ виду перерожденія клѣтокъ важны для жизни узловъ продолговатаго мозга, которое и повлекло за собой столь быстрый исходъ.

Въ послѣдней главѣ своего труда авторъ предвидитъ возраженія касающіяся того, что находимыя имъ измѣненія въ клѣткахъ, быть можетъ, не всегда представляются явленіями патологическими, такъ какъ къ нимъ очень легко могутъ причислятся и тѣ трупныя измѣненія, которыя естественно должны возникать весьма скоро послѣ гибели животнаго. Въ виду возможности такого рода сомнѣній онъ и продѣлалъ рядъ опытовъ, спеціально ради изученія трупныхъ измѣненій въ клѣткахъ.

Изслѣдованія производились въ разные сроки послѣ смерти животнаго. При этомъ удалось обнаружить, что нормальное фибриллярное строеніе клѣтки можетъ быть вполнѣ ясно наблюдаемо спустя 32 часа послѣ смерти, причемъ трупъ сохранялся при температурѣ $+18^{0}$. По истеченіи болѣе продолжительнаго срока съ момента смерти наступаетъ обыкновенно распадъ нейрофибриллей, далѣе полное исчезаніе ихъ, зернистый метаморфозъ протоплазмы и ядра и, наконецъ, гибель самой клѣтки. Эти картины почти совпадаютъ съ описанными нѣкоторыми другими авторами (Marinesco, Lache) и указываютъ на родство трупныхъ измѣненій съ крайними стадіями патологическаго состоянія клѣтки.

Однако при всѣхъ опытахъ, на которыхъ подробно изучались явленія дегенеративныхъ и регенеративныхъ измѣненій въ центральной нервной системѣ, вскрытіе животнаго производилось значительно раньше, чѣмъ по истеченіи 32 часовъ съ момента смерти. Принимая это во вниманіе, можно совершенно исключить въ описываемыхъ авторомъ микроскопическихъ картинахъ наличность посмертнаго разрушенія и такимъ образомъ всѣ уклоненія отъ нормы въ фибриллярной структурѣ клѣтки должны быть цѣликомъ отнесены на счетъ дегенеративныхъ измѣненій въ ней.

Е. Шевалевъ.

М. Я. Дрознесъ. Задачи медицины въ борьбѣ съ современной первозностью. Общественныя санаторіи для нервныхъ больныхъ. Одесса 1907 г.

По примѣру Германіи необходимо устроить въ Россіи общественныя санаторіи для менѣе состоятельныхъ нервныхъ больныхъ. Послѣ статей Möbius'a по этому вопросу близъ Берлина была устроена санаторія „Haus Schönow" отчасти на суммы, пожертвованныя для этой цѣли, отчасти на деньги, полученныя отъ взноса членовъ общества, поставившаго себѣ цѣлью поддержку этого предпріятія. Въ санаторіи за 6 лѣтъ перебывало 3369 человѣкъ, изъ которыхъ 77,9% вышли трудоспособными. Блестящій примѣръ вызвалъ подражаніе въ Швейцаріи, въ Франкфуртѣ, Баденъ-Баденъ, Ганноверѣ Въ Австріи Ротшильдомъ пожертвовано 20 милліоновъ для народныхъ нервныхъ лечебницъ.

Въ этихъ санаторіяхъ, кромѣ примѣненія современныхъ методовъ леченія, врачъ долженъ, подобно умѣлому хозяину, приводящему въ порядокъ разстроенное имѣніе, направить больного на путь мышленія и дѣла: правильно организовать физическія и умственныя работы, которыя, отвлекая больного отъ вредныхъ мыслей и привычекъ и дисциплинируя его, укрѣпляли бы его волю, улучшали физическое состояніе, а равнымъ образомъ доставляли бы удовольствіе и даже наслажденіе ему, упражняя духовныя и тѣлесныя силы, и пробуждая вѣру въ самого себя. Всего этого можно достигнуть, конечно, при индивидуализаціи каждаго случая, а этому способствуетъ цѣлесообразная организація работъ. Необходимы земледѣльческія занятія, садоводство, различныя мастерскія, чтобы больные могли найти для себя соотвѣтствующую ихъ силамъ и желанію работу.

Устройство подобныхъ народныхъ лѣчебницъ для нервнобольныхъ требуетъ поддержки городскихъ и земскихъ учрежденій, которыя, предоставивъ безвозмездно земельный участокъ и назначивъ субсидію, проявятъ не только актъ справедливости и долга, но и облегчатъ себя въ финансовомъ отношеніи, потому что исчезнетъ надобность въ расходованіи средствъ на часто неприспособленныя лечебницы для нервныхъ больныхъ и пособія заболѣвшимъ.

В. Рудневъ.

С. Коршунъ. Колонія для душевнобольныхъ „Eglfing" близъ Мюнхена (Oberbayerische Heil und Pfleganstalt Eglfing). Харьковскій Медиц. журн. 1907 г. № 1.

Грандіозное учрежденіе, недавно выстроенное Баварскимъ государствомъ за 8 милліоновъ марокъ на земельномъ участкѣ, стоящемъ 1 милліонъ марокъ. Живописный городокъ съ церковью, разнообразная архитектура зданій, веранды, садики. 87 зданій, изъ нихъ 30 больничныхъ: мастерскія, театръ, прачешная, скотный дворъ. Полная свобода для спокойныхъ больныхъ, могущихъ гулять въ лѣсахъ и паркахъ колоніи. Терапевтическія и общегигіеническія условія выполнены блестящимъ образомъ. Для развлеченія концертный залъ, сцена съ подъемными декораціями, свѣтовыя эффекты. Обильное снабженіе колоніи водой изъ абиссинскаго колодца. Сточныя воды справляются на поля орошенія, гдѣ помѣщаются огороды и луга. На скотномъ дворѣ 80 коровъ. Хозяйственныя работы исполняются пацієнтами. Изъ центральнаго зданія, котельнаго дома, нагрѣтый паръ подъ давленіемъ 12 атмосферъ посредствомъ изолированныхъ трубъ проходитъ въ павильоны, идя по различнымъ трубамъ, смотря по внѣшней температурѣ. Кухни и ванны имѣть особыя трубы. Автоматическіе аппараты съ электрической сигнализаціей сообщаютъ о состояніи t-ры отапливаемыхъ зданій и также указываютъ мѣсто порчи трубъ. Экономія перегретаго пара достигается количествомъ спиралей, число которыхъ съ 5 можетъ быть уменьшено до 2. Вентиляція нагрѣтымъ и увлажненнымъ воздухомъ. Изоляторы отапливаются особыми камерами.

Содержаніе колоніи въ годъ около 860.000 марокъ. Доходъ колоніи 500,000 марокъ, дефицитъ т. обр. 360,000 м., около 169,00 рублей на наши деньги. Изъ 1000 больныхъ, слѣдовательно, содержаніе каждаго обошлось въ *169* рублей. [Въ Одессѣ въ 1905 г. содержаніе каждаго больного обошлось въ *403* рубля].

В. Рудневъ.

Общество трудовой помощи въ Ярослав губ. Отчетъ по убѣжищу алкоголиковъ за 1905 г. Составилъ врачъ *А. А. Голосовъ*.

Въ сложной системѣ практическихъ мѣропріятій, которыя рекомендуются обществу для борьбы съ алкоголизмомъ одно изъ важныхъ мѣстъ занимаютъ т. наз. пріюты или убѣжища для острыхъ алкоголиковъ. Къ сожалѣнію эти убѣжища крайне рѣдки, и не только въ провинціи, но и въ Петербургѣ и Москвѣ острые алкоголики попадаютъ съ улицы въ самыя варварскія условія; сплошь и рядомъ они подвергаются форменному истязательству—какъ напр. извѣстное оттираніе ушей для отрезвленія, часто обираются, избиваются и попадаютъ наконецъ въ отвратительные, грязные, холодные и земные углы „клоповниковъ“. Пишущему эти строки привелось, напримѣръ, видѣть въ Саратовѣ, имѣющемъ даже амбулаторію для лѣченія алкоголиковъ гипнозомъ, „помѣщеніе“—сажени въ $2^1/_2$ длиной и $1^1/_2$ саж. шириной, гдѣ на нарахъ и подъ нарами въ страшной грязи и полной темнотѣ валялось 6—7 человѣкъ въ безсознательномъ состояніи—безъ всякой помощи. И такъ, повидимому, вездѣ.

Счастливымъ исключеніемъ является въ этомъ отношеніи городъ Ярославль, какъ убѣждаетъ насъ вышеназванная книжка—отчетъ по убѣжищу для алкоголиковъ. Общество трудовой помощи въ „Ярославск. губ.“ основало убѣжище для алкоголиковъ съ цѣлью дать пріютъ безчувственно пьянымъ съ улицы, оказать имъ медицинскую помощь и во время ихъ нахожденія въ убѣжищѣ и по выходѣ изъ него—амбулаторно. Кромѣ того имѣется въ виду нравственная поддержка и внушеніе идеи излѣчимости алкоголизма, а также содѣйствіе распространенію идей трезвости путемъ лекцій, чтеній и т. д. Убѣжище субсидируется Губернскимъ и Уѣзднымъ земствами Ярославск. губ. и Комитетомъ о Народной Трезвости. Въ отчетномъ году было принято всего 1430 человѣкъ (1305 мужчинъ и 125 женщинъ), среднимъ числомъ 3,91 въ день. Ночевало въ среднемъ 17,15 г, находилось на довольствіи въ среднемъ 15,02 г. въ день. Отказано было въ пріемѣ 495 человѣкамъ по недостатку мѣста, 11 больнымъ изъ-за буйства ихъ, и 4 вслѣдствіе тяжелыхъ соматическихъ болѣзней. Изъ числа принятыхъ—безпокойныхъ оказалось 538 ч., буйныхъ—

23, остальные спокойные. По собственному желанію поступило 1080 чел., доставлены насильно 350 г., амбулаторію посѣщали 81 чел. (14 дипсомановъ, 51 хроніч. алкоголикъ и 16 острымъ опьяненіемъ). Всего сдѣлано 506 посѣщеній. Расходъ по убѣжищу равнялся 2320 р.—46 к. т. е. каждый доставленный обошелся Обществу Трудовой Помощи 2 р. 32 к. Персоналъ Убѣжища: врачъ, фельдшеръ, нянька, 2 служителя и дворникъ. Убѣжище просуществовало до конца отчетнаго года 2 года и 4 мѣсяца. Количество доставленныхъ и количество отказовъ—прогрессируетъ: въ 1904 г. отказовъ 179, въ 1905 г.—496; растутъ также и симпатіи населенія къ убѣжищу, что видно изъ увеличенія числа добровольныхъ поступленій.

Въ тщательно составленомъ и разработанномъ отчетѣ д-ра Голосова обращаютъ на себя вниманіе таблицы о движеніи больныхъ и № 36—о стоимости каждаго больного.

Изъ всей массы поступившихъ 1430 ч. было отправлено въ психіатрическую лечебницу всего двое.

Эта цифра въ связи съ цифрой 2 р. 32 к. указывающей стоимость каждаго доставленнаго въ пріютъ является весьма краснорѣчивымъ доводомъ въ пользу безусловной необходимости освобожденія психіатрическихъ учрежденій отъ алкоголиковъ. Ясно до какой степени безцѣльно обремененіе психіатрическихъ учрежденій алкоголиками, отнимающими тамъ массу средствъ и энергіи въ то время какъ спеціальные пріюты обходятся такъ дешево и являются гораздо болѣе приспособленными для алкоголиковъ. Во введеніи къ отчету авторъ помѣстилъ извлеченіе изъ протоколовъ Кіевскаго съѣзда отечественныхъ психіатровъ по вопросу о лѣченіи алкоголиковъ, а въ приложеніи помѣщена его популярная статья: Алкоголизмъ и нервныя болѣзни—написанная повидимому для не врачей.

„Отчетъ“ довольно убѣдительно доказываетъ что, во всякомъ случаѣ—противники алкоголя должны привѣтствовать учрежденія, подобныя Ярославскому и всячески ихъ пропагандировать.

А. Шоломовичъ.

Письмо въ редакцію.

Милостивый Государь
Г. Редакторъ.

Правленіе Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова проситъ Васъ напечатать въ ближайшемъ № Вашаго изданія слѣдующее заявленіе:

Очередной X й Пироговскій съѣздъ врачей созывается въ Москвѣ 25-го апрѣля—2-го мая 1907 года.

Списокъ секцій, завѣдующихъ ими и програмные вопросы были своевременно разосланны въ медицинскія общества, коллегіальныя общественно-медицинскія учрежденія и напечатаны въ Пироговскомъ „Журналѣ“ (1905 г. № 3—4). Могущія быть измѣненія въ этомъ спискѣ будутъ своевременно опубликованы.

Желающіе сдѣлать сообщенія на этомъ съѣздѣ приглашаются присылать по адресу Правленія аутореферата или во всякомъ случаѣ положенія своихъ докладовъ возможно заблаговременно и никакъ не позже 1-го апрѣля, чтобы дать возможность Правленію отпечатать положенія къ началу съѣзда.

Членскій взносъ на съѣздъ, въ виду полнаго истощенія средствъ у Пироговскаго Общества, назначается въ 10 руб., причемъ члены съѣзда будутъ считаться и членами Общества въ 1907 г. и получатъ „Журналъ О-ва“. Тѣ врачи, которые уже записались въ члены Общества на 1907 г. и прислали 5-ти рублевый взносъ, дѣлаютъ дополнительный возносъ 5 р. въ случаѣ ихъ желанія быть членами съѣзда и получатъ всѣ его изданія.

Членскіе взносы на съѣздъ и положенія докладовъ слѣдуетъ присылать по слѣдующему адресу: Москва. Арбатъ, Денежный пер., д. 28, кв. 5. Правленіе Общества русскихъ врачей въ Н. И. Пирогова. По этому же адресу просятъ обращаться со всѣми справками по поводу съѣзда.

Правленіе.

Милостивый Государь
Г. Редакторъ.

Правленіе Общества рускихъ врачей въ память Н. И. Пирогова проситъ Васъ напечатать въ ближайшемъ № Вашего изданія заявленіе секціи борьбы съ дѣтской смѣртностью.

На предстоящемъ X-мъ Пироговскомъ съѣздѣ впервые организуется особая секція по борьбѣ съ дѣтской смертностью. Обращаемся къ Вамъ съ убѣдительной просьбой принять участіе въ работахъ секціи, какъ по программнымъ вопросамъ, такъ и по всѣмъ другимъ, близко касающимся охраны жизни и здоровья дѣтей отъ рожденія до 15 лѣтъ. Кромѣ Вашего личнаго присутствія на засѣданіяхъ секціи, было бы весьма желательно и внесеніе доклада, какъ по програмнымъ вопросамъ, такъ и по всѣмъ, касающимся способовъ изученія и борьбы съ дѣтской смертностью.

Аутореферата, въ крайнемъ случаѣ, положенія доклада, просимъ Васъ доставить не позднѣе 1 го апрѣля для своевременнаго напечатанія и для распредѣленія занятій секціи.

Программные вопросы: 1) Сообщенія о дѣятельности существующихъ въ Россіи организацій въ дѣлѣ борьбы съ дѣтской смертностью (также—о ясляхъ, колоніяхъ, санаторіяхъ и проч.). 2) Вопросы регистраціи заболѣваемости и смертности дѣтей. 3) Мѣры борьбы съ дѣтской смертностью въ Россіи и въ Западной Европѣ. 4) Вопросы по переустройству учебно-воспитательнаго дѣла.

Завѣдующіе секціей:

Д. Е. Гороховъ. (Москва, Садовая Кудринская, Софійская дѣт. б-ца).

А. А. Кисель. (Москва, 1-я Мѣщанская, дѣт. б-ца Св. Ольги).

Хроника и смѣсь.

— Въ Лейпцигѣ скончался 9 января знаменитый своими работами о Базедовой болѣзни, о леченіи нервныхъ болѣзней и устройствѣ больницъ для нервныхъ болѣзней, о родильномъ невритѣ, о патологіи шейнаго сочувственнаго нерва и т. д. Большую славу доставили также ему популярно-научныя работы.

— Изъ Вильны сообщаютъ, что директоръ психіатрической лечебницы на ст. Вилейко, вслѣдствіе предписанія уволить 150 служащихъ, отказался отъ должности. Увольненіе служащихъ мотивируется подачей ими петиціи объ улучшеніи экономическаго быта. Директоромъ назначенъ д-ръ Н. Н. Топорковъ, бывшій до того времени старшимъ ординаторомъ Казанской Окружной Лечебницы.

— 3 января подали въ отставку семь врачей Московской психіатрической клиники (изъ числа 8): приватъ-доцентъ Сухановъ и Ганнушкинъ, д-ръ Гейеръ, Голубинскій, Гуревичъ, Петровъ, Юдинъ. Отказался также отъ завѣдыванія состоящій при клиникѣ психологической лабораторіи приватъ-доцентъ Бернштейнъ. Остался при клиникѣ сверхштатный ассистентъ Рыбаковъ, хотя до момента подачи въ отставку товарищей онъ все время дѣйствовалъ солидарно съ ними. Въ то же время ушли изъ клиникъ четыре лица надзирательскаго персонала (изъ числа 5) и большая часть сидѣлокъ. Этимъ разрѣшился возникшій еще въ началѣ текущаго академическаго года конфликтъ между врачами клиники и ея директоромъ проф. Сербскимъ. Причиной конфликта было недовольство врачей установившимся въ кли-

никѣ способомъ веденія дѣлъ—полнымъ самовластіемъ директора, а ближайшимъ поводомъ—обращенная къ директору просьба врачей уволить одну изъ надзирательницъ, какъ неподходящую для клиники. Проф. Сербскій не только игнорировалъ эту просьбу, но и вообще отрицалъ за врачами право собираться и высказывать свое мнѣніе по вопросамъ клинической жизни. Послѣ ряда дальнѣйшихъ столкновеній третьими лицами было предложено профессору и врачамъ прибѣгнуть къ третейскому суду, который и состоялся съ согласія обѣихъ сторонъ въ составѣ д-ровъ Литвинова, В. И. Яковенко и приватъ-доцента Н. К. Кольцова. Въ вынесенномъ судомъ приговорѣ во 1) признаны возможность и необходимость коллегіальнаго веденія дѣлъ въ клиникѣ, во 2) въ 13 пунктахъ разобраны личныя столкновенія профессора съ врачами. Подчиняясь приговору, врачи сочли своимъ долгомъ извиниться передъ Сербскимъ въ инкриминируемыхъ имъ судомъ дѣйствіяхъ (по 3 пунктамъ изъ 13). Что же касается проф. Сербскаго, то онъ объявилъ, 1) что о коллегіальномъ веденіи дѣлъ въ клиникѣ не можетъ быть и рѣчи: 2) что онъ рѣшеніе суда считаетъ неправильнымъ, и въ томъ, что ему инкриминируется судомъ, онъ себя неправымъ не признаетъ. Въ виду того, что такимъ образомъ г. Сербскій не призналъ моральнаго авторитета третейскаго суда, на который онъ самъ согласился, ни въ чемъ не подчинился его рѣшенію и счелъ себя вправѣ критиковать судебный приговоръ, а также, въ виду того, что и практически продолжалъ самовластно распоряжаться, врачи и сочли для себя невозможной дальнѣйшую совмѣстную съ нимъ службу.

— На общемъ собраніи корпораціи младшихъ преподавателей медицинскаго факультета Московскаго университета 12-го февраля была принята слѣдующая резолюція по дѣлу проф. В. Н. Сербскаго и врачей психіатрической клиники. Корпорація младшихъ преподавателей медицинскаго факультета Московскаго университета, ознакомившись съ обстоятельствомъ дѣлъ, имѣвшихъ мѣсто въ психіатрической клиникѣ въ концѣ 1906 года, и началѣ 1907 г. пришла къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1. Товарищи Сухановъ, Ганнушкинъ, Гейеръ, Голубинскій, Гуре-

вичъ, Петровъ, и Юдинъ поступили съ корпоративной точки зрѣнія неправильно въ томъ отношеніи, что, ввѣривъ послѣ приговора суда дальнѣйшее направленіе дѣла корпораціи, подали въ отставку, не дождались рѣшенія общаго ея собранія. 2. Корпорація высказываетъ сожалѣніе, что товарищи оставили службу въ психіатрической клиникѣ, будучи вынуждены къ тому той полнѣйшей дезорганизаціей, которая создалась въ клиникѣ, благодаря цѣлому ряду неправильныхъ шаговъ, предпринятыхъ той и другой стороной какъ личнаго, такъ и общаго характера. 3. Распоряженія проф. Сербскаго, какъ директора психіатрической клиники, имѣвшія мѣсто послѣ переговоровъ его съ депутатами корпораціи, нетактичны и даютъ основаніе признать, что онъ, какъ директоръ клиники, оказался не на должной высотѣ. 4. Глубоко уважая мнѣніе третейскаго суда и признавая его не подлежащую критикѣ компетентность, корпорація не позволяетъ себѣ разбираться въ событіяхъ до приговора суда, и касается послѣдняго лишь настолько, насколько необходимо вникнуть въ его смыслъ для выясненія отношенія къ нему обѣихъ сторонъ. Съ этой точки зрѣнія отношеніе проф. Сербскаго къ третейскому суду, выразившееся въ заявленіи своего недовольства судомъ, порицаній его дѣйствій и постановленій post factum на страницахъ періодической прессы, корпорація считаетъ актомъ не позволительнымъ и недостойнымъ профес. университета и общественнаго дѣятеля, актомъ, исключающимъ довѣріе и уваженіе къ нему со стороны членовъ корпораціи младшихъ преподавателей. §. Обращаясь къ той части приговора суда, которая признаетъ главной основой возникновенія среди персонала клиники конфликтовъ отсутствіе коллегіальности, корпорація считаетъ долгомъ заявить, что по той же причинѣ и другія клиническія учрежденія не застрахованы отъ подобныхъ конфликтовъ, а потому считаетъ необходимымъ безотлагательную реорганизацію Устава клиническихъ учрежденій въ духѣ коллегіальности.

— 9-го марта въ Москвѣ у мирового судьи Хамовническаго участка слушалось дѣло по обвиненію фельдшерицами Іогансенъ и Скоробогатовой директора психіатрической клиники профессора Сербскаго въ клеветѣ. По словамъ обвинительницъ онѣ

были уволены проф. Сербскимъ. Это увольненіе онъ при встрѣчѣ съ нѣкоторыми лицами, причастными къ клиникѣ, объяснилъ тѣмъ, что подъ руководствомъ Скоробогатовой и Іогансенъ няньки истязали больныхъ. Скоробогатова и Іогансенъ усмотрѣли въ этихъ словахъ клевету и привлекли проф. Сербскаго къ суду. Повѣреннымъ обвинительницъ выступилъ присяжный повѣренный Лидовъ. Профессоръ Сербскій защищалъ себя самъ. Мировой судья предложилъ сторонамъ покончить дѣло миромъ, но это предложеніе успѣхомъ не увѣнчалось. Проф. Сербскій не призналъ себя виновнымъ въ клеветѣ. Это обвиненіе онъ считаетъ недобросовѣстныхъ и фельдшерицъ онъ уволилъ отъ службы за допущенные ими непорядки. О причинахъ увольненія онъ разсказалъ нѣкоторымъ врачамъ, но приписываемой ему фразы «объ истязаніяхъ больныхъ подъ руководствомъ фельдшерицъ онъ не произносилъ. Допрошенъ былъ цѣлый рядъ свидѣтелей, показанія которыхъ не дали матеріала для обвиненія, и мировой судья вынесъ профессору Сербскому оправдательный приговоръ.

— Дѣло о вывозѣ на тачкѣ д-ра Реформатскаго будетъ слушаться въ Спб. судебной палатѣ въ началѣ февраля; по этому дѣлу привлечены 28 человѣкъ во главѣ съ д-ромъ Трошинымъ. Обвиненіе предъявлено въ оскорбленіи должностного лица при исполненіи служебныхъ обязанностей. Защитниками подсудимыхъ выступаютъ прис. пов. Адамовъ, Аронсонъ, Марсуліесъ, Базуновъ и др.

— Для обсужденія вопроса о переполненіи городской психіатрической больницы Николая Чудотворца городской управой образована особая коммиссія, въ которой участвовали выдающіеся врачи-психіатры. Коммиссія признала необходимымъ приступить къ постройкѣ новой психіатрической больницы. Смѣта постройки новаго зданія уже составлена. Теперь техническое отдѣленіе управы предлагаетъ объявить черезъ общество архитекторовъ конкурсъ на составленіе проэкта постройки. Назначается три преміи: первая—3000 р., вторая—2000 р. и третья 1000 р.

— Въ Петербургской Думѣ 10 января разсмотренъ былъ интересный вопросъ о правѣ выздоравливающихъ душевно-больныхъ требовать выдачи копій съ документовъ, послужившихъ основаніемъ для помѣщенія ихъ въ больницу. Несмотря на особое мнѣніе врачей и попечителей больницы, Дума, согласно съ заключеніемъ юридической коммиссіи, признала это право за всякимъ выздоравливающимъ.

— Въ Руси (3 марта) Б. Шуйскій, описывая крайне мрачными красками режимъ больницы св. Николая, выдвигаетъ рядъ обвиненій противъ д-ра Ч. Между прочимъ отъ имени Д. С. Варницкаго возводится болѣе чѣмъ страшное обвиненіе на д-ра Ч. Д. С. Варницкій проситъ опубликовать слѣдующее: «7-го февраля 1907 г. за № 1579 прокуроръ СПб. окруж. суда предписалъ немедленно освободить меня изъ подъ ареста, не находя состава преступленія въ возведенномъ на меня обвиненіи, но по настоянію Ч., меня держатъ и по настоящее время, а Ч. объявилъ мнѣ, что переводитъ меня во 2-е отдѣленіе; а передъ прокуроромъ онъ возбудилъ ходатайство объ оставленіи меня въ больницѣ, увѣряя прокурора въ томъ, что я виновенъ». Подтвержденіе этому обвиненію г. Варницкій видитъ въ томъ, что не далѣе какъ 27-го февраля онъ былъ освобожденъ совершенно случайно: ему посчастливилось увидѣть въ б-цѣ товарища прокурора, онъ обратился къ нему, и... въ тотъ же день онъ освобожденъ. Разъ такое обвиненіе возникло,—пишетъ г. Шуйскій,—то д-ръ Ч., вѣроятно, самъ признаетъ, что его лучше разъяснить до конца. Совершенно вѣрно, но почему г. Шуйскій помѣщаетъ самое обвиненіе подъ инициалами.

— Дѣло о безпорядкахъ въ больницѣ св. Николая Чудотворца, назначенное къ слушанію въ особомъ присутствіи С.-Петербургской судебной палаты, съ участіемъ сословныхъ представителей, отложено на 26 февраля въ виду болѣзни главнаго обвиняемаго д-ра Трошина.

— Въ Одессѣ мѣстная домовладѣльца А. С. Панкѣева пожертвовала въ память своей дочери въ распоряженіе гор.

общ. управленія 100 тыс. рублей на устройство амбулаторіи со всѣми современными научными лечебными средствами,—какъ то: водолеченіе, электризація, массажъ и пр., для нервно-больныхъ и отдѣленія для стаціонарнаго леченія остро-нерно-больныхъ обоего пола, съ полнымъ оборудованіемъ какъ того, такъ и другого учрежденія.

— Сообщаютъ, что на изданную П. И. Ковалевскимъ брошюру «Библія и нравственность», посвященную вопросу о религіозно-нравственномъ воспитаніи дѣтей, наложено, по постановленію Петербургской судебной палаты, запрещеніе. Какъ сообщалъ Телеграфъ 11 февраля у проф. Н. И. Ковалевскаго былъ произведенъ обыскъ; всѣ экземпляры брошюры были конфискованы. П. И. Ковалевскій привлеченъ къ суду по обвиненію по 181 ст. уложенія о наказаніяхъ.

— Новая школьная болѣзнь «дрожательная болѣзнь». У учащихся въ школѣ часто наблюдается нервная раздражительность, невнимательность, неспособность сосредоточить мысли, ослабленіе памяти. Наблюдается также падучая болѣзнь, истерія и Виттова пляска, переходящая съ одного ребенка на другого путемъ подраженія. За послѣднее время въ Мейсемскихъ школахъ замѣчается новая дрожательная болѣзнь: у дѣтей 9—12 лѣтъ большею частью дѣвочекъ, послѣ предшествующаго нервнаго безпокойства является легкое дрожаніе правой руки, переходящее затѣмъ часто и на лѣвую руку; приступъ продолжается отъ нѣсколькихъ минутъ до получаса; онъ появляется большею частью днемъ, а иногда и ночью. Schulte считаетъ эту болѣзнь истинной школьной болѣзнью, зависящею отъ слишкомъ ранняго вставанія, спѣшки въ школу, школьныхъ огорченій, запугиваній, боязни передъ строгостью учителя и ожидаемаго наказанія. Такихъ больныхъ дѣтей надо удалить изъ школы и подвергнуть леченію.

— Интересное дѣло вносится въ городскую Московскую думу. Рѣчь идетъ о заключеніи въ городскую больницу для душевно-больныхъ нѣкой г-жи Шотенъ. Дѣло возникло по жалобѣ

самой г-жи Шотенъ съ которой она обратилась въ городскую думу. Въ жалобѣ пострадавшая указываетъ на неправильныя дѣйствія администраціи больницы, державшей все время здоровую женщину въ суровой обстановкѣ желтаго дома. Всѣ ея просьбы объ освобожденіи оказались тщетными. По ея словамъ, попала она въ домъ умалишенныхъ вслѣдствіе происковъ и козней нѣкоторыхъ лицъ. Но ихъ этихъ виновниковъ, она выдѣляетъ изъ своей жалобы, такъ какъ они не имѣютъ ничего общаго съ подвѣдомственными городу лицами. Она протестуетъ только противъ этихъ послѣднихъ. Городская управа разсмотрѣла жалобу г-жи Шотенъ и сдѣлала слѣдующее заключеніе: 1) г-жа Шотенъ была помѣщена въ больницу на основаніи требованія полиціи, 2) врачебное изслѣдованіе, произведенное въ самой больницѣ, вполнѣ подтвердило наличность душевнаго разстройства, 3) свѣдѣнія, заключающіяся въ больничныхъ скорбныхъ листкахъ, не подлежатъ оглашенію, 4) если-бы, наконецъ, въ исторіи съ г-жей Шотенъ и былъ какой нибудь преступный элементъ, то преступленіе это покрыто давностью, установленною для подобнаго рода дѣяній. Съ такимъ заключеніемъ городской управы не согласилась городская юридическая коммиссія, признавшая, что управа несправедливо идетъ на встрѣчу защитѣ дѣйствій больничной администраціи. Съ своимъ мотивированнымъ рѣшеніемъ коммиссія переноситъ дѣло въ высшую инстанцію—городскую думу. (Тов. 14 дек. 1906 г.).

— Въ Глазго распространеніе цереброспинальнаго менингита принимаетъ эпидемическій характеръ изъ 103 случаевъ, происшедшихъ въ январѣ, 47 имѣли смертельный исходъ. Не зарегистрировано 50 заболѣваній, 50% заболѣваній падаетъ на дѣтей до 5 лѣтняго, возраста 30% на дѣтей до 10 лѣтняго возраста.

— По статистикѣ главнаго медицинскаго управленія количество душевныхъ заболѣваній за нынѣшнюю осень и зиму значительно превысило среднее число душевно-больныхъ. Особенно много заболѣваній наблюдается среди крестьянъ. Явленіе это находится въ связи съ тревожнымъ, состояніемъ всей народной жизни.

— Число душевно-больныхъ въ Соединенныхъ Штатахъ возрастаетъ. Въ послѣднемъ отчетѣ Филадельфійской больницы для душевно-больныхъ насчитывается 1600 паціентовъ, на 109 человѣкъ больше прошлаго года. За послѣдніе 10 лѣтъ число душевно-больныхъ возросло на 75%.

Сообщаютъ, что международный конгрессъ психіатріи, неврологіи психологіи и призрѣнія душевно-больныхъ предполагается въ Амстердамѣ 2—7 сент. (15—22 сент.) 1907 г. Главный организаціонный комитетъ. Предсѣдатель. Д-ръ, Jelgersma, проф. психіатріи и неврологіи въ Leyde'скомъ университетѣ. Вице-президентъ:—д-ръ Ruijsech—главный инспекторъ общественной гигіены въ Наye. Генеральные секретари: Д-дъ I. van Deventer Szn., государственный инспекторъ психіатрическихъ учрежденій, Амстердамъ. Д-ръ G. A. M. van Wayenburg—преподаватель педологіи въ Амстердамскомъ уни-тѣ. Секретарь—д-ръ L. Bouman—директоръ лечебницы для душ.-больныхъ «Bloemendaal» Loosduinen. Главный казначей д-ръ A. Th. Moll бывшій директоръ лѣчебницы для душ.-больныхъ въ Utrecht'ѣ. Казначей—Д-ръ J. H. Schuurmans Stekhoven.—Генеральн. инспекторъ призрѣнія душ.-больныхъ въ Urterht'ѣ. Д-ръ Winler—проф. психіатріи и неврологіи Амстерд. Уни-та. Д-ръ T. K. A. Wertheim Salomonson—проф. нейропатологіи Амстерд. уни-та. D-r Heymans проф. филологіи и психологіи въ Groningue. Международный комитетъ пропаганды. Русскіе представители: Проф. В. М. Бехтеревъ, Петербургъ.—Проф. Л. В. Блюменау, Петербургъ—Прив.-доц. М. Н. Жуковскій, Петербургъ.—Проф. П. И. Ковалевскій, Петербургъ.—Проф. В. П. Осиповъ, Казань.—Д-ръ Реформатскій, Петербургъ. Конгрессъ раздѣляется на IV секціи 1) Психіатріи и неврологіи 2) Психологіи и психо-физики. Призрѣніе душ.-больныхъ. Выставка. На конгрессѣ допущены франц. нѣм. и англ. языки. Гг. членовъ конгресса, желающихъ сдѣлать сообщенія настойчиво просятъ представить резюме къ 1 мая (13) 1907 г. въ секретаріатъ, Амстердамъ—Prinsengracht 717. Секретаріатъ позаботится о переводѣ и разсылкѣ въ распоряженіе г.г. членовъ конгресса. Лицъ, желающихъ принять въ участіе въ конгрессѣ, просятъ заполнить прилагаемый бланкъ и отослать его генеральному секретарю,

приложивъ 20 франковъ (10 франкъ для дамъ изъ семьи). Гг. члены конгресса очень обяжутъ, если пришлютъ одновременно свои визитныя карточки. Каждый членъ конгресса по высылки денегъ получитъ билетъ, необходимый для пользованія льготами. Всѣ справки относительно конгресса даются секретаріотомъ. Prinsengracht 717. Болѣе детальная прогр., содержащая проспекты трудовъ, спеціальныя правила и торжества—появится позднѣе.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

Изданіе К. Л. Риккера, въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., 14.

Открыта подписка на 1907 годъ

(Двѣнадцатый годъ изданія).

ОБОЗРѢНІЕ ПСИХІАТРІИ, НЕВРОЛОГІИ

и

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГІИ.

Ежемѣсячный журналъ, посвященный неврологіи, невропатологіи, психіатріи, электротерапіи, хирургіи нервной системы, гипнотизму, психологіи и уголовной антропологіи.

Подъ редакціей В. М. БЕХТЕРЕВА, директора клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ С.-Петербургѣ.

Цѣль изданія дать возможно полное отраженіе современнаго состоянія невропатологіи, неврологіи, психіатріи, экспериментальной психологіи гипнотизма и уголовной антропологіи имѣя въ виду своевременное ознакомленіе его читателей съ успѣхами и развитіемъ этихъ отраслей знанія. Всѣмъ вопросамъ, имѣющимъ важное практическое значеніе и между прочимъ терапіи нервныхъ и душевныхъ болѣзней, будетъ отведено въ «Обозрѣніи» надлежащее мѣсто.

Журналъ выходитъ по слѣдующей программѣ:

I. Оригинальныя статьи по невропатологіи, неврологіи, психіатріи, психологіи, гипнотизму, криминальной антропологіи и по вопросамъ связаннымъ съ ними. II. Обзоръ и рефераты по указаннымъ предметамъ. III. Отчеты, письма и корреспонденціи. IV. Критическія статьи, отзывы рецензіи и библіографіи. V. Хроника, новости и смѣсь. VI. Біографіи и некрологи. Объявленія и извѣщенія.

Статьи (въ заказныхъ бандеролякъ) покорнѣйше просятъ адресовать на имя редактора журнала проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская сторона, Клиника душевныхъ болѣзней). Для личныхъ переговоровъ редація открыта по вторникамъ и пятницамъ, съ 11—12 ч. дня. Письма, касающіяся благоустройства неврологическхъ и псхіатрическихъ учрежденій и корреспонденціи бытового характера, какъ матеріалъ для хроники покорнѣйше просятъ адресовать на имя секретаря редакціи, д-ра П. А. Останкова (Спб. Выб. ., Клиника душевнихъ болѣзней). Статьи, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ, авторамъ же по напѣчатаніи предоставляется 25 экземпляровъ отдѣльныхъ оттисковъ безплатно. О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, будетъ напечатана заявленіе въ одномъ изъ ближайшихъ номеровъ журнала. По всѣмъ хозяйственнымъ вопросамъ (высылка гонорара, отдѣльныхъ оттисковъ, неполученныхъ №№, пріемъ объявленій и т. п.), слѣдуетъ обращаться исключительно къ издателю.

Подписка принимается въ Петербургѣ въ книжномъ магазинѣ К. Л. Риккера, Невскій 14, и въ другихъ городахъ у всѣхъ извѣстныхъ книгопродавцевъ. Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, тахъ и съ доставкой въ Петербургѣ—9 руб.; на полгода—4 руб. 50 коп.; на 3 мѣсяца—2 руб. 25 коп. Экземпляры «Обозрѣнія» за 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902 и 1903 года можно пріобрѣтатть у издателя по 9 рублей въ годъ.

Редакторъ Акад. *В. М. Бехтеревъ.* Секретарь д-ръ *П. А. Останковъ*

1907 г. ОТКРЫТА ПОДПИСКА Годъ VII.

на „Журналъ Невропатологіи и Психіатріи имени С. С. Корсакова“,

издаваемый Обществомъ Невропатологовъ и Психіатровъ при Московскомъ Университетѣ подъ редакціей:

профф. В. К. Рота и В. П. Сербскаго, приватъ-доцентовъ Л. С. Минора, П. А. Преображенскаго, Г. И. Россолимо, С. А. Суханова и д-ра В. И. Яковенко.

ПРОГРАММА:

1) Оригинальныя статьи по невропатологіи, психіатріи, судебной психопатологіи, гипнотизму, медико-педагогическимъ вопросамъ и т. п. 2) Обзоры вопросовъ научной и практической невропатологіи и психіатріи. 3) Рефераты статей изъ русской и иностранной литературы. 4) Корреспонденція и отчеты засѣданій ученыхъ обществъ и съѣздовъ. 5) Отчеты клиникъ и больницъ. 6) Рецензіи книгъ. 7) Біографіи и некрологи.

Приложенія: а) библіографическій указатель книгъ и статей по вопросамъ невропатологіи, психіатріи и т. п. в) Протоколы О-ва Невропатологовъ и Психіатровъ при Московскомъ Университетѣ.

Журналъ выходитъ 6 разъ въ годъ выпусками по 12—15 листовъ. Подписная цѣна на годъ съ пересылкою и доставкою 10 р. За границу 12 р. Подписка принимается въ конторѣ редакціи: Москва, Дѣвичье поле, Клиника Нервныхъ Болѣзней.

1907 г. ОТКРЫВАЕТСЯ ПОДПИСКА Годъ I.

НА ЖУРНАЛЪ

„СОВРЕМЕННАЯ ПСИХІАТРІЯ“,

издаваемый при ближайшемъ участіи:

А. Н. БЕРНШТЕЙНА. (Москва) В. А. МУРАТОВА (Саратовъ) и С. А. СУХАНОВА (Москва)

подъ редакціей:

П. Б. ГАННУШКИНА (Москва) и М. Ю. ЛАХТИНА. (Москва)

Журналъ «Современная Психіатрія» посвящается всѣмъ вопросамъ теоретической, клинической и общественной психіатріи.

Журналъ будетъ выходить ежемѣсячно книжками въ размѣрѣ около 3-хъ листовъ каждая, приблизительно въ концѣ каждаго мѣсяца. Подписная цѣна на годъ съ доставкой и пересылкой 6 руб., за границу 8 руб.

Въ текущемъ году «Современная Психіатрія» дастъ 10 книжекъ (вмѣсто 12) при подписной цѣнѣ 5 руб., (заграницу 7 руб.). Первая книжка «Современной Психіатріи» выйдетъ въ мартѣ 1907 года.

Подиска принимается въ конторѣ редакціи «Современной Психіатріи» Москва, Краснопрудная, домъ № 27, кв. 46.

ЖУРНАЛЪ ОБЩЕСТВА РУССКИХЪ ВРАЧЕЙ

въ память Н. И. Пирогова,

издаваемый Правленіемъ Общества,

въ 1907 году (XII-й годъ изданія) будетъ выходить книжками—отъ 5-ти до 8-ми листовъ каждая—восемь разъ въ годъ, а именно въ февралѣ, мартѣ, апрѣлѣ, маѣ, сентябрѣ, октябрѣ и декабрѣ.

Въ «Журналѣ», согласно программѣ его, помѣщаются, кромѣ протоколовъ засѣданій исполнительныхъ органовъ Общества и съѣздовъ и состоящихъ при Обществѣ комиссій, статьи и замѣтки по всѣмъ медицинскимъ вопросамъ—научнымъ, общественно-санитарнымъ и врачебно-бытовымъ.

«Хронику» предполагается дополнить включеніемъ въ нее библіографическихъ замѣтокъ (съ характеромъ резенціей) о вновь выходящихъ работахъ преимущественно по вопросамъ общественной медицины, гигіены и санитаріи.

Болѣе объемистые «Труды» комиссій и совѣщаній, «Обзоры», «Своды» и проч., по примѣру прежнихъ лѣтъ, составятъ приложенія къ «Журналу».

Члены Общества (а въ качествѣ таковыхъ и члены имѣющаго быть въ 1907 г. X-го съѣзда) получаютъ «Журналъ» съ приложеніями безплатно. Членскій взносъ на 1907 г. пять рублей. Записавшіеся заблаговременно въ члены Общества за участіе въ съѣздѣ дѣлаютъ только соотвѣтствующую доплату.

Члены Общества получаютъ право пріобрѣтать печатающійся «Библіографическій указатель литературы по общественной медицинской литературѣ» по объявленной при подпискѣ цѣнѣ, т. е., за 2 рубля.

За перемѣну адреса просятъ высылать 40 коп. почтовыми марками.

Подписная цѣна на «Журналъ» вмѣстѣ съ приложеніями (для не-членовъ Общества) пять рублей.

Гонораръ за оригинальныя статьи 30 р. съ печатнаго листа. Рукописи должны быть написаны четко и на одной сторонѣ листа. Авторы имѣютъ право на 25 оттисковъ.

Объявленія принимаются по слѣдующей цѣнѣ: за 1 страницу 20 руб., за $^1/_2$ стр. и менѣе 10 руб. за одинъ разъ.

Адресъ редакцъ: Москва, Арбатъ, Денежный пер., д. № 28 (Киселевой), кв. № 5. Телефонъ № 64. 97