

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

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

Томъ **XIV**, вып. **3-4**.

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

Н. А. Глушковъ. Исслѣдованіе реуса и обонянія у эпилептиковъ.

В. П. Осиповъ. Профилактика душевныхъ разстройствъ въ связи съ ихъ этиологіей.

А. В. Вишневскій. Къ топографіи мозжечка.

К. С. Агаджанянцъ. Объ остро протекающемъ параназальномъ синдромѣ.

А. Перевозниковъ. Дополненіе къ статьѣ «О теченіи мыслей».

Н. А. Синаневичъ. Къ вопросу о сосудодвигательныхъ нервахъ шитовидной железы.

Н. А. Донсковъ. Случай истеріи съ длительными самопроизвольно возникающими періодами катаlepsis.

Критика и библиографія.

Рефераты по психіатріи и неврологіи.

Хроника и смѣсь.

Лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическій Вѣстникъ за 1907 г.

Объявленія.

К а з а н ь.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1 9 0 8.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

	<i>Стр.</i>
Н. А. Глушковъ. Исследование вкуса и обонянія у эпилепти- ковъ	1.
В. В. Осиповъ. Профилактика душевныхъ разстройствъ въ свя- зи съ ихъ этиологіей	44.
А. В. Вишневскій. Къ топографіи мозжечка	66.
Н. С. Агаджанянецъ. Объ остро-протекающемъ параноическомъ синдромѣ	84.
А. Перевозниковъ. Дополненіе къ статьѣ «О теченіи мыслей».	104.
Н. А. Синакевичъ. Къ вопросу о сосудодвигательныхъ нер- вахъ щитовидной железы	111.
Н. А. Донсковъ. Случай истеріи съ длительными самопроиз- вольно возникающими періодами каталепсіи	181.

КРИТИКА И БИБЛІОГРАФІЯ.

Рефераты изъ психіатріи, невропатологіи и физиологіи.

Объективная психологія. Акад. В. Вехтерева. Выпускъ I. Сиб.
194.—S. Wladyszko. Troubles mentaux pendant le siège de Port-Arthur.
Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. № 4. Juillet-Aout. 1907. 196.—
A. Bodiet et F. Sans. Зрительныя ауры у эпилептиковъ (Archives de
Neurologie № 9—1907).—198. Законъ Weber-Fechner'a при раздраженіи

Изслѣдованіе вкуса и обонянія у эпилептиковъ.

Д-ра Н. А. Глушкова.

Вопросъ о разстройствахъ общей и спеціальной чувствительности при падучей еще въ 1870 году былъ намѣченъ *Echeveria*, который, отмѣчая разстройство чувствительности у эпилептиковъ, отмѣнилъ и разстройства въ области органовъ высшихъ чувствъ, указавъ на глухоту, потерю вкуса, ослабленіе зрѣнія, наблюдаемыя при падучей. *Thomsen* и *Oppenheim*, изслѣдуя у 94 эпилептиковъ кожную чувствительность, мышечное чувство, поле зрѣнія, слухъ, вкусъ и обоняніе,—у 33 наблюдали разстройство чувствительности. Всѣ разстройства авторы раздѣляли на скоро-переходящія и стойкія, при чемъ стойкія разстройства наблюдались у больныхъ съ давнишними припадками, у слабоумныхъ; авторы придавали большое значеніе измѣненію психики эпилептиковъ, самый же падучный приступъ или характеръ его не имѣлъ по ихъ мнѣнію, особеннаго значенія для появленія указанныхъ разстройствъ. При приступахъ соматической эпилепсіи никакихъ разстройствъ чувствительности не наблюдалось.

Въ 1880 году *Sommer* приводитъ 90 случаевъ эпилепсіи, собранныхъ имъ изъ литературы, и указываетъ на рѣдкость разстройства обонянія и вкуса въ приведенныхъ имъ случаяхъ падучей. Въ 1886 году Prof. *Venturi*, изслѣдуя обоняніе у



мер 692.

помѣшанныхъ, нашелъ у эпилептиковъ особое состояніе, которое онъ назвалъ *amnesia olfactoria* и которое состоитъ въ томъ, что эпилептикъ опредѣлялъ паличность запаха, но не могъ опредѣлить качество запаха и видъ пахучаго вещества, если же ему напоминали видъ растенія, которому принадлежитъ запахъ, то онъ вспоминалъ запахъ, опредѣлялъ его, и если запахъ былъ пріятнымъ,—выражалъ удовольствіе. Несмотря на частоту упражненій, эпилептики теряли способность различать и узнавать запахи уже черезъ четверть часа. Prof. *Venturi* сравниваетъ описанное состояніе обонянія у эпилептиковъ съ словесной слѣпотой.

Въ русской литературѣ д-ръ *Финкельштейнъ* изъ клиники проф. Мерзеевскаго въ 1886 году опубликовалъ статью „о разстройствахъ зрѣнія и другихъ спеціальныхъ чувствъ при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ первой системы“. Изслѣдуя, между прочимъ, у эпилептиковъ поле зрѣнія, остроту, цвѣтоощущеніе, слухъ, вкусъ и обоняніе, онъ нашелъ пониженіе всѣхъ видовъ спеціальной чувствительности въ зависимости отъ приступовъ падучей; д-ръ *Финкельштейнъ* придаетъ большое значеніе силѣ и продолжительности судорожнаго приступа. Авторъ отрицаетъ стаціонарныя разстройства чувствительности у падучихъ. Въ томъ же году д-ръ *А. И. Озерецковскій* сдѣлалъ сообщеніе: „о разстройствахъ общей и спеціальной чувствительности у эпилептиковъ“. Авторъ изслѣдовалъ у 93 эпилептиковъ мышечное, тактильное и болевое чувство, зрѣніе и чувство давленія, вкусъ, слухъ, и въ весьма рѣдкихъ случаяхъ обоняніе, какъ вслѣдствіе „неточности способовъ опредѣленія“, такъ и вслѣдствіе „неразвитости“ изслѣдуемыхъ. Измѣненіе вкуса наблюдалось у 48 эпилептиковъ. Вообще же авторъ приходитъ къ выводу, что при эпилепсіи часто наблюдаются разстройства общей и спеціальной чувствительности въ формѣ напр. анестезіи, ослабленія остроты зрѣнія, ограниченія поля зрѣнія, пониженія вкуса и обонянія. Интенсивность разстройствъ и ихъ продолжительность могутъ и не

зависѣть отъ продолжительности существованія эпилепсiи. Тѣсной связи анестезiи съ пораженіемъ психической сферы не наблюдалось. Разстройства чувствительности бываютъ и послѣ типическихъ судорожныхъ приступовъ эпилепсiи. Въ скоропреходящихъ разстройствахъ чувствительность возвращалась въ теченіе 3—4 дней.

Вопросъ объ изслѣдованіи обонянiя и вкуса у эпилептиковъ снова возникаетъ въ заграничной литературѣ въ 1892 году, послѣ сообщенiя *Ferec Batigue et Ouyry* объ изслѣдованіи малѣйшаго воспріятiя органами обонянiя и вкуса у эпилептиковъ; эти авторы, впервые привнвъ во вниманіе неточность методовъ изслѣдованiя органовъ обонянiя и вкуса, занялись изслѣдованіемъ воспріятiя минимальнаго количества пахучихъ и вкусовыхъ веществъ въ растворѣ сначала у здоровыхъ людей, а затѣмъ и у эпилептиковъ. При изслѣдованіи 115 эпилептиковъ пониженіе обонянiя было констатировано въ 66%, а ослабленіе вкусовыхъ ощущенiй—въ 65%, причемъ у двухъ эпилептиковъ обнаруженъ параличъ вкусового чувства. Въ 1899 году *Bratz*, къ работамъ котораго мы еще вернемся, производилъ наблюденiя надъ эпилептиками въ *Wuhlgarten*'ѣ по иниціативѣ директора *Nebold*'а и нашелъ, что изслѣдованіе обонянiя у весьма большого числа эпилептиковъ—дало отрицательные результаты.

Наконецъ въ 1899 году появилась обстоятельная работа д-ра *И. Германа*, въ которой авторъ изслѣдовалъ вкусовое ощущеніе у нормальныхъ людей и у страдающихъ эпилепсiей, хронической параноей и прогрессивнымъ параличемъ помѣшанныхъ.

Авторъ прежде всего занялся изслѣдованіемъ вкуса у нормальныхъ людей для того, чтобы знать нормальную остроту вкуса. При экспериментированіи авторъ пользовался растворами поваренной соли, сахара, соляной кислоты и сѣрно-кислаго хирина, начиналъ съ болѣе слабыхъ растворовъ, постепенно доходя до болѣ сильныхъ, и такимъ образомъ опре-

дѣлялъ степень разведенія данныхъ веществъ, которыя при нормальномъ вкусѣ должны вызывать въ сознаниі опредѣленную реакцію; авторъ опредѣлилъ и минимумъ разведенія, при которомъ получаютъ еще вкусовые ощущенія. Изслѣдовавъ 32 мужчины и 22 женщины, авторъ нашелъ, что чувство вкуса болѣе развито у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ; это явленіе овъ объясняетъ вреднымъ дѣйствіемъ алкоголя и никотина, которыми мужчины злоупотребляютъ сильнѣе и чаще. Большинство изслѣдуемыхъ опредѣляли растворы *natrii chlorati* въ разведеніи 0,5%—0,2%; *acid muriatici* отъ 0,3%—0,2%; *chinini sulfurici* отъ 0,005%—0,002% и *sachari albi* отъ 1,5%—0,75%. Цифры минимума разведенія совпадаютъ съ цифрами *Valentin'a* найденными послѣднимъ при изслѣдованіи вкуса у здоровыхъ людей. Растворы наносились стекляннѣй палочкой, при чемъ соленое и кислое наносилось на переднюю часть языка, а горькое и сладкое на заднюю. Послѣ изслѣдованія здоровыхъ людей произведено было изслѣдованіе эпилептиковъ, паралитиковъ и паравоиковъ. Изъ 30 эпилептиковъ измѣненіе вкусового чувства по всеѣмъ его категоріямъ наблюдалось у 5 человекъ, обнаруживавшихъ рѣзкія явленіями слабоумія, у остальныхъ 25 констатировано частичное притупленіе вкусового чувства, особенно къ горькому. Всѣ эти подвергшіеся изслѣдованію больные страдали genuинной эпилепсіей съ тоническими и клоническими судорогами, потерей сознанія, послѣэпилептическимъ спомъ и т. д. Авторъ отмѣчаетъ нѣкоторую связь между ослабленіемъ умственныхъ способностей у эпилептиковъ и притупленіемъ вкуса. Это пониженіе вкуса у эпилептиковъ авторъ объясняетъ пораженіемъ коры головного мозга у эпилептиковъ. Процентъ отношенія людей здоровыхъ, страдающихъ притупленіемъ вкуса, для мужчинъ равнялся 26%, для женщинъ 10—13%. У эпилептиковъ пониженіе чувствительности къ горькому равнялось 63%, сладкому 53,3% кислому 50% и соленому 43,3%.

Прослѣдивъ такимъ образомъ въ литературѣ вопросъ объ изслѣдованіи вкуса и обонянія у эпилептиковъ, мы видимъ нѣкоторую разнорѣчивость, въ смыслѣ полученныхъ при изслѣдованіи эпилептиковъ результатовъ, да и попытку объясненія этихъ явленій мы находимъ лишь у *Германа*; отчасти поэтому глубокоуважаемымъ проф. В. П. Осиповымъ было намъ предложено произвести опыты изслѣдованія вкуса и обонянія у эпилептиковъ.

Въ качествѣ матеріала для изслѣдованія мы воспользовались стационарными больными Казанской Лечебницы, и амбулаторными больными на приѣмѣ проф. Осипова въ Казанской Губернской Земской больницѣ. Всего было изслѣдовано нами 60 человекъ: 50 чел. въ Лечебницѣ, изъ нихъ 38 мужчинъ и 12 женщинъ, и 10 чел. на амбулаторномъ приѣмѣ, изъ нихъ было 5 мужчинъ и 5 женщинъ.

Для изслѣдованія обонянія применялись *ol menthae*, *ol camphor.*, *ob. petrol.*, *ob. terebinthin.*, *rix. liquid.*, *ob. caryophyllor.* Изслѣдуемые или должны были назвать пахучее вещество, или отличить одво пахучее вещество отъ другого.

Изслѣдованіе вкуса производилось растворами сахара, *natr. chlorat.*, *chinini sulfurici*, *acid. muriat.* или *acid. acetic.*, при чемъ для рѣшенія вопроса о концентраціи растворовъ были использованы данныя, добытыя опытами д-ра *Германа* и *Valentin'a*; такъ, концентрація раствора сахара была 1,5⁰/₀, *natr. chlorati*—0,5⁰/₀; *acid. muriat.* или *acid. acetic.* 0,3⁰/₀ и *chinini sulfurici* 0,005⁰/₀. Въ случаѣ глубокой анестезіи применялись и болѣе вѣркіе растворы для контрольных изслѣдованій бралась и чистая вода. Какъ обоняніе, такъ и вкусъ изслѣдовались какъ съ правой стороны, такъ и съ лѣвой, при чемъ пахучія вещества, согласно изысканіямъ *Fere*, *Batigue et Ouvry* брались не въ растворѣ, а *in substatia*. Растворы для изслѣдованія вкуса наносились стеклянной палочкой на языкъ, при чемъ сладкое и кислое наносилось на передне-боковыя стороны языка, а горькое и соленое на зад-

вѣ части языка. Между однимъ опытомъ и другимъ ротъ тщательно промывался водой.

При изслѣдованіи всѣ больные дѣлились на три категоріи: въ первую категорію зачислялись всѣ, у которыхъ изслѣдованіе устанавливало нормальный вкусъ и обоняніе; во вторую категорію зачислялись всѣ, у которыхъ изслѣдованіе показывало пониженіе вкуса или обонянія, при чемъ эта категорія дѣлилась въ свою очередь на двѣ группы—съ одностороннимъ пониженіемъ вкуса или обонянія и съ двухстороннимъ пониженіемъ. Наконецъ, къ третьей категоріи причислялись тѣ, у которыхъ изслѣдованіемъ констатировалось отсутствіе вкуса или обонянія, при чемъ эта категорія изслѣдуемыхъ тоже дѣлилась на двѣ группы—съ одностороннимъ и съ двухстороннимъ отсутствіемъ вкуса или обонянія. Подъ пониженіемъ мы подразумѣвали такое состояніе, когда изслѣдуемый смѣшивалъ вкусовые вещества или не опредѣлялъ разницы между пахучими веществами, или когда для вкусовыхъ или обонятельныхъ ощущеній требовалось примѣненіе сильныхъ раздражителей. Подъ отсутствіемъ мы подразумѣвали такое состояніе, когда изслѣдуемый совершенно не воспринималъ или всѣхъ обонятельныхъ и вкусовыхъ ощущеній или нѣкоторыхъ изъ нихъ.

Мы предпосылаемъ изслѣдованію краткія свѣдѣнія изъ исторіи болѣзни изслѣдуемыхъ, обращая вниманіе на частоту приступовъ, ихъ качество, этиологію, наследственность, степень дементности больныхъ, признаки дегенерачіи и, гдѣ возможно, краткое физическое изслѣдованіе.

Всѣ изслѣдуемые въ Лечебницѣ представляли явные признаки формальнаго душевнаго расстройства, изъ амбулаторныхъ же больныхъ выбирались лишь страдающіе судорожными приступами падучей безъ наличности эпилептическихъ психозовъ. Изслѣдованіе душевно больныхъ производилось въ ясные промежутки, больные брались безъ заболѣваній какихъ-либо носа, рта и т. д.

Больныхъ съ рѣзкими признаками слабоумія мы взяли всего лишь нѣсколько человѣкъ. Больные были и крестьяне, и мѣщане, и люди интеллигентныхъ профессій; всѣхъ такимъ образомъ было изслѣдовано 50 человъ въ Лечебницѣ и 10 челов. на амбулаторномъ приѣмѣ проф. Осипова.

1) Семень Н., крестьянинъ, 42 года, неграмотный, припадки начались на 8 году послѣ паденія въ глубокую яму и ушиба головы. Судорожные приступы вначалѣ были часто, а затѣмъ сдѣлались очень рѣдкими. Въ Лечебницу поступилъ 6 іюня 1904 года. Ушные сережки недоразвиты. *Protuberantia occipitalis externa* рѣзко выдается. Явленія дементности. Приступы разъ въ недѣлю, а иногда и разъ въ мѣсяць. Безпокоенъ.

Какъ справа, такъ и слѣва не воспринимаетъ разницы между вкусовыми веществами, все путаетъ.

Какъ справа, такъ и слѣва пахучія вещества путаетъ.

2) Андрей В., крестьянинъ, 21 г., неграмотный, бабушка по отцу страдает падучей. Приступы падучей начались въ раннемъ дѣтствѣ, вначалѣ были рѣдко, а затѣмъ стали повторяться 1—2 раза въ недѣлю. Пассивный недерастъ. Въ Лечебницу поступалъ во второй разъ 9 февраля 1906 года. Ушные сережки недоразвиты, твердое небо плоское, съ валикомъ посрединѣ, лѣвая нога длиннѣе правой и нѣсколько выгнута. На головѣ громадный рубецъ послѣ паденія. Судорожные приступы не очень часты, — одинъ разъ въ недѣлю; явленія дементности; безпокоенъ; судорожные приступы часто замѣняются спутанностью, буйствомъ.

Слѣва смѣшиваетъ соленое, справа смѣшиваетъ кислое другими вкусовыми ощущеніями.

Справа и слѣва не различаетъ запаха дегтя, керосина, на нашатырный спиртъ реагируетъ.

3) Александръ Ш., купецъ, 27 лѣтъ, окончилъ реальное училище; отецъ и мать сильно злоупотребляютъ алкоголемъ, приступы падучей начались на 2—3 году, затѣмъ въ 10 лѣтъ прекратились, а съ 18—19 л. начались снова. Успленно занимается ованизмомъ.

Поступилъ въ Лечебницу 6 октября 1905 года. Приступы очень сильны, больной при паденіи часто ломаетъ мебель и т. д. Приступы первое время повторялись разъ въ 1—2 мѣсяца, въ послѣднее время 1—2 раза въ недѣлю. Явленія дементности весьма незначительны.

Съ лѣвой стороны смѣшиваетъ соленое; съ правой стороны кислое.

Какъ справа, такъ и слѣва не отличаетъ мятное масло отъ дегтя, хотя увѣряетъ, что знаетъ то и другое.

4) Николай Г., крестьянинъ, 36 лѣтъ, новаръ, грамотный. Приступы падучей начались лѣтъ 10 тому назадъ, но были очень рѣдки. Въ Лечебницу поступилъ 13 апрѣля 1901 года. Приступы бывають 1—2 раза въ недѣлю или наступаютъ цѣлыми серіями; отличаются силой; послѣ каждаго приступа больной всегда покрытъ синяками, ссадинами; на тѣлѣ много рубцовъ; удерживать больного во время приступа крайне затруднительно. Явленія дементности.

Съ правой стороны не ощущаетъ соленаго; съ лѣвой—не ощущаетъ горькаго и сладкаго.

Какъ справа, такъ и слѣва пахучія вещества воспринимаетъ, но путаетъ ихъ и не отмѣчаетъ разницы.

5) Дементій К., крестьянинъ, 26 л, мастеръ стекольнаго завода; грамотный; злоупотреблялъ алкоголемъ, отецъ алкоголикъ; приступы падучей начались съ 13 лѣтъ, были довольно часты. Въ лечебницу поступилъ 17 іюня 1901 года. Приступы случаются иногда серіями, иногда же мѣсяцами ихъ не бывають. Въ послѣднее время 1—2 раза въ недѣлю. Явленія дементности. Приступы отличаются зачительной силой; во время ихъ часто разсѣкаетъ кожные покровы лица, головы, удерживать больного во время приступовъ затруднительно.

Какъ справа, такъ и слѣва путаетъ сладкое, кислое, соленое и горькое.

Какъ справа, такъ и слѣва запахъ камфоры совершенно не различаетъ, запахъ дегтя путаетъ.

6) Иванъ Ф., крестьянинъ, 21 г., неграмотный. Приступы начались 3 года тому назадъ, послѣ того какъ упалъ съ лошади и ударился правой стороной головы (правое ухо раз-

сѣчено и неправильно срослось). Отецъ и мать злоупотребляли спиртными напитками. Первое время приступы отличались частотой; въ послѣднее время 1—2 раза въ мѣсяць.

Непосредственно передъ наступленіемъ судорожнаго приступа начинаетъ смѣяться. Въ Лечебницу поступилъ 2 декабря 1906 года. Ушныя сережки приращены, правая теменная кость рѣзко выступаетъ. Явленій дементности нѣтъ.

Справа и слѣва быстро и точно различаетъ вкусовыя вещества.

Справа и слѣва чувствуетъ запахъ, отгѣняетъ разницу, узнаетъ дегодъ.

7) Осипъ А., крестьянинъ, 33 г., малограмотный; отецъ—алкоголикъ; приступы падучей начались лѣтъ 10 тому назадъ. Въ Лечебницу поступилъ 23 іюня 1903 года. Твердое небо высокое съ валикомъ. Приступы очень часты. Иногда наступаютъ цѣлыми серіями. Явленія дементности.

Какъ справа, такъ и слѣва путаетъ горькое съ кислымъ и сладкимъ.

Какъ справа, такъ и слѣва воспринимаетъ запахъ, но не отличаетъ разницы.

8) Файзутдинъ Ф., башкиръ, мелкій торговецъ, 34 г. Приступы начались съ 19 лѣтъ; Вначалѣ бывали рѣдко, въ послѣднее время въ недѣлю 1—2 раза, Поступилъ въ Лечебницу 10 декабря 1906 года на испытаніе. Явленія дементности.

Слѣва путаетъ кислое; справа—соленое.

Какъ справа, такъ и слѣва не слышитъ совершенно пахучихъ веществъ, на пашатырный спиртъ рѣзко реагируетъ.

9) Иванъ Г., крестьянинъ, 33 л. Первый судорожный приступъ былъ на 10-мъ году, а затѣмъ самъ больной рассказываетъ, что по ночамъ ему стали изрѣдка являться четверо незнакомцевъ, будили его и вмѣстѣ съ нимъ шли рвать яблоки; больной часто просыпался не на томъ мѣстѣ, гдѣ онъ легъ съ вечера, но какъ попалъ онъ на новое мѣсто—этого не помнитъ. Въ Лечебницу поступилъ 4 марта 1907 года. Въ Лечебницѣ эквивалентовъ эпилепсія не наблюдалась. Ушныя сережки недоразвиты, на лѣвой сережкѣ атрома,

твердое небо съ валикомъ, зубы неправильно расположены, ушные раковины узки и длинны. Судорожные приступы очень рѣдки, кромѣ 1-го приступа на 10-мъ году было всего 2—3 судорожныхъ приступа.

Какъ справа, такъ и слѣва смѣшиваетъ кислое, сладкое и горькое, не узнаетъ соленое.

Какъ справа, такъ и слѣва не слышитъ пахучихъ веществъ, на нашатырный спиртъ реагируетъ.

10) Григорій М., крестьянинъ, чернорабочій, 33 г. Судорожные приступы начались съ 18 лѣтъ, послѣ сильныхъ побоевъ. Въ Лечебницу поступилъ 10 февраля 1907 года на испытаніе.

Асимметрия лица. Твердое небо углубленное. Явленій дементности нѣтъ. Приступы 1—3 раза въ недѣлю.

Справа и слѣва смѣшиваетъ кислое, соленое и горькое.

Справа воспринимаетъ и различаетъ запахъ пахучихъ веществъ.

Слѣва смѣшиваетъ запахъ свищадара съ дегтемъ.

11) Степанъ К., крестьянинъ, 22 г. приступы начались на 16 году послѣ испуга, бывали 1—2 раза въ мѣсяць. Въ Лечебницу поступилъ 15 января 1906 года. Приступы 1—2 раза въ недѣлю, отличаются своей силой, длительной спутанностью послѣ приступа. Лицо асимметрично. Твердое небо съ валикомъ. Явленія дементности не рѣзки.

Какъ справа, такъ и слѣва путаетъ соленое.

Какъ справа, такъ и слѣва слышитъ запахи, но не отличаетъ разницы, про воду и др. не пахнуція вещества говорить, что слышитъ запахъ и сравниваетъ, напр., съ запахомъ табака.

12) Шагабутдинъ Б., крестьянинъ, 34 г. Торговецъ, грамотный. На 25 году упалъ съ лошади и ударился головой. Была операція. Приступы общей палучей начались вскорѣ послѣ операціи; передъ самымъ приступомъ слышитъ какъ бы звонокъ телефона. Въ Лечебницу поступилъ во 2-й разъ 5 декабря 1903 года. Правая теменная кость сильно вдавлена, выѣтъя рубецъ, ушные сережки недоразвиты. Явленія дементности не значительны. Самые приступы отличаются си-

лой и длительной спутанностью предъ приступомъ; бываютъ разъ въ 1—2 мѣсяца.

Какъ справа, такъ и слѣва различаетъ вкусовыя вещества правильно.

Какъ справа, такъ и слѣва пахучія вещества слышитъ, но не можетъ указать разницы между ними. Про воду и др. не пахучія вещества говоритъ, что пахнетъ чѣмъ-то, но чѣмъ—опредѣлить не можетъ.

13) Александра А., мѣшанка, дѣвица 38 лѣтъ. На первомъ году жизни—младенческая. На 16 году послѣ испуга (попытка къ изнасилованію) первый судорожный приступъ. Передъ каждымъ приступомъ тошнота, до перваго судорожнаго приступа также чувствовала по цѣлымъ днямъ тошноту, но послѣ рвоты все проходило. Выходили глисты. Первое время приступы рѣдки. Въ Лечебницу поступила 18 февраля 1888 года. Передъ приступами тошнота, приступы 1—2 раза въ недѣлю. Явленія дементности незначительны. Грамотная, кончила въ сельскомъ училищѣ.

Съ правой стороны путаетъ и опредѣляетъ вкусовыя вещества лишь послѣ повторнаго изслѣдованія. Съ лѣвой стороны правильно разбирается во вкусовыхъ ощущеніяхъ.

Какъ справа такъ и слѣва слышитъ запахи, но опредѣляетъ разницу между ними лишь послѣ повторнаго изслѣдованія.

Васса К., 37 л., крестьянка. Приступы надучей начались на 25 году жизни, сначала бывали рѣдко, а послѣднее время каждый день. Въ Лечебницу поступила 14 апрѣля 1907 года Черепная крышка асимметрична, правая половина вдавлена, правая половина лица менѣе развита, лицевой уголь равняется 75, правая глазная щель уже лѣвой, ротъ большой, лѣвый уголь рта опущенъ. Зубы мелки, неправильной формы. Твердое небо плоское съ валикомъ посрединѣ. Приступы въ недѣлю 1—2—3 раза. Явленія дементности довольно рѣдки. Передъ приступомъ чувство горечи во рту и кислая отрыжка

Слѣва сладкое мѣшаетъ съ кислымъ, воду также считаетъ кислой.

Справа кислое и соленое смѣшиваетъ.

Какъ справа, такъ и слѣва различаеъ лишь запахъ дегтя, въ остальномъ же не отличаеъ разницы.

15) Василиса Я., крестьянка, 48 л. Поступаеъ въ Лечебницу въ 3-й разъ 23 июля 1905 года. Приступы давно, приблизительно лѣтъ 10, но были рѣдки. Въ послѣднее время разъ въ 2 недѣли. Въ Лечебницѣ приступы 1 разъ въ недѣлю. Явленія дементности не рѣзки.

Какъ справа, такъ и слѣва вкусовые вещества путаеъ и различаеъ послѣ повторныхъ изслѣдованій.

Съ правой стороны слышитъ пахучія вещества, указываетъ на разницу, называетъ деготь, говоритъ про воду, что пахнетъ.

Съ лѣвой стороны путаеъ всѣ пахучія вещества.

16) Марія Б., крестьянка 16 л. Горничная, грамотная. Приступы начались полгода тому назадъ: въ Лечебницу поступила 27 февраля 1906 года. Приступы были сначала 1 разъ въ недѣлю, въ послѣднее время 1 разъ въ 2 недѣли.

Передъ приступами появляется неприятный вкусъ во рту.

Съ лѣвой стороны точно разбираеъ во вкусовыхъ веществахъ.

Съ правой стороны путаеъ кислое, горькое и соленое.

Какъ справа, такъ и слѣва правильно различаеъ пахучія вещества. Слева говоритъ, что пахнетъ отъ воды.

17) Анастасія М., крестьянка, 26 лѣтъ, неграмотная, дѣвица. Приступы появлялись на 22 году жизни. Сначала повторялись 1—2 раза въ мѣсяць, въ послѣднее время чаще. Въ Лечебницу поступила 20 ноября 1906 года. Приступы разъ въ 1—2 недѣли.

Справа и слѣва путаеъ соленое съ кислымъ.

Справа и слѣва хотя не называетъ запахи, но различаеъ ихъ правильно.

18) Василій Б., крестьянинъ 28 лѣтъ, малограмотный, на военной службѣ сильно ударился головой, на 24 году появились впервые судорожные приступы 1 разъ въ мѣсяць. Въ послѣднее время были въ недѣлю 2 раза. Въ Лечебницу поступилъ 11 апрѣля 1906 года.

Справа и слѣва путаеть кислое со сладкимъ.

Справа и слѣва запахи различаеть правильно, по не называетъ ихъ.

19) Кирилъ П., крестьянинъ, 21 г., грамотный. Отецъ алкоголикъ. Припадки начались на 7 году. Въ первое время случались 3 раза въ мѣсяцъ, и затѣмъ стали очень часто и бывали по 15—20 припадковъ въ день.

Въ лечебницу поступилъ 16 апрѣля 1898 года. Приступы часты, иногда наступаютъ цѣлыми сериями по 10—15 приступовъ въ день. Явленія дементности.

Справа и слѣва не различаеть соленое.

Справа и слѣва слышитъ запахи, но не отличаеть разницы.

20) Петръ Н., крестьянинъ, 22 г. столяръ, страдаетъ приступами съ 17 л. Отецъ алкоголикъ. Приступы часты, въ недѣлю 1—3 раза и болѣе. Поступилъ въ Лечебницу во 2-й разъ 16 ноября 1906 года. Черепъ сильно сдавленъ. Лицо асимметрично. Лѣвая бровь стоитъ выше правой. Лѣвая ушная раковина больше правой. Серезки недоразвиты. Приступы бывають часто, иногда ежедневно, а иногда на дню 2—3 раза. До и послѣ приступовъ спутанность и безпокойство. Явленія дементности.

Слѣва не узнаеть горькое и путаеть кислое.

Справа смѣшиваетъ кислое съ горькимъ.

Справа и слѣва путаеть пахучія вещества, не всегда указывая на разницу между ними.

21) Ксенія Ц., крестьянка, 56 л. Приступы палучей начались приблизительно съ 15—16 лѣтнаго возраста. Поступила 16 іюля 1885 года. Припадки часты, въ послѣднее время 1—5 разъ въ недѣлю, рѣзкія явленія дементности.

Какъ справа, такъ и слѣва совершенно не опредѣляетъ вкусовые вещества, все считаеть горькимъ.

Справа и слѣва совершенно не слышитъ запаха дегтя, скипидара, на нашатырный спиртъ реагируетъ

22) Иванъ М., крестьянинъ, 32 лѣтъ, неграмотный. Мать умерла 35 лѣтъ, страдала палучей. Былъ жевать. Съ женой не живетъ, съ дѣтства занимается онанизмомъ, въ Лечебницу

поступилъ 25 августа 1904 года, какъ испытуемый, обвиняется въ поджогъ. Приступы появились на 28 году, бывали рѣдко, затѣмъ стали повторяться 1—2 раза въ недѣлю. Въ Лечебницѣ припадки бывають разъ въ мѣсяць, а то и въ 2 мѣсяца—одинъ разъ. Явленія дементности не рѣзки.

Справа соленое путаеть съ кислымъ. Слѣва различаеть правильно.

Какъ справа, такъ и слѣва вначалѣ изслѣдованія различалъ пахучія вещества правильно, но минутъ черезъ 10 началъ путать и уже не могъ различить мятного масла отъ дегтя.

23) Игнатій Л. 36 лѣтъ, крестьянинъ, неграмотный; приступы появились на 32 г. Приступы очень часты почти ежедневно. Поступилъ въ Лечебницу 9 октября 1906 года. Лѣвая носогубная складка глубже. Твёрдое небо съ валикомъ по срединѣ. Языкъ уклоняется вправо; зрачки неравномѣрны—лѣвый шире, реагируютъ вяло. Сухожильные рефлексы значительно подавлены. Болевая чувствительность понижена на обѣихъ рукахъ. Явленія дементности незначительны. Приступы часто, иногда 2—3 раза въ день, а иногда наступаютъ цѣлыми сериями.

Съ лѣвой и съ правой стороны путаеть горькое, кислое съ соленнымъ.

Съ лѣвой стороны не отличаеть мятного масла отъ скипидара.

Съ правой стороны не отличаеть нѣкоторыхъ пахучихъ веществъ.

24) Федоръ П. 41 г., крестьянинъ, грамотный, портвой, женатъ. Отецъ алкоголикъ, мать слѣпая. Приступы палучей появились на 30 году, сначала были разъ въ недѣлю; затѣмъ 2—3 раза въ день. Судорожные приступы часто замѣняются сумеречными состояніями. Поступилъ въ Лечебницу 12 апрѣля 1899 года. Зрачки расширены, вялой реакціи. Болевая чувствительность и рефлекторная возбудимость рѣзко повышены. Первое время приступы часты, иногда бывають ежедневно, иногда разъ-два въ недѣлю. Последнее время приступы рѣже: въ недѣлю разъ, въ мѣсяць 1—2 раза. Явленія дементности.

Вмѣсто судорожныхъ приступовъ бываетъ состояніе спутанности и безпокойства.

Справа и слѣва пугаетъ все вкусовые раздражители, считая все сладкимъ.

Справа ощущаетъ запахи, но не отличаетъ разницы, между ними.

Слѣва совсѣмъ не слышитъ запаха дегтя, керосина и камфоры, на нашатырный спиртъ реагируетъ.

25) Александръ А., крестьянинъ, 52 л., сапожникъ, не грамотный, женатъ во второй разъ, братъ страдаетъ падучей. Отецъ и мать поженились въ пожиломъ возрастѣ и злоупотребляли алкоголемъ. На 38 году перевезъ горячку, послѣ которой появились приступы падучей; приступы сначала бывали рѣдко, а затѣмъ повторялись ежедневно. Въ Лечебницу поступилъ во 2 разъ 1 ноября 1905 года. Приступы не слишкомъ часты, въ мѣсяць 2—3 раза. Явленія дементности.

Справа и слѣва не различаетъ совершенно кислаго и соленого, узнаетъ лишь горькое и сладкое.

Справа не чувствуетъ запаха дегтя (сапожникъ!) и камфоры.

Слѣва деготь узнаетъ, а запахъ камфоры различаетъ плохо.

26) Ш., ссыльный поселенецъ, 48 л., татаринъ, не грамотный. Приступы падучей появились на 40 году. Въ Лечебницу поступилъ 5 апрѣля 1906 года. Приступы крайне сильны, но рѣдки; передъ приступами и послѣ нихъ спутанность и безпокойство. Приступы въ мѣсяць 1—2 раза. Явленія дементности не рѣзки.

Справа и слѣва пугаетъ соленое и кислое.

Справа и слѣва пахучія вещества слышитъ, но разницы кромѣ дегтя, не различаетъ.

27) Иванъ А., крестьянинъ, 56 л., сапожникъ, приступы существуютъ приблизительно лѣтъ 25. Въ Лечебницу поступилъ 24 апрѣля 1884 г. Зрачки сужены, очень вялой реакція, сухожилыше рефлексы повышены неравномерно. Приступы сначала бывали 1—2 раза въ недѣлю, затѣмъ стали рѣже, но въ послѣднее время снова участились, а иногда наступаютъ и цѣлыми сериями. Явленія дементности.

Слѣва не узнаеть совершенно соленое, остальное путаеть.

Справа сначала путаль все, но затѣмъ, когда сталъ проглатывать или „смаковать“—началь узнавать вкусовыя вещества.

Слѣва слышитъ запахи, разницу указываетъ.

Справа путаеть все.

28) Василій И., крестьянинъ, 48 л., чернорабочій, малограмотный, приступы появились на 23 году, случались рѣдко, на 24 году совсѣмъ пропали, а на 43 году снова появились. Двѣ сестры припадочныя. Въ Лечебницу поступилъ 28 октября 1901 года. Первое время приступы 2—3 раза въ недѣлю, затѣмъ все рѣже и рѣже, послѣднее время 2—3 раза въ 3—4 мѣсяца. Явленія дементности весьма незначительны.

Слѣва путаеть кислое съ соленымъ.

Справа разбирается точно.

Справа и слѣва слышитъ запахи, указываетъ на разницу, но называетъ лишь деготь.

29) Акулина Р., крестьянка. 21 г., сельская учительница, приступы начались на 18 году, сначала были часты, а затѣмъ въ недѣлю 1 разъ. Передъ приступами безпокойство. Въ Лечебницу поступила 7 июля 1906 года, выбыла 19 апрѣля 1907 года. Приступы рѣдки, 1—2 раза, въ мѣсяць, а иногда ихъ не бываетъ и цѣлыми мѣсяцами. Послѣ приступовъ спутанность и безпокойство.

Слѣва путаеть соленое, кислое и сладкое.

Справа точно разбирается въ ощущеніяхъ.

Справа и слѣва пахучія вещества слышитъ и точно въ нихъ разбирается.

30) Николай Г. 13 л., ученикъ церковно приходской школы, приступы начались приблизительно на 8 году, сначала были рѣдко, потомъ стали повторяться 3—4 раза въ недѣлю. Въ первый разъ въ Лечебницу, поступилъ 4 февраля 1905 года, а выписался въ улучшенномъ состояніи 20 апрѣля 1905 года. Въ Лечебницу поступилъ во 2-й разъ 16 ноября 1905 года. Припадки 2—3 раза въ недѣлю. Сознаніе довольно ясное.

Справа путаеть кислое. Слѣва разбирается хорошо.

Справа и слѣва слышитъ запахи, указываетъ на разницу, указываетъ деготь и керосинъ.

31) Сергѣй Ф., крестьянинъ, 54 л., чернорабочій, грамотный приступы существуютъ давно, точно сказать не можетъ, когда начались; бывають очень рѣдко—въ годъ 2—3 раза, Учащаются лишь при пьянствѣ. Въ Лечебницу поступилъ 23 іюля 1904 года, приступы очень рѣдки по довольно сильны, бывають 1—3 раза въ 2—4 мѣсяца. Явленія дементности незначительны.

Справа путаетъ солевое.

Слѣва точно разбирается.

Справа слышитъ запахи, указываетъ на разницу, назвать не можетъ

Слѣва путаетъ скипидаръ съ дегтемъ и камфорой.

32) Ѳедоръ П., фармацевтъ, 38 лѣтъ, приступы начались лѣтъ 8 тому назадъ, но очень рѣдки. Появляются часто лишь тогда когда онъ начинаетъ сильно злоупотреблять алкоголемъ. Въ Лечебницу поступилъ 3 апрѣля 1906 года. Судорожные припадки бывають въ мѣсяцъ 1—2 раза; Но 1—2 раза въ недѣлю бывають сильное головокруженіе. Явленіе дементности очень незначительны.

Слѣва путаетъ кислое; Справа разбирается точно.

Справа и слѣва путаетъ пахучія вещества, назвать точно не можетъ, хотя увѣряетъ, что онъ, какъ фармацевтъ, долженъ различать пахучія лѣкарственные вещества.

33) Максимъ Б. крестьянинъ, 16 лѣтъ, приступы существуютъ съ 10 лѣтъ, послѣднее время стали чаще, въ недѣлю 1—2 раза. Въ Лечебницу поступилъ 30 октября 1906 г. Приступы 3—5 разъ въ недѣлю, самый приступ иногда выражается въ томъ, что больной долго вертится на одномъ мѣстѣ, затѣмъ уже падаетъ и появляются судороги. Сознаніе довольно ясное.

Справа точно разбираетъ вкусовые вещества.

Слѣва путаетъ кислое и горькое.

Слѣва слышитъ всѣ пахучія вещества, отличаетъ разницу, называетъ деготь.

Справа не слышитъ запаха камфоры.



34) Илья Ѡ. Крестьянинъ, портной, неграмотный, 37 лѣтъ, припадки начались на 33 году, бывають очень рѣдко. Первые два года было всего 10 приступовъ, затѣмъ они стали чаще и на недѣлѣ было уже по 2 приступа. Въ Лечебницу поступилъ 6 іюля 1906 г., какъ испытуемый; обвиняется въ убійствѣ товарища. Теменные кости рѣзко выступаютъ, черепъ тина брахицефалическаго, ушныя сережки недоразвиты, твердое небо плоское. Дермографизмъ. Слабо выраженный симптомъ Ромберга. Приступы 2—3 раза въ мѣсяцъ.

Слѣва смѣшиваетъ горькое и сладкое; Справа—кислое и сладкое.

Справа и слѣва слышитъ запахи, указываетъ на разницу между ними, но не можетъ сказать, чѣмъ пахнетъ.

35) Никифоръ М. крестьянинъ, 36 л., мелочной торговецъ, грамотный. Приступы начались на 30 году. Давно злоупотребляетъ алкоголемъ. Приступы сначала были рѣдки, потомъ стали повторяться 3—5 разъ въ недѣлю. Въ Лечебницу поступаетъ ежегодно, остается тамъ 5—6 мѣсяцевъ, затѣмъ выписывается. По словамъ больного, приступы падучей у него начались послѣ сильного испуга. Первое время бывали ежедневно, а затѣмъ 1—2 раза въ мѣсяцъ. Явленія дементности весьма незначительны.

Слѣва и справа кислое и горькое путаеть.

Справа совершенно не слышитъ запаха дегтя и друг.

На нашатырный спиртъ реагируетъ.

Слѣва слышитъ, но не опредѣляетъ разницы, путаеть.

36) Константинъ Т., крестьянинъ, 13 лѣтъ, грамотный, заболѣлъ на 9 году, сначала страдалъ приливами крови къ головѣ и головокруженіями, а затѣмъ появились и судорожные приступы. Въ Лечебницу поступаетъ ежегодно. Въ послѣдній разъ поступилъ въ 1907 г. и выписался. Черепъ отличается своимъ громаднымъ размѣромъ, твердое небо плоское, съ валикомъ, ушныя сережки недоразвиты, зубы расположены неправильно. Вспыльчивъ, раздражителенъ, шаловливъ, сознание довольно ясное, часто производитъ побѣги изъ Лечебницы. Приступы 1—2 раза въ недѣлю.

Справа правильно разбирается во вкусовыхъ веществахъ.

Слѣва путаеть кислое съ соленымъ.

Какъ справа, такъ и слѣва пахучія вещества различають, называетъ деготь и керосинъ.

37 Хабибулла А., крестьянинъ, 46 л., портной, приступы существуютъ, приблизительно лѣтъ 10. Въ Лечебницу поступаетъ 5-й разъ, въ послѣдній разъ поступилъ въ 1906 году. Приступы бывають рѣдко, но у больного часто наступаютъ рѣзкія измѣненія сознанія. Ко всѣмъ относится подозрительно. Въ послѣднее время въ Лечебницѣ приступы 1—2 раза въ мѣсяцъ. Явленія дементности не рѣзки.

Справа и слѣва плохо различають кислое, понятіе о кислотѣ, повидимому, не имѣется у больного.

Справа слышитъ пахучія вещества и указываетъ разницу.

Слѣва путаеть запахъ скипидара съ запахомъ камфоры.

38) Фежда В., крестьянка, 23 года, замужняя, приступы палучей начались приблизительно лѣтъ 8. Въ Лечебницу поступила во 2 й разъ 9 января 1906 года и 2 апрѣля 1907 года выписалась въ улучшенномъ видѣ. Приступы 3—5 разъ въ недѣлю. Въ послѣднее время въ Лечебницѣ были 1—2 раза въ мѣсяцъ.

Слѣва путаеть соленое съ кислымъ.

Справа путаеть горькое съ кислымъ.

Справа и слѣва слышитъ пахучія вещества, указываетъ на разницу, называетъ деготь.

39) Елена О., крестьянка, дѣвица, 23 л., грамотная. Приступы начались въ дѣтствѣ. Аура появляется въ видѣ шума въ ушахъ, иногда самый приступъ можно предотвратить, зажавъ сильно рукой уши. Заболѣла послѣ сильнаго испуга, приступы бывали 1 разъ въ мѣсяцъ. Въ Лечебницу поступила 16 января 1903 года. Носогубныя складки сглажены, ушныя сережки недоразвиты, при ходьбѣ прихрамываетъ на лѣвую ногу, лѣвая рука также нѣсколько отстаетъ въ движеніи. Приступы то чаще, 2—3 раза въ недѣлю, то рѣже 1 разъ въ мѣсяцъ. Послѣ приступа ступорозное состояніе. Явленія деменціи не рѣзки.

Слѣва путаеть кислое; Справа разбирается правильно.

Слѣва не различаеть запахъ дегтя и камфоры.

Справа отрицаетъ разницу и называетъ деготь.

40 Федоръ Ш., мѣщанинъ, 30 л., неграмотный, сильно злоупотребляетъ алкоголемъ, приступы существуютъ приблизительно въ 5—7 лѣтъ. Въ Лечебницу съ 1905 года поступаетъ ежегодно. Приступы довольно рѣдки, учащаются, когда больно начинаетъ „усилленно“ пить. Во второй разъ поступилъ въ Лечебницу 30 сентября 1906 года, а выписался 4 апрѣля 1907 года. Приступы 1—2 раза въ недѣлю. Въ послѣдній разъ въ Лечебницу поступилъ въ маѣ 1907 г. приступовъ еще не было.

Слѣва точно ориентируется во вкусовыхъ веществахъ.

Справа путаетъ соленое.

Справа не чувствуетъ запаха камфоры и гвоздичнаго масла.

Слѣва путаетъ скипидаръ съ мятнымъ масломъ и не слышитъ камфарнаго масла.

41) Андрей С., крестьянинъ, 40 л., приступы начались съ 7 лѣтъ; тетка и племянница душевнобольные. Приступы были очень часты, въ послѣднее время разъ 5 въ недѣлю. Въ Лечебницу поступилъ 9 августа 1906 г. Лицо ассиметрично, черепъ неправильной формы, твердое небо узко, зрачки реагируютъ вяло, расширены. Приступы довольно часты, 3—4 раза въ недѣлю. Явленія спутанности и беспокойства послѣ приступовъ. Рѣзкія явленія дементности.

Слѣва совершенно незнакомъ съ горькимъ и путаетъ остальные вкусовыя вещества.

Справа не узнаетъ кислое и путаетъ горькое.

Справа и слѣва смѣшиваетъ запахъ скипидара съ дегтемъ.

42) Анна М., крестьянка, 22 л., неграмотная. Приступы были въ раннемъ дѣтствѣ, затѣмъ пропали. Снова начались послѣ родовъ мѣсяца три-четыре тому назадъ. Въ Лечебницу поступила въ февралѣ 1907 г. Приступы 1—2 раза въ мѣсяць. Явленія дементности незначительны. Поступила, какъ испытуемая, обвиняется въ убійствѣ своего мужа.

Слѣва путаетъ сладкое съ кислымъ.

Справа путаетъ кислое съ горькимъ.

Справа и слѣва слышитъ пахучія вещества, отличаетъ ихъ правильно.

43) Гизетулла Х., крестьянинъ, 24 л., неграмотный. Отецъ злоупотребляетъ алкоголемъ. Судорожные приступы существуютъ лѣтъ 10, послѣднее время повторяются 2—3 раза въ недѣлю, иногда вмѣсто приступа появлялись состоянія безпокойства, спутанности, буйства. Въ Лечебницу поступилъ 9 декабря 1906 года. Приступы разъ 5 въ недѣлю, а иногда ежедневно. Иногда вмѣсто припадка наступаетъ состояніе спутанности, безпокойства, буйства. Лицо асимметрично. Твердое небо углублено и съ валикомъ, ушныя сережки приращены. Болевое чувство повышено равномерно.

Слѣва совершенно не узнаетъ соленое.

Справа соленое путаетъ съ кислымъ.

Справа и слѣва пахучія вещества слышитъ, не отличаетъ разницы.

44) Иванъ М., крестьянинъ, 27 л., грамотный. Первый приступъ произошелъ на 14-мъ году послѣ сильного испуга. Сначала приступы повторялись 1—2—3 раза въ годъ, затѣмъ стали чаще. Въ Лечебницу во 2-й разъ поступаетъ 18 декабря 1902 года. Приступы довольно часты, 2—5 разъ въ недѣлю, передъ ними и послѣ нихъ развивается состояніе спутанности и безпокойства. Явленія дементности.

Справа и слѣва путаетъ кислое.

Справа и слѣва слышитъ пахучія вещества, но не улавливаетъ разницы между ними.

45) Евдокимъ К. 36 л., крестьянинъ, неграмотный. Приступы начались на 31-омъ г., послѣ сильного удара цѣпомъ по головѣ (лежалъ долго безъ памяти); сначала повторялись разъ въ 2 мѣсяца, затѣмъ стали чаще и наконецъ появились каждую недѣлю. Въ Лечебницу поступилъ 22 сентября 1906 года и выписался 7 марта 1907 года въ улучшенномъ видѣ. Твердое небо съ валикомъ, плоское; зрачки расширены, вялой реакціи. Приступы 1—2 раза въ недѣлю.

Справа и слѣва путаетъ горькое съ сладкимъ.

Справа и слѣва слышитъ пахучія вещества, указываетъ на разницу, называетъ леготь и скипидаръ.

46) Марія Ф., крестьянка, 47 лѣтъ, имѣетъ душевно-больную дочь, злоупотребляетъ алкоголемъ, повариха. Приступы

пы существуютъ съ 40 лѣтъ, бѣвають рѣдко. Въ Лечебницу поступила 29 сентября 1906 года, а выписалась 3 апрѣля 1907 года въ улучшенномъ видѣ. Приступы бѣвають 1—2 раза въ мѣсяцъ. Явленія слабоумія не рѣзки.

Слѣва кислое путаеть съ солепымъ; справа разбирается правильно.

Справа не отличаетъ мятнаго масла отъ скипидара.

Слѣва слышитъ пахучія вещества и опредѣляетъ разницу между ними.

47) Александръ С., крестьянинъ, 36 л., грамотный. Приступы вачались на 21 году, повторялись въ 2—3 мѣсяца разъ, въ послѣднее время 2—3 раза въ недѣлю. Въ Лечебницу поступилъ 3 октября 1906 года, какъ испытуемый, обвиненъ въ вооруженномъ сопротивленіи властямъ во время усмиренія безпорядковъ. 3 марта 1907 года выписанъ изъ Лечебницы. Приступы разъ въ 1—2 недѣли. Сознаніе довольно ясное. Черепъ круглый, всѣ размѣры его увеличены. Лицо асимметрично. Лѣвый зрачекъ нѣсколько шире праваго, реакція зрачковъ вада. Твердое небо съ валякомъ. Зубы расположены неправильно, глоточный рефлексъ ослабленъ. Чувство боли, термическое чувство, чувство прикосновенія понижены.

Справа различаетъ вкусовыя вещества послѣ повторнаго изслѣдованія, иногда путаеть одно съ другимъ.

Слѣва разбирается точно.

Справа и слѣва слышитъ пахучія вещества, убазываетъ на разницу, различаетъ деготь, скипидаръ и проч.

48) Иванъ И., крестьянинъ, 44 л., малограмотный. Братъ душевно больной. 1-й приступъ (судорожный) на 32 году. Приступы бѣвали 2 раза въ мѣсяцъ. Въ Лечебницу поступилъ 27 января 1907 года, выписался въ улучшенномъ видѣ 10 мая 1907 года. Правая носогубная складка глубже лѣвой, лѣвый уголь рта опущенъ. Твердое небо съ валякомъ посрединѣ. Пателлярные рефлексъ ослаблены. Приступы иногда замѣняются состояніемъ спутанности, безпокойства; повторяются 2—3 раза въ мѣсяцъ.

Справа и слѣва совершенно не различаетъ кислое.

Справа и слѣва слышитъ пахучія вещества, но не опредѣляетъ разницы между ними.

49) Аграфена В., крестьянка, 30 л., приступы начались на 23 году бывали довольно часто, раза два въ недѣлю. Въ Лечебницу поступила 2 февраля 1906 года. Носогубныя складки сглажены. Зубы сильно выдались впередъ. Языкъ очень большой. Зрачки расширены, вялой реакціи. Приступы въ мѣсяць 1—2 раза.

Справа и слѣва путаеть кислое.

Справа и слѣва слышитъ пахучія вещества, отличаетъ разницу

50 Павелъ И., 40 л., мѣщанинъ, приступы наступили 3—4 года тому назадъ, были очень рѣдко, послѣднее время— въ 2 недѣли разъ. Давно злоупотребляетъ алкоголемъ, приступы учащаются, когда вачинаеть „пить“. Въ Лечебницу поступилъ въ 1906 году, а выписался въ 1907 г. Приступы бывали въ недѣлю 1 разъ.

Слѣва путаеть горькое, узнаеть послѣ повторныхъ изслѣдованій. Справа разбирается въ вкусовыхъ веществахъ хорошо.

Справа и слѣва слышитъ пахучія вещества, но не отличаетъ разницы.

Изъ амбулаторныхъ больныхъ:

1) Андрей Ш., крестьянинъ, грамотный, 25 л., черно-рабочій. Приступы начались на 18 году, бывають зимой и осенью, лѣтомъ же ихъ не бывало. Послѣднее время приступы въ недѣлю 1 разъ. Твердое небо плоское, съ валикомъ. Ушныя сережки недоразвиты. Передъ приступами головокруженіе.

Справа и слѣва путаеть горькое, соленое и кислое.

Справа и слѣва слышитъ пахучія вещества, указываетъ на разницу, называетъ деготь и керосинъ.

2) Екатерина Р., мѣщанка, 16 л. грамотная. Правая ушная раковина вся недоразвита, на лѣвой—завитокъ сглаженъ. Твердое небо плоское съ валикомъ. Передніе зубы рѣзко выступаютъ. Приступы начались на 10-мъ году, бывали разъ въ 2—3 недѣли, послѣднее время разъ въ недѣлю двѣ.

Справа и слѣва путаетъ вкусовыя вещества, узнаеть лишь при повторномъ изслѣдованіи и то не всегда.

Справа и слѣва слышитъ пахучія вещества, указываетъ на разницу.

3) Елизавета Б., крестьянка, грамотная, 19 лѣтъ. Приступы начались 13 году, бывають въ 3—4 раза.

Справа и слѣва быстро различаетъ всѣ вкусовыя вещества.

Справа и слѣва слышитъ пахучія вещества, и указываетъ на разницу, но назвать не можетъ, хотя увѣряеть, что узнаеть ихъ (керосинъ и деготь).

4) Пелагея А., крестьянка, 16 лѣтъ, приступы падучей начались на 10 году, бывають ежедневно до 3-хъ разъ.

Справа и слѣва не отличаетъ кислаго и соленого.

Справа не слышитъ совершенно запахъ дегтя и камфоры.

Слѣва слышитъ всѣ пахучія вещества, указываетъ на разницу между ними.

5) Анастасія С., мѣщанка 26 лѣтъ, приступы начались съ 18 лѣтъ, сначала 2—3 раза въ мѣсяць, послѣднее время разъ въ мѣсяць.

Справа и слѣва различаетъ быстро вкусовыя вещества.

Справа и слѣва слышитъ пахучія вещества, указываетъ на разницу, называетъ мятное масло, скицидаръ, керосинъ и деготь.

6) Константинъ Р., крестьянинъ 58 лѣтъ, чернорабочій, давно злоупотребляетъ алкоголемъ, приступы начались лишь годъ тому назадъ. Первое время повторялись 2—3 раза въ день, послѣднее время 1—2 раза въ недѣлю.

Справа и слѣва смѣшиваетъ соленое.

Справа слышитъ пахучія вещества, но не указываетъ на разницу между ними.

Слѣва указываетъ на разницу въ пахучихъ веществахъ.

7) Семень С., крестьянинъ 17 л., грамотный, приступы начались на 8 году, бывають 2 раза въ мѣсяць.

Слѣва вкусовыя вещества различаеъ лишь послѣ повторнаго изслѣдованія.

Справа различаеъ точно вкусовыя вещества.

Справа и слѣва слышитъ пахучія вещества указываеъ на разницу, называеъ керосинъ, деготь.

8) Иванъ С., мѣщанинъ, 30 л., приступы начались полтора года тому назадъ. Судорожныя приступы иногда замѣняются явленіями автоматизма.

Справа и слѣва не различаеъ соленое.

Справа и слѣва слышитъ пахучія вещества, указываеъ на разницу, называеъ деготь, керосинъ и др.

9) Александра С., неграмотная, крестьянка, 16 л., приступы начались съ 10 л., случались разъ въ 2—3 мѣсяца. Последнее время бывають то черезъ мѣсяць, а иногда и въ день по 2 приступа.

Слѣва точно различаеъ вкусовыя вещества.

Справа путаеъ соленое и кислое.

Справа и слѣва слышитъ и различаеъ пахучія вещества, опредѣляеъ, чѣмъ пахнетъ.

Абдуль М., крестьянинъ, 31 года, приступы начались на 29 году, были 1—2 раза въ мѣсяцъ. Въ последнее время въ недѣлю 1—2 раза. Правая носогубная складка сглажена. Рѣчь нѣсколько затруднена, все это произошло послѣ цѣлой серіи приступовъ (6 разъ въ день), языкъ нѣсколько уклоняется вправо. Во время приступовъ бывають какъ въ правой половинѣ, такъ и въ лѣвой судороги (общая надучал).

Справа и слѣва путаеъ соленое.

Справа слышитъ пахучія вещества, но не указываеъ на разницу между ними.

Слѣва слышитъ пахучія вещества, указываеъ на разницу.

Производя теперь подсчетъ, мы найдемъ, что изъ 50 изслѣдованныхъ въ Лечебницѣ, 38 мужчинъ и 12 женщинъ, съ неизмѣненнымъ, нормальнымъ вкусомъ оказалось 2—оба мужчины.

Съ нормальнымъ обоняніемъ—14; мужчинъ 8 и женщинъ 6.

Съ одностороннимъ пониженіемъ вкуса—15, изъ нихъ мужчинъ 10 и женщинъ 5.

Съ одностороннимъ пониженіемъ обонянія 8, изъ нихъ 5 мужчинъ и 3 женщины.

Съ двухстороннимъ пониженіемъ вкуса 21, изъ нихъ 15 мужчинъ и 6 женщинъ.

Съ двухстороннимъ пониженіемъ обонянія—18, изъ нихъ 16 мужчинъ и 2 женщины.

Съ одностороннимъ отсутствіемъ вкуса—3, всѣ мужчины.

Съ одностороннимъ отсутствіемъ обонянія—5, всѣ мужчины.

Съ двухстороннимъ отсутствіемъ вкуса—9, изъ нихъ мужчинъ 8 и женщина 1.

Съ двухстороннимъ отсутствіемъ обонянія—5, изъ нихъ мужчинъ 4 и одна женщина.

У одного оказались нормальными вкусъ и обоняніе (случай 6-й); у 3-хъ, изъ нихъ 2 женщины—одностороннее пониженіе вкуса и обонянія. У 7-ми, изъ нихъ, 6 мужчинъ и 1 женщина—двухстороннее пониженіе вкуса и обонянія и, наконецъ, у 2-хъ (случаи 9 и 21), изъ которыхъ 1 женщина,—двухстороннее отсутствіе вкуса и обонянія.

Изъ 10-ти изслѣдованныхъ на амбулаторномъ, приѣмѣ проф. Осипова 5 мужчинъ и 5 женщинъ, страдающихъ генуинной эпилепсіей, съ нормальнымъ вкусомъ оказалось 3, всѣ женщины.

Съ нормальнымъ обоняніемъ—6, изъ которыхъ 3 мужчины и 3 женщины.

Съ одностороннимъ пониженіемъ вкуса—2, изъ которыхъ 1 женщина.

Съ одностороннимъ пониженіемъ обонянія—2, оба мужчины.

Съ двухстороннимъ пониженіемъ вкуса 6, изъ которыхъ 4 мужчины и 2 женщины.

Съ двухстороннимъ пониженіемъ обонянія, съ одностороннимъ пониженіемъ вкуса—нѣтъ, и только 1 въ съ одностороннимъ отсутствіемъ обонянія. Съ двухстороннимъ отсутствіемъ вкуса или обонянія—пѣтъ.

На основаніи своихъ изслѣдованій и знакомства съ больными мы пришли къ слѣдующимъ выводамъ:

1) у эпилептиковъ, какъ съ валличностью психозовъ, такъ и страдающихъ судорожной формъ падучей, отмѣчаются по большей части стаціонарныя разстройства вкуса и обонянія или въ формѣ паралича, или въ формѣ пареза вкуса и обонянія.

2) Вкусъ разстраивается чаще, чѣмъ обоняніе.

3) Чаще всего наблюдается двухстороннее пониженіе—парезъ вкуса или обонянія.

4) Интенсивность разстройствъ находится, повидимому, въ связи съ частотой и силой падучихъ приступовъ и со степенью дементности эпилептика.

5) Частота судорожныхъ приступовъ и сила отдѣльнаго приступа имѣють большое вліяніе на интенсивность разстройствъ.

6) При долготѣннемъ существованіи эпилепсін, гдѣ болѣзнь не повела къ ослабленію психики, гдѣ приступы рѣдки и не отличается своей силой,—тамъ не отмѣчается в тяжелыхъ разстройствъ вкуса и обонянія.

7) Если въ анамнезѣ эпилептика встрѣчается злоупотребленіе алкоголемъ—интенсивность разстройствъ обычно повышается.

8) При одновременномъ существованіи судорожныхъ приступовъ и психическихъ эквивалентовъ эпилепсін—можетъ быть отмѣчено и повышеніе интенсивности разстройствъ.

9) Острота вкуса и обонянія у женщинъ—эпилептичекъ меньше страдаетъ при одинаковыхъ условіяхъ, чѣмъ у мужчинъ—эпилептиковъ.

10) Разстройства обонянія и вкуса въ большинствѣ случаевъ носятъ парціальный характеръ.

Чѣмъ же объяснить подобныя разстройства вкуса и обонянія у эпилептиковъ — периферическаго или корковаго происхожденія будутъ эти измѣненія.

При периферическомъ заболѣваніи вкусовыхъ и обонятельныхъ нервовъ наблюдается, такъ сказать, параличъ или парезъ вкуса и обонянія по всѣмъ категоріямъ одинаково, а не парціальныя измѣненія. Опытами Bernard'a, Schiff'a, Lussan'ы и др. доказано, что перерѣзка п. *lingualis*, *chord. facialis* въ томъ мѣстѣ, въ которомъ вкусовыя волокна еще не отдѣлились, вызывала полный параличъ вкуса. При анестезіи п. *trigeminі*, когда замѣчается разстройство вкуса, — страдаютъ всѣ категоріи одинаково. При костодѣй скалистой части височной кости, какъ показала *Urbantitsch*, наблюдается также полное исчезновеніе вкуса. Конечно, то-же должно ожидать и при пораженіи обонятельныхъ проводниковъ. При пораженіи внутри мозговыхъ путей также должно ожидать анестезіи по всѣмъ категоріямъ одинаково.

Въ нашихъ случаяхъ имѣлось притупленіе или потеря одного изъ вкусовыхъ ощущеній, въ тоже время другія были сохранены, это парціальное измѣненіе вкуса и обонянія говоритъ за корковое происхожденіе этихъ разстройствъ. Далѣе, наблюдаемыя обонятельныя или вкусовыя ауры, а также вкусовыя и обонятельныя иллюзіи, опять таки говорятъ за корковое происхожденіе наблюдаемыхъ нами разстройствъ. Въ виду того, что для своихъ изслѣдованій мы взяли эпилептиковъ, относительно которыхъ уже установлено, что центръ тяжести заболѣванія сосредоточивается главнымъ образомъ въ мозговой корѣ, и хотя при genuинной эпилепсіи не всегда имѣются грубыя анатомическія измѣненія мозговой коры, но во всякомъ случаѣ только при заболѣваніи мозговой коры, хотя бы функціональнаго характера, могутъ явиться приступы эпилепсіи. Мы не говоримъ о Джексонской эпилепсіи, гдѣ

находятъ фокусныя пораженія мозговой коры но и при эпилептическомъ слабоуміи почти всегда имѣются атрофическія измѣненія мозговой коры, — поэтому намъ понятно наблюдаемое въ нашемъ случаѣ явленіе, которое характеризуется тѣмъ, что ослабленіе вкусовыхъ и обонятельныхъ воспріятій идетъ рука объ руку съ ослабленіемъ интеллектуальной жизни, измѣненіе вкуса и обонянія является одновременно съ пониженіемъ другихъ функцій мозговой коры, что въ свою очередь зависитъ отъ измѣненій и гибели нервныхъ элементовъ коры головного мозга. Все это заставляетъ насъ признать, что наблюдаемыя нами измѣненія въ области вкуса и обонянія должны быть коркового характера, т. е., мы наблюдаемъ пораженіе центровъ обонянія и вкуса у эпилептиковъ. Намъ станетъ еще болѣе понятно это пораженіе центровъ обонянія и вкуса, если мы попытаемся опредѣлить по литературнымъ даннымъ локализацию этихъ центровъ.

Вопросъ о локализациі центровъ обонянія и вкуса служилъ и служить предметомъ тщательныхъ изслѣдованій и горячихъ споровъ изслѣдователей послѣдняго десятилѣтія.

Вопросъ о локализациі центровъ обонянія выдвинулъ еще *Ferrier*, который полагаетъ, что центръ обонянія находится въ *gyrus uncinatus* или *uncus*, а центръ вкуса въ частяхъ мозга, находящихся въ связи съ *uncus*.

Проф. *H. Munk* локализируетъ центръ вкуса и обонянія въ корѣ *gyr. hippocampi*.

Проф. *Шербакъ* локализовалъ центръ вкуса у кроликовъ въ области, соотвѣтствующей теменной долѣ.

Академикъ *Бехтеревъ* подтверждаетъ въ 1899 г. что центръ вкуса находится на наружной поверхности мозговыхъ полушарій въ наружныхъ отдѣлахъ двигательной области, въ отдѣлахъ, соотвѣтствующихъ на мозгу человѣка области *operculum*.

Изъ лабораторіи же В. М. Бехтерева вышла работа д-ра *Горшкова*, который рядомъ опытовъ на собакахъ, провѣряя

довольно разнорѣчивыя результаты предшествующихъ изслѣдователей, пришелъ къ тому заключенію, что при двухстороннемъ разрушеніи области мозговой коры, расположенной въ передне-нижней части третьей и четвертой первичныхъ извилинъ, появляется полная потеря вкуса по отношенію ко всемъ категоріямъ вкусовыхъ ощущеній. Авторъ посредствомъ частичныхъ разрушеній вкусовой области приходятъ къ выводамъ, что въ мозговой корѣ имѣются отдѣльные самостоятельные центры для главныхъ категорій вкусовыхъ ощущеній. Признавая эту локализацию отдѣльныхъ категорій вкусовыхъ ощущеній, авторъ подтверждаетъ се клиническими наблюденіями съ частичною потерю вкуса при эпилепсіи, какъ показаль, напр., д-ръ *Германъ*. Что касается вкусовыхъ нервныхъ волоконъ, то авторъ говоритъ о частичномъ перекрестѣ проводниковъ, при чемъ большая часть вкусовыхъ волоконъ переходитъ на противоположную сторону, меньшая же часть остается на соответствующей сторонѣ. Вкусовую область отъ обонятельной авторъ ограничиваетъ *fissur. Sylvii, praesylyvii, rhinalis* и *fissura olfactoria*, и указываетъ что обонятельный центръ мозговой коры не имѣетъ никакого отношенія къ органу вкуса, а мѣстомъ окончанія вкусовыхъ органовъ въ мозговой корѣ считаетъ тѣ ея участки, раздраженіемъ которыхъ можно вызвать движеніе губъ, языка и глотки. Эти участки соответствуютъ тому отдѣлу мозга (*operculum*) гдѣ оканчиваются волокна, проводящія изъ поверхности тѣла чувствительное раздраженіе общаго характера.

Въ позднѣйшихъ руководствахъ по нервнымъ болѣзнямъ, напр., проф. *Л. О. Даркшевича*, центромъ вкуса признается область мозговой коры, которая носитъ названіе *operculum*.

Что касается локализации центра обонанія въ мозговой корѣ, то этотъ вопросъ тоже имѣетъ довольно значительную литературу.

Ferrier какъ мы упоминали выше, пришелъ, къ тому заключенію, что центръ обонянія заложенъ въ *gyrus uncinatus*.

H. Munk локализируетъ центръ обонянія въ корѣ *gyri hippocampi*.

Luciani и *Serpilli* увѣряютъ, что Аммоновъ рогъ есть центральный пунктъ обонятельной сферы и признаютъ частичный перекрестъ обонятельныхъ путей.

Fasola также считаетъ Аммоновъ рогъ центромъ обонянія.

Академикъ Бехтеревъ полагаетъ, что чувство—двигательная обонятельная область заложена въ *gyrus piriformis* и въ области Аммоніева рога.

Докторъ *Горшковъ*, который нашелъ при двухстороннемъ разрушеніи всей области *lob. pyriformis* полную потерю обонянія, собственно центромъ обонянія признаетъ область *gyri hippocampi* и *gyr. uncinati posterioris*. Авторъ далѣе приходитъ къ выводу, что обонятельные проводники совершаютъ частичный перекрестъ и что при раздраженіи *gyri uncinati* появляется корково-обонятельный рефлексъ.

Въ новѣйшемъ руководствѣ по нервнымъ болѣзнямъ проф. *Даркшевичъ* говоритъ, что кортикальнымъ центромъ обонянія, по всей вѣроятности, является *gyrus uncinatus*.

Такимъ образомъ, мы должны признать, что *gyrus uncinatus* является центромъ обонянія, а *operculum*—корковымъ центромъ и вкуса. Эта локалізація центровъ обонянія и вкуса вблизи моторныхъ центровъ мозговой коры, раздраженіе которыхъ вызываетъ эпилептические приступы—даетъ намъ возможность сдѣлать предположеніе, что повторныя состоянія раздраженія двигательной сферы мозга, влекущія за собой развитіе падуčnýchъ приступовъ, не могутъ остаться безразличнымъ и для близлежащихъ областей, вызывая въ послѣднихъ аналогичныя явленія, въ формѣ сначала функциональныхъ, а впоследствии и органическихъ измѣненій.

Это предположеніе дѣлаетъ намъ понятнымъ пораженіе центровъ вкуса и обонянія.

Въ связи съ вопросомъ о локализациі центра обонянія въ мозговой корѣ самъ собою выдвигается другой интересный вопросъ, служащій и по сіе время предметомъ тщательныхъ наблюденій какъ клиницистовъ, такъ и физиологовъ, — это вопросъ о функціи Аммоніева рога и его отношеній къ эпилепсіи.

Опытами, произведенными надъ обезьянами въ 1876 г., *Ferrier* старается доказать, что Аммоніевъ рогъ представляетъ собою центръ тактильной и мышечной чувствительности.

Опыты *Ferrier*'а были повторены *Horsley*'емъ и *Schäfer*'омъ, которые получили отрицательные результаты и не подтверждаютъ значенія Аммоніева рога, какъ центра кожной и мышечной чувствительности.

Мы уже упоминали про изслѣдованія *Luciani* и *Sepilli* нашедшихъ, что Аммоніевъ рогъ есть центральный пунктъ обонятельной сферы и про изслѣдованія *Fasola*, который пришелъ къ заключенію, что функція Аммоніева рога тѣсно связана съ зрѣніемъ обоняніемъ и слухомъ.

Изслѣдованія *Edinger*'а и *Luckerkandl*'я работавшихъ по методу сравнительно-анатомическому, эмбриологическому и анатомическому, указываютъ на важное значеніе Аммоніева рога для обонянія.

Въ виду сомнительныхъ и частью разнорѣчивыхъ данныхъ, добытыхъ экспериментальнымъ путемъ, проф. *В. П. Осиповъ* въ 1900 году предпринялъ рядъ опытовъ по методу выпаденія функціи для рѣшенія вопроса о физиологическомъ значеніи Аммоніева рога. Опыты были произведены на собакахъ въ Физиологическомъ Институтѣ въ лабораторіи *Н. Мунк*'а. Проф. *Осиповъ* на основаніи своихъ опытовъ пришелъ къ тому заключенію, что Аммоніевъ рогъ не только не можетъ быть разсматриваемъ, какъ центръ мышечнаго чувства и кожной чувствительности, но вообще функціи его не имѣютъ никакой сколько-нибудь близкой связи ни съ мышечнымъ чув-

ствомъ ни съ какой чувствительностью. Связь Аммоніева рога съ зрѣніемъ, вкусомъ и обонянiемъ также должна быть подвергнута большому сомнѣнію. Вѣрнѣе всего допустить, что Аммоніевъ рогъ не имѣетъ самостоятельной функціи. Свое разногласіе съ опытами *Ferrier'a*, *Luciani*, *Sepilli* и *Fasola* проф. *Osinovz* объясняетъ неудовлетворительностью постановки опытовъ прежнихъ изслѣдователей.

Проф. *Osinovz* въ изложеніи своихъ опытовъ упоминаетъ о двухъ собакахъ, у которыхъ черезъ два мѣсяца послѣ операціи наблюдались приступы падучей. Эти приступы авторъ не ставитъ въ связь съ отсутствіемъ Аммоніева рога и объясняетъ во 1-хъ взмѣненіемъ кровообращенія у собакъ въ связи съ операціей и во 2-хъ—образованіемъ рубцовъ твердой и мягкой мозговой оболочки, значеніе которыхъ для развитія падучей не подлежитъ сомнѣнію. При раздраженіи Аммоніева рога фарадическимъ токомъ приступовъ падучей не наблюдалось; на основаніи всего сказаннаго авторъ отрицаетъ какое-либо значеніе заболѣванія Аммоніева рога въ эіологии падучей.

Въ 1903 г. появилась работа д-ра *Кастанаяна*, въ которой онъ, разбирая сравнительную анатомію, фізіологію и патологическую анатомію Аммоніева рога, называемаго имъ *Hirrosampus*, приводитъ данныя, представляющія доказательство принадлежности *Hirrosampus'a* къ центральному нервному обонятельному аппарату. Въ приведенной имъ весьма обширной литературѣ нѣтъ указаній^а на знакомство автора съ работой проф. *Osinova*.

Авторъ, рѣшая вопросъ о функціи Аммоніева рога, ссылается, на *Worcester'a* которой описалъ случай эпилепсіи съ обонятельными галлюцинаціями, при чемъ при жизни произведенное изслѣдованіе обонянія дало нормальные результаты, при вскрытіи же оказался очагъ краснаго размягченія, захватившаго передній конецъ лѣвой височной доли, *gyrus uncinatus* и часть Аммоніева рога. Далѣе авторъ приводитъ слу-

чай *Maskau*, гдѣ у пациента, представлявшаго при жизни лѣвостороннюю гемипарестезію, полную аносмію и агейзію, при аутопсеи была обнаружена гуммозная опухоль, разрушившая пижьюю и часть средней височной извилины, *gyrus uncinatus*, *gyr. hippocampus* а отчасти и *gyr. occipito-temporalis* праваго полушарія. На основаніи всѣхъ приведенныхъ клиническихъ и патологоанатомическихъ данныхъ *Кастаналянъ* приходитъ къ выводу, что непосредственное поврежденіе *bulbi* и *tractus olfactorii* обуславливаетъ потерю обонянія, между тѣмъ какъ пораженіе одного изъ подкорковыхъ центровъ, а также коркового центра обуславливаетъ явленія раздраженія—обонятельныя галлюцинаціи. Дѣло въ томъ, что кромѣ коркового центра обонянія авторъ различаетъ подкорковые центры обонянія и, резюмируя опыты *Ferrier'a*, *Горшкова* и *Munk'a*, объясняетъ результаты, добытые этими авторами, тѣмъ, что *Ferrier* и *Горшковъ* повреждали части *Hippocampi*, *Munk* же и опять таки *Горшковъ*—области окончанія волоконъ обонятельнаго тракта, т. е., въ первомъ случаѣ повреждались части коркового центра обонянія, во второмъ случаѣ — одинъ изъ подкорковыхъ центровъ.

Но первыя указанія на связь Аммоніева рога съ эпилепсіей были сдѣланы еще въ прошломъ столѣтіи *Morgagnie* и *Greding'омъ*, которые ставили въ зависимость падучую съ заболѣваніями Аммоніева рога.

Затѣмъ *Bouchet* и *Cazauielh* указывали на уплотненіе, атрофію, гиперемію и размягченія Аммоніева рога при падучей, но не придавали этому особеннаго значенія, считая это явленіе случайнымъ, такъ какъ находили эти измѣненія и при другихъ душевныхъ заболѣваніяхъ.

Берманъ приписываетъ Аммоніеву рогу не только двигательныя, но и специфическія по отношенію къ падучей отправления.

Meunert описалъ 20 случаевъ падучей, при чемъ онъ всегда находилъ измѣненія въ Аммоніевомъ рогѣ, но самъ

Meynert рассматриваетъ поражение Аммоніева рога, какъ явленіе вторичное; *Meynert* рассматриваетъ Аммоніевъ рогъ, какъ двигательный центръ, заболѣванію его при падучей придаетъ большое значеніе и говоритъ, что поврежденіе его развивается даже и тогда, когда причина падучей лежитъ въ другой части мозга.

По статистикамъ разныхъ авторовъ частота заболѣванія Аммоніева рога при эпилепсіи колеблется въ широкихъ предѣлахъ: по *Snell*’ю въ 4⁰/₁₀₀; *Coulbault*—въ 14⁰/₁₀₀; по *Hemces*’у—въ 17⁰/₁₀₀ по *Bzatz*’у въ 50⁰/₁₀₀ по *Neranderu*’у 56⁰/₁₀₀ и по *Pfleger*’у—въ 58⁰/₁₀₀.

Sommer собралъ 90 случаевъ, частью своихъ, частью изъ литературы, при чемъ изъ этихъ 90 случаевъ падучей въ 76 случаяхъ былъ найденъ склерозъ Аммоніева рога, а въ остальныхъ размягченіе, гиперемія, точечныя кровоизліянія и атрофіи. При микроскопическомъ изслѣдованіи авторъ находилъ развитіе неврогліи и гибель ассоціаціонныхъ волоконъ и нервныхъ элементовъ. *Sommer* придаетъ большое значеніе заболѣванію Аммоніева рога при падучей, считаетъ Аммоніевъ рогъ центромъ осязанія для противоположной стороны тѣла и предполагаетъ, что поврежденіе этого центра можетъ вызвать падучую рефлекторнымъ путемъ, подобно периферическому раздраженію.

Проф. *Блуменау*, въ засѣданіи С.-Петербургскаго общества психіатровъ сообщилъ объ одномъ случаѣ измѣненія Аммоніева рога у старухи, страдавшей dementia senilis. Во время преній по поводу этого доклада проф. *В. М. Бехтеревъ* заявилъ, что онъ, вскрывая въ Казанской Окружной Лечебницѣ ежегодно около 20 душевно-больныхъ въ теченіи 8 лѣтъ и при этомъ изслѣдуя мозгъ падучихъ, довольно часто находилъ у нихъ болѣе или менѣе рѣзко выраженный склерозъ Аммоніева рога, но подобный же склерозъ онъ наблюдалъ и въ другихъ частяхъ головного мозга, преимущественно, въ затылочной и теменной доляхъ.

Самъ проф. Бехтеревъ считаетъ склерозъ Аммоніева рога при падучей не за причину болѣзни, а за вторичныя измѣненія.

Hemkes считаетъ заболѣваніе Аммоніева рога вторичнымъ и говоритъ, что заболѣваніе его не можетъ имѣть вліянія на происхожденіе падучей, приводитъ въ подтвержденіе опыты *Nothnagel'*я, которые *Hemkes* провѣрялъ и самъ, съ раздраженіемъ и разрушеніемъ Аммоніева рога у животныхъ, при чемъ падучихъ припадковъ не получалось.

Worcester изъ 43 случаевъ въ 20 нашелъ склерозъ Аммоніева рога, эти измѣненія авторъ считаетъ первичными и смотритъ на эти измѣненія, какъ на причину падучей.

Rauzier, *Zellmuller* и *Grasset* не придавая особеннаго значенія заболѣванію Аммоніева рога, признаютъ однако, что это заболѣваніе хотя и частое, но не постоянное.

Hebold, директоръ лечебницы для эпилептиковъ въ *Wuhlgarten'*ѣ между различными измѣненіями мозга при падучей часто встрѣчалъ склерозъ Аммоніева рога; это явленіе авторъ считаетъ первичнымъ и аналогичнымъ склерозу другихъ извилинъ. *Hebold* признаетъ характернымъ изчезновеніе большихъ пирамидныхъ клѣтокъ въ Аммоніевыхъ рогахъ.

Д-ръ *В. А. Муратовъ*, говоря въ своихъ клиническихъ лекціяхъ отъ 1900 года о патологической анатоміи падучей, ссылается на *Gowers'a* который замѣтилъ, что склерозъ Аммоніева рога не свойственелъ эпилепсїи, и на *Ferè* который также говоритъ, что склерозы Аммоніева рога не типичны и не имѣютъ никакого отношенія къ эпилепсїи.

Съ своей стороны авторъ говоритъ, что онъ при многочисленныхъ вскрытіяхъ эпилептиковъ склерозовъ Аммоніевыхъ роговъ не видѣлъ ни разу, да и вообще, по мнѣнію автора, они не могутъ имѣть значенія, въ смыслѣ генеза болѣзни.

Заключительнымъ звеномъ ученія объ измѣненіи Аммоніева рога при падучей и его отношенія къ эпилепсїи явля-

ются съ одной стороны работы *Bratz'a*, съ другой стороны *Бороздиной-Розенштейнъ* и *Любимова*.

Bratz выпустилъ въ 1898 году довольно обширную работу объ измѣненіи Аммоніева рога при эпилепсiи, въ которой онъ изслѣдовалъ 50 мозговъ эпилептиковъ, изъ лечебницы для эпилептиковъ въ *Wuhlgarten'ѣ* и въ 50% всѣхъ случаевъ нашель суженіе Аммоніева рога и прилежащихъ частей височной извилины. Микроскопическое изслѣдованіе показало гипоплазію мозговой коры, при чемъ особенно сильно атрофированы были пирамидныя клѣтки и замѣщены разросшейся неврогліей.

Въ 1899 году *Bratz* снова выпустилъ работу съ изслѣдованіемъ Аммоніева рога у эпилептиковъ и паралитиковъ, произведенное по инициативѣ директора *Wuhlgarten'a Hebold'a*. Авторъ считаетъ, что не смотря на многочисленныя изслѣдованія, вопросъ о родѣ и значеніи пораженія Аммоніева рога и по сіе время еще считается не выясненнымъ. Склерозъ Аммоніева рога бываетъ очень рѣдко, напримѣръ, при *dementia senilis*, но авторъ обращаетъ вниманіе, что въ подобныхъ случаяхъ нужно искать эпилептическую предрасположенность. У истеричныхъ съ судорогами всегда былъ находитъ Аммоніевъ рогъ не пораженнымъ. Склерозъ Аммоніева рога авторъ нашель въ 50% всѣхъ изслѣдованныхъ имъ случаевъ генуинной эпилепсiи, при чемъ пораженіе Аммоніева рога по большей части было одностороннимъ. въ одномъ случаѣ были склерозированы оба рога. Атрофическій процессъ не ограничивался однимъ Аммоніевымъ рогомъ, но захватывалъ часто и *gug. hippocampi*. Какъ этиологическій моментъ, почти вездѣ была наследственная предрасположенность. Судороги начинались обыкновенно не ранѣе 4-хъ лѣтъ. Въ случаяхъ, въ которыхъ судороги наблюдались на одной сторонѣ, склерозъ Аммоніева рога обыкновенно былъ наблюдаемъ на противоположной сторонѣ. Склерозъ Аммоніева рога наблюдается также, какъ убѣдился авторъ, при такихъ гипопластическихъ пораженіяхъ

полушарій, которыя кливически выражаются центральными параличами съ судорогами; обыкновенно въ такихъ случаяхъ на вскрытія, какъ находилъ и *Worcester*, обнаруживаются атрофическія измѣненія и въ другихъ областяхъ мозга, самъ же авторъ и при генуинной эпилепсіи, помимо склероза Аммоніева рога, подобнаго же рода измѣненія находилъ также и въ другихъ отдѣлахъ мозга. Наконецъ, склерозъ Аммоніева рога авторъ находилъ въ 10—20% прогрессивныхъ паралитиковъ, при чемъ, если судороги наблюдались, какъ наиболѣе ранніе симптомы болѣзни—пораженіе Аммоніева рога, какъ увѣряетъ авторъ, можно діагносцировать и при жизни. Въ заключеніе авторъ приводитъ взгляды новѣйшихъ авторовъ на роль и значеніе склероза Аммоніева рога:

Binswanger не придаетъ ему никакого значенія.

Oppenheim считаетъ его явленіемъ наследственности.

Hebold считаетъ причиной склероза Аммоніева рога разстройство сосудовъ.

Nissl считаетъ его частичнымъ явленіемъ общаго заболѣванія всей мозговой коры.

Самъ авторъ главную роль въ пораженіи Аммоніева рога приписываетъ вліянію или одной наследственности, или въ совокупности съ нарушеніемъ цѣлости мозга въ ранніе мѣсяцы утробной жизни, вслѣдствіе чего мозгъ съ уменьшеннымъ Аммоніевымъ рогомъ особенно предрасположенъ къ заболѣванію генуинной эпилепсіей или, если присоединится, напр., сифилисъ,—къ прогрессивному параличу.

Въ 1900 году вышла работа *Бороздиной-Розенштейнъ* и д-ра *Любимова* объ измѣненіи Аммоніева рога при падучей, гдѣ авторы приводятъ 11 случаевъ собственнаго наблюденія, изъ которыхъ 9 эпилептики, 1 паралитикъ и одна больная вторичнымъ слабоуміемъ. Во всѣхъ случаяхъ производилось микроскопическое изслѣдованіе, на которомъ особенно настаиваютъ авторы, какъ на необходимомъ условіи сужденія объ измѣненіи Аммоніева рога, такъ какъ Аммоніевы рога могутъ

быть различной величины на одной изъ сторонъ и ощупываніе ихъ не можетъ служить вѣрнымъ признакомъ патологическаго измѣненія Аммоніева рога. Авторы приходятъ къ тому выводу, что измѣненія Аммоніева рога при падучей есть частичное измѣненіе, которое наблюдается во всей корѣ головного мозга при падучей; поэтому нельзя говорить объ измѣненіи одного только Аммоніева рога при падучей, такъ какъ это явленіе есть общее всему мозгу, составляя явленіе вторичное. Измѣненіе Аммоніева рога не влечетъ за собою безусловно приадка падучей.

Наконецъ въ 1906 году появилась снова статья *Bratz'a* и *Leubuscher'a*, въ которой авторы, желая подтвердить наблюденія *Heilbronner'a* и *Redlich'a*, стремившихся генуинную эпилепсію свести къ анатомическимъ измѣненіямъ въ мозгу, описываютъ случай эпилепсіи, въ которомъ судороги наблюдались на одной правой сторонѣ, при изслѣдованіи же языкъ отклонялся направо, глазные яблоки во время приступа отклонялись въ лѣвую сторону. Авторы при жизни предполагали измѣненія Аммоніева рога одной стороны, что и подтвердилось при аутопсіи; кромѣ того, наблюдалось недоразвитіе лѣваго полушарія и аномалія—узость сосудовъ лѣвой стороны; въ ампнезѣ патологическая наследственность.

Такимъ образомъ, современное положеніе вопроса о пораженіи коры головного мозга при падучей и въ частности пораженіе Аммоніева рога заставляетъ насъ съ одной стороны все болѣе и болѣе суживать область падучей какъ функциональнаго невроза, гдѣ сущность основныхъ анатомическихъ процессовъ мы пока не въ состояніи уловить, а съ другой стороны заставляетъ насъ признавать анатомическія измѣненія мозговой коры при эпилепсіи, которыя захватывая тѣ или другіе участки мозговой коры, дѣлаютъ намъ поватными тѣ или другіе симптомы въ клинической картинѣ падучей.

Что касается измѣненія Аммоніева рога въ нашихъ случаяхъ, то мы поставили себѣ задачей у эпилептиковъ, у ко-

торыхъ производилось нами изслѣдованіе вкуса и обонянія,— при аутопсіи обращать вниманіе на состояніе Аммоніевыхъ роговъ и въ будущемъ подѣлиться добытыми результатами.

Въ заключеніе считаю долгомъ выразить свою признательность проф. В. П. Осипову за предложенную имъ тему и за его цѣнные совѣты, которыми намъ пришлось руководиться при выполненіи нашей работы.

Л и т е р а т у р а.

Nothnagel. Руководство къ частной патологіи и терапіи томъ XII часть 2 стр. 225.

Thomsen. Oppenheim. Arch. f. Psychiatr. Bd. XV N. 2.

Sommer. Erkrankung des Ammonshorns als aetiologisches Moment der Epilepsia Arch. f. Psych. X B. 1880 S. 631.

Venturi. Sulle odorate nei pazzi. Rivista sperimentale di freniatria Ann. XII F. 3.

Финкельштейнъ. О разстройствахъ зрѣнія и другихъ специальныхъ чувствъ при пѣкоторыхъ заболѣваніяхъ нервной системы. Врачъ № 1 за 1886 г.

Озерейковскій. О разстройствахъ общей и специальной чувствительности у эпилептиковъ. Медицинское Обозр. Т. XXV 1886 г. № 9. стр. 795.

Féré, Batique et Ouvry. Recherches sur le minimum perceptible de l'olfaction et de la gustation chez les epileptiques. Société Biologique 1892.

Bratz. Ammonshornbefunde bei Epileptischen. Arch. f. Psych. 31 B. III 36 1899. S. 820.

Германъ. Вкусовое ощущеніе у нормальныхъ людей и у страдающихъ эпилепсіей, хронической пораненой и прогрессирующимъ параличемъ. *Обозр. психіатріи* 1899 г. Февр. стр. 114.

Valentin. Lehrbuch der Physiologie B. II.

Ferrier. The Functions of the Brain London. 1876.

H. Munk. Ueber die Functionen der Grosshirnrinde. Berlin 1881.

А. Е. Щербакъ. Къ вопросу о локализациі вкусовыхъ центровъ въ мозговой корѣ. *Вѣст. вѣдн. и суд. псих. проф. Мержеевского* 1891 г. вып. I.

В. М. Бехтеревъ. Проводящіе пути спинного и головного мозга Изд. 2. 1896—1898 г.

Я. П. Горшковъ. О локализациі центровъ вкуса въ мозговой корѣ. *Обозр. психіатр.* 1900 г. окт. № 10 стр. 737.

А. О. Даркшевичъ. Курсъ нервныхъ болѣзней. Казань 1904 г.

Luciani u Seppilli. Die Functions Localisation auf der Grosshirnrinde 1886. Leipzig.

Fasola. Sulla fisiologia del grande hippocampo. *Rivista speriment. di freniatria* 1885. Ann. XI.

Горшковъ. О локализациі центровъ обонянія въ мозговой корѣ. *Обозр. психіат.* 1901 г. № 1. Январ. Стр. 27.

Ferrier Experiments on the brain of Monkeys. *Philosophical Transactions Vol 165 Part II* 1875 г.

Horsley and Schäfer. A. Records of Experiments upon the functions of the cerebral cortex. *Philosophical Trans. Vol. 179* 1888.

Zuckerhandl. Ueber das Riechcentrum Stuttgart. 1887.

В. П. Осиповъ. Исслѣдованіе фізіологическаго значенія Аммонова рога (cornu Ammonis) по методу выпаденія функціи. *Неврологическій Вѣстникъ.* Т. VIII, вып. 4, 1906 г. и *Archiv für Anatomie und Physiologie. Physiolog. Abtheilung.* 1900. Supplementband.

E. Zuckerkandl. Das Riechbündel des Ammonshorns
Anatom. Anzeig. Jahr. 1888.

L. Edinger. Ueber die phylogenetischen Ursprung des
Rindencentren und ueber den Riechapparat. Arch. f. Psych,
1893. B. XXV II. II.

Э. М. Кастанаянз. Къ сравнительной анатоміи и физио-
логіи Аммоніева рога (*Hippocampus*) Обозр. псих. 1903 г.
Іюль № 4 стр. 514.

Worcester. Cases illustrative of the localisation of cerebral
functions. The American Journal of Insanity V. 44. 1888.

Mackay. A case of cerebral tumour Brain. V. 19. 1895.

Meynert. Der Bau der Grosshirnrinde und seine örtlichen
Verschiedenheiten Vierteljahrsschrift f. psych. 1867—1868.

Snell. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1875.

Bemkes. Allgem. Zeitschr. 1877.

Pfleger. Allgem. Zeitschr. Bd. 26 1877.

Caulbault. Des lesions de la corne d' Ammon. dans l'
epilepsie. Thèse de Paris 1881 г.

Блуменау. Протоколы О-ва Спб. психіатровъ за 1893 г.
Стр. 28.

В. М. Бехтеревъ. Протоколы О-ва. Спб. псих. за 1893 г.
Стр. 32.

Worcester. Journal of nerv. and ment 1897 p. 288.

Зелинголлеръ. Рус. пер. стр. 767.

Grasset et Rauzier. Traite des maladies du système nerv.
t. II. p. 90.

В. А. Муратовъ. Клиническія лекціи по нервнымъ и
душевнымъ болѣзнямъ Вып. II. 1900 г. стр. 197.

Hebold. Hygien. Rundschau 1897. Die Anstalt Wuhl-
garten.

Binswanger. Nothnagel Smlg.

Bratz. Ueber das Ammonshorn bei Epileptischen und
Paralytikern.

Oppenheim. Lehrbuch.

Nissl. in Kraepelins Lehrbuch.

Бороздина-Розенштейнъ и Любимовъ. Объ измѣненіяхъ Аммоніева рога при падучей. Обозр. Псих. 1900 г. Февр. Стр. 108.

Bratz und Leubuscher. Epilepsie mit Hallseitenerscheinungen. Neurolog. Centralblatt 1906. № 16. S. 738.

Профилактика душевныхъ разстройствъ въ связи съ ихъ этиологіей.

Проф. В. П. Осипова.

Вступительная лекція, читанная студентамъ Казанскаго Университета 6 октября 1906 г.

Мм. Гз!

Отрывая курсъ психіатріи въ Казанскомъ Университетѣ, я избралъ темою для вступительной лекціи вопросъ о профилактикѣ душевныхъ разстройствъ, вопросъ о предупрежденіи душевныхъ заболѣваній; тема чрезвычайно обширная, она не можетъ быть исчерпана въ теченіе одной лекціи, и мы не разъ еще будемъ возвращаться къ ней въ нашемъ систематическомъ курсѣ; тѣмъ не менѣе, я попытаюсь сегодня намѣтить хотя бы главныя этапы профилактики душевныхъ заболѣваній, пользуясь особымъ составомъ сегодняшней аудиторіи, такъ какъ намѣченный мною вопросъ имѣетъ не узко специальное значеніе, а крупный общественный интересъ.

Врядъ - ли кто - нибудь станетъ оспаривать положеніе, что далекій, для насъ недосыгаемый, но попятный идеаль медицины заключается не столько въ лѣченіи, сколько въ предупрежденіи болѣзней; не даромъ столько усилій и таланта врачей и естествоиспытателей было направлено и направляется на изученіе способовъ иммунизации и вызываніе иммунитета къ различнымъ заболѣваніямъ; присутствующіе, вѣроятно, согласятся со мной, что одни изъ самыхъ блестящихъ приобрѣтеній медицины достигнуты въ этой области, если я напомню имена *Jenner'a*, *Pasteur'a*, *Bering'a* и нѣкоторыхъ другихъ всемірныхъ ученыхъ.

Предупрежденіе болѣзней невозможно безъ изученія и безусловнаго устанавленія ихъ причинъ; оно строго логически вытекаетъ изъ этиологіи заболѣваній.

Терапія душевныхъ заболѣваній дѣлаетъ успѣха несомнѣнные, но въ силу физиологическихъ особенностей нашего нервно-психическаго органа эти успѣхи прогрессируютъ медленно, чѣмъ въ нѣкоторыхъ другихъ областяхъ медицины, какъ, напр., въ области инфекціонныхъ болѣзней и хирургіи, и менѣе бросаются въ глаза. Остается громадный процентъ неизлѣченныхъ и неизлѣчимыхъ душевныхъ расстройствъ; неизлѣчимый душевно-больной утрачиваетъ значеніе соціального элемента, это выкинутый часто навсегда изъ общественной жизни человѣкъ, ущербъ котораго и нравственный, и физическій не исправитъ ловкая рука хирурга или терапевта. Между тѣмъ, когда я изложу причины психическихъ расстройствъ, Вы увидите, что многія изъ этихъ причинъ устранимы въ значительной степени и что съ ними необходимо бороться обществу и государству, такъ какъ онѣ тѣснѣйшимъ образомъ связаны съ ненормальностями общественной жизни.

Важность возбужденнаго мною вопроса становится особенно очевидной, если мы вспомнимъ, что на 120 милліоновъ населенія Россіи, считая 2—3 душевно-больныхъ на каждую тысячу обитателей, приходится отъ 240—360 тысячъ душевно-больныхъ, изъ которыхъ лишь около 15 т., т. е., отъ 6—4% размѣщено по спеціальнымъ заведеніямъ для душевно-больныхъ, остальные же 94—96% разбѣяны среди населенія.

Возьмемъ причины душевныхъ болѣзней такъ, какъ онѣ приводятся въ распространенныхъ руководствахъ по психіатріи; увидимъ, что причины раздѣляются на двѣ большихъ группы, причинъ предрасполагающихъ и причинъ производящихъ: первая своимъ разнообразнымъ, часто не рѣзкимъ, но продолжительнымъ вліяніемъ такъ видоизмѣняютъ центральную нервную систему, приводятъ ее въ такое состояніе, что

оказывается достаточнымъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣйствіа какого-нибудь даже не сильно выраженнаго фактора, чтобы у предрасположеннаго человѣка развился психозъ; достаточно, напр., совмѣстнаго пребыванія такого человѣка съ душевнобольнымъ въ теченіе короткаго времени, чтобы у него развилось т. наз. индуцированное помѣшательство; это вліяніе примѣра является производящею причиною или вызывающимъ моментомъ помѣшательства.

Понятно, что строгое раздѣленіе предрасполагающихъ причинъ отъ производящихъ далеко не всегда возможно, и нѣрѣдко предрасполагающая причина является въ то же время и вызывающею, содержа въ самой себѣ иногда цѣлый рядъ вызывающихъ факторовъ; перечислимъ рядъ болѣе важныхъ предрасполагающихъ и производящихъ причинъ помѣшательства въ томъ видѣ, какъ онѣ обычно приводятся: цивилизація; религія; политическія вліянія и событія, особенно въ переходныя, революціонныя эпохи; возрастъ и его особенности; социальное положеніе и занятія; наслѣдственность и вырожденіе; условія зачатія, внутріутробной жизни и рожденія; неправильное воспитаніе и вліяніе окружающей среды и др. Изъ производящихъ причинъ упомянемъ моральныя потрясенія или психическую травму, тюремное заключеніе, переутомленіе, неправильный образъ жизни и разнаго рода излишества; физическая травма; отравленіе различными ядами, среди которыхъ первое мѣсто занимаетъ алкоголь, а затѣмъ уже слѣдуютъ эфиръ, опій, морфій, кокаинъ, хлораль, сульфональ, тріональ, атропинъ, свинець и др.; инфекціонныя болѣзни и болѣзни первной системы; фізіологическіе процессы, связанныя съ дѣторожденіемъ, какъ беременность, роды, послѣродовой періодъ, кормленіе грудью; изувѣрческіе приемы, какъ, напр., кастрація, страданія органовъ и системъ тѣла, органовъ пищеваренія, кровообращенія, дыханія, почекъ, органовъ чувствъ и т. д. Сяфились.

Изъ приведеннаго параллельнаго перечисленія видно, что предрасполагающія причины суть причины болѣе общаго характера, часто включающія тѣ факторы, которые мы выдѣляемъ въ рубрику производящихъ причинъ; причны предрасполагающія носятъ общественный, этический или физическій характеръ, отличаются чрезвычайною сложностью, тогда какъ производящія причины гораздо уже по своему содержанию.

Мы начали перечисленіе причинъ помѣшательства съ цивилизаціи, подразумѣвая, конечно, тѣ отрицательныя стороны, которыми сопровождается ея развитіе, цѣлый рядъ факторовъ, которыхъ человѣчество не сумѣло избѣгнуть въ своемъ поступательномъ движеніи и которые мы не въ состояніи охватить во всей ихъ полнотѣ; укажемъ лишь нѣкоторые изъ нихъ: сосредоточеніе громадныхъ массъ людей въ обширныхъ центрахъ, приводящее къ развитію тяжелой борьбы за существованіе, къ крайнему усложненію экономическихъ отношеній; все это вызываетъ развитіе пауперизма, развитіе вредныхъ и пагубныхъ страстей и наклонностей (алкоголизмъ и др.), распространяя свое вліяніе и повсюду за предѣлами центровъ, въ которыхъ эти отрицательныя стороны культивируются; вызываетъ переутомленіе, и всѣмъ этимъ увеличиваетъ число душевно-больныхъ въ населеніи; до сихъ поръ люди не научились избѣгать указанныхъ отрицательныхъ сторонъ цивилизаціи, напротивъ того, спутникъ ея, алкоголизмъ съ его послѣдствіями, они активно распространяютъ и насаждаютъ въ мѣстностяхъ, гдѣ его раньше не знали; въ результатъ, психіатрическая статистика показываетъ, что въ настоящее время степень культурности государства приблизительно можетъ быть опредѣлена количествомъ душевно-больныхъ, достигающимъ, напр., въ Цюрихскомъ кантонѣ Швейцаріи почти 10 человѣкъ на тысячу населенія.

Религія является причиной, дѣйствующей такими факторами, которые способны вызывать именно помѣшательство,

а не другія какія-либо заболѣванія; на первомъ планѣ слѣдуетъ поставить религіозный фанатизмъ, обнаруживаемый какъ представителями религіи, такъ и лицами ее исповѣдующими. Этотъ фанатизмъ дѣйствуетъ, какъ психическій контагіи, заражая массы, вызывая дѣйны психическія эпидеміи и массовыя галлюцинаціи; средніе вѣка даютъ въ этомъ отношеніи обширнѣйшій матеріалъ, котораго мы сейчасъ не будемъ касаться; далѣе идетъ религіозный мистицизмъ, который часто подогрѣвается и поддерживается представителями духовенства; различныя религіозныя вѣроученія, въ силу условій необходимости скрывающіяся и живущія подъ постояннымъ страхомъ преслѣдованія и репрессій; сектантство, вліяющее различными изувѣрческими приѣмами, какъ напр., хлысты со своими радѣніями и свальнымъ грѣхомъ, свопцы, коверкающіе чело-вѣческую природу часто въ періодъ развитія организма, и другія секты, основанныя, главнымъ образомъ, на глубокомъ невѣжествѣ своихъ послѣдователей.

Политическія движенія и переходныя политическія эпохи, революціи, когда проснувшееся народное самосознаніе требуетъ своихъ неотъемлемыхъ правъ, не укладывающихся въ узкія рамки стараго режима; когда политическая борьба и связанное съ нею психическое напряженіе и аффективное состояніе достигаютъ крайней степени, когда старый режимъ отстаиваетъ свое status quo повальными репрессіями, тогда усиливается количество психически-больныхъ не только среди дѣятелей революціи, живущихъ одними нервами, не только появляется поражающій % тюремныхъ психозовъ, не только заболѣваютъ нѣкоторые представители власти, нервы которыхъ не выдерживаютъ и которые въ нѣкоторыхъ случаяхъ ставятся въ драматическое положеніе между требованіями отжившаго закона и велѣніями совѣсти, но увеличивается и число больныхъ среди мирнаго населенія, часто живущаго подъ страхомъ за свое существованіе. Переживаемая нами эпоха еще не скоро учтется въ смыслѣ психіатрической статистики, мы

не можемъ еще дѣлать общихъ выводовъ, но каждый психіатръ несомнѣнно встрѣчалъ психозы, которые по своей этиологіи прямо могутъ быть названы психозами революціи; въ литературѣ начинаютъ появляться изслѣдованія т. наз. революціонныхъ психозовъ, напр., Московскаго пр.-доц. *Рыбакова* и др., особенно усилившихся послѣ Московскаго возстанія; хотя авторъ и приходитъ къ выводу, что революціонные психозы развиваются у лицъ предрасположенныхъ къ помѣшательству, мы полагаемъ однако, что время общихъ выводовъ еще не наступило, что Рыбакову извѣстны лишь отдѣльные случаи психозовъ; мы думаемъ, что революціонная эпоха содержитъ достаточно средствъ, чтобы снабдить человѣка здороваго, какъ психопатическимъ расположеніемъ, такъ и производящею причиною и сдѣлать его душевно-больнымъ. Будемъ ожидать выводовъ относительно революціонныхъ психозовъ, къ которымъ придетъ спеціальная коммиссія, образовавшаяся при Московскомъ Обществѣ невропатологовъ и психіатровъ.

Революціонная эпоха не должна быть учитываема только за то время, пока она длится; въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ во время ея все общество живетъ разными волнующими событіями и потрясеніями, аффектируется, и естественнымъ образомъ даетъ потомство менѣе устойчивое въ психическомъ отношеніи, а слѣдовательно, такая эпоха, кромѣ непосредственныхъ, даетъ послѣдствія весьма отдаленныя.

Война и крупныя общественныя бѣдствія, какъ неурожай и голодъ, повальные эпидеміи, пожары, дѣйствуя длительными аффектами ужаса и горя, физической травмой, переутомленіемъ, истощеніемъ, естественнымъ образомъ, крайне неблагоприятно вліяютъ на психическое здоровье населенія; каждому извѣстно, какія массы населенія совершенно раззоряются и погибаютъ вслѣдствіе упомянутыхъ бѣдствій.

Обильную почву для развитія помѣшательства даетъ невѣжество народныхъ массъ, обусловливаемое отсутствіемъ

средствъ просвѣщенія; это невѣжество облегчаетъ эксплуатацію рабочаго класса и народнаго хозяйства, въ значительной степени препятствуя его процвѣтанію; порожденіемъ невѣжества являются религіозныя толки и секты, религіозный фапатизмъ; родное дитя невѣжества—суевѣріе, вѣра въ сверхъестественное, порождающая цѣлая эпидемія кликушества, порчи и бѣсноватости, болѣзненныхъ состояній, представляющихъ разновидности истерическихъ психозовъ, и порождающая истерическіе психозы въ формѣ состояній одержимости гадами, какъ жабы и змѣи, одержимости таракавами, мухами, ползающими подъ черепной крышкой и т. под.; различныя формы такихъ состояній за послѣдніе годы были описаны *Бехтеревымъ*, *Сухановымъ* и нѣк. др. авторами.

Остановимся на вліяніи неблагопріятной наследственности; факторъ, являющійся общеизвѣстнымъ и общепризнаннымъ и заключающійся въ способности организмовъ передавать потомству свои, какъ положительныя, такъ и отрицательныя свойства; отсюда патологическая и въ частности психопатическая наследственность, выражающаяся въ передачѣ такихъ конституціональныхъ свойствъ потомству, что оно оказывается въ невозможности бороться съ факторами, которые мы относимъ къ производящимъ причинамъ помѣшательства, и при сравнительно слабомъ вліяніи этихъ причинъ подвергается психическому разстройству.

Душевныя и нервныя заболѣванія родителей, ихъ физическое истощеніе, сифилисъ и др. болѣзни, алкоголизмъ, браки между ровными родственниками—все это причины психопатической наследственности. Психопатическая наследственность выражается объективно т. наз. признаками физическаго и психическаго вырожденія, по которымъ мы часто можемъ судить о наличности наследственности и о степени ея выраженности. Предполагается, что видимые нами физическіе признаки вырожденія или дегенерации соотвѣтствуютъ увлоченіямъ въ развитіи и строеніи внутреннихъ органовъ, а

въ частности мозга, вслѣдствіе чего носитель дегенераціи болѣе расположенъ къ психическому разстройству, чѣмъ здоровый человѣкъ. Что извѣстныя формы строенія головного мозга, включая и нѣкоторыя особенности его типа, дѣйствительно передаются по наслѣдству, въ послѣднее время доказано *Karplus*'омъ, опубликовавшимъ очень интересную монографію „О семейномъ сходствѣ расположенія бороздъ головного мозга человѣка“. Рисунки нѣкоторыхъ мозговъ членовъ одной и той же семьи, приводимые *Karplus*'омъ, прямо поражаютъ детальнымъ сходствомъ между собою. Однако, нельзя не отмѣтить, что послѣднее время наблюдается слишкомъ сильное увлеченіе признаками физическаго вырожденія, доходящее до такой степени, что есть лица, готовые въ каждой бородавкѣ видѣть признакъ вырожденія и по этому признаку судить о психопатическомъ предрасположеніи даннаго лица; такое увлеченіе неосновательно, физическіе признаки вырожденія имѣютъ болѣе важное значеніе для психіатровъ съ той стороны, что по наличности этихъ признаковъ мы почти безошибочно можемъ умозаключать о наслѣдственномъ психопатическомъ расположеніи душевно-больныхъ.

Наконецъ, если прослѣдить жизнь индивидуума съ момента его зачатія до времени его полнаго физическаго и умственнаго развитія, то и здѣсь мы встрѣтимъ цѣлый рядъ условій, вызывающихъ расположеніе къ помѣшательству и самое заболѣваніе. Сюда относятся: зачатіе въ состояніи алкогольнаго или другого отравленій (опій, морфій и др.), зачатіе въ состояніи рѣзкаго истощенія и упадка силъ, зачатіе при условіи рѣзкой разницы въ возрастѣ родителей, какъ въ сторону слишкомъ юнаго, такъ и въ сторону слишкомъ поздняго возраста, нарушеніе правильности утробной жизни различными эксцессами со стороны матери, различными заболѣваніями матери, затягиваніемъ въ корсетъ во время беременности; моральными потрясеніями, чрезмѣрной физической и умственной работой; неправильные и тяжелые роды. Непра-

вильности и уклоненія физическаго развитія въ первомъ дѣтствѣ, обусловливаемыя неправильнымъ и недостаточнымъ кормленіемъ, перациоальнымъ питаніемъ, тяжелыми заболѣваніями, отравленіемъ алкоголемъ, плохой гигиенической обстановкой, особенно въ большихъ городахъ. Неправильное воспитаніе, какъ слишкомъ жестокое и суровое, доводящее иногда дѣтей до самоубійства, такъ и слишкомъ распущенное, слабое, развивающее капризный, нетерпимый характеръ, эгоизмъ, дѣлающій „я“ центральной фигурой окружающаго; такой несчастный человѣкъ уже заранѣе готовится ко всевозможнымъ физическимъ потрясеніямъ, которыхъ онъ не въ состояніи будетъ перевести; лѣность, распущенность, неумѣніе и нежеланіе работать; несоотвѣтственно раннее развитіе умственныхъ способностей часто приводитъ къ остановкѣ ихъ развитія, и въ то время, когда жизнь дѣйствительно предъявляетъ такимъ людямъ свои неизбѣжныя требованія, мозгъ человѣка, котораго въ дѣтствѣ иногда причисляли къ дѣтямъ-чудо, оказывается инвалиднымъ; развитіе въ дѣтяхъ фантазіи и мистицизма также является для нихъ пагубнымъ; значеніе всѣхъ этихъ вредныхъ вліяній усиливается тѣмъ болѣе, что обычно они исключаютъ заботы о правильномъ физическомъ развитіи дѣтей въ обществѣ ихъ сверстниковъ.

Въ школьномъ періодѣ жизни дѣтей выступаетъ вредное вліяніе нашей средней школы вообще и классической системы въ частности; главные недостатки постановки дѣла въ среднихъ школахъ мы видимъ въ отсутствіи въ нихъ индивидуализации способностей учениковъ, вслѣдствіе чего одинаковое число уроковъ, одинаковыя программы и количество задаваемыхъ уроковъ падаетъ въ одну и ту же единицу времени на далеко неодинаковыя способности и возрастъ учениковъ; въ результатъ появляется переутомленіе, отвращеніе къ наукѣ и громадный $\%$ неуспѣвающихъ; вторая отрицательная сторона—это шатающаяся теперь классическая система, подавляющая учениковъ большимъ количествомъ учебнаго ма-

теріала, въ значительной степени ненужнаго и со стороны своей цѣлесообразности для учениковъ совершенно непонятнаго, вызывающаго у громаднаго большинства непріязненное чувство, но для окончанія курса необходимаго; третья отрицательная сторона—разобщенность средней школы съ жизнью, какъ со стороны содержанія преподаванія, такъ и со стороны отношенія къ учащимся; наконецъ, четвертый недостатокъ, и весьма существенный, заключается въ отсутствіи физическаго воспитанія учениковъ въ средней школѣ. Я не говорю уже о жизни закрытыхъ среднихъ учебныхъ заведеній, знакомство съ которою могло бы быть весьма поучительнымъ для психіатра, такъ какъ эта жизнь часто является настолько уродливою, въ смыслѣ порочнаго вліянія среды, что сама по себѣ можетъ развить въ ребенкѣ психопатическое расположеніе; вспомнимъ только о появляющихся въ печати случаяхъ самоубійствъ среди учащихся, случаевъ покушенія на преподавателей и начальство, и мы убѣдимся, что сказанное мною не является преувеличеннымъ.

Хотя въ братскихъ и весьма общихъ чертахъ, я думаю мнѣ удалось показать, насколько причины помѣшательства широки, насколько онѣ распространены, насколько тѣсно и неразрывно онѣ связаны съ условіями общественной жизни, условіями социальнаго строя. Несомнѣнно, что профилактика душевныхъ разстройствъ, вытекающая, какъ прямое слѣдствіе, изъ указанныхъ причинъ, должна въ своихъ способахъ направляться къ уничтоженію этихъ причинъ, къ исключенію возможности ихъ дальнѣйшаго существованія и развитія.

Въ числѣ причинъ мною были выставлены нѣкоторые настолько общіе и сложные факторы, что если бы возникъ вопросъ, требующій категорическаго отвѣта, какъ же измѣнить этотъ факторъ, какъ направить его дѣйствіе, то, конечно, не хватило бы компетенціи врача-психіатра, чтобы дать немедленно строго опредѣленный отвѣтъ на такой вопросъ. Расчленявъ вліяніе такихъ сложныхъ собирательныхъ

причинъ, какъ, напр., цивилизація, мы можемъ только въ нѣкоторыхъ случаяхъ указать, какъ уничтожить ея отрицательныя стороны, какъ парализовать ихъ пагубное вліяніе, иногда мы можемъ даже только указать, что подлежитъ измѣненію, предоставляя о способахъ измѣненія высказываться специалистамъ. Наконецъ, слѣдуетъ помнить, что жизнь общества бьетъ ключемъ, проводитъ и осуществляетъ свои требованія, большею частью, не справляясь съ теоріями; поэтому можно указывать тѣ или иные желательныя и даже необходимыя мѣры безъ гарантіи ихъ осуществленія въ близкомъ будущемъ.

Способы предупрежденія душевныхъ разстройствъ должны расгруппировываться сообразно группировкѣ причинъ, то пріобрѣтая широкой, соціальный характеръ, то суживаясь и специализируясь.

Мы указывали на сосредоточеніе громадныхъ массъ населенія въ тяжелой борьбѣ за существованіе въ крупныхъ городахъ и промышленныхъ центрахъ; предупреждающія мѣры должны носить, главнымъ образомъ, экономическій характеръ; гигиена указываетъ намъ правила постройки городовъ, жилищъ и фабрикъ; физиологія и общая медицина точно опредѣляютъ, какія фабричныя производства вредны для здоровья и какъ предупредить этотъ вредъ; эти же науки устанавливають норму продолжительности и порядка рабочаго дня, норму, при которой рабочіе не будутъ переутомляться и будутъ работать продуктивно для себя и для другихъ, не подвергаясь экслоатаціи; необходимо цѣлесообразное законодательство, представляющее равномѣрно интересы рабочихъ и предпринимателей; каково будетъ это законодательство,—дѣло специалистовъ, намъ кажется только, что оно должно принять во вниманіе указанія врачей и указанія всѣхъ заинтересованныхъ группъ, оградивъ ихъ интересы закономъ. Если въ Западной Европѣ помѣшательство распространено болѣе, чѣмъ у насъ въ Россіи, это доказываетъ только, что несмотря на прогрессъ граж-

дацкой жизни, Западная Европа недостаточно трезво отнеслась къ предупреденію отрицательныхъ сторонъ культуры и съ этой стороны не заслуживаетъ подражанія. Переполненіе центровъ тоже до извѣстной степени могло бы быть уменьшено цѣлесообразными реформами, какъ напр., аграрными и другими, что подняло бы благосостояніе народа и понизило бы стремленіе въ центрамъ съ ихъ тяжелой борьбой за существованіе, борьбой, въ которой часто пришлый здоровый элементъ деморализуется нравственно, приобретаетъ различные пороки и болѣзни съ ихъ ужасными послѣдствіями и гибнетъ не только самъ, но также разноситъ результаты своей деморализаціи въ здоровое населеніе. Извѣстны, напр., случаи почти поголовной сифилизаціи цѣлыхъ селъ и деревень, расположенныхъ въ фабричныхъ районахъ или возлѣ большихъ городовъ; а мы уже упоминали, что сифилисъ грозитъ помѣшательствомъ не только своему владѣльцу, но и его потомкамъ.

Мы указали на алкоголизмъ, какъ на причину душевнаго расстройства; но, конечно, пагубное значеніе алкоголизма неизмѣримо шире, нежели только какъ причины, приводящей къ помѣшательству, и каждый человѣкъ, которому хотя немного пришлось окунуться въ практическую жизнь, могъ убѣдиться лично, насколько эмблема „зеленаго змѣя“ широко распространена и глубоко укоренилась во всѣхъ слояхъ и классахъ общества; разница только въ объемахъ, среди которой пьютъ, и въ томъ, что пьютъ, но въ такъ называемыхъ высшихъ классахъ общества пьютъ больше, чѣмъ въ низшихъ.

По количеству среднего душевого потребленія алкоголя Россія занимаетъ девятое мѣсто среди государствъ Европы, въ ней приходится немного меньше ведра спирта на человѣка; это количество спирта значительно меньше, чѣмъ, напр., въ Даніи и Бельгіи, гдѣ душевое потребленіе спирта измѣряется двумя съ половиной ведрами, но и наше количество

весьма значительно, если къ тому же вспомнимъ, что вѣдь не всѣ поголовно пьютъ, а слѣдовательно, пьющіе выпиваютъ гораздо болѣе ведра; необходимо помнить, что благосостояніе русскаго ниже благосостоянія западнаго европейца, когда же благосостояніе поднимется, усилится и алкоголизмъ. Поэтому нужно заблаговременно направить всѣ усилія къ борьбѣ съ алкоголизмомъ.

Идеальная борьба съ пьянствомъ есть борьба радикальная, заключающаяся въ уничтоженіи причины, т. е., алкоголя; нужно стать на ту точку зрѣнія, что алкоголь есть фармакологическое вещество, имѣющее опредѣленные показанія для своего примѣненія въ качествѣ лѣкарства, и допускать его продажу только въ аптекахъ по рецепту врачей.

Такъ и поступилъ цѣлый рядъ штатовъ Сѣв. Америки, введя у себя по отношенію къ алкоголю т. наз. запретительную систему, запрещающую подъ страхомъ извѣстной кары потребление и торговлю спиртными напитками, которые отпускаются въ этихъ штатахъ (Maine, New Hampshire, Vermont, Kansas, Iowa, Dakota) только по рецептамъ врачей и для лабораторныхъ и техническихъ потребностей. Правительство этихъ штатовъ пожертвовало своими фискальными интересами, пожертвовало громаднымъ доходомъ, но послѣ введенія системы благосостояніе штатовъ стало быстро возрастать, и жертва окупилась сторицею. Правда, не во всѣхъ указанныхъ штатахъ законъ соблюдается во всей строгости, но каждый законъ, конечно, обходится, если люди, обязанные слѣдить за его выполненіемъ, не стоятъ на должной высотѣ; то же наблюдается и въ Америкѣ; спиртъ всетаки потребляется въ штатахъ съ запретительной системой, онъ добывается контрбандой и тайнымъ винокурениемъ, однако, напр., въ штатѣ Maine со времени введенія закона о запретительной системѣ въ 1851 г. потребление спирта среди населенія сократилось болѣе, чѣмъ въ двадцать разъ. Система борьбы съ алко-

лизмомъ по принципу полнаго воздержанія является самой рациональной и успѣшной и носитъ названіе титотализма.

Есть еще другой способъ борьбы съ алкоголизмомъ, въ основѣ котораго лежитъ принципъ умѣренности, способъ, не исключаящій потребленія алкоголя, но обставляющій доступъ къ нему извѣстными препятствіями; коренная ошибка этого способа заключается въ томъ, что тамъ, гдѣ дѣло идетъ объ употребленіи наркотическаго вещества, дѣйствующаго на головной мозгъ человѣка, трудно соблюдать умѣренность, такъ какъ, повышая хотя немного обычную дозу алкоголя, человѣкъ утрачиваетъ контроль надъ собою, и влеченіе къ алкоголю въ то же время усиливается; переходъ отъ умѣренности къ веумѣренности незамѣтенъ, къ тому же и вліяніе алкоголя на различныхъ лицъ различно. На худой конецъ все-таки можно помириться съ этимъ принципомъ, онъ все-таки имѣетъ въ основаніи рациональный мотивъ—противодѣйствіе развитію тайнаго винокуренія. Блестящей представительницей указываемаго принципа является т. наз. Готеборгская система, получившая свое начало въ Швеціи, а названіе отъ шведскаго города Готеборга; но наилучшіе результаты отъ примѣненія этой системы получены какъ разъ не въ Швеціи, а въ Норвегіи и въ Финляндіи; это объясняется тѣмъ, что въ Швеціи система проводится не во всей своей неприкосновенности, а съ отступленіями; въ Норвегіи же, напротивъ, слабыя стороны системы были исправлены дальѣйшимъ законодательствомъ. Основная идея Готеборгской системы заключается въ устраненіи элемента личной выгоды при торговлѣ спиртными напитками; достигается это тѣмъ, что оптовая торговля алкоголемъ свободна, мелкая же, розничная продажа предоставлена акціонернымъ обществамъ, которыя связаны извѣстной предѣльной нормой продажи и процентомъ чистой прибыли, не превышающимъ 5—6%; вся остальная прибыль имѣетъ строго опредѣленное назначеніе, напр., въ Норвегіи 65% вносятся въ государственное казначейство въ

пенсіонный капиталъ для рабочихъ, 15% поступаютъ въ кассы тѣхъ сельскихъ и городскихъ общинъ, въ которыхъ не производится литейной торговли; остальные же 20% идутъ въ пользу городовъ, изъ которыхъ поступила эта прибавка, при чемъ эти деньги расходуются исключительно на борьбу съ пьянствомъ, напр., на пособія обществамъ трезвости, на открытіе полезныхъ для общества учреждений и пр. Торговля виномъ сокращена по субботамъ и не производится по воскресеньямъ. Такимъ образомъ, мы видимъ, что при правильномъ проведеніи системы государство не преслѣдуетъ фискальныхъ цѣлей отъ продажи алкоголя, что съ избыткомъ покрывается повышеніемъ трудоспособности населенія. Нѣкоторыя, хотя и существенныя, по второстепенныя подробности Готеборгской системы мы опускаемъ за неимѣніемъ времени.

Мѣры борьбы съ алкоголизмомъ при отсутствіи рациональныхъ системъ ограниченія производства и торговли спиртными напитками, при признаніи дохода отъ алкоголя важной статей государственнаго бюджета, являются лишь палліативами, болѣе или менѣе полезными и необходимыми; сюда относятся общества трезвости, устройство спеціальныхъ заведеній для алкоголиковъ, различные способы лѣченія алкоголизма и пр.

Мы упоминали о религіозномъ фанатизмѣ и мистицизмѣ, какъ причинѣ помѣпательства, о возникновеніи религіозныхъ вѣроученій, не имѣющихъ правъ гражданства въ данной странѣ и поэтому гонимыхъ, живущихъ часто подъ страхомъ за свое существованіе; опасность увлекаетъ; если бы христіанство не подвергалось такимъ гоненіямъ, вѣроятно, несмотря на свои высоко-нравственные идеалы, оно не распространилось бы такъ быстро и прочно? Путь свободы совѣсти—раціональная мѣра противъ религіознаго фанатизма; но не той свободы совѣсти, которая въ Англіи всего около 25 л. т. наз. позволяла частнымъ лицамъ привлекать другихъ къ суду за атеизмъ, а свобода совѣсти, устанавливающая сво-

боду религіозно-нравственнаго міросозерцанія каждаго; конечно, сказанное не относится къ изувѣрческимъ сектамъ, опаснымъ для общества и отдѣльныхъ его членовъ, хотя мы думаемъ, что и здѣсь свобода совѣсти была бы полезной; но здѣсь по самому существу дѣла необходимо другое; изувѣрческія секты возникаютъ, главнѣйшимъ образомъ, на почвѣ глубокаго невѣжества народныхъ массъ, въ то же время страдающихъ неудовлетворенностью религіознаго чувства; этимъ и объясняется успѣхъ проповѣдниковъ сектантства, а гоненія, которымъ они подвергаются, кладутъ на нихъ ореолъ мученичества; всенародное просвѣщеніе—вотъ главная рациональная мѣра борьбы, которая должна подорвать въ корень развитіе сектантства; не думаю, чтобы тамъ, гдѣ совѣсть свободна, гдѣ народъ просвѣщенъ, были бы возможны такія крайности религіознаго фанатизма, какъ самоистязанія, почти доходящія до самоубійства, массовыя самосожженія съ пѣніемъ духовныхъ гимновъ въ религіозномъ экстазѣ, закапываніе въ землю живыхъ, какъ, напр., это было въ Терновскихъ хуторахъ еще не такъ давно; въ странахъ Западной Европы, гдѣ въ средніе вѣка свирѣцествовали громадныя религіозныя эпидеміи, особенно демономаническія, въ настоящее время мы не встрѣчаемъ ничего подобнаго.

Вообще, просвѣщеніе необходимо съ психіатрической точки зрѣнія не только, какъ средство уничтоженія сектантства, оно является насущною потребностью для измѣненія вообще отрицательныхъ сторонъ соціального строя, такъ неблагоприятно дѣйствующихъ на психическое здоровье населенія; въ частности же, какъ прямое средство предупрежденія, просвѣщеніе необходимо еще для предупрежденія тѣхъ психическихъ разстройствъ, которыя обусловливаются глубокимъ невѣжествомъ заболѣвающихъ; сюда относятся психозы одержимости, клякушество, бѣсноватость, разыгрывающіеся мѣстами въ опасныя эпидеміи; исчезновеніе грубаго суевѣрія

должно благотворно повліять на заболѣваемость указываемыми разстройствоми.

Крупныя общественныя бѣдствія, какъ война, голодь и др. Кто станетъ возражать, что такія событія порождаютъ помѣшательство? Они дѣйствуютъ одновременно и моральными факторами, тяжелыми нравственными потрясеніями и аффектами, и факторами физическими—лишеніями, истощеніемъ, переутомленіемъ. Но кто скажетъ, что эти бѣдствія, обуславливаемыя частью соціальнымъ строемъ и международными отношеніями, частью стихійными силами природы, скоро прекратятся? Мы должны горячо желать этого и къ этому стремиться. Проповѣдь антимилитаризма оказывается такимъ же палліативомъ, какъ борьба съ алкоголизмомъ въ то время, когда алкоголь, можно сказать, чуть ли не рекомендуется обывателю; необходимы крупныя соціальныя реформы, которыя поднимутъ внутреннее благосостояніе страны, необходимо всеобщее разоруженіе и рѣшеніе международныхъ споровъ третейскими международными судами. Можетъ быть, это утопія, но утопія для настоящаго времени; человечество идетъ впередъ, прогрессируетъ и навѣрное когда-нибудь рѣшитъ удовлетворительно и этотъ вопросъ. Идея вооруженнаго мира, выраженная еще въ древней латинской пословицѣ, на нашъ взглядъ болѣе утопична, вѣдь мы только что были свидѣтелями войны, въ которой ужасная техника современнаго оружія привела къ истребленію сотенъ тысячъ людей, часто не видѣвшихъ въ глаза своего противника; мы думаемъ, что съ дальнѣйшимъ развитіемъ техники, которой нѣтъ предѣловъ, будутъ истребляться еще большія массы жертвъ, повергающихъ въ трауръ все государство, но, имѣя въ рукахъ оружіе, люди не воздержатся отъ войны.

Можетъ быть, развитіе техники научитъ насъ когда-нибудь справляться и съ силами природы, но когда это будетъ, и будетъ ли—неизвѣстно; пока же опять така необходима коренныя измѣненія общественнаго строя и на пер-

вомъ планѣ цѣлесообразныя земельныя реформы, которыя, если не устранить совершенно тяжелыхъ послѣдствій хроническихъ неурожавъ и голодовокъ, то значительно ихъ смягчатъ. Та помощь, которая организуется въ неурожайные годы, конечно, въ концѣ концовъ очень недостаточна; при поднятіи благосостоянія страны острая нужда въ этой помощи будетъ меньше ощущаться, самая помощь будетъ приходить въ болѣе крупныхъ размѣрахъ и будетъ болѣе удовлетворять нуждающихся.

О другихъ стихійныхъ бѣдствіяхъ, время отъ времени постигающихъ населеніе, какъ пожары, наводненія и пр., мы говорить не будемъ, скажемъ просто, что въ благоустроенномъ государствѣ должны найтись средства свести эти бѣдствія къ возможному минимуму.

Перейдемъ къ вопросу о психіатрической и невропатической наслѣдственности; я упомянулъ намѣренно о двухъ видахъ наслѣдственности, потому что они очень тѣсно сплетаются между собою и расчленивъ ихъ, въ смыслѣ наслѣдственнаго вліянія, очень трудно. Скажемъ вообще, что всѣ причины, ведущія къ помѣшательству, попятнымъ образомъ обуславливаютъ и неблагопріятную наслѣдственность; слѣдовательно, ведя борьбу съ причинами помѣшательства, мы одновременно понижаемъ и психопатическую наслѣдственность, что и должно бы быть главной мѣрой рациональной борьбы съ вырожденіемъ. Но могутъ быть еще нѣкоторыя частныя мѣропріятія, которыя должны облегчить борьбу съ вырожденіемъ. Мы уже указывали, что самая беременность, протекающая при неблагопріятныхъ условіяхъ, и ненормальные роды могутъ являться располагающею причиною душевнаго заболѣванія; съ этими факторами можно было бы бороться въ значительной степени, если бы общество и государство, проникшись важнымъ значеніемъ указанныхъ біологическихъ актовъ для своего здоровья и оздоровленія, позаботилось улучшить обстановку беременныхъ и родильницъ извѣстными охра-

нительными законами, главнымъ образомъ, въ смыслѣ условій труда и улучшенія экономическаго положенія. Распространеніе просвѣщенія въ темныхъ массахъ уже само по себѣ должно поднять престижъ женщины, готовящейся сдѣлаться матерью, и улучшить ея положеніе. Запрещеніе браковъ съ душевно-больными мало поможетъ дѣлу, потому что и безъ того подобныя браки рѣдки. Болѣе раціональнымъ было бы запрещеніе браковъ съ алкоголиками и вообще съ наркоманами, съ истеричными, съ эпилептиками, съ дегенерантами; но подобныя репрессивныя мѣры врядъ-ли могутъ быть допущены въ широкомъ масштабѣ: если запойныхъ и хроническихъ алкоголиковъ часто можно приравнять къ душевно-больнымъ, если истеричные и эпилептики содержатъ въ своей средѣ много лицъ, которымъ бракъ, казалось бы, долженъ быть запрещенъ, то врядъ ли еще не больше среди нихъ остается лицъ, которыя въ достаточной степени владѣютъ своими гражданскими правами. Въ такихъ случаяхъ запрещеніе браковъ можетъ явиться бесполезнымъ, въ особенности, когда значеніе церковнаго брака понизится. Къ тому же нельзя не вспомнить, что дѣло идетъ о личностяхъ, о людяхъ, живущихъ, кромѣ сферы разума, сферою чувства; во многихъ случаяхъ было бы безнравственнымъ требовать, чтобы чувство подчинилось разуму; если мы вступимъ на такой путь, мы можемъ притти *ad absurdum*, станемъ требовать уничтоженія неизлѣчимыхъ душевно-больныхъ, сбрасывать дегенерантовъ съ Тарпейской скалы и пр. Мы думаемъ, что распространеніе среди общества правильныхъ свѣдѣній о значеніи патологической наследственности, вырожденія и его условій, объ опасности браковъ съ эпилептиками, алкоголиками и истеричными, принесетъ гораздо больше пользы, нежели широкій ограничительный законъ, осуществленіе котораго къ тому же представитъ массу трудностей. Мы считали бы имѣющимъ существенное значеніе измѣненіе законодательства о разводѣ включеніемъ статьи, допускающей разводъ въ

случаѣ душевной болѣзни мужа или жены, независимо отъ того, началось ли психическое расстройство до брака или послѣ брака. Необходимость такого закона, обусловленнаго соответствующими деталями, была документирована всесторонне Пироговскими съѣздами врачей, при чемъ особенное вниманіе вопросу было уделено на Пироговскомъ съѣздѣ въ Казани въ 1899 г. Впослѣдствіи были собраны все матеріалы, доставленные съѣздами и русскими психіатрическими и педологическими обществами, и 28 марта 1906 г. *Добротворскимъ* и *Бехтеревымъ* былъ представленъ мотивированный докладъ въ Медицинскій Совѣтъ. Я не буду входить здѣсь въ подробности доклада, который былъ напечатанъ, скажу только, что Медицинскій Совѣтомъ этотъ докладъ былъ принятъ единогласно, и рѣшено было возбудить въ соответственномъ смыслѣ ходатайство передъ надлежащими инстанціями.

Итакъ, мы видимъ, что не мало можетъ быть сдѣлано для психическаго оздоровленія населенія и въ направленіи борьбы съ вреднымъ вліяніемъ психопатической наследственности. Очень много можетъ быть также сдѣлано въ указанномъ направленіи воспитаніемъ, поставленнымъ правильно, принимающимъ во вниманіе индивидуальность дѣтей и стремящимся къ равномерному развитію ихъ духовныхъ и физическихъ силъ.

Въ началѣ лекціи мы говорили, что ненормальная постановка дѣла въ нашихъ высшихъ и среднихъ школахъ вредно вліяетъ на психическое здоровье молодежи, подготовляя очень много людей цереутомленныхъ и неврастениковъ, мало приспособленныхъ къ жизни; при столкновеніи съ суровой дѣйствительностью эти люди не выдерживаютъ, и значительная часть ихъ заболѣваетъ психически. Что же нужно для оздоровленія нашей школы?

Необходимо въ высшей степени серьезное отношеніе къ этому вопросу: школа подготавливаетъ будущихъ гражданъ, бу-

дущихъ общественныхъ дѣятелей, слѣдовательно, она должна стремиться къ тому, чтобы въ ней были даны условія свободнаго развитія личности учениковъ со всѣми ся положительными индивидуальными свойствами. Чѣмъ выше будетъ свободный нравственный идеалъ школы, тѣмъ лучшую подготовку и нравственныя основы она заложитъ въ будущихъ гражданъ. Для того, чтобы школа могла воспитывать и образовывать дѣтей сообразно ихъ личнымъ свойствамъ и способностямъ, школа должна быть автономной; въ автономной школѣ не будетъ преподавателей-чиновниковъ, тамъ каждый преподаватель будетъ чувствовать себя органически связаннымъ со школой, будетъ испытывать нравственную отвѣтственность, которая лежитъ на немъ передъ обществомъ; въ автономной школѣ не будетъ приуроченія предметовъ и учениковъ къ опредѣленнымъ классамъ, а преподаваніе будетъ приурочено къ предметамъ, курсъ которыхъ будетъ проходиться учениками въ сроки времени, соответствующіе ихъ способностямъ; программа такой школы не будетъ страдать обиліемъ лишняго матеріала, часто бесполезнаго для учениковъ, а напротивъ, введетъ предметы жизненные, интересные, которые оживятъ преподаваніе и заинтересуютъ учащихся; введеніе цѣлесообразныхъ программъ преподаванія дастъ возможность избѣгать переутомленія учащихся и удѣлять достаточно вниманія ихъ физическому воспитанію и развитію. Вѣдь въ настоящее время уже были сдѣланы опыты прохожденія гимназическаго курса съ группами учениковъ, которые числились неспособными въ средней школѣ; эти опыты, правда, пока очень малочисленные, показали, что при цѣлесообразной постановкѣ дѣла большинство такихъ учениковъ оказывается прекрасно успѣвающими. Школа должна быть поставлена такъ, чтобы она на всю жизнь оставляла свѣтлое воспоминаніе у своихъ питомцевъ, а многіе ли изъ насъ могутъ похвалиться этимъ? Я считаю еще очень важнымъ, чтобы въ элементарномъ курсѣ гигиены, обязательномъ для низшей и

средней школы, было отведено подобающее мѣсто чтеніямъ объ алкоголизмѣ и его пагубныхъ послѣдствіяхъ; эти чтенія должны сопровождаться демонстраціей рисунковъ, изображающихъ состояніе внутреннихъ органовъ алкоголиковъ, по сравненію съ нормальными; такія чтенія существуютъ въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ Западной Европы, и они значительно способствуютъ развитію трезвости въ населеніи. Не буду говорить о значеніи автономіи въ жизни высшей школы, слишкомъ много говорилось и писалось по этому вопросу, о которомъ не можетъ быть двухъ мнѣній и который выдвинулся самой жизнью.

Думаю, что изложенное мною достаточно указываетъ, насколько тѣсно и нераздѣльно связано осуществленіе условій предупрежденія душевныхъ заболѣваній съ осуществленіемъ условій свободнаго нормальнаго развитія общественной и политической жизни страны. Какъ психіатръ, я считалъ своей обязанностью указать, что реформы социальнаго строя, необходимыя для здороваго населенія страны, не менѣе необходимы и для тѣхъ его элементовъ, которые носятъ въ себѣ зародышъ душевной болѣзни.

Изъ анатомическаго института проф. В. Н. Тонкова въ Казани.

Къ топографіи мозжечка.

Прив.-доц. А. Вишневаго.

Настоящая работа стоитъ въ связи съ изслѣдованіями *Chiari*¹⁾ и *Schwalbe*²⁾ по вопросу о положеніи нижнихъ частей мозжечка. Первый, какъ патолого-анатомъ занялся этимъ вопросомъ и опубликовалъ данныя, покоящіяся на многолѣтнихъ систематическихъ изслѣдованіяхъ объ измѣненіяхъ мозжечка, моста и продолговатаго мозга вследствие врожденной гидроцефаліи. *Chiari* считаетъ эти данныя въ высшей степени интересными потому, что здѣсь видно насколько врожденная гидроцефалія можетъ вліять на мозжечекъ и продолговатый мозгъ, а съ другой стороны—съ этой точки зрѣнія могутъ быть объяснены въ вѣкоторыхъ случаяхъ гидроцефаліи тѣ или иныя клиническія явленія, наблюдающіяся здѣсь.

Chiari различаетъ три типа измѣненій мозга въ зависимости отъ хронической головной водянки и сообразно съ этимъ онъ описалъ 14 случаевъ удлинненія тонзиллъ и средней части *lobi inferioris* мозжечка въ видѣ „*zarpfenförmige Fortsätze*“, 7 случаевъ смѣщенія частей нижняго червячка

¹⁾ *Chiari*, Denkschriften der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften. Mathematisch—Naturwiss. classe, 63. Bd.

²⁾ *Schwalbe*, Anatomischer Anzeiger, XXI Bd., 1902.

геср. также моста и продолговатаго мозга съ смѣщеніемъ 4 желудка въ позвоночный каналъ и наконецъ случай смѣщенія самаго гидроцефалическаго мозжечка въ *spina bifida cervicocalis*.

Последнія двѣ категоріи случаевъ, какъ явно патологическия, стоятъ совершенно особено и не касаются вопроса о нормальномъ положеніи мозжечка. Категорія же первая представляется весьма интересной съ точки зрѣнія освѣщенія авторомъ вопроса о происхожденіи подобныхъ прониканій частей мозжечка въ позвоночный каналъ тѣмъ болѣе, что, хотя въ нормальной анатоміи и принятъ взглядъ, что мозжечекъ вполнѣ заключенъ въ полости черепа, однако кое-гдѣ встрѣчаются указанія на выступленіе нѣкоторыхъ его частей въ позвоночный каналъ. Такъ *Schwalbe* отмѣчаетъ, что въ атласѣ топографической анатоміи *Zuckerkindl'* на фиг. 82 изображень такой случай, а въ текстѣ, стр. 87 значитъ: „Die Tonsille des kleinhirns ragt ins Foramen occipitale hinein“.

Кромѣ того *Schwalbe* отмѣчаетъ и въ другихъ изображеніяхъ выступленіе частей мозжечка чрезъ линію между переднимъ и заднимъ краями затылочной дыры въ спинномозговой каналъ, такъ напр., на среднихъ расплахахъ головы замороженныхъ труповъ. (*Braune*, Topographisch—anatomischen Atlas, Tafel I. A—und II. A; *Poirier*, Traité d'anatomie medico-chirurgicale Fig. 71; *Hermann*, Lehrbuch der topographischen Anatomie, Fig. 39 и 64).

По поводу толкованія выступающихъ частей мозжечка на замороженныхъ объектахъ нужно быть по замѣчанію *Schwalbe* очень осторожнымъ, въ виду того, что при замораживаніи подобное явленіе можетъ произойти, какъ артефактъ что и было описано однажды *Frozier*. Последний на изолированной замороженной головѣ замѣтилъ выступленіе въ сильно поврежденномъ видѣ нижнихъ частей червя и полушарій мозжечка чрезъ *for. magnum* въ позвоночный каналъ. Подобныя картины смѣщенныхъ въ позвоночный каналъ массъ моз-

жечка изображены кромѣ того у Пирогова. *Schwalbe* самъ сообщаетъ случай, гдѣ онъ наблюдалъ при приготовленіи серія фронтальныхъ срѣзовъ выступленіе лобныхъ долей большого мозга за уровень фронтальнаго распила черепа. Послѣ того какъ замороженная голова при производствѣ срѣзовъ была оставлена до слѣдующаго дня въ охладительной смѣси, мозгъ выпятился за поверхность распила костей черепа почти на 1 см. И не смотря на то, что при такихъ условіяхъ мозгъ имѣлъ возможность свободно раздаваться кверху, *Schwalbe* наблюдалъ здѣсь кромѣ того и выпячиваніе частей мозга въ спинно-мозговой каналъ, но не въ поврежденномъ видѣ, какъ въ случаяхъ *Froriep* и *Braune*, а въ видѣ вполне отграничивающихся частей миндалинъ и сосѣднихъ съ ними частей мозжечка, спускающихся внизъ и охватывающихъ сзади и сбоку спинной мозгъ. Въ виду этого *Schwalbe* полагаетъ, что указанная изображенія мозжечка у вышеприведенныхъ авторовъ, быть можетъ, покоятся на дефектѣ изслѣдованія, вносимомъ замораживаніемъ. Однако картина давняя *Zuckerkindl's* смъ, полученная, повидимому, другимъ методомъ не можетъ быть объяснена указаннымъ образомъ. Чтобы рѣшить вопросъ бываетъ-ли такое состояніе и если бываетъ, то насколько часто и отъ чего оно зависитъ, *Schwalbe* предпринялъ изслѣдованіе на трупахъ. Имѣя въ виду, что бывшія до него наблюденія, производившіяся обычно патолого-анатомами, шли, повидимому, (прямо на это нигдѣ не указывается) по методу обыкновеннаго вскрытія мозга, т. е.—при перерѣзкѣ продолговатаго мозга возможно глубже въ позвоночномъ каналѣ и послѣдующемъ выпячиваніи всего мозга изъ полости черепа, когда длина выпячивающейся части мозжечка, т. к. обр., не можетъ быть достаточно того опредѣлена, *Schwalbe* рѣшилъ свои изслѣдованія вести по иному методу. Онъ шелъ къ интересующимъ его частямъ мозга прямо сзади. При положеніи трупа на животѣ, съ сильно наклоненной къ груди головой, онъ удалялъ въ области первыхъ двухъ шейныхъ позво-

ковъ и нижняго отдѣла затылочной кости мышцы спины, удаляя membranam atlanto-occipitalem, duram, вскрывалъ осторожно арахноидальный мѣшокъ въ промежуткѣ между затылочной костью и атлантомъ и производилъ измѣреніе длины выстоящихъ за край затылочной дыры частей мозжечка. При такихъ условіяхъ положеніе этихъ частей оказывалось фиксированнымъ; движеніе головы въ стороны и взади почти не сказывалось на нихъ.

Schwalbe изслѣдовалъ такимъ образомъ 37 случаевъ, при чемъ нашелъ на 25 взрослыхъ (отъ 21—83 лѣтъ) выступленіе мозжечка въ позвоночный каналъ въ 16 случ. т. е. въ 60⁰/₁₀₀; у дѣтей же на 11 труповъ только 3 раза наблюдалъ такую картину въ возрастѣ 14 мѣсяцевъ, 2 и 8 лѣтъ.

Послѣ произведеннаго измѣренія выстоящихъ частей мозжечка мозгъ или вынимался *in toto*, или же удалялся только большой мозгъ при перерѣзкѣ мозгового ствола непосредственно передъ мостомъ. При такихъ условіяхъ представлялось возможнымъ лучше судить объ отношеніяхъ мозжечка въ своему вмѣстелищу. Здѣсь *Schwalbe* замѣтилъ, что мозжечекъ, по удаленіи большого мозга, нѣсколько выпячивается (*Kragernatig*) по направленію въ вмѣстелищу большого мозга вдоль края своей *incisura anterior*. Такое выпячиванье наблюдается, какъ при выступленіи мозжечка въ спинно-мозговую каналъ, такъ и безъ него. *Schwalbe* не знаетъ, должно-ли на такое явленіе смотрѣть какъ на нормальное или нѣтъ. Во всякомъ случаѣ оно говоритъ за то, что вмѣстелище мозжечка не зависитъ отъ таковаго большого мозга. Въ случаяхъ, гдѣ части мозжечка проникаютъ въ позвоночный каналъ, *Schwalbe* получаетъ впечатлѣніе, будто сильно растушій мозжечекъ въ извѣстной степени ищетъ себѣ мѣсто. *Schwalbe* обращалъ вниманіе кромѣ того на бывшіе (ранѣе) синостозы нѣкоторыхъ швовъ или чрезмѣрное ихъ расхожденіе, но значительнаго увеличенія черепа не видалъ. Въ отношеніи желудковъ онъ много разъ отмѣчалъ, что они были чрезвычайно узки, иногда нѣ-

сколько расширены, несомнѣнной же гидроцефалии констатировать не могъ.

Къ этому *Schwalbe* прибавляетъ, что, если бы онъ счелъ даже случаи, отмѣченные имъ, какъ случаи съ нѣкоторымъ расширеніемъ желудочковъ, за нѣсомнѣнно гидроцефалическіе, то и тогда оставалось еще въ его наблюденіяхъ достаточно другихъ, гдѣ никакого слѣда гидроцефалии нельзя было бы найти. Какъ крайнюю степень выстоянія изъ наблюдавшихся имъ, *Schwalbe* приводитъ случай, гдѣ у мужчины 37 лѣтъ части мозжечка слѣва и справа проникали въ спинно-мозговую каналь до промежутка между атлантомъ и эпистрофеемъ; слѣва выстояніе доходило до 18,5 mm., справа—до 16 mm.

Выстояли миддалины и нѣсколько бороздокъ *lobi cuneiformis*. Среди всѣхъ 16 случаевъ наблюденнаго выстоянія мозжечка въ 5 случаяхъ можно было говорить о „*zarpfenförmige Fortsätze*“, проникающихъ въ спинно-мозговую каналь. Почти всегда миддалины занимали средину выстоящихъ частей отростковъ, а съ боковъ были *lobi cuneiformes*, при чемъ тѣ и другія укрывали шейный отдѣлъ спинного мозга сзади.

Въ остальныхъ 11 случаяхъ выстоянія мозжечка *Schwalbe* отмѣтилъ формы, гдѣ въ спинно-мозговую каналь проникали боковыя части мозжечка, а не среднія.

Такия формы можно считать по *Schwalbe* переходными въ настоящимъ *zarpfenförmige Fortsätze*.

По предложенію проф. *В. Н. Тонкова* я поставилъ себѣ задачей выяснить, есть ли указанное прониканіе мозжечка въ спинно-мозговую каналь явленіе патологическое, связанное, какъ на это указываетъ *Chiari*, съ *hydrocephalus internus* или же оно встрѣчается въ известномъ процентѣ, какъ простое индивидуальное явленіе.

Въ послѣднемъ случаѣ интересно опредѣлить частоту таковаго варианта. Я велъ свои изслѣдованія на матерьялѣ, подлежащемъ патолого-анатомическому вскрытію, но положеніе мозжечка наблюдалъ до вскрытія мозга чрезъ задній разрѣзь

по *Schwalbe*. Отдѣливъ спинныя мышцы отъ прикрѣпленія ихъ къ затылочной кости, вскрывъ мембранамъ atlanto-occipitalem и арахноидальный мѣшокъ, можно видѣть, въ положенія трупа животою внизъ, при сильно пригнутой къ груди головѣ, выступающія части мозжечка и судить о степени такого выступающія. Я просмотрѣлъ такимъ образомъ 45 труповъ свѣжихъ и 5 послѣ балъзамированія формалиномъ.

У свѣжихъ труповъ я произвелъ кромѣ того взвѣшивание всего мозга и по удаленіи большого мозга—мозжечка, моста и продолговатаго мозга вмѣстѣ, желая прослѣдить, не находится-ли наблюдаемое выступаніе частей мозжечка въ вакуумъ-бы то ни-было отношенія къ вѣсу большого мозга.

Мои данныя располагаются въ слѣдующей таблицѣ.

№	Полъ.	Возрастъ.	Национал.	Вѣсъ мозга	Вѣсъ мозж. мост. и прод. м.	Диагнозъ.	Выступаніе мозжечка.		Состояніе желудка и кишечн.
							Прав. стор.	Лѣв. стор.	
1	Муж.	22	Русс.	1390	160	Echinococcus hep	—	—	—
2	Муж.	6	Татар	1140	145	Миліарн. туберк. внутр. органовъ.	4 mm.	3 mm.	—
3	Женщ.	46	Русс.	1340	170	Phthisis pulm.	9 mm.	9 mm.	—
4	Муж.	50	Татар.	1330	170	Phthisis pulm.	—	—	—
5	Муж.	44	Русс.	1250	160	—	—	—	—

№	Полъ.	Возрастъ.	Націонал.	Вѣсъ мозга	Вѣсъ мозж. и мост. и прод. м.	Диагнозъ.	Вмѣстоаніе мозжечка.		Состояніе желу- дочковъ.
							Прав. стор.	Лѣв. стор.	
6	Муж.	72	Русс.	1400	180	Arteriosclerosis Nephritis interst. chronica.	3 мм.	2 мм.	Пезначнт. растяж. задняго рога лѣв. боков. желудка.
7	Муж.	10	рус.	800	—	Атрофія вис. долей обоихъ полушарій.	8 мм.	10 м.	—
8	Женщ.	—	Русс.	1235	160	—	—	—	—
9	Муж.	34	Русс.	1220	160	Phthis pulm.	10 м.	10 м.	—
10	Муж.	Но- вор.	Русс.	360	—	—	—	—	—
11	Женщ.	51	Татар.	1230	160	Ambustura.	3 мм.	5 мм.	—
12	Муж.	51	Татар.	1440	200	Cirrhosis atr.	—	—	Желуд. нѣск. рас- шир. отекъ магс. мозг. обол.
13	Женщ.	9	Русс.	1170	140	Meneng. tuber.	—	—	Желуд. нѣсколь- ко расшир.
14	Муж.	38	Русс.	1220	—	Thyphus recur.	4 мм.	2 мм.	—
15	Муж.	53	Русс.	1460	160	Pneum. crou- pos.	—	—	—
16	Муж.	21	Русс.	1480	180	Pneum. crou- pos.	—	—	—
17	Женщ.	40	Русс.	1280	170	Carcinom. oesof.	12 м.	12 м.	—

№	Полъ.	Возрастъ.	Национал.	Вѣсъ мозга.	Вѣсъ мозж. мост. и прод. м.	Диагнозъ.	Выстояние мозжечка.		Состояніе желудка чечковъ.
							Прав. стор.	Лѣв. стор.	
18	Муж.	31	Русс.	1390	170	—	—	—	—
19	Муж.	22	Русс.	1460	180	Phthys. pulm.	10 m.	10 m.	Желуд. нѣсколько расшир.
20	Муж.	33	Русс.	1480	170	Nephritis inters.	—	—	Задн. рога лѣв. желуд. нѣсколько расшир.
21	Муж.	33	Русс.	1430	170	Hernia incarcer.	—	—	—
22	Женщ.	27	Русс.	1360	175	Echinococcus hep.	3 mm.	3 mm.	—
23	Муж.	34	Русс.	1430	180	Nephritis chron.	—	—	—
24	Женщ.	36	Русс.	1200	170	Carcinom. uteri.	—	—	—
25	Муж.	37	Русс.	1400	—	Sarcoma glandul. retroperit.	4 mm.	4 mm.	—
26	Женщ.	35	Русс.	1300	160	Gangrena polypi colli. uteri.	—	—	Желуд. нѣсколько расшир.
27	Муж.	28	Нѣм.	1350	—	Cirrhosis atrophica.	—	—	—
28	Муж.	45	Русс.	1470	180	Phthys. pulm., malaria.	3 mm.	3 mm.	—
29	Муж.	58	Русс.	1380	160	Nephritis chron.	—	—	—

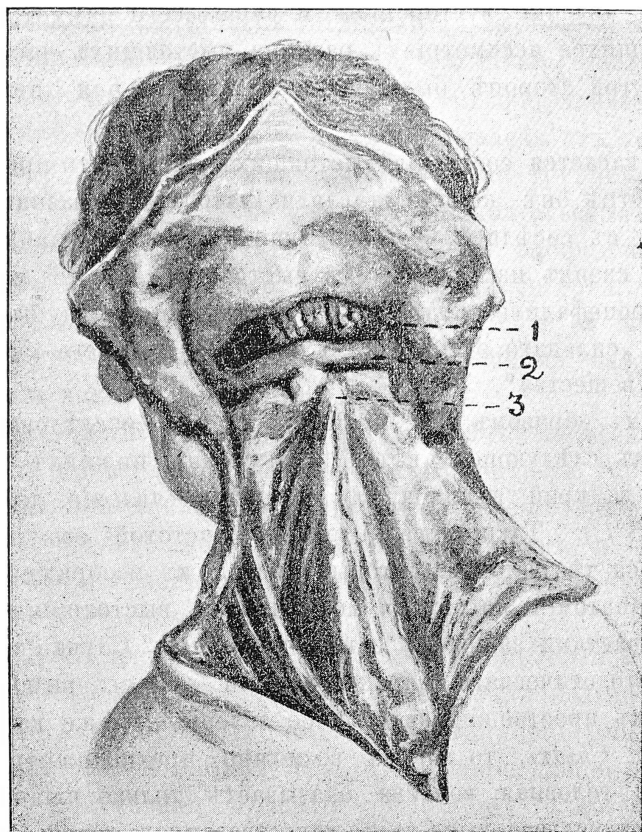
№	Полъ.	Возрастъ.	Национал.	Вѣсъ мозга	Вѣсъ мозг. коста и прод. м.	Диагнозъ.	Выстояние мозжечка.		Состояніе желу- дочковъ.
							Прав. стор.	Лѣв. стор.	
30	Муж.	21	Русс.	1290	160	Thyphus abdominal.	—	—	—
31	Муж.	—	Русс.	1370	180	Leucoemia, Pneumon. group.	3 mm.	3 mm.	Желуд. нѣсколько расшир.
32	Муж.	50	Русс.	1270	190	Carcin. oeso- fag.	—	—	—
33	Муж.	45	Русс.	1500	200	Sarcoma gland. re- troper.	—	—	—
34	Муж.	55	Черем.	1370	170	Plevritis sup- pur.	—	—	—
35	Муж.	—	Русс.	1390	170	Vitium cordis	3 mm.	3 mm.	—
36	Муж.	47	Русс.	1230	170	Phthys. pulm.	—	—	—
37	Муж.	48	Русс.	1440	170	—	—	—	Бок. желуд. нѣск. растян.
38	Женщ.	52	Русс.	1360	160	Carcinom. uteri.	—	—	—
39	Женщ.	43	Русс.	1150	150	Emphys. pulm.	2 mm.	2 mm.	—
40	Муж.	27	Русс.	1380	160	—	—	—	—
41	Женщ.	48	Русс.	1220	160	Carcinoma oesofag.	—	—	—

№	Полъ.	Возрастъ.	Национал.	Вѣсъ мозга	Вѣсъ мозж. мозг. и прод. м.	Диагнозъ.	Вѣстопице мозжечка		Состояние желу- дочковъ.
							Прав. стор.	Лѣв. стор.	
42	Муж.	39	Русс.	1380	165	Carcinoma pulm. sinistri.	3 mm.	2 mm.	—
43	Муж.	60	Русс.	1400	170	Carcinoma pulmonis sinistri.	—	—	—
44	Женщ.	60	Русс.	1320	170	Carcin. pylori et curv. minor.	3 mm.	3 mm.	—
45	Муж.	30	Русс.	1420	170	Carcin. ventric. et omenti minor.	—	—	—
46	Муж.	—	—	—	—	ТРИМЪ БАЛЪЗАМИРОВАНИЕ	—	—	—
47	Муж.	—	—	—	—		2 mm.	3 mm.	—
48	Муж.	—	—	—	—		—	—	—
49	Муж.	—	—	—	—		3 mm.	3 mm.	—
50	Женщ.	—	—	—	—		—	—	—

Мои изслѣдованія, обнимающія 50 труповъ, убѣдили меня въ томъ, что нижнія части мозжечка выдаются за край затылочной дыры довольно часто. Я отмѣтилъ среди просмотрѣннаго мной матерьяла такія выстоянія мозжечка 19 разъ, что составляетъ 38%. Такой процентъ наблюдаемыхъ выстояній мозжечка довольно значительно разнится отъ даннаго—*Schwalbe* (60%). Случаи съ подобными выстояніями наблюдаются одинаково часто, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ въ какомъ-бы то ни-было возрастѣ и не находятся въ связи не только съ наличностью врожденной гидроцефаліи, но и болѣе или менѣе значительнаго расширенія желудочковъ. Среди этихъ 19 случаевъ выстоянія мозжечка за край затылочной дыры я долженъ былъ отмѣтить 5 случаевъ, гдѣ нижнія части мозжечка, выдаваясь за край затылочнаго отверстія, смотрѣли въ видѣ нѣсколькихъ вытянутыхъ отростковъ въ полость спинно-мозгового канала, отличаясь, т. к. образомъ, отъ остальныхъ случаевъ большей длиной выстоящихъ частей (8—12 мм.). Я ни разу не наблюдалъ такой рѣзкой степени выстоянія, какъ *Schwalbe* и *Chiari*, гдѣ „*zarpfenförmige Fortsätze*“ доходили до втораго шейнаго позвонка и въ одномъ случаѣ *Chiari* (сл. 7) до происхожденія 4 шейнаго нерва. Въ моихъ изслѣдованіяхъ крайняя степень выстоянія не превышала 12 мм., и такой случай я встрѣтилъ только однажды у женщины 40 л., гдѣ нижнія концы миндалинъ спускались, при довольно широкомъ пространствѣ между затылочной костью и дугой атланта, до послѣдней. Съ фотографіи этого случая сдѣланъ прилагаемый рисунокъ. Онъ далеко не отвѣчаетъ тому, что изображено *Chiari* на фиг. 1, и охарактеризовано, какъ *zungenförmige Fortsatz*. Случай этотъ былъ безъ малѣйшаго расширенія желудочковъ. Въ остальныхъ 4 случаяхъ съ болѣе значительнымъ выстояніемъ нѣкоторое расширеніе желудочковъ мною было отмѣчено только одинъ разъ, гдѣ миндалины выстояли за край затылочной дыры на 10 мм. Три же слу-

чая съ выстояніемъ 8, 9 и 10 мм. были при совершенно нормальныхъ желудочкахъ.

Рисунокъ



1) Выстоящія части мозжечка; 2) дуга атланта; 3) остистый отростокъ эпистрофея.

Всѣ мозга не находится, повидимому, ни въ какой зависимости отъ степени имѣющагося выстоянія, т. к., съ одной стороны, при наибольшемъ вѣсѣ мозга 1500 мы не наблюдали выступленія частей мозжечка въ спинно-мозговой каналъ ни-

сколько, съ другой—крайнюю степень выступающаго наблюдаемъ при относительно небольшомъ вѣсѣ мозга въ 1280.

Во всѣхъ случаяхъ наблюдавшагося мной выступающаго мозжечка за край затылочной дыры я долженъ былъ его отмѣтить, какъ явленіе двустороннее и чаще всего симметричное. При имѣвшихся ассиметріяхъ разница выступающихъ частей на той и другой сторонѣ была очень незначительная, не болѣе 2 mm.

Что касается состоянія выступающихъ частей, то при простомъ осмотрѣ онѣ не представляли какой-либо разницы по сравненію съ сосѣдней мозговой тканью, какъ то наблюдалъ *Chiari* въ своихъ изслѣдованіяхъ выступающихъ частей мозжечка у гидроцефалическихъ труповъ, гдѣ эти части были въ состояніи „сильнаго эдематознаго опуханія и иногда склероза мозгового вещества“.

Такимъ образомъ, на основаніи своихъ изслѣдованій я прихожу къ слѣдующему выводу. Выступающіе нижніе части мозжечка за край затылочнаго отверстія—явленіе довольно частое (38%). Такой сравнительной частотой его вполне объясняются тѣ находки, которыя повели къ изображенію въ атласахъ анатоміи положенія мозжечка съ выступающими нижними его частями за край затылочной дыры. Случаи эти не носятъ патологическаго характера; они должны разсматриваться, какъ простое индивидуальное явленіе. Что же касается наблюденій *Chiari*, то весьма возможно предположить, что внутренняя головная водянка оказывасть только вліяніе на степень имѣющагося выступающаго, какъ указаннаго мной варианта, а не производитъ его безусловно, и это тѣмъ болѣе вѣроятно, что самъ *Chiari* пишетъ, что опредѣленныхъ отношеній между степенью врожденной гидроцефаліи большого мозга и образованіемъ „*zapfenförmige Fortsätze*“ нельзя было установить въ его наблюденіяхъ, т. е. съ одной стороны были случаи, гдѣ незначительная гидроцефалія сопровождалась развитіемъ выступающихъ отростковъ, съ другой—встрѣчались въ высокой

степени значительныя водянки головного мозга безъ какихъ-бы то ни-было „*zarpfenförmige Fortsätze*“. Очевидно, что послѣдніе наблюдались тамъ, гдѣ они должны были быть при нормальныхъ условіяхъ, а водянка мозга могла оказывать только вліяніе на стѣнь имѣющагося выстоявія.

Если къ этому мы прибавимъ, что *Chiari* наблюдалъ выстоявіе мозжечка 14 разъ среди 63 гидроцефалическихъ труповъ, то увидимъ, что эта цифра не далека отъ той, какую я даю въ результатѣ своихъ изслѣдованій труповъ, не имѣвшихъ водянки головного мозга. Это обстоятельство еще болѣе прибавляетъ вѣроятія моему толкованію наблюденій *Chiari*. Заявленіе же послѣдняго, что „*Ohne Hydrocephalie fand ich die zarpfenförmigen Fortsätze niemals*“ находится въ прямомъ противорѣчій съ давними *Schwalbe* и моими наблюденіями, сдѣланными при болѣе точномъ методѣ.

Настоящій вопросъ долженъ имѣть по моему мнѣнію большой практической интересъ съ развитіемъ хирургіи задней черепной ямки, гдѣ оперативное леченіе внутренней водянки головного мозга по всѣмъ вѣроятіямъ найдетъ себѣ широкое примѣненіе. Въ литературѣ на этотъ счетъ мы имѣемъ уже нѣкоторый намекъ.

F. Krause ¹⁾ въ своей статьѣ „*Operationen in der hinteren Schädelgrube*“ сообщаетъ случай, гдѣ больная 19 лѣтъ была доставлена съ диагнозомъ:—*tumor cerebelli sinistri* и, пробивъ подъ наблюденіемъ 9 дней, внезапно скончалась, повидимому, при явленіяхъ сжатія продолговатаго мозга (вначалѣ сильныя судороги затылочной мускулатуры, затѣмъ одышка и остановка дыханія при продолжающемся сердцебіевіи въ теченіе 10 минутъ послѣ прекращенія дыханія).

На вскрытіи у больной обнаружена самымъ яснымъ образомъ водянка 4 желудочка, при чемъ, *Krause* пишетъ, что

¹⁾ *F. Krause*. Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 81, 1. Theil. 1906.

„вслѣдствіе повышенія давленія мозговой стволь былъ такъ вдавленъ въ большое затылочное отверстие, что у его края въ сосѣднихъ отдѣлахъ мозжечка была видна глубокая циркулярная борозда“.

При подобныхъ обстоятельствахъ *Zichen* въ устной бесѣдѣ съ *Krause* предложилъ дѣлать въ качествѣ оперативнаго пособія пункцію 4 желудочка, которая легко, по мнѣнію *Krause*, можетъ быть выполнена технически при вскрытой задней черепной ямкѣ.

Здѣсь очевидно дѣло шло о случаѣ, напоминающемъ наблюденія *Chiari*, гдѣ водянка 4-го желудочка оказала вліяніе на вдавленіе нижнихъ частей мозжечка въ затылочное отверстие въ указанномъ мною смыслѣ: выстояніе было крайне рѣзкое.

Въ виду вышеизложеннаго мнѣ, кажется, хирургу придется въ рядѣ случаевъ, оперируя по тому или иному поводу, имѣть въ виду, при *чрезмѣрномъ* опусканіи стволовой части мозга въ затылочное отверстие, возможность существованія гидроцефаліи желудочковъ и сообразно съ этимъ такъ или иначе поступить. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ опусканіе мозжечка въ затылочное отверстие выражено въ умѣренной степени, хирургъ долженъ помнить, что подобное явленіе можетъ существовать, какъ простой вариантъ.

Объ остро протекающемъ паранояльномъ синдромѣ.

Д-ра мед. **Н. С. Агаджанянца.**

Исторія вопроса о параноѣ вообще и объ острыхъ паранояльныхъ заболѣваніяхъ въ частности приведена въ монографіи *Werner'a* ¹⁾, въ работѣ моеѣ ²⁾, д-ра *Ганнушкина* ³⁾ и др. Остановливаясь на подробномъ историческомъ очеркѣ не входитъ въ задачи предлагаемой статьи; здѣсь необходимо лишь въ самыхъ существенныхъ чертахъ охарактеризовать главные этапы въ эволюціи интересующаго насъ вопроса.

Первые зачатки ученія о параноѣ въ современномъ намъ смыслѣ мы встрѣчаемъ еще у *Chiarugi* ⁴⁾, который указалъ на то обстоятельство, что при отсутствіи какихъ либо существенныхъ измѣненій въ эмоціальной сферѣ при нѣкоторыхъ формахъ душевныхъ заболѣваній можетъ обнаружиться бредъ, какъ явленіе *первичное*. Этотъ взглядъ поддерживался въ ученіи о мономаніяхъ (*Fsquirol*) и нашелъ себѣ нѣкоторыхъ

¹⁾ *Werner*. Die Paranoia Stuttgart. 1891.

²⁾ Н. С. Агаджанянцъ. Есть-ли параноія acute самостоятельная нозологическая единица? Юбилейный сборникъ трудовъ по психіатріи и невропатологіи, посвященный академ. В. М. Бехтереву т. II С.-Петербургъ 1903 г.

³⁾ П. Б. Ганнушкинъ. Острая параноя. Москва 1904 г.

⁴⁾ *Chiarugi*. Über die Nosologie des Wahnsinns überhaupt. 1895.

послѣдователей. Однако, ученіе о первичномъ пораженіи интеллекта при нѣкорыхъ психозахъ нашло себѣ и противниковъ; изъ нихъ мы упомянемъ *Griesinger*'а, который считалъ бредовыя идеи при мономаніяхъ вторичнымъ явленіемъ, возникающимъ вслѣдъ за измѣненіями въ эмоціальной сферѣ (возбужденіе или угнетеніе).

Только въ 1865 г. вопросъ о мономаніяхъ былъ разрѣшенъ въ окончательномъ видѣ. Когда на Съѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей *Snell* ¹⁾ сдѣлалъ свое знаменитое сообщеніе.

Мономанія по *Snell*'ю есть такое заболѣваніе, при которомъ развиваются первичныя бредовыя идеи (*Wahnideen*) и галлюцинаціи. При мономаніяхъ душевная жизнь и сознаніе парализуются не въ рѣзкой степени и потому подобныя первичныя бредовыя явленія при относительно ясномъ сознаніи могутъ называться мономаніями. Мономанія—страданіе первичное, а не исходное послѣ маніи или меланхоліи.

Первичное пораженіе интеллектуальной сферы по *Snell*'ю чаще встрѣчается при той формѣ болѣзни, гдѣ обыкновенно выступаютъ на первый планъ идеи преслѣдованія, при чемъ, въ противоположность меланхолику, больной отличается повышеннымъ чувствомъ собственнаго достоинства и активностью. Идеи величія логически вытекаютъ изъ идей преслѣдованія. Здѣсь нѣтъ ни потока идей, какъ при маніи, ни первичной тоски, ни спутавности и помраченія сознанія. Галлюцинаціи наблюдаются часто. Больной не относится критически къ своему состоянію. Теченіе болѣзни хроническое, прогнозъ плохой. Къ этимъ формамъ *Snell* примѣнялъ терминъ *primärer Wahnsin*.

¹⁾ *Snell*. Ueber Monomania als primäre Form des sciefens töring Allg. Zeitsch. f. Psych. 1865 г.

Griesinger два года спорилъ противъ новаго ученія, считая, какъ это дѣлали еще до *Chiarugi*, бредовыя явленія слѣдствіемъ первичнаго пораженія въ эмоціональной сферѣ. Однако, потомъ и *Griesinger*¹⁾ призналъ ученіе *Snell*'я и мѣсто термина *monomania* сталъ примѣнять терминъ *primäre Verücktheit*.

Такимъ образомъ установилось понятіе о первичномъ помѣшательствѣ, какъ опредѣленной клинической формѣ, характеризующейся между прочимъ *хроническимъ теченіемъ и неизлечимостью*. Правда, *Snell* признавалъ возможность острого начала заболѣванія, но *теченіе* по *Snell*'ю—всегда хроническое.

Французскіе авторы подъ не совсѣмъ удачными симптоматическими названіями: *delire de persécution* (*Lasèque* 1852), *délire chronique* (*Magnan*), *délire Systematisce*—обозначали ту же самую параною съ хроническимъ теченіемъ и плохимъ прогнозомъ. *Delire d'emblée* (*Magnan*²⁾) едва-ли можно относить къ острому подвиду паранои: подъ этой формой подразумѣвается острая вспышка бредовыхъ идей у дегенерантовъ, при чемъ эти идеи неустойчивы и не склонны къ систематизаціи. *Lasèque*³⁾ далъ свое описаніе бреда преслѣдованія въ 1852 году. Такимъ образомъ, послѣ *Chiarugi* онъ первый описалъ клиническую форму, близкую къ первичному помѣшательству, и французы считаютъ родиной ученія о параноѣ Францію, гдѣ ученіе о мономаніяхъ процвѣтало еще до сообщенія *Snell*'я въ Ганноверѣ (1865). Однако ученіе объ *острой параноѣ* возникло всецѣло въ Германіи послѣ сообщенія *West-*

¹⁾ *Griesinger* г. Vortrag, zur Erröparung der psych. Klinik Zu Arch. f. Psych. Bd. I.

²⁾ *Magnan*. Lecons cliniques sur le délire chronique à l'évolution systematique. Lecons sur les maladies mentales. Deux. édition. Paris 1897.

³⁾ *Lasèque*. Dilir de persécution. Arch. générales de médecine 1852.

*phal'*я¹⁾ въ Ганноверѣ на Съѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей (1876 г.).

Westphal выдѣляетъ среди острыхъ психозовъ ту группу, которая даетъ на первомъ планѣ разстройство въ сферѣ интеллекта. Эти формы *Westphal* не считаетъ вторичными, исходящими состояніями послѣ предварительной маніи или меланхолии и полагаетъ, что и сами эти формы, въ неизлѣченныхъ случаяхъ даютъ вторичное слабоуміе. Изъ этой общей группы острыхъ интеллектуальныхъ психозовъ *Westphal* выдѣлялъ острую параною, а *Meynert*²⁾ галлюцинаторную спутанность (*hallucinatorische Verwirrtheit—amentia*). Къ этой же группѣ острыхъ интеллектуальныхъ психозовъ отнесли и ту форму слабоумія, которая возникаетъ остро, первично и даетъ не абсолютной плохой прогнозъ (*apoia acuta* или *dementia primaria curabilis* старыхъ авторовъ).

Такимъ образомъ, смотря потому что выступало на первый планъ: спутанность-ли сознанія, иллюзорное-ли толкованіе дѣйствительности съ систематизаціей бреда, или рѣзкая задержка интеллектуальной жизни—въ острыхъ „интеллектуальныхъ“ психозахъ различали—острую параною, аменцію (*dyspoia*) и острое первичное слабоуміе (*apoia*). Въ неизлѣченныхъ случаяхъ исходомъ является вторичное слабоуміе, теченіе острое; дегенеративная почва не необходима и тамъ, гдѣ она существуетъ, оставляетъ свой отпечатокъ на теченіи и проявленіи психопатологическаго процесса. Эмоциональная сфера, чувственные воспріятія и воля могутъ поражаться въ различной степени и въ разныхъ направленіяхъ.

Что касается самой острой паранои, то *Westphal* признавалъ для этой болѣзни разное начало и различные типы: 1) гиппо-

¹⁾ *Westphal*. Über die Verrücktbeit—Allgem. zeitschr. für. Psych. 1878.

²⁾ *Meynert*. Die acuten (hallucinatorischen) Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. Lehrbüch f. Psych. Bd. II.

кондрическое начало, 2) самостоятельное развитіе бредовыхъ идей, 3) поводомъ къ возникновенію бреда могутъ служить галлюцинаціи, 4) врожденная форма (*Sauder'a*) и 5) рудиментарная, abortивная форма, выражающаяся въ формы простыхъ навязчивыхъ идей (*Zwangvorstellungen*).

Послѣ *Westphal'a* и до сихъ поръ вопросъ объ острой параноѣ дебатруется съ разныхъ сторонъ. Современное состояніе вопроса можно было бы резюмировать слѣдующимъ образомъ:

Одни (*Westphal, Espeut, Lichen, Merklin, Cramer*) не различаютъ острой паранои отъ аментивныхъ формъ и общую, нераздѣльную, группу остро протекающихъ „интеллектуальныхъ“ психозовъ считаютъ острымъ подвидомъ хронической паранои.

Другіе, опять таки не дѣлая различія среди сборной группы остро протекающихъ „интеллектуальныхъ“ психозовъ, полагаютъ, что эта группа ничего общаго съ хронической параной не имѣетъ (*Meynert, Krafft-Ebing, Salgo, Scholz*);

Самой обширной считается та группа психiatровъ, которая выдѣляетъ острую параною какъ независимое заболѣваніе и отъ острой спутанности и отъ хронической паранои (*Mendel, Kretz, Werner, Sehental, Neiser, Chaslin, Смловъ, Коерпен, Schüle, Ганнушкинъ* и др.).

Впрочемъ есть и отдѣльно стоящія мнѣнія,—напр., одни полагаютъ, что острая параноія есть подвидъ острой спутанности, но нуждается въ дегенеративной почвѣ (*Seglas* и др.), другіе видятъ лишь количественную разницу между разными видами остро протекающихъ „интеллектуальныхъ“ психозовъ (*Horpe* и др.), *Корсаковъ* считалъ острую параною переходной формой между хронической параной и аменціей, а *Kirschhoff* ставилъ ее между *paranoia chronica* и эмоціональными психозами.

Отличается также весьма существенными особенностями и взглядъ *Kraepelin'a*.

Въ 2—4 изданіяхъ ¹⁾ своего руководства *Kraepelin* признаетъ астеническую спутанность и *Wahnsinn*, какъ форму переходную между хронической параноюй и эмоціональными психозами. Для *Wahnsinn* характерны галлюцинаціи, идеи бреда (со стремленіемъ къ систематизаціи) и относительная ясность сознанія; эмоціональныя разстройства являются *concomitanten* (а не первичными); возможно выздоровленіе; теченіе острое.

Между описаніемъ *Wahnsinn* у *Kraepelin*'а и острой параноюй *Westphal*'я въ сущности нѣтъ никакой разницы. *Kraepelin* дѣлитъ *Wahnsinn* на экспансивную, депрессивную и галлюциляторную форму.

Однако, форма *Wahnsinn* постепенно исчезаетъ изъ классификаціи *Kraepelin*'а и уже въ 1892 г. *Kraepelin* ²⁾ сдѣлалъ свое сообщеніе на Съѣздѣ психіатровъ въ Карслуе въ томъ смыслѣ, что параноюй можно назвать только опредѣленный видъ хроническаго неизлѣчимаго психоза, острѣе же случаи дающіе или выздоровленіе или вторичное слабоуміе, не могутъ называться параноюй. Въ дальнѣйшихъ ³⁾ изданіяхъ своего руководства *Kraepelin* говоритъ о хронической параноюй въ совершенно опредѣленномъ смыслѣ, признаетъ аменцію въ довольно ограниченномъ смыслѣ въ главѣ о психозахъ восточенія, а то, что онъ раньше называлъ *Wahnsinn*, растворилось, повидимому, въ главѣ о раннемъ слабоуміи и отчасти отнесено къ аменціи.

Къ этому вопросу мы еще вернемся при дифференціальномъ діагнозѣ и анализѣ нашихъ случаевъ, въ изученію которыхъ и переходимъ.

¹⁾ *Kraepelin*. Psychiatrie Leipzig. 1887 (II Aufl.).

²⁾ *Kraepelin*. Die Abgrenzung der Paranoia. Bericht über die 24. Versammlung der süd—westdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe am 5—6 Novemb. 1892 (Allg. zeitschr. f. Psych. 50. 1894).

³⁾ *Kraepelin*. Psychiatrie II Bd. Leipzig. 1904 (VII Aufl.).

I. НАБЛЮДЕНІЕ.

Больной капитанъ X., 37 лѣтъ отъ роду, служить въ одномъ изъ полковъ на Закавказьѣ, поступилъ въ больницу Императора Александра III, (ст. Удѣльная) 16 октября 1905 г.

Я больного зналъ за нѣсколько лѣтъ до его заболѣванія и въ самомъ началѣ болѣзна, когда больного привезли въ Петербургъ, я былъ приглашенъ къ нему и имѣлъ возможность слѣдить за нимъ до поступления въ больницу, а затѣмъ и въ больницу, гдѣ я навѣщалъ его съ любезнаго согласія директора и товарищей, состоящихъ при больницѣ, за что я выражаю имъ мою сердечную благодарность.

Больной происходитъ изъ совершенно здоровой семьи. Отецъ больного, сельскій священникъ, живъ и понынѣ и, несмотря на старость, огличается яснымъ умомъ и здоровьемъ; жива и здорова также и мать больного. Братья и сестры здоровы (больной былъ шестымъ по числу); душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ семьѣ и въ роду не было.

На какія либо болѣзни въ дѣтствѣ не указывается. Лѣтъ 13 тому назадъ (24 лѣтъ отъ роду) больной захворалъ уретритомъ, который осложнился циститомъ. Циститъ перешелъ въ хроническую форму, при чемъ гоноройный процессъ по-видимому перешелъ и на лоханки. До самаго послѣдняго времени и теперь обнаруживаются въ мочѣ гной иногда кровь при сильно щелочномъ броженіи. 3 мѣсяца тому назадъ у больного были почечныя колики, послѣ которыхъ выдѣлился камень (фосфорно-кислый амміакъ магnezій и фосфорновкислая известь). Вѣсъ камешка былъ 0,04.

Половое развитіе началось довольно рано, на онанизмъ вѣтъ указаній, половыхъ излістествъ не было, лues отрицается, равно какъ и алкоголизмъ, курить умѣренно.

Въ первое время больной воспитывался подъ вліяніемъ родителей, съ 11 лѣтняго возраста росъ безъ опредѣленнаго воспитательнаго вліянія; отношеніе домашнихъ къ больному было хорошее. Учиться началъ съ 7 лѣтняго возраста, начальное образованіе получилъ въ сельской школѣ, а затѣмъ учился въ гимназіи, вышелъ изъ 7 класса и кончилъ курсъ въ Тифлесскомъ Пѣхотномъ юнкерскомъ училищѣ. Учился хорошо, былъ прилеженъ, способенъ, усиленно заниматься не

приходилось. Умственное развитіе шло параллельно съ физическимъ развитіемъ и возрастомъ больного.

Какъ въ дѣтствѣ, такъ и въ юности и до послѣдняго времени больной отличался характеромъ живымъ, вспыльчивымъ и самолюбивымъ, бывалъ временами раздражителенъ. Къ людямъ больной всегда относился съ нѣкоторой подозрительностью, былъ остороженъ съ людьми и дружилъ мало, привязывался только къ людямъ честнымъ и порядочнымъ.

Больной оставилъ гимназію за единственный случай несправедливаго отношенія къ нему со стороны директора гимназіи и поступилъ съ увлеченіемъ на военную службу.

Первые 3—4 года больной былъ доволенъ положеніемъ и званіемъ офицера, но потомъ, когда онъ увидѣлъ, что его товарищи по гимназіи возвращаются, получивъ высшее образованіе, понялъ, что онъ совершилъ грубую ошибку, бросивъ гимназію. Онъ нѣсколько лѣтъ собирался сдать экзаменъ на аттестатъ зрѣлости, но болѣзнь пузыря и семейныя условія не дали ему возможности выполнить свой планъ. Мысль, что не слѣдовало оставлять гимназію, терзаетъ больного и до сихъ поръ. Образъ жизни больной велъ умѣренный и всегда думалъ о будущемъ. Въ обществѣ его любили. Относился онъ къ начальству и подчиненнымъ обыкновенно.

Къ роднымъ своимъ больной относился съ любовью. Женатъ уже 10 лѣтъ, женился по любви. Дома иногда бывалъ ворчливъ и вспыльчивъ, но никогда до ссоръ не доходилъ, наоборотъ послѣ каждой вспышки становился мягкимъ, добрымъ, сознавалъ, свою несправедливость.

Ни родовъ, ни выкидышей у жены больного не было.

Окружающіе замѣтили ненормальное состояніе больного приблизительно за мѣсяць до поступленія въ больницу. Это было 16-го сентября 1905 г., когда больной въ 6 часовъ утра разбудилъ жену и сказалъ ей, что онъ загниотизированъ двумя товарищами, часто его навѣщавшими. Больной утверждалъ, что, благодаря гипнозу товарищи читаютъ его преступныя мысли. До этого времени больной былъ грустенъ, лежалъ безъ всякой причины съ утра до ночи, объясняя свое пребываніе въ постели тѣмъ, что онъ желаетъ получить 11-мѣсячный отпускъ для лѣченія болѣзни почекъ. Легъ больной въ постель послѣ убійства одного подполковника, приговореннаго къ смерти комитетомъ революціонеровъ. Приговоръ этотъ

былъ извѣстенъ въ томъ городѣ Грузіи, гдѣ жилъ и служилъ больной, потому что въ прокламаціи была напечатана фамилія осужденнаго подполковника. Въ этой же прокламаціи была напечатана и фамилія больного, какъ человѣка не сочувствующаго революціонному движенію. Трупъ убитаго подполковника больной видѣлъ въ лазаретѣ, и это произвѣло на него сильное впечатлѣніе. Больного ужасно огорчало то, что его фамилія была напечатана въ прокламаціи особенно потому, что онъ, какъ увѣрялъ впоследствии, отъ души радъ освобожденію Россіи и ни въ коемъ случаѣ не можетъ какъ гражданинъ и иверодецъ препятствовать освобожденію.

Революціонный комитетъ отнесся къ больному враждебно потому, что больной не задолго передъ тѣмъ принужденъ былъ выступить съ солдатами для усмиренія гражданъ. Съ громаднымъ рискомъ для своей служебной карьеры онъ велъ себя довольно пассивно и успѣлъ уговорить разойтись, не прибѣгая ни къ какимъ насильственнымъ дѣйствіямъ. Однако, самое появленіе его для усмиренія да еще съ солдатами было истолковано революціонерами въ томъ смыслѣ, что онъ готовъ служить начальству противъ родного народа.

Не чувствуя за собой ни какого проступка, могущаго объяснить появленіе его фамиліи въ прокламаціи, Х. сталъ подозрѣвать всѣхъ и бояться обружающихъ. Несмотря на заявленіе комитета, что его фамилія попала въ прокламацію по ошибкѣ, больной сталъ считать себя жертвой, которая должна быть принесена для достиженія переворота въ Россіи. Эта мысль ложится въ основу его бреда, которая развивается дальше. Чувство страха и подозрительности обуяли больного всецѣло. Не находя причинъ, могущихъ объяснить, за какое преступное дѣяніе онъ долженъ быть принесенъ въ жертву освободительному движенію, онъ пришелъ къ заключенію, что за его преступныя мысли онъ долженъ быть жертвой и что мысли эти на разстояніи читались членами комитета. Чѣмъ больше онъ стремился подавить эти мысли тѣмъ больше, какъ онъ чувствовалъ, онѣ возникали и читались другими.

У больного было много слуховыхъ галлюцинацій, которыя, повидимому, онъ долго скрывалъ. Больной считалъ эти галлюцинаціи слѣдствіемъ болѣзни уха и, не говоря въ чемъ дѣло, нѣсколько разъ ходилъ къ ушному врачу для освидѣтельствованія здоровы-ли его уши и, когда узнавалъ, что уши

здоровы, еще больше убѣждался, что онъ слышитъ реальные голоса и что подобнымъ же образомъ на разстояніи другіе слышать, его голосъ и читаютъ его мысли. Иногда большой слышалъ какъ окружающіе дѣлами намеки на него въ своихъ разговорахъ.

При моемъ изслѣдованіи онъ мнѣ рассказалъ (уже въ Петербургѣ), что преступность его мыслей относительная, онъ ихъ лично не счтаетъ преступными, но комитету эти мысли покажутся преступными. Мысли его заключаются въ томъ, что онъ противъ террора революционеровъ и, сочувствуя ихъ идеаламъ, не одобряетъ ихъ тактики.

У больного бывала тоска, которая иногда смѣнялась гнѣвомъ; тоска какъ и галлюцинаціи, были въ тѣсной связи съ бредомъ

Отчасти подъ вліяніемъ тоски и галлюцинацій, повидимому повелительнаго характера, отчасти подъ вліяніемъ бредовыхъ идей были попытки къ самоубійству.

Иногда у больного сильная активность и стремленіе дѣйствовать, иногда полный упадокъ воли и пассивизмъ. Въ теченіи идей не наблюдается ускоренія или замедленія.

Кромѣ слуховыхъ галлюцинацій наблюдаются, повидимому, галлюцинаціи зрительныя и обонятельныя, но рѣже. Выраженіе лица мѣняется часто, въ связи съ бредомъ и настроеніемъ духа. Сознаніе относительно ясное, иногда замѣчается незначительное помраченіе. Во времени и пространствѣ разбирается свободно. Окружающихъ иногда припимаетъ за шпионовъ, повидимому, подъ вліяніемъ иллюзій. Ко мнѣ съ самаго начала отнесся подозрительно изъ за моего военного костюма, несмотря на то что онъ и здоровымъ меня звалъ въ этой формѣ и тѣмъ же мѣсяцѣ отосидѣя хорошо, зная, что я товарищъ его близкаго родственника—врача. Память и вниманіе не разстроены. Большой опрятенъ. Аппетитъ пониженъ, относится къ пище подозрительно.

Вѣсъ больного 3 пуда 12,5 ф., ростъ—немного выше средняго, сложеніе правильное, костная и мышечная система не представляютъ отклоненій отъ нормы, подкожный жировой слой развитъ слабо. Кожа и слизистыя оболочки немного блѣдны, незначительная желтизна. Волосы густые, съ просѣдью, черепъ развитъ правильно, никакихъ явленій асимметріи нѣтъ. Ушныя мочки немного недоразвиты, твердое небо куполообраз-

ное, другеихъ явленій дегенераціи не замѣтно. Зрачки равно-
мѣрны, реагируютъ правильно на свѣтъ и аккоммодацию, поле
зрѣнія обоихъ глазъ немного концентрически сужено. Черепъ
и позвонки при постукиваніи не болѣзненны. Лицевыя мышцы
со стороны ихъ иннервациіи не представляютъ особенностей.
Мышь при высовываніи не отклоняется въ сторону, есть ма-
ленькое дрожаніе (равно какъ и въ сомкнутыхъ вѣкахъ и вы-
тянутыхъ пальцахъ рукъ). Объективно со стороны высшихъ
органовъ чувствъ (зрѣніе, слухъ, обонаніе и вкусъ) раз-
стройствъ не замѣтно. Большой жалуется на чувство ползанія
мурашекъ. Объективно никакихъ разстройствъ ни въ одной
сферѣ чувствительности кожи не замѣчается, равно какъ и со
стороны мышечнаго чувства. Механическая возбудимость мышцъ
немного повышена, нервные стволы при давленіи не болѣз-
ненны. Мышечная сила верхнихъ конечностей равномерно
ослаблена, атрофій видѣтъ нѣтъ. Судорогъ нѣтъ. Активные
движенія нормальны, координированы, походка правильна.
Незначительное покачиваніе тѣла при стояніи съ сомкнуты-
ми вѣками и сдвинутыми ступнями ногъ. Рѣчь больного, пьсь-
мо, почеркъ, пониманіе чужой рѣчи—не разстроены. Колѣб-
ные рефлексы равномерно повышены, брюшные и яичковые
немного живые, конъюнктивальныя и слюотные понижены, съ
роговицы—сохранены. Пульсъ до 100 ударовъ въ минуту,
температура тѣла—37,0. Спитъ плохо. Незначительныя запо-
ры. Моча идетъ правильно, иногда мочится часто. Цвѣтъ
мочи желто бурый, моча мутная, щелочная, уд. вѣсъ 1015;
бѣлокъ, сахаръ, желчный пигментъ и гемоглобинъ отсутству-
ютъ. Въ осадкѣ много трипельфосфата, углекислаго кальція
и мочеислаго аммонія. Немного мостовиднаго эпителия. Со
стороны внутреннихъ органовъ нѣтъ существенныхъ отклонен-
ній. Моча мутная иногда съ гноемъ.

Больной выписанъ 16 февраля 1906 г., т. е. былъ въ
больницѣ ровно четыре мѣсяца. Выписанъ безъ существен-
ныхъ измѣненій. За эти 4 мѣсяца продолжались тѣ же слу-
ховыя галлюцинаціи, наблюдались тѣ же приступы тоски, ко-
торая смѣнялась гнѣвомъ и подозрительностью; иногда наблю-
далось нервное возбужденіе сердечной дѣятельности съ жа-
лобой на боль въ области груди. Часто больноі приходилъ
въ безпокойствіе, прислушивался къ голосамъ и готовъ былъ
при удобномъ моментѣ покончить съ собой; иногда больноі

былъ спокойнѣе и чувствовалъ потребность реагировать противъ своихъ мнимыхъ враговъ. Больной принималъ окружающихъ, и даже свою жену, за шпионовъ, былъ подозрителенъ. Иногда наблюдалось пѣкоторое помраченіе сознанія съ явлениями кратковременной (нѣсколько часовъ и меньше) слуганности. Аппетитъ былъ плохой, но кромѣ того повидимому иногда боялся ѣсть. Бредовыя идеи высказывалъ по прежнему, безъ особыхъ существенныхъ измѣненій. Видѣлъ часто намеки на себя въ самыхъ простыхъ словахъ и поступкахъ окружающихъ. Повидимому въ больницѣ провелъ самую тяжелую часть своей болѣзни, которая установилась за короткій срокъ ввачалѣ, до поступленія въ больницу и пошла на убыль также быстро до апрѣля мѣсяца того же года, какъ только больного свезли въ родную деревню къ отцу въ тотъ домъ, гдѣ онъ родился. Больной сталъ интересоваться окружающимъ, слѣдить за политикой, тоска и подозрительность прошли, бредъ сталъ исчезать, вернулись душевное равновѣсіе, сонъ и аппетитъ и наступило критическое отношеніе къ заболѣванію. Все мѣто 1906 г. больной слѣдилъ за дѣятельностью 1-ой Государственной Думы, разсуждалъ совершенно трезво. Въ сентябрѣ того же 1906 г. перевезенъ въ тотъ городъ, гдѣ онъ служилъ и гдѣ заболѣлъ и помѣщенъ въ тотъ же самый домъ. Цѣль прїѣзда—подвергнуться врачебному освидѣтельству для увольненія въ отставку. Состояніе X. было настолько хорошее, что многіе совѣтовали продолжать службу, но возвращеніе въ условія прежней жизни снова вызвали пѣкоторую подозрительность и ухудшеніе состоянія. Тогда родные быстро подвергли его медицинскому освидѣтельству, начали дѣло объ отставкѣ и въ концѣ сентября снова увезли въ деревню, гдѣ X. быстро пришелъ въ совершенно нормальное состояніе. Въ январѣ 1907 г. его видѣлъ родственникъ—врачъ, который утверждаетъ, что не было и слѣдовъ болѣзни и установилось критическое отношеніе къ прошлому заболѣванію. Въ іюнѣ 1907 г. X. переѣхалъ въ деревню къ другимъ родственникамъ, гдѣ собрались погостить многіе родственники. Время провели весело и даже бывали попойки, въ которыхъ принималъ видное участіе и самъ X, при чемъ два раза былъ очень пьянъ, что, впрочемъ, не повлекло никакихъ послѣдствій. Жилъ X. въ этой деревнѣ до сентября 1907 г., при чемъ въ послѣднее время всѣ родные разѣхались по дѣламъ,

даже жена X, и онъ былъ въ полномъ одиночествѣ. Это одиночество, повидимому, угнетало X. и за это послѣднее время выписали жену въ деревню.

НАБЛЮДЕНІЕ II.

Больная К., 34 лѣтъ отъ роду, жена учителя, принята въ клинику душевныхъ и нервныхъ болѣзней 11 сентября 1904 г. Отецъ больной умеръ 47 лѣтъ отъ роду отъ порока сердца, мать, женщина нервная, жива до сихъ поръ, братъ умеръ отъ туберкулеза, сестра больной—отъ родовой горячки. Два другихъ брата и сестра живы и здоровы, причемъ одинъ изъ братьевъ отличается болѣзненнымъ самолюбіемъ. Больная третья по старшинству, родилась, въ срокъ, развивалась правильно, до замужества хотя и была слабая, но была въ общемъ здорова. Больная была всегда впечатлительна, самолюбива, обидчива, училась въ гимназій хорошо. Выйдя замужъ 24 лѣтъ отъ роду, первые два года не имѣла дѣтей и лѣчилась у гениколога. На третьемъ году замужества протекла правильно беременность, окончившаяся срочными родами, кормила ребенка сама, за этотъ періодъ значительно окрѣпла. Больше беременности не было. К. занималась приготовленіемъ учениковъ въ гимназію скоро утомлялась, равнымъ образомъ сильно утомлялась во время прогулокъ, однако особенныхъ рѣзкихъ переутомленій не было. Мужъ былъ значительно старше годами, и К. въ семейной жизни была не очень счастлива. Въ концѣ 1902 г. сталъ К. нравиться родственникъ ея мужа, который повидимому былъ къ ней внимателенъ. К. любила смотрѣть на него, разговаривать съ нимъ, думать о немъ. Затѣмъ ей стало казаться, что онъ здѣсь, когда его не было, что онъ смотритъ въ окно и пр. Въ декабрѣ между К. и этимъ господиномъ произошла ссора въ виду его назойливости и больная просила мужа этого родственника не принимать. Здѣсь произошла тяжелая семейная сцена между мужемъ и женой, причемъ мужъ сильно кричалъ на жену. Сцена эта на К. произвела тяжкое впечатлѣніе. По словамъ мужа, К. была, въ это время мрачна, апатична, плохо спала, боялась ѣхать къ знакомымъ, думая, что тамъ обо всемъ будетъ рассказано. Больная считала, что се напрасно упрекають, она не виновна и страдаетъ напрасно. Начиная съ 30 декаб-

ря въ теченіе 5 дней больная отказывалась отъ пищи, ни съ кѣмъ не хотѣла говорить, часто ходила по комнатѣ, вздыхая и поглядывая на образа. Съ прибывшимъ психіатромъ больная почти не говорила, только просила его принять въ ней участіе. Пищу и лекарство приходилось давать ей насильно. Вскорѣ больная стала тиха и относилась ко всему окружающему повидимому безучастно, даже къ любимой дочери. Къ больной переселилась ее мать, которую больная любила, во тутъ оказалось, что больная стала относиться враждебно къ матери, доходила до грубыхъ выходокъ, толкала и пр. Больная эту враждебность къ матери объясняла тѣмъ, что если бы мать не переѣхала къ нимъ, никто ничего не узналъ бы про нее и слухи не распространились бы. Въ это время больная была не общительна, рѣдко выходила изъ дому, а иногда наоборотъ говорила матери и домашнимъ обо всемъ происшедшемъ, желая объяснить все и выяснитъ свои отношенія съ окружающими, которые, какъ казалось ей, „что-то на нее воображали, ее не поняли, распустали сплетни“, были къ ней несправедливы. Послѣ отъѣзда матери больная всю свою враждебность перенесла на мужа. Ей иногда казалось, что ее хотятъ отравить, мясо казалось тухлымъ, съ червями. Больная бранила прислугу, требуя ей смѣны. Больная часто принимала на свой счетъ все, что происходило кругомъ, напр. разъ ночью братъ больной пріѣхалъ за матерью, потому что у нихъ дома произошла кража. Больная все приняла на свой счетъ, стала говорить объ известной воровкѣ по прозванію „золотая ручка“, начала оправдываться, что она не воровка, что она не станетъ страдать изъ за той гадины и просила отыскать „золотую ручку“. Мысль о воровствѣ такъ безпокоила больную, что она говорила мужу: „я тебѣ все прощу, только отыщи золотую ручку“. Такъ продолжалось до декабря 1903 г., когда больная стала выходить гулять съ дочерью. Съ этого времени больная считаетъ свое выздоровленіе. Признавая, что съ ней было тихое помѣшательство, выразившееся въ томъ, что она ничего не понимала, принимала психіатра за родственника мужа, думала, что за него вышла замужъ ее сестра и пр.,— больная тогда не разговаривала, отказывалась отъ пищи, считая ее отравленной, отказывалась отъ прогулокъ, боясь, что ее запрутъ въ домъ для умалишенныхъ. Больная объясняетъ, что когда она стала поправляться, стала кушать, гулять съ

дочерью, то замѣтила, что все надъ ней смѣются, издѣваются, и мужъ ей будто-бы какъ-то сказалъ: „все надъ тобой будутъ смѣяться“. Она не понимала: за что и недоумѣвала, что противъ нея, образовалась повидямому какаа-то ялтрига. Она прогоняла отъ себя мужа, относилась къ своимъ роднымъ свверно, разбивала ихъ подарки, не желая сохранить объ нихъ воспоминанія. Иногда же мотивируя тѣмъ, что картины (пейзажъ) надъ ней смѣются. Очень рѣзкихъ и длительныхъ возбужденій у больной не было. Больная не выносила, когда при ней произносили слово „ручка“. когда при ней покашливали или сморкались, принимая, все это за насмѣшки. Иногда говорила о самоубійствѣ, что она утопится съ дочерью въ оверѣ и пр. Больная постоянно спрашивала почему надъ ней смѣются, почему все къ ней измѣнились, что про нее рассказываютъ, по какому праву издѣваются. Не имѣя силъ перенести все иптриги, больная рѣшила жаловаться на врачей и родныхъ градоначальнику. Въ это время больная переведена въ клинику.

Больная средняго роста, правильнаго сложенія, общее питаніе ниже нормы. Вѣшніе покровы немного блѣдны и слегка цѣзяогичны. Развитіе физическое соответствуетъ возрасту. Мышечная сила развита недостаточно. Костный скелеть, суставы и лимфатическія железы—нормальны. Со стороны черепа нѣтъ отклоненій отъ нормы, равно какъ и физическихъ признаковъ вырожденія. Мимика правильная, инверсія мимическихъ мышцъ не представляетъ отклоненій. Зрачки нормальны и равномерно реагируютъ на свѣтъ и аккомодацию. Языкъ не представляетъ отклоненій. Зрѣніе, вкусъ и обоняніе—нормальны. Чувствительность кожи, мышечное и стереогностическое чувство—нормальны. Питание мышцъ удовлетворительное, движенія свободны, сила мышцъ удовлетворительная, координація движеній, походка при закрытыхъ и открытыхъ глазахъ—удовлетворительны. Судорогъ, отѣленности и параличей нѣтъ. Рѣчь, письмо, почеркъ, пониманіе чужой рѣчи—удовлетворительны. Рефлексы сухожильные и кожные—въ предѣлахъ нормы. Пульсъ 96—112 въ минуту, слабого напряженія, бываютъ пропуски. Газовыя органы не разстроены.

Осанка прямая. Выраженіе лица то грустное, то недовольное, то улыбающееся съ оттѣпкомъ ироніи. О себѣ говорить оживленно и громко, посторонними вещами не интере-

суется, отвѣчаетъ на вопросы не всегда точно. Большею частью вялая, иногда быстро ходить по комватѣ; отказываясь отъ чего либо дѣлаетъ крупныя движенія. Настроеніе печальное, часто протестуетъ противъ несправедливостей. Реакція чувства ослаблена въ занимающихъ ее идей. До поступленія въ клинику наступали признаки возбужденія со склонностью къ агрессивнымъ дѣйствіямъ. Теченіе представлений не замѣдленно, въ началѣ болѣзни замѣчалась спутанность. Навязчивыхъ идей нѣтъ. Припадки тоски и страха наблюдались до помѣщенія въ клинику. Въ клиникѣ больная высказывала бредовыя идеи, что за нею всѣ слѣдятъ, отвоятся къ ней плохо, издѣваются. Разлука съ дочерью угнетаетъ больную, которая часто тревожится. Подчиняется постельному режиму плохо. Все, что больную волновало дома, продолжаетъ волновать въ клиникѣ. Основательность бреда подтверждаетъ ссылками на иллюзорныя обманы: при обращеніи къ ней всѣ улыбаются, всѣ ей хотятъ зла и пр. Сознаніе ясное. Обманы чувствъ въ области зрѣнія и вкуса. Память немного ослаблена. Плохо помнить, что было во время болѣзни. Процессъ мышленія нѣсколько ослабленъ. Больная думаетъ чаще всего только о себѣ, эгоистична. Больная опрятна; аномалій влеченій нѣтъ. Ёсть, гуляетъ и принимаетъ лекарства съ принужденіемъ. Во времени разбирается неуверенно.

За время пребыванія въ клиникѣ больная уже болѣе опредѣленно стала относиться къ мужу и его роднымъ, ея антипатія къ нимъ росла, она стала опредѣленнѣе видѣть гоневія именно со стороны этихъ лицъ. На вопросъ, почему ее должны преслѣдовать родственники мужа, она отвѣтила, что они ее преслѣдуютъ за ея бѣдность и за то, что имъ не придется поживиться ея средствами. Эти мысли больная стала высказывать къ концу ноября 1904 г. Больная относилась изъ всѣхъ больныхъ особенно сочувственно къ одной больной, которую она считала также гонимой. Больная относилась подозрительно, когда ее взяли въ аудиторію для разбора; принимала врача за адвоката, сосѣдку больную подозрѣвала въ шпионствѣ. Часто просилась домой къ дочери. Приблизительно съ середины декабря больная стала спокойнѣе, говорила, что ей все время дѣлаютъ внушеніе; жалоба на туманъ въ глазахъ. Больная стала уже съ конца декабря и въ началѣ января 1905 г. относиться критически къ своему бреду, на-

строение духа становилось ровное, развился интересъ ко внѣшнимъ событіямъ и страхъ, что отъ болѣзни могутъ не вполне восстановиться умственные способности.

10 февраля 1905 г. выписана изъ клиники выздоровѣвшей.

Съ того времени до сихъ поръ, т. е. больше двухъ съ половиной лѣтъ, больная не забываетъ клиники и врачей, навѣщаетъ сама и стремится поддержать хорошія отношенія. За все это время больная вполне здорова, относится къ бывшей болѣзни критически и не представляетъ никакихъ дефектовъ ни въ одной области душевной жизни.

Перейдемъ къ анализу приведенныхъ случаевъ, которые, не смотря на видимое различіе, во многомъ существенномъ представляютъ общность, которая выражается въ слѣдующемъ:

1) Въ обоихъ случаяхъ до начала болѣзни мы видимъ тяжелое душевное потрясеніе.

2) У обоихъ нашихъ больныхъ въ самомъ началѣ заболѣванія на первый планъ выступаетъ аффектъ подозрительности, которая проявляется на столько ясно, что дѣлается вполне понятнымъ увлеченіе нѣкоторыхъ авторовъ той мыслью, что при хронической даже параноѣ пораженіе аффективной сферы есть явленіе *первичное*. *Bresler* приравниваетъ бредовыя идеи къ аффекту—идеямъ. Этимъ же вопросомъ помимо *Bresler'a* ¹⁾ занялись *Tiling* ²⁾, *Margulies* ³⁾, *Sinke* ⁴⁾ и др. Не отрицая роли аффектовъ въ возникновеніи бредовыхъ идей у параноиковъ, слѣдуетъ, однако, признать, какъ мнѣ

¹⁾ *Bresler*. Pur paranoia Frage. Psych. Wochenschr. 1901.

²⁾ *Tiling*. *ibid*.

³⁾ *Margulies*. Die primäre Bedeutung der Affecte im ersten stadium der Paranoia. Monatschs. für. Psych. 1901.

⁴⁾ *Sinke*. Noch einmal der Affect der Paranoia. Allg. Zeitschr. für. Psychiat. 1902 г.

кажется, за аффектами лишь роль вызывающаго момента при предрасположеніи къ заболѣванію со стороны элементовъ высшей психической функціи. Многіе считаютъ хроническую параною частичнымъ прогрессирующимъ слабоуміемъ, т. е. независимо отъ аффектовъ признаютъ первичное независимое пораженіе сферы интеллекта. Аффекты вообще и аффектъ подозрительности въ частности, какъ вызывающіе моменты, у нашихъ больныхъ были выражены въ самомъ началѣ заболѣванія. Въ дальнѣйшемъ теченіи у обоихъ нашихъ больныхъ аффективная сфера въ своихъ проявленіяхъ давала значительныя колебанія въ зависимости отъ идей бреда и обмановъ чувствъ.

3) Въ обоихъ нашихъ случаяхъ мы видѣли ясно выраженный эгоцентризмъ и иллюзорное отношеніе къ дѣйствительности. Оба считали себя гонимыми: одинъ революціонерами, другая—мужемъ и родственниками. Оба принимали на свой счетъ слова и поступки обружающихъ, давали имъ ложное и бредовое толкованіе и пр.

4) Въ обоихъ приведенныхъ случаяхъ мы видѣли развитіе бредовыхъ идей съ характеромъ преслѣдованія, причемъ у обоихъ, въ особенности у перваго больного бросаются въ глаза постепенная эволюція и систематизація бреда. Революционеры преслѣдуютъ больного, потому, что читаютъ его мысли и узнаютъ, что онъ, сочувствуя освободительному движенію, не сочувствуетъ тактикѣ террора и, стоя у власти, можетъ быть помѣхой революціонерамъ. Оба наши пациента отрицаютъ свою виновность, считаютъ себя гонимыми несправедливо и стараются понять тѣ мотивы, въ силу которыхъ ихъ преслѣдуютъ ихъ мнимые враги. Первый полагаетъ, что революционеры боятся его, вторая—что родные мужа презираютъ ее за ея бѣдность. Впрочемъ объясненія больныхъ на этомъ и кончаются и до бреда величія не дошло дѣло, что могло быть отчасти и отъ той причины, что больные поправились раньше, чѣмъ бредъ потерялъ дальнѣйшую эволюцію. Слѣдуетъ одна-

ко замѣтить, что и при хронической параноѣ дѣло иногда не доходить до бреда величія и *Schale*¹⁾ совершенно справедливо замѣчаетъ, что для паранои важное и существенное значеніе имѣетъ не детали бреда, а гомогенность, односторонность бреда во всемъ его объемѣ.

Въ нашихъ случаяхъ помимо систематизаціи и эволюціи бросается въ глаза и однородность бреда.

5) Оба больные были активны противъ своихъ мнимыхъ враговъ. Больная К. передъ поступленіемъ въ клинику собиралась къ градоначальнику съ жалобой на родственниковъ, а больной X. не разъ заявлялъ, что онъ желаетъ выступить всенародно и объяснить свое политическое credo.

6) Сознаніе въ обоихъ случаяхъ было относительно ясное и дѣло до рѣзкихъ помраченій сознанія не доходило. Ориентировались больные въ окружающихъ условіяхъ удовлетворительно и разбирались также во времени и пространствѣ, если не считать бредовыхъ мыслей, что больница есть тюрьма и проч..

7) Обманы чувствъ существовали въ обоихъ случаяхъ. Больная К. принимаетъ психіатра за родственника мужа, больной X. въ самомъ началѣ болѣзни, когда окружающіе и не замѣчали его болѣзни, уже страдалъ слуховыми галлюцинаціями. Однако, обманы чувствъ въ обоихъ случаяхъ не были единственной причиной возникновенія и развитія бреда.

8) Больные все время были опрятны. Отказъ отъ пищи, повидимому, всегда былъ въ связи съ бредомъ.

9) Отягощенная наследственность и явные признаки дегенераціи отсутствуютъ въ обоихъ случаяхъ. У больного X. существовала постепенная интоксикація отъ цѣло-цестита, который, впрочемъ, существовалъ задолго до психического заболѣванія.

¹⁾ Schüle. Zur paranoia-Frage. Allg. Zeitschr. für Psych. 50 1894.

10) Оба случая кончились продолжительнымъ и стойкимъ излѣченіемъ, если не считать нѣкоторыхъ ухудшеній въ настроеніи больного X., когда онъ попадалъ въ домъ, гдѣ онъ впервые заболѣлъ. Изъ отрицательныхъ данныхъ слѣдуетъ упомянуть: отсутствіе спутанности, отсутствіе тупости душевнаго чувства, отсутствіе заторможенія въ теченіи идей, отсутствіе стереотипныхъ движеній, манерничанья, вербигерации, катаlepsis, негативизма и парамиміи. Гипохондрическихъ и фантастическихъ идей у больныхъ не наблюдалось.

Анализъ данныхъ случаевъ насъ приводитъ къ выводу, что психологическая сторона болѣзни въ обоихъ случаяхъ напоминаетъ состояніе при параноѣ. Однако, острое теченіе и благопріятный исходъ указываетъ, что здѣсь не можетъ быть вѣрши о хронической параноѣ, характеризующейся кромѣ психологической сущности болѣзни еще и хроническимъ теченіемъ, неблагопріятнымъ прогнозомъ и соответствующей патологической конституціей параноика. Въ нашемъ прежнемъ случаѣ, опубликованномъ въ 1903 г., какъ показали дальнѣйшія наблюденія, дѣло кончилось ослабленіемъ психики; и тамъ дѣло шло о какомъ то остро протекающемъ параноальномъ синдромѣ, который, не характеризуясь въ началѣ тупостью душевнаго чувства, вялостью психическихъ процессовъ и другими признаками психической слабости, въ заключеніе далъ ослабленіе психики, не перейдя, однако, въ хроническую параною.

Въ нашихъ данныхъ случаяхъ, какъ у больного X., такъ и у больной K. нѣтъ основанія для признанія аменціи, для которой отсутствуетъ ея главный симптомъ—спутанность. Случай, описанный мною въ 1903 году, давалъ быстрые переходы отъ состоянія спутанности къ состоянію болѣе яснаго сознанія съ болѣе систематизированнымъ бредомъ, съ явленіями иллюзорнаго толкованія дѣйствительности, эгоцентризмомъ и пр.. Я еще тогда обратилъ вниманіе на повидимому чисто

количественную разницу въ явленіяхъ при аменціи и при остро протекающемъ паранояльномъ синдромѣ.

Въ нашихъ случаяхъ какъ у больного X., такъ и у больной K. нѣтъ данныхъ для признанія меланхолиі, благодаря отсутствію первичной тоски, задержки въ теченіи идей, отсутствію пассивности и пр..

Теперь перейдемъ къ дифференціальной діагностики между остро протекающимъ паранояльнымъ синдромомъ и dementia praecox въ томъ видѣ, какъ ее описалъ *Kraepelin*.

Въ приведенныхъ нами случаяхъ, какъ упомянуто, нѣтъ указаній на ослабленіе интеллекта съ сопутствующей тупостью душевнаго чувства. Признаки ослабленія душевной жизни съ соответствующими измѣненіями въ эмоціональной сферѣ не наблюдались въ нашихъ случаяхъ ни въ началѣ, ни въ дальнѣйшемъ теченіи заболѣванія. Кромѣ того, здѣсь отсутствовало расстройство единства между волевой сферой, сферой чувства и интеллекта, отсутствовали важнѣйшія признаки ранняго слабоумія какъ вербигерація, малерпичанье, каталепсія и пр. Не находя общихъ основныхъ симптомовъ ранняго слабоумія, мы въ нашихъ случаяхъ не находимъ равнымъ образомъ фантастическаго бреда и другихъ явленій, которыя давали бы основаніе думать о dementia paranoïdes т. е. о томъ подвидѣ ранняго слабоумія, къ которому ближе всего могли бы подходить діагнозы нашихъ случаевъ. За послѣднее время *Berze*¹⁾, *Bianchini*²⁾ и др. стремятся къ дифференцированію хронической паранои отъ dementia paranoïdes и вопросъ о дифференцированіи остро протекающаго паранояльнаго синдрома отъ dementia praecox и въ частности отъ dementia paranoïdes естественно требуетъ своего разрѣшенія.

¹⁾ Berze. Paranoia ober Dementia praecox? Psychiatrien—Neurologische Wochenschrift № 4 1904.

²⁾ Levi Bianchini. Observation sur les tableaux cliniques de paranoïa et démence paranoïde. Rev. Neurologique № 14 1906.

Дифференцировавши наши случаи отъ другихъ заболѣваній, сходныхъ съ нашими случаями хоть по отдѣльнымъ симптомамъ, мы видимъ, что параноальный синдромъ съ острымъ теченіемъ можетъ и долженъ занимать свою индивидуальную независимость, при чемъ этотъ синдромъ также какъ и аментивный синдромъ, можетъ кончаться или выздоровленіемъ, или ослабленіемъ психики.

Интересуясь положеніемъ описаннаго выше патологическаго процесса среди другихъ психозовъ, мы должны подчеркнуть то обстоятельство, что описанное психопатологическое состояніе можетъ прежде всего быть простымъ эпизодомъ при эпилептическомъ психозѣ, при различныхъ отравленіяхъ и при самыхъ разнообразныхъ соматическихъ и психическихъ заболѣваніяхъ до психозовъ на почвѣ органическаго пораженія головного мозга исключительно. Судя по литературнымъ даннымъ, остро протекающій параноальный синдромъ можетъ эпизодически обнаруживаться и при различныхъ дегенеративныхъ состояніяхъ. Въ этомъ отношеніи остро протекающій параноальный синдромъ ничѣмъ въ сущности не отличается отъ синдрома аментиваго, меланхолическаго и пр., которые такимъ же образомъ могутъ быть то эпизодическимъ явленіемъ то самостоятельной формой. Отсюда ясно, что когда остро протекающій параноальный синдромъ встрѣчается безъ опредѣленной почвы другого основнаго процесса, когда этотъ синдромъ проявляется *доминирующимъ* образомъ, имѣетъ собственную эволюцію, опредѣленное теченіе и опредѣленный исходъ, когда этотъ синдромъ является не только психологически опредѣленнымъ, но и клинически обособленнымъ, какъ, повидному, въ нашихъ случаяхъ, мы говоримъ не объ остро протекающемъ параноальномъ синдромѣ, а объ *острой* параноѣ, какъ о *болѣзни*.

Можно ли будетъ острую параною какъ самостоятельную болѣзнь отнести къ группѣ аутоинтоксикаціонныхъ заболѣваній или къ астеническимъ психозамъ, какъ пока безъ достаточнаго

основанія дѣлають нѣкоторые авторы для аменции, покажетъ тщательное изученіе этиологіи тѣхъ случаевъ, гдѣ остро протекающій психологически опредѣленный парацентрічный синдромъ будетъ представлять изъ себя не только психологическій симптомокомплексъ, но и самостоятельную болѣзнь со всѣми ея клиническими особенностями.

Дополненіе къ статьѣ «О теченіи мыслей»²⁾

А. Перевозникова.

Послѣ напечатанія упомянутой статьи у меня появились нѣкоторые факты, подтверждающіе основной принципъ распредѣленія представлений въ теченіи мыслей.

Предварительно приведу нѣсколько общихъ замѣчавій объ ощущеніяхъ. Въ раннихъ періодахъ животной жизни, когда уже была образована нервная ткань съ центральнымъ органомъ, чувствительность была распредѣлена по поверхности тѣла однообразно. Дифференцировки на зрѣніе, слухъ, вкусъ и проч. еще не было. Тогда центральный нервный органъ, представлявшій скопленіе нервныхъ клѣтокъ въ какомъ либо мѣстѣ организма, постоянно получалъ слабыя возбужденія отъ каждаго участка поверхности тѣла. Это были нормальныя возбужденія одинаковаго качества. При болѣе сильномъ раздраженіи какаго либо участка, нервное волокно проводило отсюда у силенное возбужденіе въ центральный органъ, въ специальную клѣтку, для этого мѣста, откуда по нисходящему волокну возбужденіе передавалось въ тоже мѣсто и производило сокращеніе ткани на поверхности. При болѣе значительномъ раздраженіи возбуждалась не одна клѣтка съ нисходящимъ волоконномъ, а цѣлая группа клѣтокъ (иррадіація) съ своими

²⁾ Неврологическій Вѣстникъ. Т. XIII, вып. II 1905 г.

нисходящими волокнами. Сокращеніе ткани происходило на большемъ протяженіи. Если раздражались на поверхности тѣла двѣ точки съ различной силой, то возбужденіе передавалось изъ сильнѣе раздражаемаго мѣста, какъ имѣвшаго болѣе важное значеніе для жизни организма. По прекращеніи этого раздраженія, возбужденіе появлялось изъ второго участка, слабѣе раздражаемаго. Такимъ образомъ центральный органъ получалъ ощущеніе отъ каждаго мѣста на поверхности тѣла, какъ и у болѣе развитого организма. Очевидно здѣсь онъ играетъ роль центра ощущенія или зачаточнаго сознанія. Въ послѣдствіи же, послѣ значительной дифференцировки нервной ткани, послѣ образованія спеціальныхъ органовъ чувствъ, это основное свойство нервной ткани должно было оставаться безъ измѣненія, какъ неразрывно связаннаго съ существованіемъ самого организма. Нервный центръ современемъ могъ получить только большее или меньшее развитіе, могли образоваться добавочные нервные узлы для спеціальныхъ цѣлей, но онъ неизмѣнно оставался связаннымъ посредственно или непосредственно съ каждой точкой на поверхности тѣла. Если положимъ, напр., образовался зачаточный органъ зрѣнія (скопленіе пигментныхъ вѣтчокъ), то тоже волокно, которое раньше передавало обычное возбужденіе стало теперь передавать возбужденіе отъ спеціальнаго раздражителя — свѣта. Тоже разумѣется относится и при развитіи прочихъ органовъ чувствъ. Представленія можно разсматривать какъ продолженіе ощущеній. Спеціальный раздражитель производитъ возбужденіе нерва, передачу возбужденія въ спеціальный центръ, гдѣ происходитъ ощущеніе, связанное съ прибавочнымъ центромъ для представленій и все это въ концѣ концовъ передается въ основной центральный органъ. У слабо развитого животнаго не осложненное нервное волокно идетъ съ поверхности въ центръ, откуда другое возвратно направляется къ поверхности въ сократительную ткань. Здѣсь же, у развитого животнаго, первый путь прерывается многими вставоч-

выми приборами для ощущений, представлений, съ особыми мозговыми клетками и первыми отвѣтвленіями, по неизмѣнно оканчивается въ первичномъ центральномъ органѣ. Следовательно при образованіи спеціальныхъ органовъ чувствъ, каждое изъ нихъ должно было послать возбужденіе и въ первичный центральный органъ. При этомъ принципъ болѣе сильнаго возбужденія сохраняетъ быль и здѣсь, если возбуждались одновременно различныя по спеціальности органы чувствъ, хотя уже не въ такой степени. Такъ напр., я могу одновременно видѣть, воспринимать звуки, чувствовать вкусъ и проч. Однако, чтобы пользоваться однимъ какимъ либо чувствомъ, человѣкъ, равно и животное, старается ослабить другія ощущенія. Вопросъ о взаимномъ влияніи ощущенийъ отъ различныхъ органовъ чувствъ въ наукѣ мало разработанъ; по этому приведу здѣсь нѣсколько примѣровъ, подтверждающихъ вышеизложенный основной принципъ: *болѣе сильныя ощущенія унимаютъ слабѣйшія*. Каждому извѣстно, чтобы лучше слышать какой либо звукъ, человѣкъ и животное устремляютъ неподвижно глаза въ пространство, или на какую либо точку, чтобы ослабить зрительныя ощущенія. Многіе, чтобы лучше сосредоточиться на какой либо мелодіи съ тою же цѣлью закрываютъ глаза. И наблюдая собаку, которой натопаютъ быль данъ кусокъ хлѣба; во время разжевыванія его, она закрываетъ глаза, очевидно, чтобы сильнѣе было вкусовое ощущеніе. Тоже собака закрываетъ глаза при чесываніи. Аналогичныя явленія замѣчались мною и у кошки. Чтобы лучше воспринимать звуковыя ощущенія пѣтухи во время пѣнія закрываютъ глаза. Изъ этихъ примѣровъ очевидно, что данныя ощущенія проводятся и воспринимаются легче, когда устранены другія ощущенія.

Первичный центральный нервный органъ, имѣющій такое важное значеніе для жизни организма, долженъ былъ преемственно передаваться безъ существенныхъ измѣненій въ своихъ основныхъ свойствахъ черезъ весь рядъ развитія

животнаго организма. Центръ этотъ у меня былъ названъ центромъ самоощущенія или сознанія, по правильнѣе будетъ, если назвать его *центромъ общаго чувства*.

Въ статьѣ (о теченіи мыслей) лишь было указано, что представленія подчиняются тѣмъ же законамъ какъ и ощущенія. Нѣкоторыя свойства представленій удобнѣе наблюдать въ сновидѣніяхъ, такъ какъ послѣднія состоятъ большей частью изъ отдѣльныхъ представленій, не связанныхъ между собою зависимостью. При нѣкоторомъ навыкѣ можно замѣтить, что отдѣльное представленіе проходитъ опредѣленные фазы развитія: начало представленія не ясно, мало по малу ясность его усиливается, длится нѣкоторое время и затѣмъ постепенно ослабѣваетъ. Время отъ 0,4 до 0,7 сек., указанное Вундтомъ для отдѣльнаго представленія, очевидно относится только къ людямъ въ нормальномъ состояніи. Въ паталогическомъ состояніи оба предѣла должны быть измѣнены. У больныхъ съ вихремъ идей продолжительность каждаго представленія несомнѣнно короче 0,4 с. Ясность его, т. е. интензивность представленія, сильнѣе, нежели у нормальныхъ людей. Съ другой стороны въ психозахъ съ задержкой мысли она вѣроятно, продолжительнѣе 0,7 с., ясность его слабѣе; отдѣльные, пустые промежутки между представленіями длиннѣе. Перечисленные представленія можно изобразить графически въ видѣ кривыхъ, при чемъ ординаты кривой выражаютъ живость представленія, абсцисса—время.

У нормальныхъ людей длина волнъ кривой, обозначаема на абсциссѣ (время), равняется отъ 0,4—0,7 сек.

У больныхъ съ вихремъ идей каждая волна короче—она меньше 0,4 сек.; изъ этого слѣдуетъ, что живость представленій усилена. Послѣдующія представленія наступаютъ раньше окончанія предыдущихъ, что обозначается возникновеніемъ новой волны кривой въ то время, когда предшествующая волна еще не достигла уровня абсциссы.

У больныхъ съ задержкой мысли каждое представленіе длится больше 0,7 сек., блѣдно, промежутки между ними удлинены.

Каждое представленіе находится, какъ извѣстно, въ тѣсной зависимости отъ ощущеній и не выходитъ изъ предѣловъ бывшихъ ощущеній. Можно разнообразить комбинаціи представленій до безконечности, но представленія, которымъ не соотвѣтствовали бы никакія ощущенія невозможны. Если вы пожелаете себѣ представить окружность большей величины, нежели наблюдающаяся вами окружность горизонта, то это не удастся. Я предлагалъ молодому человѣку представить себѣ окружность горизонта и описать вокругъ нея трехугольникъ. Онъ заявилъ, что это ему невозможно было сдѣлать—недоставало угловъ. Здѣсь, очевидно, углы выходили за предѣлы, наблюдавшейся имъ когда либо величины, поэтому и представленіе было невозможно. Лицо мѣ не удавалось даже представить себѣ цѣлую окружность горизонта; части дуги, которая должна была находиться сзади, не доставало. Тоже самое можно сказать и о представленіи линейныхъ измѣреній.

У различныхъ людей, въ нормальномъ состояніи, живость и характеръ представленій, какъ извѣстно, бываютъ различны. У однихъ преобладаютъ зрительныя, у другихъ слуховыя и т. д. Кромѣ того на живость представленій оказываетъ вліяніе одновременность ощущеній отъ внѣшнихъ раздраженій. Чтобы удостовѣриться въ этомъ достаточно сдѣлать такой опытъ: при отсутствіи шума, стоитъ вызвать себѣ зрительное представленіе какого либо предмета; тогда при открытыхъ глазахъ представленіе будетъ не такъ отчетливо, какъ при закрытыхъ или въ темной комнатѣ. Здѣсь, очевидно, свѣтотыя ощущенія при открытыхъ глазахъ мѣшаютъ (угнетаютъ) ясности представленія. Изъ обыденной жизни всѣмъ извѣстно, какъ мѣшаетъ напр. шумъ сосредоточиться. Съ другой стороны однообразные шумы, даже сильныя, наконецъ перестаютъ дѣйствовать задерживающимъ образомъ. За то теперь

внезапное прекращеніе шума, т. е. переѣзна въ ощущеніяхъ усиливаетъ сознаніе и задерживаетъ ходъ идей.

Живость представленій, равно какъ и ощущеній, не остается въ теченіи дня въ одинаковомъ состояніи. Утромъ, послѣ почтѣнаго отдыха, тѣ и другія живѣе, нежели въ послѣдующіе часы дня. Я замѣтилъ, что острота зрѣнія утромъ у меня сильнѣе, нежели въ полдень (при одинаковомъ освѣщеніи утромъ я читалъ шрифтъ безъ помощи очковъ, который въ полдень читать не могъ). Утромъ я ощущалъ запахъ, который вечеромъ никакунѣ, при всемъ стараніи, не чувствовалъ. Тоже скажу и по отношеніи вкуса и слуха. Педагогамъ давно извѣстно, что питомцы утромъ воспринимаютъ легче науки, нежели впоследствии.

Сознаніе (функція центра общаго чувства) во время развитія мысли не остается на одинаковой степени интенсивности: оно постоянно то усиливается, то ослабѣваетъ. При глубокомъ снѣ, или полной протраціи организма, центръ общаго чувства перестаетъ функционировать; артеріи его суживаются; сознаніе потеряно вполне. Въ зависимости отъ интенсивности сознанія представленія находятся въ постоянной игрѣ. То преобладаютъ представленія—объекты, то представленія съ воспоминательными образами. При глубокомъ размышленіи человекъ старается уединиться отъ внѣшнихъ раздраженій; глаза устанавливаются въ пространство, чтобы невидѣть; звуки и проч. ощущенія воспринимаются слабѣе. Сознаніе, неподдерживаемое ощущеніями отъ внѣшнихъ раздраженій, понижается и оставляетъ мѣсто для представленій съ воспоминательными образами, которыя преимущественно однѣ и участвуютъ въ развитіи мысли.

Когда внезапно является какая либо мысль, то оказывается, что она вызвана была въ видѣ цѣлой группы представленій почти одновременно. Какъ говорятъ, мысль явилась моментально. Внѣшнее раздраженіе, или, по большей части, какой либо намѣкъ, замѣняющій внѣшнее раздраженіе, вызы-

васть вслѣдствіе ассоціаціонной связи возбужденіе группы клітокъ, въ которыхъ хранились воспоминательные образы, составляющіе внезапно появившуюся мысль. Раньше я не обращалъ вниманія на то, какимъ образомъ зарождается мысль. Въ послѣднее же время, будучи постоянно занятъ этимъ вопросомъ, я былъ неоднократно пораженъ, какъ незначительный и даже отдаленный намекъ внезапно вызывалъ вполне уже подготовленную мысль, состоящую изъ группы представленій. При этомъ начальныя представленія чувствовались яснѣе, а послѣдующія постепенно слабѣе. Оставалось только послѣдовательно возстановить представленія, что совершается уже при усиленіи сознанія. Раньше у меня и у другихъ субъектовъ, которые не наблюдаютъ за собой, такого рода внезапная мысль является, очевидно, рефлексивно, безъ участія сознанія.

Къ вопросу о оссудодвигательныхъ нервахъ щитовидной железы.

Н. А. Синакевича

Въ 1896 г. Jаboulау предложилъ новый методъ операціи при Базедовой болѣзни. Основываясь на положеніи Аbаdіе, что Базедова болѣзнь представляетъ много явленій, указывающихъ на раздраженіе симпатическаго нерва, авторъ предложилъ дѣлать перерѣзку его въ шейной части. Jоnnesсо въ этомъ направленіи пошелъ еще дальше и рекомендовалъ вылученіе шейныхъ узловъ и даже обоюдостороннюю резекцію стволовъ симпатическаго нерва. Съ этого времени операція на симпатическомъ вервѣ при Базедовой болѣзни стала примѣняться довольно часто. Собранныя различными авторами статистическія данныя, по этому вопросу, не представляются вполне тождественными. Въ то время какъ одни авторы считаютъ процентъ выздоровленій около 59 и операцію вполне безопасной, другіе (James Berry, Boisson и др.), разобравъ опубликованныя исторіи болѣзней, находятъ что результаты не такъ блестящи, какъ это казалось. Кромѣ того, опубликованы случаи, гдѣ послѣ операціи наблюдались ухудшенія, осложненія и смертельныя исходы (Tiliatre, Deschuttes, Soulié, Temoin и др.). Статистическія данныя составлялись на основаніи случаевъ, находившихся подъ наблюденіемъ сравнительно недолгое время (только въ нѣсколькихъ случаяхъ большіе наблюдались въ теченіе 1—3 дѣтъ); по-

этому, а также въ виду относительно небольшого количества оперированныхъ больныхъ, мнѣніе хирурговъ объ этой операціи еще не вполне сложилось.—Операція Jaboulay-Jonnesco основана на предположеніи (Abadie, Franck), что сосудорасширяющія волокна для щитовидной железы проходятъ въ шейной части симпатическаго нерва—слѣдовательно, перерѣзка, исключивъ вліяніе расширителей, должна повлечь за собой уменьшеніе объема железы.

Заинтересовавшись вопросомъ, насколько дѣйствительна операція на шейномъ симпатическомъ нервѣ и какія имѣются для этого фізіологическія данныя, мы подъ руководствомъ уважаемаго учителя, профессора Н. А. Мяславскаго, поставили рядъ опытовъ на собакахъ, съ цѣлью выяснить отношеніе симпатическаго нерва къ щитовидной железн. Полученныя на основаніи нашихъ экспериментовъ данныя не соотвѣтствуютъ предположеніямъ только что упомянутыхъ авторовъ.

Наша работа производилась подъ неослабнымъ вниманіемъ глубокоуважаемаго профессора Николая Александровича Мяславскаго, указаніями котораго мы пользовались въ самыхъ широкихъ размѣрахъ, и полученные данныя не можемъ приписать исключительно себѣ.

Глава I.

По загадочности своей функціи щитовидная железа съ давнихъ поръ уже обращала на себя вниманіе физиологовъ. Уже въ 1724 году Vater производитъ опыты съ вылушеніемъ железы и наблюдаетъ тяжелыя послѣдствія подобной операціи; далѣе рядъ работъ Schmidt Müller'a, Bardeleben'a, Schiff'a, Sanquiricoet Canalis, Kocher'a, Fuhg'a и массы другихъ изслѣдователей, какъ въ давнее время, такъ и за послѣдніе годы, выяснили то огромное значеніе, какое имѣетъ железа для животнаго организма.—Экспериментальныя изслѣдованія на животныхъ были подтверждены клиническими наблюденіями. Значеніе железы для организма стало болѣе или менѣе яснымъ.

Въ то время, когда уже было точно извѣстно, какія послѣдствія влечетъ за собой удаленіе железы, какія явленія наблюдаются послѣ этого, и стало болѣе или менѣе ясно, чѣмъ онѣ обуславливаются, анатомо-физиологическая часть не была еще разработана въ достаточной мѣрѣ.

Главнымъ образомъ не было выяснено, какими нервами снабжается железа, и какъ вліяютъ на нее эти нервы. Въ этомъ направленіи было довольно много гипотезъ, не подтвержденныхъ однако основательными физиологическими изслѣдованіями.

При нашихъ изслѣдованіяхъ мы, какъ и другіе работавшіе надъ щитовидной железой, какъ опытнымъ животнымъ пользовались собакой, въ виду чего и находимъ не бесполезнымъ дать краткое изложеніе анатоміи щитовидной железы собаки.

Слѣдующимъ образомъ описываетъ железу Fuhr— „Щитовидная железа собаки, какъ у многихъ животныхъ, и вербѣдо и у человѣка, состоитъ изъ двухъ половинъ не связанныхъ между собою перешейкомъ; величина обѣихъ половинокъ не всегда одинакова; средній вѣсъ 2,8 gm. Железы лежатъ по обѣимъ сторонамъ трахеи у перстневиднаго хряща въ видѣ продолговатыхъ тѣлъ темно - или синеваго-краснаго цвѣта, и прикрыты m.m. sterno - hyoideus и sterno - thyreoideus. Для того, чтобы видѣть железы, нужно только что указанныя мышцы оттянуть къ средней линіи. При крикѣ или давленіи железа нѣсколько увеличивается и отталивается сокращеніемъ мышцъ въ сторону. Щитовидная железа занимаетъ область ограниченную спереди m.m. sterno-et-thyreo-hyoideus, внутри и сзади трахеей, по боковой стѣнкѣ которой проходитъ n. recurrens; снаружи сонная артерія. Лѣвая железа отклоняется влѣво, такъ какъ самая гортань у собаки смѣщена влѣво отъ средней линіи. Сверху железы, порой касаясь ея внутренняго края, находится лимфатическая железа, которая, если разрѣзъ проведенъ выше перстневиднаго хряща, часто показывается при отыскиваніи щитовидной железы и съ перваго взгляда вербѣдо припимается за нее. По цвѣту онѣ похожи, но лимфатическая железа больше и очень часто верхнимъ краемъ касается подчелюстной железы, между тѣмъ какъ верхній край щитовидной железы находится на высотѣ перстневиднаго хряща или лежитъ на немъ. Органъ заключенъ въ соединительно-тканную тонкую капсулу, которая сверху переходитъ въ клетчатку, окружающую сонную артерію. На переднемъ же краѣ передній и задній листокъ сливаются въ душавкатуру, которая переходитъ въ плотную фасцію, лежащую на трахееѣ.

Щитовидная железа имѣетъ только одну артерію, отходящую отъ art. carotis; но величинѣ щитовидная артерія превосходитъ art. carotis interna. Скоро, послѣ короткаго дугообразнаго пути art. thyreoidea дѣлится на много вѣтвей, которыя вступаютъ въ железу черезъ верхній полюсъ ея. У на-

ружнаго края артерія даетъ большую вѣтвь въ глубь капсулы, вѣтвь эта теряется вблизи нижняго края. Артерія *thyroid.* даетъ вѣтви къ мышцамъ гортани и такимъ путемъ анастомозируетъ съ развѣтвленіями *art. lingualis.*

[По *Ellenberger'у* и *Вашт* имѣется нижняя щитовидная артерія, анастомозирующая съ развѣтвленіями *art. thyroidea sup.* По наблюденіямъ д-ра *Евохина* нижняя щитовидная артерія прямого отношенія къ щитовидной железнѣ не имѣеть].

Вены щитовидной железы очень широки; изъ верхняго конца, гдѣ вступаетъ въ железу артерія, отходить 2 или 3 вены, которыя или самостоятельно, или общимъ стволомъ вливаются въ *v. jugularis interna.* Отъ задняго, большею частью заостреннаго конца отходить большая вена, которая анастомозируетъ съ веной, отходящей отъ передняго края при помощи сильной вѣтви. Вливается эта вена или въ *v. jugularis interna,* или въ *v. subclavia.*

N. laryngeus superior передъ вступленіемъ въ горло дѣлится на наружную и внутреннюю вѣтви, наружная идетъ по наружной поверхности горла внизъ, распадается на много вѣтвей, которыя частью вмѣстѣ съ симпатическими волокнами окружаютъ верхнюю, щитовидную артерію и вмѣстѣ съ нею вступаютъ въ железу, частью же идутъ самостоятельно въ паренхиму железы.

N. recurrentes послѣ выхода изъ грудной клѣтки тянутся сначала параллельно, по передней поверхности трахеи въ видѣ крѣпкихъ, иногда раздѣленныхъ нервныхъ вѣтвей. Скоро они расходятся, такъ что у нижняго края железы лежатъ на боковой поверхности трахеи, а не задолго до входа въ горло (у нижняго края щитовиднаго хряща) падаются почти на задней поверхности дыхательнаго горла. *Nervi recurrentes* даютъ вѣтви къ пищеводу и горлу, но иногда (противно *Schiff'у*) къ щитовидной железнѣ.

Кромѣ этихъ нервовъ, авторъ считаетъ дѣятельнымъ для железы первый шейный нервъ, развѣтвленія котораго проходятъ

по передней поверхности железы и добавляетъ дальѣ, что *n. hypoglossus* даетъ къ общему стволу толстую или тонкую анастомотическую вѣтвь.

N. glossopharyngeus послѣ сильнаго анастомоза съ верхнимъ шейнымъ узломъ симпатическаго нерва сзади *carotis* подходитъ къ мышцамъ глотки. Конечная вѣтвь, лежа на наружной поверхности щитовиднаго хряща, дѣлится у нижняго его края на большое количество вѣтвей, которыя частью соединяются съ вѣтвями *n. recurrens*, раньше вступленія въ глотку, частью же, лежа позади развѣтвленія *art. thyroidea super.* вступаютъ въ паренхиму железы⁴.

Schiff указываетъ на вѣтви отъ *n. recurrens*, какія не признаетъ *Fuhr.*¹⁾

Lindemann представляетъ иннервацию железы слѣдующимъ образомъ. Щитовидная железа собаки иннервируется исключительно *n. vago-sympathici*, — къ железнѣ подходятъ вѣтвь отъ *laryngeus super.* — вѣтвь идетъ по щитовидной верхней артеріи; кромѣ того, на уровнѣ 2 или 3 трахеальнаго кольца отъ *n. recurrens* отдѣляется вѣтвь длиной въ 2—3 cent., вѣтвь эта анастомозируетъ съ *plex. oesophageus* и, раздѣлившись на 2 конечныя вѣтви, проникаетъ въ капсулу железы.

По *Katzenstein*'у къ щитовидной железнѣ идутъ два нерва: 1) *n. thyroideus super.* — отходитъ отъ *ramus exte. laryng. super.* въ томъ мѣстѣ, гдѣ послѣдній перегибается черезъ край *n. thyreo-pharyngeus*, и вступаетъ вмѣстѣ съ сосудами въ железу (вѣтвь эта весьма тонкая).

2) *N. thyroideus inf.* вѣтвь отъ *n. recurrens*, отдѣляющаяся на уровнѣ 2—3 трахеальнаго кольца. Вскорѣ послѣ отхода она даетъ короткій анастомозъ къ *plex. oesophageus* и дѣлится на тонкія вѣтви, длиной по 2—3 cent., которыя оканчиваются въ железнѣ.

¹⁾ Цитир. по работѣ *Fuhr*'а «Die Extirpation der Schilddrüse».

Автографъ, кромѣ гортанныхъ нервовъ, признаетъ важнымъ для железы *Ram. descendens n. hypoglossi* и первый шейный нервъ.

Ellenberger und Baum указываютъ на *n. pharyngeus infer.*, какъ на имѣющій прямое отношеніе къ железнѣ. По ихъ изслѣдованіямъ *n. pharyngeus infer.* отходитъ однимъ корешкомъ отъ *laryngeus sup.*, другимъ отъ *n. vagus*.

Съ такимъ положеніемъ *Ellenberger'a und Baum'a* не согласны наблюденія д-ра Китаева. Д-ръ Китаевъ, изучая въ физиологической лабораторіи профессора Н. А. Миславскаго иннервацию глотательныхъ движеній у собаки, путемъ анатомической препаровки пришелъ къ заключенію, что *n. pharyngeus infer.* отходитъ однимъ корешкомъ отъ *pharyngeus super.*, другимъ отъ верхняго шейнаго узла.

Супон въ своей обширной работѣ о физиологіи щитовидной железы и сердца признаетъ, что оба *n.n. laryngei* принимаютъ участіе въ иннервации железы и указываетъ, что вѣтвь отъ *n. laryngeus sup.*,—какъ онъ называетъ *n. thyreoideus sup.*,—начавшись 1 или 2 корешками отъ *laryngeus super.* и однимъ отъ *ganglion cervicale super.*, а иногда отъ ствола *n. sympathici*—направляется къ щитовидной железнѣ и вступаетъ въ нее. Однѣя разъ только онъ видѣлъ вѣтвь, идущую самостоятельно къ железнѣ отъ *ramus extern. n. laryngei super.*

Morat et Briau считаютъ, что *n. thyreoideus* происходитъ отъ верхняго шейнаго симпатическаго узла и, образуя сплетенія вокругъ *art. thyreoidea sup.*, вступаетъ въ железу. По ихъ наблюденіямъ *n.n. laryngeus sup. et inf.* также даютъ вѣтви къ железнѣ.

Такимъ образомъ почти все авторы сходятся въ томъ, что оба гортанные нерва имѣютъ прямое отношеніе къ железнѣ, нѣкоторые изъ нихъ указываютъ на значеніе перваго шейнаго нерва, *glossopharyngeus'a* и только *Супон* и *Morat et Briau* принимаютъ, что важное значеніе для железы имѣетъ симпатическій нервъ.

Супп даетъ нѣсколько рисунковъ, указывающихъ, какъ въ образѣ симпатической первъ участвуетъ въ иннервации щитовидной железы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ симпатической нервъ даетъ особую вѣтвь, которая соединяется съ вѣтвью отъ *laryngeus sup. (ramus thyreoideus)*—въ другихъ случаяхъ вѣтвь идетъ отъ верхняго шейнаго узла самостоятельно и соединяется съ *ram. thyreoideus* вблизи железы; и, наконецъ, въ третьемъ рядѣ случаевъ авторъ различаетъ самостоятельную вѣтвь въ железу отъ *Ganglion cervical. super.* и *n. sympathicus*, направляющуюся прямо къ железу не соединяясь съ *r. thyreoideus*.

Разбирая отношеніе *n. recurrens* въ железу, Супп признаетъ его дѣятельнымъ и указываетъ на анастомозъ съ *laryngeus super.*

Въ заключеніе авторъ прибавляетъ, что варіаціи весьма обильны и зависятъ даже отъ породы собаки.

Изложивъ въ краткихъ словахъ болѣе важныя замѣчанія нѣкоторыхъ авторовъ объ иннервации щитовидной железы, мы позволимъ себѣ привести результаты своихъ собственныхъ наблюденій при анатомическомъ изслѣдованіи первовъ железы.

Въ иннервации железы принимаютъ главное участіе оба гортанные перва.—Отъ наружной вѣтви *per. laryngei superioris*, анастомозирующаго съ верхнимъ шейнымъ узломъ, отходитъ вѣтвь, направляющаяся къ железу (рис. № 1); въ нѣкоторыхъ случаяхъ анастомозъ верхняго шейнаго узла со стволомъ *per. laryngei superioris* отсутствуетъ, а отъ узла отходитъ, соединяющаяся съ той (рис. № 2) вѣтвью *rami externi per. laryngei superioris*, которая идетъ къ железу. Иногда только что указанная вѣтвь отъ узла, анастомозируетъ при помощи тонкой вѣтви съ вѣтвью отъ *ram. exter. n. laryng. sup.* почти у самаго верхняго полюса железы, передъ вступленіемъ въ ея царехиму. Въ подобныхъ случаяхъ анастомозъ съ верхнимъ шейнымъ узломъ существуетъ (рис. № 3).

Чаще другихъ встрѣчается слѣдующая модификація иннервации железы—отъ верхняго шейнаго узла и отъ *laryng. sup.*

двумя корешками образуется довольно тонкая нервная вѣтвь, которая, спускаясь по боковой поверхности глотки, достигаетъ верхняго полюса железы и вступаетъ въ нее вмѣстѣ съ *art. thyreoidea super.* Въ большинствѣ случаевъ существуетъ кромѣ того и вѣтвь отъ *ram. ext. n. laryng. sup.* (рис. № 4). Какъ при только что указанной, такъ и при другихъ модификаціяхъ, нервы вступаютъ въ железу вмѣстѣ съ *art. thyreoidea superior.*

Варіаціи, на что указываетъ и Суюн, весьма разнообразны, и приведенныя являются болѣе частыми и типичными. При разсматриваніи указанныхъ, болѣе типичныхъ формъ отхожденія вѣтвей и анастомозовъ верхняго гортаннаго нерва съ верхнимъ шейнымъ симпатическимъ узломъ, обращаетъ на себя вниманіе то обстоятельство, что въ однихъ случаяхъ къ железнѣ подходитъ одна вѣтвь отъ *ram. extern.* (послѣ анастомоза гортаннаго нерва съ верхнимъ шейнымъ симпатическимъ узломъ), въ которой, слѣдовательно, собираются все, идущія отъ узла симпатическія волокна, въ другихъ случаяхъ происходитъ ихъ раздѣленіе на двѣ части; часть волоконъ 1) можетъ проходить черезъ вѣтвь отъ *ramus externus n-vi laryngei superior.* и 2) черезъ вѣтвь, отходящую двумя корешками—однимъ отъ *ganglion cervical. super.* и другимъ отъ *n. laryng. superior.*

Подобныя варіаціи въ расположеніи нервовъ имѣли большое значеніе при постановкѣ опытовъ.

Что касается другихъ нервовъ, то путемъ препаровки убѣдились, что ни *glossopharyngeus* (какъ думаетъ Fuhg), ни *hyroglossus* (по Автократову) отношенія къ железнѣ не имѣютъ. *Nerv. cervicalis super.*, хотя и подходитъ къ железнѣ и даже ложится на ея наружную поверхность, но участія въ иннерваціи железы, противно утвержденію Fuhg'a, не принимаетъ.

Nerv. recurrens, ранѣе анастомоза съ *n. laryngeus super.* даетъ весьма тонкія 2 или 3 короткія вѣточки къ внутренней поверхности железы. Вѣточки эти очень важны и

видѣть ихъ возможно только при препаровкѣ съ уксусной кислотой.

Кромѣ развѣтвленій обоихъ гортанныхъ нервовъ, принимающихъ главное участіе въ иннервации железы, довольно часто удавалось отпрепаровать тонкое нервное волокно, идущее по *art. thyreoidea super.* и проходящее, повидимому, изъ періартеріальнаго сплетенія, такъ какъ на разу не удалось прослѣдить, чтобы это волокно входило бы въ связь съ какимъ-нибудь нервомъ и отходило бы отъ влагалища артерій. Волокно это вступаетъ въ железу довольно плотно спаявшись съ артеріей.

Въ весьма немногихъ случаяхъ наталкивались на тонкую нервную вѣтвь, идущую почти въ поперечномъ направленіи по шеѣ отъ влагалища большихъ сосудовъ. Эта вѣтвь подходила къ верхнему полюсу железы и вступала вмѣстѣ съ *art. thyreoidea super.* въ ея толщу. Въ значительномъ числѣ препаратовъ такая вѣтвь встрѣчалась не болѣе пяти разъ.

Относительно иннервации щитовидной железы у человѣка въ литературѣ, намъ известной, не имѣется какой-либо монографіи, точно описывающей нервы, заведующіе ея отправленіемъ.

Въ обширной и обстоятельной работѣ о топографіи шейнаго симпатическаго нерва *Drobniſk* подробно разбираетъ этотъ вопросъ. Онъ призываетъ, что какъ *laryngeus sup.*, такъ и *recurrens* имѣютъ къ ней прямое отношеніе. *Nerv. laryng. sup.* анастомозаруетъ съ верхнимъ шейнымъ узломъ при помощи короткихъ или болѣе длинныхъ вѣтвей. Весьма часто автору приходилось видѣть анастомогическія вѣтви къ *ram. extern. n. laryngei sup.* отъ *cardiacus I.* Отдѣлившись отъ *laryng. sup.*—*ramus externus* дѣлится около *art. thyreoidea* на пѣлюю кисть вѣтвей, изъ которыхъ одна идетъ для анастомоза съ *n. recurrens* (*Gallen'овскій анастомозъ*), другія вѣдряются въ верхнія части трахея и, наконецъ, обособленная вѣтвь идетъ къ щитовидной железѣ—вѣтвь эту можно

прослѣдить вполне ясно, и она вступаетъ въ железу большою частью съ развѣтвленіемъ *art. thyreoidea sup.* Эта вѣтвь (иногда ихъ бываетъ нѣсколько), по мнѣнію автора, происходитъ отъ симпатическаго нерва. Расположеніе этихъ вѣтвей бываетъ непостоянно. Иногда, говоритъ авторъ, отъ верхняго шейнаго узла тянется одна или двѣ вѣточки къ *n. laryng. sup.*, которыя образуютъ какъ-бы сплетеніе. *Luschka* также отмѣчаетъ анастомотическія вѣтви отъ узла къ *n. laryng. sup.* и, главнымъ образомъ, къ *ramus externus.* его. Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда *ram. extern.* отходилъ прямо отъ *n. vagus'a*, анастомотическая вѣтвь отъ узла къ наружной вѣтви *n. laryng. sup.* была отчетливо выражена. Съ этимъ согласуются наблюденія *Stuveilhier*, *Wölfler*, призывая существованіе самостоятельной вѣтви отъ *ram. externus*, сопровождающей *art. thyreoideam*, отмѣчаетъ также сообщеніе анастомозирующихъ вѣтвей между вѣтвью верхняго гортаннаго нерва и вѣтвью перваго сердечнаго, въ чемъ онъ и солидаренъ вполне съ *Drobnick'омъ*. *Poirier* и *A. Charpy* описываютъ особое гортанное сплетеніе *Haller'a*, дающее сосудистыя волокна въ железу. Отъ этого сплетенія по *Hugnier* отходятъ особая вѣтвь, соединяющаяся съ *N. recurrens* на уровнѣ нижняго края перстневиднаго хряща.

Что касается *n. recurrens*, то онъ также признается дѣятельнымъ для щитовидной железы, при чемъ отмѣчается анастомозъ между симпатическимъ нервомъ и *n. recurrens*. *Drobnick* представляетъ это такимъ образомъ: отъ *gang. cervicale sup.* отходятъ волокна, которыя вскорѣ оставляютъ оболочку симпатическаго нерва, анастомозируютъ съ *n. laryng. sup.* и тянутся къ мѣсту дѣленія *art. thyreoidea infer.* и здѣсь соединяются со стволомъ *n. recurrens*. Кромѣ того, отъ общаго ствола *n. laryng. sup.* отдѣляется особая вѣтвь, которая анастомозируетъ съ трахеальными вѣточками *n. recurrens* и даетъ сплетенія со значительнымъ числомъ нервныхъ клубочковъ.

Wölfler, указывая на отношеніе *n. recurrens* къ глоткѣ и пищеводу, прибавляетъ наблюденіе проф. Hall'a что *laryng. infer.* даетъ нѣсколько вѣточекъ къ железѣ. На одномъ препаратѣ зоба ясно были видны вѣтви *n. recurrens* къ пищеводу и щитовидной железѣ. Еще въ 1879 году Wölfler замѣтилъ, что *n. recurrens* сопровождается *art. thyroidea infer.*, и показываетъ на приложенныхъ къ работѣ рисункахъ нѣкоторыя модификаціи этого положенія. Съ этимъ согласны наблюденія Rotter'a, Kocher'a и Streckeisen'a¹⁾. Авторы расходятся только въ наблюденіяхъ относительно положенія нижней щитовидной артеріи. Такъ какъ подобныя разногласія не имѣютъ прямого отношенія къ интересующему насъ вопросу, то приводить различныя мнѣнія мы находимъ излишнимъ. Taguchi, подробно описывая положеніе *nervi recurrens* по отношенію къ *art. thyroidea infer.*, указываетъ на анастомозы съ верхнимъ или среднимъ узломъ или шейной частью симпатическаго нерва. Съ шейной частью—черезъ сердечные нервы, съ узломъ же—при помощи отходящихъ отъ узловъ первыихъ вѣточекъ.

Что касается отношенія симпатическаго нерва къ железѣ, то общепринято мнѣніе, что симпатическія волокна къ железѣ идутъ по щитовиднымъ артеріямъ. Кромѣ вѣтвей, которыя направляются къ железѣ отъ *plexus caroticus*, образуя сплетеніе вокругъ щитовидныхъ артерій, Drobnick отмѣчаетъ еще вѣтвь отъ средняго шейнаго узла. Вѣтвь эта, образуя сплетеніе съ мелкими узлами вокругъ *art. thyroidea infer.*, дѣлится на двѣ части и вступаетъ въ щитовидную железу.

Poirier описываетъ, что верхнее щитовидное сплетеніе, обнимающее верхнюю щитовидную артерію, идетъ по длинѣ этого сосуда до верхняго края железы, въ которую оно и проникаетъ, принося сосудистыя и секреторныя волокна.

¹⁾ По Drobnick'у.

По Wölfler'у симпатическій нервъ имѣетъ прямое отношеніе къ щитовидной железнѣ, какъ черезъ анастомозы съ обоими гортанными нервами, такъ и черезъ сосудистыя сплетенія.

Въ Quain's Elements of Anatomy указано, что къ железнѣ подходятъ вѣтви симпатическаго нерва, отходящія отъ второго и третьяго шейнаго узла. На своемъ пути онѣ придерживаются хода щитовидныхъ артерій¹⁾.

Alpriger на основаніи собственныхъ изслѣдованій отмѣчаетъ, что *n. laryng. sup.* получаетъ сильный анастомозъ отъ симпатическаго нерва. Въ однихъ случаяхъ *ramus externus n. laryng. super.* имѣетъ анастомотическую вѣтвь отъ самаго симпатическаго нерва, въ другихъ—отъ узла, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и ту и другую. Henle признаетъ существованіе сильнаго анастомоза верхняго гортаннаго нерва съ верхнимъ шейнымъ узломъ.—Д-ръ Бараболкини въ своей работѣ „Анатомія и топографія шейнаго отдѣла симпатической системы и операціи на немъ при Базедовой болѣзни и эпилепсіи“ подробно описываетъ анатомическое расположеніе шейныхъ симпатическихъ узловъ, отхожденіе *rami communicantes et rami cardiaci* и замѣченныя имъ изгибы. Авторъ приводитъ много протоколовъ, сдѣланныхъ имъ вскрытій и указываетъ на массу варіацій, какъ въ *rami communicantes*, такъ и въ *rami cardiaci* и отмѣчаетъ, что изслѣдуя въ 30 случаяхъ отхожденіе и расположеніе сердечныхъ нервовъ, онъ нашелъ и двухъ подобныхъ. Излагая положеніе сосудистыхъ сплетеній, авторъ указываетъ, что сплетеніе *art. thyreoidea sup.* происходитъ отъ *plexus art. carotis communis*. *Plexus art. carotis comm.* дѣлится на три отдѣла—верхній—до щитовидной железы; средній—отъ щитовидной железы до 7-го позвонка и нижній отъ 7-го позвонка до начала артеріи. Верхній отдѣлъ получаетъ вѣтви отъ внутренняго края верхняго

¹⁾ X edit. Vol. III, part IV, p. 314. Цит. по работѣ проф. Гергена «Нѣсколько случаевъ Базедовой болѣзни».

узла; въ сплетеніи принимаютъ участіе—*ramus externus n-vi laryngei*, или самъ *n-vus laryngeus*, или, наковецъ, *nerv. vagus*. Средній отдѣлъ получаетъ сплетеніе отъ *gangl. medium* и нижній изъ *ganglion inferius* и *gangl. accessorium*; въ сплетеніи этихъ двухъ отдѣловъ принимаютъ участіе *n-vus recurrens*, вѣточки отъ сердечныхъ вѣтвей *n-vi vagi* и *n-vi sympathici*.—Сплетеніе верхней щитовидной артеріи образуется отчасти изъ сплетенія верхняго отдѣла общей сонной артеріи, отчасти изъ *plexus intercaroticus* (*plexus art. carotidis extern.*), которое въ свою очередь образуется изъ группы вѣтвей, идущихъ отъ верхняго полюса *gangl. superioris*. Кромѣ этихъ источниковъ могутъ быть прямыя вѣтви отъ *gangl. superior.*, отъ *cardiacus superior.* отъ *n-vus laryngeus super.* Въ сплетеніе нижней щитовидной артеріи дадутъ вѣтви главнымъ образомъ—*ganglion. medium*, часто *g-ion accessorium* и иногда *n-vus recurrens*.—Авторъ признаетъ тонкія вѣточки отъ *cardiacus super. et medius* къ капсулѣ щитовидной железы.

Другихъ нервовъ, имѣющихъ отношеніе къ щитовидной железнѣ авторы не указываютъ и только въ *Traité d'Anatomie humaine*, Poigier упоминаетъ о *n. hypoglossus*, который будто бы посылаетъ вѣтвь къ железнѣ. Болѣе же подробнаго описанія не имѣется.

Въ нашу задачу не входило подробное описаніе иннервации щитовидной железы человѣка, почему мы и ограничиваемся только указаніями, какіе нервы принимаютъ главное участіе въ иннервации этого органа, умышленно игнорируя точное описаніе хода и развѣтвленій нервовъ.

Сравнивая приведенныя выше положенія съ данными, получаемыми у собаки, мы находимъ значительную аналогію,— въ иннервации щитовидной железы какъ у человѣка, такъ и у собаки участвуютъ оба гортанные нерва, анастомозирующие съ симпатическимъ вервомъ, а также и самостоятельныя вѣтви послѣдняго.

Глава II.

Съ цѣлью выяснитъ, не влечетъ ли за собой перерѣзка подходящихъ къ железѣ нервовъ тѣ же явленія, какія наблюдаются при вылученіи ея, F u h r еще въ 1886 году ставитъ рядъ опытовъ. Для этого онъ перерѣзалъ послѣдовательно вѣтви I шейнаго симпатическаго нерва, *ramus externus n. laryng. super.*, соединяющую вѣтвь *glossopharyngei* и верхняго шейнаго узла, оба *n. n. recurrentes* (опытъ 19 и 20) и ни въ одномъ случаѣ не наблюдалъ тѣхъ рѣзкихъ явленій, какія бывають, обыкновенно, послѣ вылученія железы. Въ двухъ случаяхъ послѣ перевязки вѣтвей шейнаго нерва и верхняго гортаннаго, и одного только шейнаго вблизи железы, наблюдалъ не рѣдко явленія, встрѣчающіяся послѣ вылученія железы—со стороны глазъ, конъюнктивитъ и кератитъ, а также значительный зудъ въ кожѣ. При перерѣзкѣ *n. recurrentis* и смазываніи яписомъ *in substantia* перерѣзанныхъ концовъ въ одномъ случаѣ, а въ другомъ только смазываніе 10% растворомъ того же яписа обнаженнаго ствола нерва, F u h r, кромѣ незначительныхъ явленій со стороны дыханія и незначительнаго конъюнктивита ничего не замѣтилъ. Schiff, признавая отношеніе *n. recurrentis* къ щитовидной железѣ, говорятъ, что перерѣзка его никогда не вызываетъ ни одного симптома, который былъ бы тождественъ съ симптомами, наблюдающимися послѣ экстерпаціи железы.

По автору также, безъ эффекта могутъ быть перерѣзаны и вѣтви *n. laryng. super.*, идущія съ *art. thyreoid. super.* (*Revue medical* 1884 по F u h r'y).

Horsley¹⁾ послѣ перерѣзки нижняго гортаннаго нерва черезъ 9—11 мѣсяцевъ не наблюдалъ никакихъ измѣненій въ железнѣ соответствующей стороны.

Katzenstein въ своей работѣ „Ueber die Veränderungen in Schilddrüse nach Extirpation den zuführenden Nerven“ на основаніи дегенеративныхъ измѣненій послѣ перерѣзки приводящихъ нервовъ, приходитъ къ заключенію, что нервы играютъ большую роль и перерѣзка ихъ вызываетъ рѣзкія измѣненія въ тканяхъ железъ. Авторъ оставлялъ животныхъ жить съ перерѣзанными нервами различные сроки, причемъ выяснилось, что до 77 дня ядра въ клѣткахъ железы сильно измѣняются—они теряютъ круглую форму и принимаютъ неправильную многоугольную. Границы между клѣтками очень трудно различимы, внутренняго строенія клѣтки узнать нельзя. Границы между отдѣльными фолликулами едва замѣтны, послѣдствіе сильно растянуты, въ нихъ видны беспорядочно разбросанныя ядра, клѣтки и ихъ распадъ.

Дальѣйшія измѣненія до 122 дня еще болѣе рѣзки. Въ фолликулахъ контуры клѣтокъ пропадаютъ совершенно, сами фолликулы растянуты еще сильнѣе, на стѣнкахъ ихъ видны мѣстами ворсинчато-подобныя скопленія клѣтокъ и т. д.

Опыты же съ длительнымъ раздраженіемъ обоихъ гортанныхъ нервовъ оказались, какъ и опыты Hürthle, безрезультатны. Въ другой своей работѣ „Ueber die Degenerationsvorgänge im N. Laryng. sup., Nerv. Laryng. infer. und N. Vagus nach Schilddrüsenextirpation“ Katzenstein послѣ экстирпаціи железы у собакъ, находилъ на препаратахъ, обработанныхъ по разнымъ методамъ, измѣненныя волокна въ обоихъ n. laryng. и въ nerv. vagus. Измѣненія наблюдались 1) въ Швановской оболочкѣ и ея ядрахъ, 2) главнымъ образомъ въ мякотныхъ оболочкахъ и 3) въ осевомъ цилиндрѣ.—

¹⁾ По Katzenstein'у.

Дегенерировалось только известное количество нервныхъ волоконъ, большая же часть оставалась безъ замѣтныхъ измѣненій.

Появившаяся въ 97 году работа А. Ехпер'а также рассматриваетъ вопросъ о значеніи нервовъ (*lar. sup. et inf.*) для железы и развивающіяся вслѣдъ за ихъ перерѣзкой явленія.

Авторъ ставилъ три ряда опытовъ: въ однихъ опытахъ перерѣзались *larung. sup.* и *inf.*, вырѣзались изъ нихъ куски и вылуцали щитовидную железу съ противоположной перерѣзкѣ стороны, при чемъ у нѣкоторыхъ животныхъ наблюдались явленія типической тетаніи съ клоническими судорогами, у другихъ же эти явленія были выражены слабо.

Въ другомъ рядѣ опытовъ авторъ, послѣ вылуцения железы, перерѣзаль у однихъ животныхъ (вошекъ) *larung. sup.*, у другихъ *larung. inf.*, причемъ, какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ, у нѣкоторыхъ изъ нихъ появлялись явленія весьма схожія съ тѣми, какія наблюдались при перерѣзкѣ обоихъ нервовъ одновременно, но слабѣе выраженные.

На основаніи этихъ опытовъ, Ехперъ выражаетъ убѣжденіе, что оба нерва имѣютъ весьма важное значеніе, при чемъ иногда большая часть дѣятельныхъ для железы волоконъ заключается въ *larung. sup.*, въ другихъ же случаяхъ превалируетъ *larung. inf.*

Въ 1898 г. Сун опубликовалъ работу „Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse und des Herzens“, въ которой онъ по поводу снабженія железы сосудодвигательными волокнами говоритъ, на основаніи своихъ наблюденій, что въ обоихъ гортанныхъ нервахъ находятся расширяющія сосуды волокна, а сосудоуживающія помѣщаются въ вѣточкахъ симпатическаго нерва. Такимъ образомъ въ щитовидныхъ нервахъ находятся двѣ системы волоконъ, содержаніе которыхъ у одного и того же рода животныхъ весьма варьируетъ.

Въ одномъ изъ опытовъ Суон раздражалъ периферическій конецъ *n. thyroïd. super.* (вѣтвь отъ *ramus ext.*) и констатировалъ пониженіе общаго кровянаго давленія на 10 миллм. и измѣненіе объема железы, которая на оцупь стала болѣе твердой и напряженной. До раздраженія железа была значительно увеличена и гиперемирована. Постановка опыта была слѣдующая: железа выпрепаровывалась, и *art. carotis* противоположной стороны соединялась съ ртутнымъ манометромъ, послѣ чего раздражался обнаженный *perç. thyroïd. super.* Измѣненіе кровеносныхъ сосудовъ железы наблюдалось по ея наружному виду и по измѣненію наполненія легко видимыхъ лимфатическихъ сосудовъ. Подобное измѣненіе железы, а также и сильное кровотеченіе изъ надрѣзанныхъ ветъ особенно ясно и рѣзко сказывалось при повторныхъ раздраженіяхъ.

Одновременно съ ускореніемъ кровотеченія наблюдалось сильное наполненіе лимфатическихъ сосудовъ, рѣзко выступающихъ въ окружающей кѣтчатѣ.

При раздраженіи же периферическаго конца *n. recurrens* наблюдалось небольшое паденіе общаго давленія крови, но измѣненій железы и сосудовъ, какія можно было бы замѣтить простымъ глазомъ, не было.

Въ другомъ опытѣ манометръ былъ соединенъ съ *art. thyreoidea super.* При раздраженіи *n. thyreoideus sup.* наблюдалось сильное пониженіе кровянаго давленія, съ прекращеніемъ раздраженія давленіе крови стало быстро повышаться, и въ тотъ моментъ, когда оно дошло до 122 мм., вѣтвь эта была персвязана, и новое раздраженіе ея опять вызвало пониженіе кривой давленія. Такое измѣненіе давленія авторъ считаетъ результатомъ раздраженія суживающихъ и расширяющихъ нервовъ, идущихъ отъ симпатическаго нерва, такъ какъ послѣдній уже соединился съ *lagung. super.*

Раздраженіе той вѣтви, которая направляется прямо къ *art. thyreoidea sup.*, вызвало повышеніе давленія, такое состояніе продолжалось еще нѣкоторое время и послѣ оконча-

нiя раздраженiя, а затѣмъ стало быстро понижаться (до 94 со 144 м.).

Такое пониженiе давленiя авторъ считаетъ слѣдствiемъ истощенiя суживающихъ волоконъ, вызваннаго раздраженiемъ. Раздраженiе второй вѣтви не перевязаннаго *laryng. super.* выразились въ повышенiя давленiя крови съ послѣдующимъ паденiемъ его и замедленiемъ пульса. „Такимъ образомъ, говоритъ авторъ, второй *n. thyreoideus* дѣйствовалъ *centripetal'но*, вызывая общее суженiе сосудовъ (повышенiе давленiя) и затѣмъ мѣстное распрленiе сосудовъ въ районѣ этихъ же нервовъ. Это вполне согласуется съ выведеннымъ закономъ о рефлекторномъ дѣйствii чувствительныхъ нервовъ на сосудистую систему“. Послѣ этого опыта авторъ находить возможнымъ считать доказаннымъ, что идущiй отъ *laryng. super. n. thyreoideus sup.* имѣетъ какъ расширяющiя, такъ и суживающiя волокна, и что послѣднiя происходятъ отъ симпатическаго нерва. При одновременномъ раздраженii этихъ волоконъ перевѣсъ берутъ расширители. Другая вѣтвь, происходящая отъ *laryng. sup.* и идущая къ железѣ, дѣйствовала рефлекторно на сердцебиенiе и давленiе крови, какъ простой чувствительный нервъ.

Въ слѣдующихъ опытахъ производилось измѣренiе количества крови, вытекающей изъ отводящихъ венъ при раздраженii тѣхъ или другихъ нервовъ. Въ опытѣ шестомъ при раздраженii периферическаго конца *n. laryngei infer.* количество крови, вытекающей изъ *vena thyreoidea* увеличилось почти въ три раза, и въ это время вена пульсировала синхронично съ артерiей.

Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ находились или только одни сосудорасширяющiя волокна, или они брали перевѣсъ, въ предыдущемъ же случаѣ превалировали сосудосуживающiя (происходящiя вѣроятно отъ нижняго шейнаго узла), и дѣйствiе расширяющихъ сказывалось только по

окончаніи раздраженія. Послѣ временной полной остановки кровотока, послѣднее появилось снова только при раздраженіи *nervi thyreoid. super.*, причемъ по силѣ оно значительно уступало кровотоку, вызванному раздраженіемъ *nervi recurrentis*, такъ какъ къ нерву примкнула выше мѣста раздраженія вѣтвь отъ шейн. симпатич. нерва. Раздраженіе центрального конца *nervi vagi* остается безъ эффекта, раздраженіе же периферическаго конца увеличиваетъ кровотечение съ 0 до 3,8 *cnt*³. Авторъ объясняетъ это тѣмъ, что ритмически замедленные удары сердца, изъ которыхъ каждый гонитъ болѣе значительное количество крови въ правые сосуды, даютъ болѣе ускоренный потокъ крови, чѣмъ частые, при которыхъ количество крови протекаетъ сравнительно небольшое.

Мы умышленно такъ подробно, почти дословно, привели опыты Суонъ, такъ какъ въ доступной намъ литературѣ такое подробное описаніе является почти единственнымъ. Въ 3-ьемъ томѣ физиологіи Morat et Douen и въ *Revue de chirurgie* 1898 г. имѣются указанія на то, что Briau производилъ опыты съ цѣлю опредѣлить сосудодвигателей щитовидной железы, описанъ даже аппаратъ, какимъ пользовались для этой цѣли, но изложенія самихъ опытовъ нѣтъ.

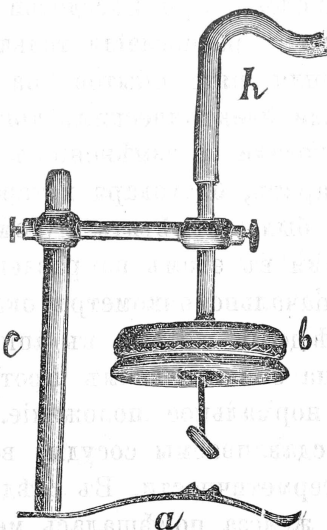
Указывается только, что раздраженіе шейнаго симпатическаго нерва у собаки выше нижняго шейнаго узла вызываетъ суженіе сосудовъ и уменьшеніе объема железы. Возбужденіе же ниже узла вызываетъ явленія обратныя.

Относительно опытовъ Суонъ мы позволили себѣ замѣтить, что наблюденіе глазомъ и ощупываньемъ железы не всегда можетъ быть примѣняемо; особенно оно неудобно при небольшихъ, неувеличенныхъ железахъ, когда весьма трудно, даже невозможно слѣдить глазомъ за небольшими колебаніями объема.

Подводя итогъ приведеннымъ литературнымъ даннымъ, мы находимъ въ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ подтвержденіе результатовъ, найденныхъ анатомическимъ путемъ: оба гортанные нерва имѣютъ прямое отношеніе къ щитовидной железѣ. Въ нихъ проходятъ къ железѣ сосудодвигательныя волокна, которыя по наблюденіямъ С у о п'а располагаются весьма неравномѣрно;—иногда въ верхнемъ гортанномъ нервѣ проходитъ большее число сосудосуживающихъ волоконъ, а въ нижнемъ гортанномъ преобладаютъ расширители, а иногда наоборотъ. Что касается симпатическаго нерва, то въ немъ, по предположеніямъ С у о п'а, проходятъ только сосудосуживающія волокна. Вгіан-же, на основаніи своихъ опытовъ, признаетъ въ немъ существованіе расширителей.

Исходя изъ такого положенія, Вгіан доказываетъ рациональность операціи на симпатическомъ нервѣ при Базедовой болѣзни. Интересуясь вопросомъ, насколько цѣлесообразна и какія физиологическія основанія имѣетъ перерѣзка симпатическаго нерва и вылученіе шейнаго (симпатическаго) узла на измѣненіе объема железы при Базедовой болѣзни, и желая, кромѣ того, провѣрить разногласія только что указанныхъ авторовъ, мы поставили рядъ опытовъ на собакахъ. Съ этой цѣлью мы раздражали электрическимъ токомъ подходящія къ железѣ нервы и наблюдали за измѣненіемъ ея объема, примѣнивъ для этого аппаратъ, благодаря которому измѣненіе объема железы можно было отмѣтить путемъ воздушной передачи. Первые попытки въ этомъ направленіи были неудачны, примѣненный первоначально опкометръ оказался неудобнымъ, такъ какъ при помѣщеніи железы въ аппаратъ приходилось отсепаровывать ее на значительномъ протяженіи и тѣмъ самымъ измѣнять ее нормальное положеніе. Помимо того, что легко могли быть сдавливаемы сосуды, весьма трудно было достигнуть полной герметичности. Въ слѣдующемъ примѣненномъ аппаратѣ, гдѣ железа помѣщалась между двумя резиновыми пластинками, натянутыми на металлическія чашечки, по-

слѣднее неудобство было устранено, но все остальные остались, и только съ помощью третьяго аппарата удалось достичь цѣли. Аппаратъ этотъ, работы Verdin'a, употребляется обыкновенно для записыванія веннаго пульса. Состоитъ онъ изъ слегка изогнутой съ небольшимъ желобкомъ (для помѣщенія сосуда) пластинки (а), прикрѣпленной подъ прямымъ угломъ къ стержню (с), по которому можетъ быть свободно перемѣщаться круглая открытая внизу коробка (b), снабженная отводной трубкой (h). На свободные края этой коробки натягивалась очень тонкая резиновая перепонка, къ которой, въ свою очередь, прикрѣпленъ тонкій металлическій стержень съ нѣсколькими вогнутой пластинкой на свободномъ концѣ. Изогнутая пластинка, поставленная въ обратномъ положеніи (желобкомъ внизу), подводилась осторожно подъ железу такимъ образомъ, что послѣдняя своимъ длинникомъ помѣщалась поперекъ пластинки; сверху же на железу опускалась металлическая коробка, и железа слегка придавливалась пластинкой стержня,



прирѣпленнаго къ тонкой резиновой перепонкѣ, натянутой на капсулу.

Аппаратъ этотъ оказался тѣмъ удобнѣе, что можно было оставлять органъ въ его нормальномъ положеніи, не нарушать дѣлности сосудовъ и окружающей его клетчатки, такъ какъ для подведенія пластинки требовалось только небольшое раздѣленіе клетчатки на внутренней поверхности железы. Аппаратъ, предложенный Вгіаи, по валему мнѣнію, менѣе цѣлесообразенъ потому, что для пользованія имъ приходилось отсепаровывать всю железу и укладывать ее въ аппаратъ, т. е. оставались невыполненными тѣ условія, которыя мы старались избѣжать ¹⁾).

¹⁾ Аппаратъ, съ которымъ работалъ Вгіаи состоялъ изъ двухъ овальной формы металлическихъ чашекъ, соединенныхъ при помощи шпалнера. На свободные края ихъ натягивается эластическая перепонка. Чашечки эти соединены между собою и съ записывающимъ аппаратомъ системой трубокъ. Черезъ эти трубки аппаратъ и вся система выполняется водой. Чашки устанавливаются такимъ образомъ, что перепонки обращены другъ къ другу, между ними помещается отпрепарованная щитовидная железа.

Глава III.

При нашемъ физиологическомъ изслѣдованіи первовъ железы, мы поступали слѣдующимъ образомъ: животному вводилось подъ кожу или въ вену 1—2 шприца 1% раствора солянокислаго морфія. Слѣдуетъ замѣтить, что количество вводимаго подъ кожу морфія колебалось въ зависимости отъ величины животнаго. Черезъ нѣсколько минутъ дѣлали нижнюю трахеотомию, и въ трахею вставлялась, спеціально приготовленная, изогнутая подъ прямымъ угломъ, съ однимъ короткимъ колѣномъ стеклянная трубка. Послѣ трахеотоміи вводили въ вену растворъ кураре. Для впрыскиванія багъ морфія, такъ и кураре употреблялся шприцъ Праваца, емкостью въ 2,0. Въ нѣкоторыхъ опытахъ, вмѣсто иммобилизаціи животнаго кураре, примѣнялся *chloraloh*'ный наркозъ (по 12,5 куб. сант. раствора 8,0—1000,0, на каждый килограммъ вѣса животнаго). Наркозъ этотъ имѣетъ то преимущество, что не измѣняетъ ни рефлексовъ, ни давленія крови, какъ это довольно часто наблюдается при употребленіи нѣкоторыхъ сортовъ кураре. Наркозъ наступаетъ черезъ 10—20 минутъ и длится не менѣе 2-хъ часовъ. Послѣ курарезаціи животнаго или наступленія наркоза, кожный разрѣзъ на шеѣ удлинялся, нервы осторожно отпрепаровывались, брались на лигатуры и по мѣрѣ надобности перевязывались. *Arteria carotis communis* противоположной стороны соединялась при помощи стеклянной канюли и толстостѣнной каучуковой трубки съ сфигмоскопомъ Chauveau, сфигмоскопъ въ свою очередь соединялся съ Мареевскимъ записывающимъ аппара-

томъ. Чтобы знать въ любой моментъ высоту кровяного давленія въ цифрахъ, сфигмоскопъ былъ соединенъ при помощи Т-образной трубки съ ртутнымъ манометромъ, который можно было по произволу включать и выключать.

Въ предупрежденіе свертыванія крови въ каучуковой трубкѣ, послѣдняя и баллонъ сфигмоскопа наполнялись подѣ известнымъ давленіемъ 25% растворомъ сѣрнокислой магнезій. Послѣ этихъ предварительныхъ приготовленій, осторожно обнажали железу (здѣсь считаемъ нужнымъ отмѣтить, что во всѣхъ опытахъ бралась для изслѣдованій лѣвая шестовидная железа), отдѣляя клѣтчатку, главнымъ образомъ съ внутренней ея поверхности. Затѣмъ, помѣстивъ железу на подставку аппарата, придавливали осторожно пластинкой, какъ сказано выше. Капсула аппарата при помощи толстостѣнной каучуковой трубки соединялась съ нишущимъ tambour à levier de Marey самого маленькаго размѣра послѣдней модели Verdin'a.

Увеличеніе объема железы выражалось въ подъемѣ кривой,—уменьшеніе въ ея пониженіи. Такимъ образомъ возможно было записывать даже весьма незначительныя измѣненія железы, которыя были весьма часто совершенно незамѣтны на глазъ, особенно при небольшихъ железахъ. Впрочемъ послѣдній методъ наблюденія железы слѣдуетъ совершенно исключить, такъ какъ, не говоря уже о его неточности, онъ всегда носитъ субъективный характеръ.

Электрическое раздраженіе нервовъ производилось при помощи индукціонныхъ токовъ саннаго аппарата Du Bois-Reimond'a съ однимъ аккумуляторомъ. Время раздраженія обозначалось при помощи отмѣтчика Deprez, включеннаго въ первичную спираль. Скорость вращенія барабана въ нашихъ опытахъ была известна—1 cent. въ 24 секунды, почему и не представлялось надобности во второмъ отмѣтчикѣ.

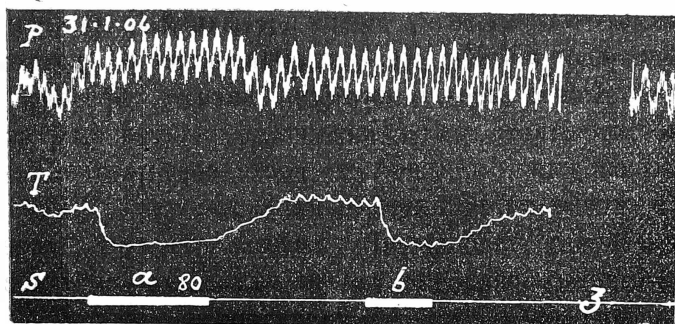
Самую важную и трудною частью опыта было укладываніе железы на подставку и придавливаніе ея пластинкой аппарата, такъ какъ даже при ничтожныхъ уклоненіяхъ въ

ту или другую сторону не получалось записи измѣненій объема железы, и для полученія записи стоило иногда только измѣнить надавливаніе прибора или его положеніе.

Раневая поверхность все время обильно смачивалась теплымъ физиологическимъ растворомъ поваренной соли съ цѣлью предотвратить засыханіе и охлажденіе железы и отпрепарованныхъ нервовъ. Всѣ опыты были произведены на собакахъ; величина железы играла весьма важную роль въ смыслѣ удачи опытовъ. Всѣхъ опытовъ было произведено 66, изъ нихъ удалось 23.

По окончаніи всѣхъ приготовленій къ опыту, приступали къ изслѣдованію периферическихъ отрѣзковъ нервовъ, желая узнать, содержатся ли въ нихъ сосудодвигательныя

Фиг. 1.



а) Возбужденіе периферическаго конца *ner. laryngei superioris*. Разстояніе спиралей 80 mm. Кривая изъ опыта № 50. 31/1—06. б) Раздраженіе периферич. конца вѣтви, идущей отъ верхняго шейнаго узла и *laryn. sup.* Разст. сл. 80.

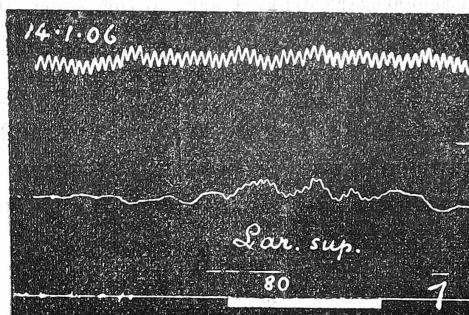
для железы волокна. Послѣ перевязки, нервъ перерѣзался и раздражался электрическимъ токомъ. При раздраженіи периферическаго конца *ner. laryngei superioris* выше его дѣленія, равно какъ и при раздраженіи одной только наружной

его вѣтви, эффектъ получался въ различныхъ опытахъ неодинаковый. Въ однихъ опытахъ получалось рѣзкое повиженіе кривой измѣненія объема железы, независимо отъ общаго кровяного давленія, (фиг. № 1a).

Въ другихъ случаяхъ эффектъ былъ смѣшанный: волнообразная кривая съ рѣзко-выраженными пульсовыми колебаніями замѣтно поднимается, затѣмъ она полого опускается и переходитъ въ положеніе, которое было до раздраженія, пульсовые же волны съ прекращеніемъ раздраженія исчезаютъ. (фиг. № 2).

При раздраженіи периферическаго конца *ner. laryngei superioris* измѣненія общаго кровяного давленія не наблюда-

Фиг. 2.

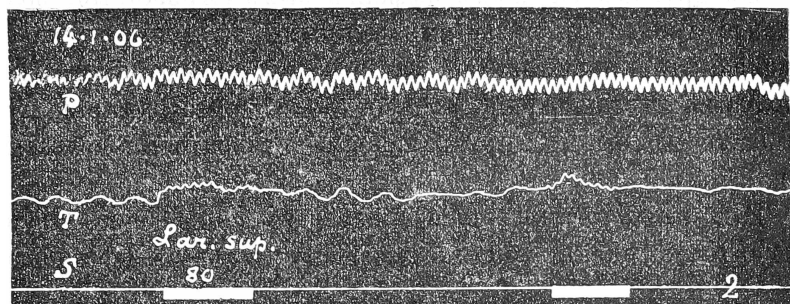


Раздраженіе периферическаго конца *ner. laryngei superioris*. Расстояние спиралей 80 мм. Опытъ 14/1—06. № 46.

лось. Наконецъ, въ третьемъ рядѣ случаевъ, при раздраженіи того же периферическаго конца *ner. laryngei superioris*, получался, хотя и незначительный, но все же замѣтно выраженный подъемъ кривой съ отчетливыми пульсовыми волнами (иногда, вмѣсто рѣзкаго подъема, наблюдался постепенный болѣе пологій подъемъ кривой, который продолжался и послѣ прекращенія раздраженія).

При раздраженіи периферическаго отрѣзка нер. *resurgens* у одного и того же животнаго получались эффекты

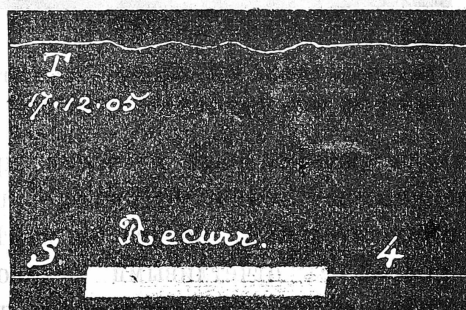
Фиг. 3.



Раздраженіе периферическаго отрѣзка нер. *latung. sup.*. Опытъ № 46 141—906. Аппаратъ Du Bois-Reimond'a. 1 аккумуляторъ. Отмѣтчикъ Derrez. расстояние спиралей 80 мм. P—артериальное давленіе. T—кривая измѣненія железы. S—отмѣтчикъ.

различныя. При раздраженіи токомъ средней силы—всего ствола, или наружной вѣтви нер. *resurgens* мы замѣчаемъ на кривой появленіе и довольно правильное чередованіе, во

Фиг. 4.



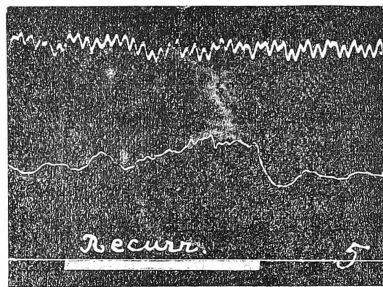
Опытъ № 41. 17 хп. 905. Раздраженіе периферическаго отрѣзка нер. *resurgens*; расстояние спиралей 80 мм.

все время раздраженія, пологихъ волнъ, исчезающихъ съ моментомъ прекращенія раздраженія.

Въ тѣхъ же случаяхъ, когда волны были замѣтны на кривой до раздраженія, при началѣ его онѣ рѣзко усиливались, и линія кривой поднималась. Съ моментомъ прекращенія раздраженія, на кривой наблюдалось быстрое паденіе съ послѣдующимъ небольшимъ подъемомъ, а далѣе все возвращалось къ нормѣ (фиг. № 5). Замѣтнаго уменьшенія железы при раздраженіи *ner. recurr.* ни разу не наблюдали.

Сильное уменьшеніе объема железы, выражающееся въ рѣзкомъ пониженіи кривой, получалось во всѣхъ опытахъ тотчасъ

Фиг. 5.



Опытъ № 46. 16 і 906. Раздраженіе периферическаго отрѣзка *n. recurrens*; разстояніе спиралей 80 μ m.

вслѣдъ за раздраженіемъ вѣтви, идущей отъ узла и *laryng. super.* (фиг. № 1 b). Въ тѣхъ же случаяхъ, когда эта вѣтвь не была выражена, болѣе значительный эффектъ, въ смыслѣ уменьшенія объема железы, (и сравнительно съ опытами произведенными на подобной же величины железахъ, при существованіи вѣтви), давало раздраженіе наружной вѣтви *laryng. super.*

Противно утверженію *Fuhg'a*, раздраженіе периферическихъ концовъ *n.n. glossopharyngei* и *cervicalis super.* какого-либо замѣтнаго измѣненія объема железы не дало.

Также осталось безъ эффекта раздраженіе нервной вѣтви, идущей отъ влагалища большихъ сосудовъ.

Полученныя при нашихъ изслѣдованіяхъ, указанныя выше результаты, могутъ быть понимаемы такимъ образомъ. Въ верхнемъ гортанномъ нервѣ находятся оба вида сосудистыхъ волоконъ—суживающія и расширяющія. Въ однихъ случаяхъ, имѣется большее количество суживающихъ, и они, бѣра перевѣсъ, даютъ при раздраженіи п. laryngei super. сильное уменьшеніе железы; въ другихъ—сильнѣе оказываются расширители, и на кривой видно увеличеніе объема железы.

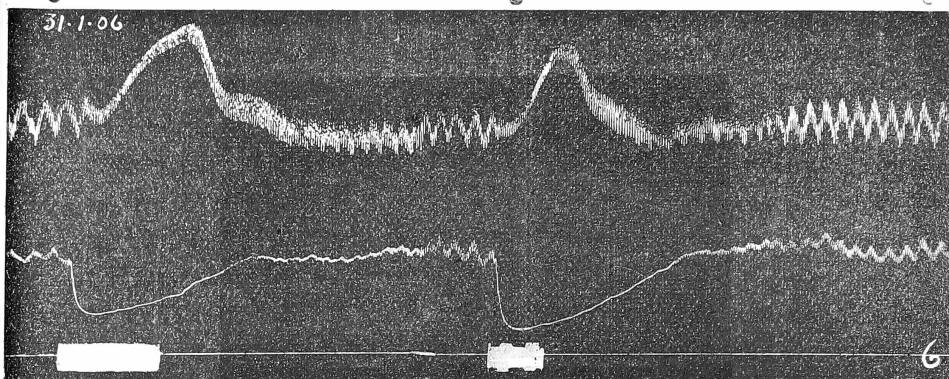
Наблюдаемое же иногда правильное чередованіе волнъ во время раздраженія—можетъ имѣть мѣсто только въ томъ случаѣ, когда оба вида нервныхъ волоконъ (т. е. сосудосуживающія и расширяющія) содержатся въ одномъ и томъ же нервномъ стволѣ, и при раздраженіи ихъ электрическимъ токомъ происходитъ попеременно, довольно правильное чередованіе раздраженія тѣхъ или другихъ волоконъ. Проф. Миславскій такъ говоритъ: *Tout ces phénomènes s'expliquent bien en admettant l'existence de vaso-dilatateurs et de vaso-constricteurs dans le même tronc nerveux. L'état de l'excitabilité des différentes fibres nerveuses e tonus de vaisseaux de la glande la force de l'excitation et le rythme de l'interrupteur, tout cela peut influencer le résultat et être cause des controverses entre les auteurs*¹⁾.

Подобное же взмѣненіе должно быть дано и эффектомъ наблюдаемымъ при раздраженія п. recurrentis съ той только разницей, что обычное отсутствіе рѣзкаго уменьшенія железы, говорятъ за болѣе сильное развитіе въ немъ (recurrentis) сосудорасширяющихъ волоконъ, чѣмъ сосудосуживающихъ.

¹⁾ N. Miślawski. Note sur l'innervation vaso-motrice de la prostate et de la thyroïde vol. III Fascic. IV. 1906 г. Archiv. international. de physiologie.

Исследуя далѣе, откуда сосудодвигательныя волокна приходятъ въ названныя выше периферическіе отрѣзки нервовъ, естественноѣ всего было предположить, что путь ихъ находится въ *vago-sympathicus*. Сунъ въ своей работѣ, на основаніи произведенныхъ имъ опытовъ категорически заявляетъ, что дилататоры железы находятся въ обоихъ п.п. *laryngei*, а *vaso-constrictor*ы въ вѣтвяхъ симпатическаго нерва. Для выясненія этого вопроса опыты поставлены были нѣсколько иначе: периферическіе концы гортанныхъ нервовъ не отпре-

Фиг. 6.

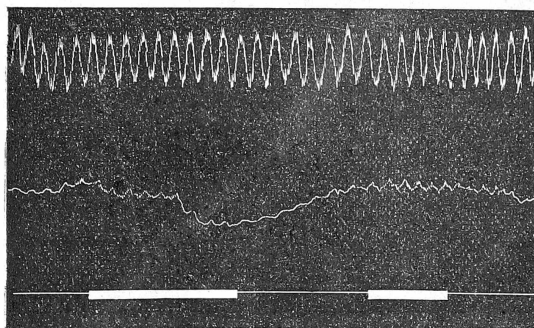


Опытъ 50. 31/1—06. Два раздраженія центрального отрѣзка п. *vago-sympathicus* со стороны взятой железы; разстояніе спиралей 60 mm.

парывывались, а брался только одинъ *vago-sympathicus* на той сторонѣ, гдѣ была взята железа, перерѣзался въ нижней части шеи и раздражался токомъ, при разстояніи спиралей 60—80 mm. На противоположной сторонѣ п. *vago-sympathicus* обыкновенно перерѣзался съ цѣлью исключить вліяніе раздраженія на сердце. При такомъ раздраженіи, всегда получалось, довольно сильное измѣненіе кровяного давленія и объема железы. Кривая давленія крови послѣ незначительнаго спуска быстро поднималась и по окончаніи раздраженія также скоро опускалась, даже нѣсколько ниже своей первоначальной вы-

соты. Въ то же время кривая измѣненія объема железы рѣзко, почти отвѣсно, падала и постепенно, еще за время раздраженія, поднималась, выравниваясь, въ большинствѣ случаевъ, почти одновременно съ кривой кровяного давленія. Соответствія между общимъ кровянымъ давленіемъ и измѣненіемъ объема железы не было, т. е. минимумъ ея объема соответствовалъ тому моменту, когда давленіе крови было или обычное или даже нѣсколько ниже (фиг. № 6). Послѣ перерѣзки нер. vagi выше ganglion nodosum, на железу наблюдался тотъ же эффектъ уменьшенія объема, только не сопровождающійся измѣненіемъ общаго кровяного давленія. (Фиг. № 7).

Фиг. 7.



Опытъ № 50. 31/1—906 г. Раздраженіе центрального отрѣзка п. vago-sympathicus со стороны взятой железы, послѣ перерѣзки п-vi vagi выше ganglion nodosum. Разст. спиралей 30 мм.

Такимъ образомъ, избѣгая рефлекса на сосудистые центры и центръ дыханія, послѣ перерѣзки нер. vagi на высотѣ ganglion nodosum, мы убѣждаемся, что сосудистыя волокна, въ данномъ случаѣ сосудосуживающія, идутъ въ составѣ nervi vago-sympathici, а именно въ стволѣ симпатическаго нерва. Съ этою же цѣлью раздѣляли vago-sympathicus на составляющіе его нервы и пробовали поочередное раздраженіе того и другого нерва.

Раздѣленіе нерва пробовалось нѣсколько разъ, причѣмъ въ однихъ случаяхъ раздѣлялся на составляющія части vago-

sympathicus безъ предварительной перерѣзки *n. vagi* выше *ganglion nodosum*, въ другихъ *n. vagus* на этомъ уровнѣ былъ перерѣзанъ. Во всѣхъ случаяхъ раздѣленіе *n. vago-sympathici* представляло значительныя трудности въ виду плотнаго соединенія обоихъ нервовъ, почему происходила всегда наминка нервныхъ стволовъ.

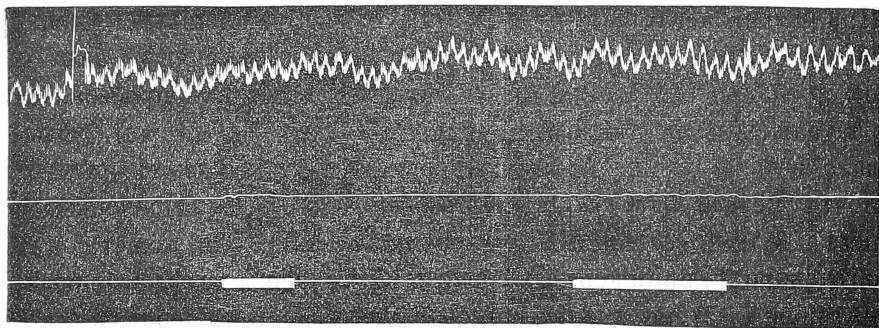
При раздраженіи центрального отрѣзка *nervi vagi* наблюдалось измѣненіе кровяного давленія только въ томъ случаѣ, если этотъ нервъ не былъ перерѣзанъ на уровнѣ *ganglion nodosum*. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ раздраженіе симпатическаго нерва не измѣняло кровяного давленія.—Измѣненія на железѣ были всегда одинаковы и состояли въ томъ, что какъ при раздраженіи отдѣленнаго отъ *nerv. sympathic. n. vagi*, такъ и при раздраженіи самаго симпатическаго нерва получалось уменьшеніе объема железы.— При раздраженіи *n. sympathici* получалось значительное уменьшеніе объема железы, почти такое же по величинѣ, какъ и на нераздѣленномъ нервѣ (до раздѣленія нервовъ пробовалось раздраженіе общаго ствола); раздраженіе же *n. vagi* вызвало весьма слабое повиженіе кривой, въ нѣкоторыхъ опытахъ почти не замѣтное.—Ослабленіе эффекта съ симпатическаго нерва и присутствіе его при раздраженіи *n. vagi* можетъ быть объяснено 1) пониженіемъ возбудимости нерва вслѣдствіе травматизма и 2) не вполне чистымъ раздѣленіемъ обоихъ нервовъ. Часть волоконъ симпатическаго нерва могла легко остаться спаянной съ *n. vagus* и вызвать при раздраженіи уменьшеніе объема железы, тѣмъ болѣе, что нервъ раздѣлялся не на всемъ протяженіи. Изъ полученныхъ результатовъ можно съ положительностью вывести, что путь сосудосуживателей лежитъ въ симпатическомъ нервѣ.

Такимъ образомъ, сосудодвигательныя волокна, поднимаясь въ составѣ *n-vi vago-sympathici* отъ нижняго шейнаго узла, что утверждаетъ и *Morgan*, достигаютъ верхняго шейнаго узла и оттуда уже направляются къ щитовидной железѣ, присо-

единяясь къ гортаннымъ нервамъ въ составѣ особой вѣтви, спускающейся къ щитовидной железѣ отъ верхняго шейнаго узла.

Съ нашими наблюденіями согласуются и выводы Франск'а, который въ произведенныхъ совместно съ Halion опытахъ, никогда не видалъ при раздраженія на разныхъ высотахъ шейнаго и грудного симпатическаго нерва—сколько-нибудь замѣтнаго расширенія сосудовъ железы, а наоборотъ наблюдалъ замѣтное суженіе. Это заявленіе расходится съ выводами Mogał et Briac, которые, раздражая грудную часть симпатическаго нерва, получали расширеніе сосудовъ железы. Прослѣдивъ такимъ образомъ ходъ сосудосуживающихъ волоконъ въ шейной части n-vi vago-sympathici, мы поставили нѣсколько опытовъ съ цѣлью выяснитъ роль верхняго шейнаго узла въ иннерваціи железы.

Фиг. 8.



Опытъ № 54 12/1 906. Раздр. n. vago-sympathici sin. послѣ вылуценія верхняго шейнаго узла—разст. спиралей 80 mm.

Когда, убѣдившись, что раздраженіе электрическимъ токомъ n-vi vago-sympathici вызываетъ обычное уменьшеніе объема железы, попробовали вылущить верхній шейный узель и вновь раздражать нервъ—обычнаго эффекта не получилось. Рядъ такихъ опытовъ далъ совершенно одинаковые результаты, которые не оставляли никакихъ сомнѣній, что сосудосуживающія волокна, прежде чѣмъ присоединятся къ гортаннымъ нервамъ и достигъ щитовидной железы, проходятъ черезъ верхній шейный узель

(фиг. № 8). Теперь, самъ собою возникаетъ вопросъ, какииъ образомъ волокна проходятъ черезъ узелъ—проходятъ ли они не прерываясь въ немъ или наоборотъ прерываются.

Для разрѣшенія этого вопроса былъ поставленъ рядъ опытовъ со смазываніемъ верхняго шейнаго узла никотиномъ, по методу, предложенному Langley'емъ.

Въ 1889 г. Langley и Dickinson нашли, что небольшое количество никотина, нанесенное на нервныя клѣтки солнечнаго сплетенія, парализуетъ эффектъ на кишки, желудокъ и кровеносныя сосуды при раздраженіи *in vivo*. Въ работѣ, напечатанной въ 1889 г. „Pituri and Nikotin“, Langley возвращается снова къ предыдущей работѣ, разбирая предположеніе Hirschman'a и Klocker'a, объясняющихъ отсутствіе эффекта послѣ дѣйствія никотина параличемъ периферическихъ окончаній dilatator'ныхъ нервовъ зрачка, говоритъ, что ихъ положеніе неправильно (*incorrect*), такъ какъ никотинъ дѣйствуетъ на нервныя клѣтки ганглія, парализуя ихъ и оставляя нетронутыми (*unaffected*) периферическія окончанія нервовъ. Въ доказательство этого авторъ приводитъ протоколъ опыта на кроликѣ (*experiment II*). Послѣ введенія въ вену 40 mg. никотина, раздраженіе шейнаго симпатическаго нерва, ниже верхняго шейнаго узла, было безъ эффекта на зрачекъ; раздраженіе же выше узла дало полное расширеніе зрачка ¹⁾. Въ дальнѣйшей же своей работѣ „On the nerve cell connection of the splanchnic nerve fibres“ ²⁾ авторъ описываетъ, что раздраженіе нервныхъ стволовъ (послѣ впрыскиванія никотина въ большихъ дозахъ), идущихъ отъ солнечнаго сплетенія къ артеріямъ *coeliaca* и *mesenterica sup.*, даетъ почти нормальное поднятіе кровяного давленія, т. е., что никотинъ даже въ большихъ дозахъ не парализуетъ нервныхъ окончаній и не препятствуетъ прохожденію черезъ нервъ импульсовъ. Отсутствіе же эффекта при раздра-

¹⁾ The journal of physiology Vol. XI. 1890 г.

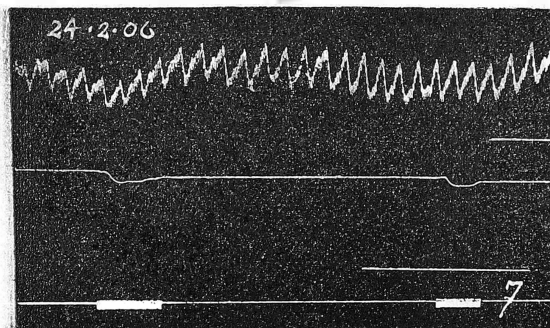
²⁾ The journal of physiology Vol. XX. 1896 г.

женіи выше сплетенія должно быть объяснено существованіемъ препятствія въ самомъ ганглии. Здѣсь допустимо только одно объясненіе, что нервныя волокна всѣ, или почти всѣ, сплетены съ нервными клѣтками въ гангліяхъ солнечнаго сплетенія. Съ положеніемъ Langley'a согласно и наблюденія Langendorff'a. При постановкѣ своихъ опытовъ послѣдній авторъ поступалъ слѣдующимъ образомъ. Животное умерщвлялось или обезкровливаніемъ или удушеніемъ. Наступало диспвоетическое суженіе зрачковъ, тогда раздражался симпатическій нервъ ниже верхняго шейнаго узла, получалось на раздражаемой сторонѣ расширеніе зрачка. Спустя нѣкоторое время эффектъ съ симпатическаго нерва пропадалъ, но раздраженіе выше узла сопровождалось еще эффектомъ.

Отсюда онъ заключаетъ, что 1) клѣтки прекращаютъ свою дѣятельность раньше волоконъ, и что 2) онѣ (клѣтки) такимъ образомъ препятствуютъ прохожденію раздраженія. Опытъ со смазываніемъ узла никотиномъ Langley произвождалъ на кошкахъ. Послѣ обнаженія узла на него наносилось при помощи ваты или шпетки небольшое количество нагрѣтаго до 38° — 40° C 1% раствора никотина. Тотчасъ же избытокъ никотина удалялся губкой, смоченной физиологическимъ растворомъ поваренной соли. Эффектъ на зрачкѣ и мигательной перепонкѣ наступалъ черезъ нѣсколько секундъ, а возстановленіе къ нормѣ черезъ 5—10 минутъ было уже полное. (Авторъ совѣтуетъ не вполне обнажать шейный ганглий, такъ какъ это нарушаетъ его кровоснабженіе; достаточно обнажать его среднюю поверхность). Опыты съ никотиномъ мы ставили, смазывая верхній шейный узелъ по методу Langley'a, и наблюдали за измѣненіемъ зрачка. Убѣдившись, что раздраженіе n. vago-sympathici, вызываетъ обычный эффектъ—уменьшеніе объема железы, обнажали верхній шейный узелъ, подходя къ нему по сосудисто-нервному пучку, причемъ прилегающіе мышцы были оттягиваемы кнаружи.

Манипулировать при обнаженіи узла приходилось очень осторожно, избѣгая по возможности намятки его и п. vago-sympathici; вообще техника обнаженія узла у собаки представляетъ довольно значительную трудность въ виду его глубокаго положенія. Послѣ обнаженія узла поступали такимъ же образомъ, какъ рекомендуетъ Langley. Если узелъ былъ хорошо обнаженъ и смазанъ, и не было при этомъ намятки ни узла, ни п. vago-sympathici, смазываніе никотиномъ, уничтожало какъ обычный эффектъ на зрачекъ, такъ и вліяніе раздраженія п. vago-sympathici на железу. Дѣйствіе никотина въ полной силѣ наступало черезъ 1½ минуты послѣ смазыванія: при раздраженіи зрачекъ не расширялся, и обычной реакціи раздраженія на железу не было. Черезъ 4½ минуты начинало уже проявляться обычное дѣйствіе раздраженія п. vago-sympathici на железу, но зрачекъ еще оставался неподвижнымъ. Черезъ 10—12 минутъ все приходило къ нормѣ (фиг. № 9 и 10).

Фиг. 9



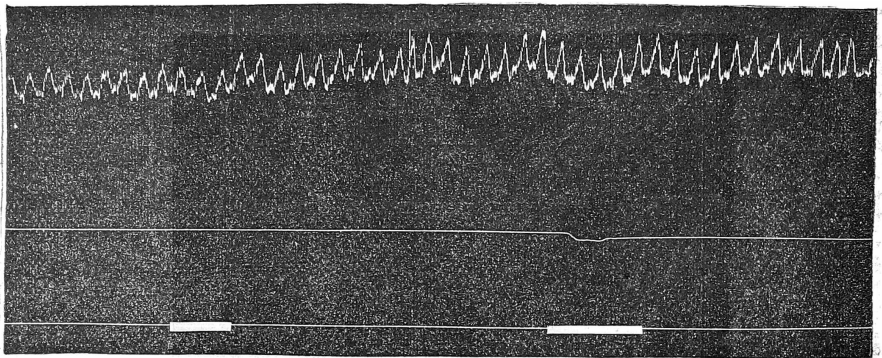
Опытъ № 55. 24/II 906. Раздраж. п. vago-sympathici sin. Разст. спир. 60 мм.

Основываясь на выводахъ Langley'я, мы можемъ сказать, что сосудосуживающія волокна для щитовидной железы при прохожденіи черезъ верхній шейный узелъ прерываются.

Такимъ образомъ, вопросъ о ходѣ сосудосуживающихъ волоконъ щитовидной железы является болѣе или менѣе яснымъ, что же касается сосудорасширителей, то еще въ 1876 г. Dastre et Morat показали, что раздраженіе шейнаго симпатическаго нерва у собаки вызываетъ расширеніе сосудовъ губъ, ноздрей и десенъ (bucco-facial'ной области). Въ 1885 году подтвердилъ это положеніе Rogowitz. Langiey при своихъ изслѣдованіяхъ не всегда замѣчалъ этотъ эффектъ, но все-таки въ большинствѣ случаевъ наблюдалъ покраснѣніе *regio-nis bucco-facialis* особенно въ переднихъ частяхъ губъ. Покраснѣніе это было настолько интенсивно, что не оставалось сомнѣнія въ дѣйствиі въ данномъ случаѣ вазо-дилататоровъ. Примѣненіе 1% раствора пивотина къ верхнему шейному узлу совершенно уничтожало эффектъ, что доказывало перерывъ сосудорасширяющихъ волоконъ въ верхнемъ шейномъ узлѣ.

Въ виду указанія, что расширяющія сосуды волокна для *bucco-facial'ной* области содержатся въ шейномъ симпатиче-

Фиг. 10.



Опытъ № 53. 24 и 906. Смазываніе узла растворомъ никотина. Раздраженіе *n-vi vago-sympathici sin.* Разст. свир. 60 мм. Первое раздраженіе черезъ 1½ минуты, второе черезъ 4½; зрачекъ не подвиженъ.

скомъ вервѣ, можно было предположить, что и расширяющія волокна, какъ и сосудосуживающія для щитовидной же-

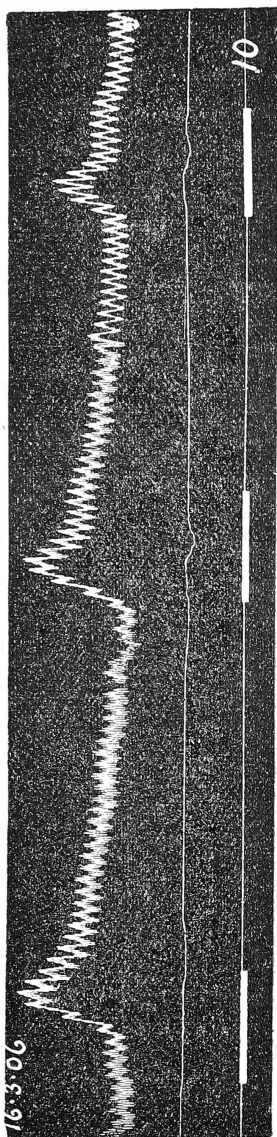
лезы, паходятся въ томъ же стволѣ. Сюда относится наблюденіе *Briand*, что раздраженіе симпатическаго нерва ниже нижняго шейнаго узла вызываетъ расширеніе сосудовъ и увеличеніе объема железы. Далѣе указанія *Dastre* и *Morat*, а также предположеніе *Abadie* относительно расширяющихъ сосуда волоконъ для щитовидной железы въ шейной части симпатическаго нерва согласуются съ наблюденіями выше указанныхъ авторовъ.

Roigier въ своей работѣ указываетъ, что щитовидная железа иннервируется только однимъ симпатическимъ нервомъ.

При опытахъ на собакахъ съ раздраженіемъ термическимъ и электрическимъ шейной части симпатическаго нерва, мы ни разу не видѣли эффекта расширенія сосудовъ железы, почему и не можемъ прійти къ заключенію, что расширяющія волокна для щитовидной железы находятся въ симпатическомъ нервѣ.

Въ то время, когда периферическія вѣтви обонхъ гортанныхъ нервовъ давали сплошь и рядомъ эффектъ расширенія сосудовъ или иногда смѣшанный, какъ видно изъ приложенныхъ кривыхъ, раздраженіе ствола *n. vi vago-sympathici* ни разу не дало указаній не только на увеличеніе объема железы, но даже и смѣшанный эффектъ ни одного раза нами не наблюдался. Поэтому, основываясь на собственныхъ изслѣдованіяхъ, мы можемъ съ положительностью заключить, что сосудосуживатели для железы проходятъ въ симпатическомъ нервѣ. Что же касается сосудорасширителей, то они вѣроятнѣе всего церебральнаго происхожденія. Подобно тому какъ въ *chorda thympani* содержатся расширяющія сосуда волокна для передней части языка, *gland. sublingualis* и *submaxillaris*, можно предположить, что для щитовидной железы расширители идутъ отъ головного мозга черезъ *nerv. vagus*. и его вѣтви.

Для изученія рефлекторнаго спазма сосудовъ железъ при раздраженіи чувствительнаго нерва, постановка опытовъ



Опытъ № 63. 16/III Раздраженіе n. ischiadici dext. Разст. шир. 175—150 mm.

была нѣсколько измѣнена. Для выясненія этого вопроса раздражали сѣдалищный нервъ электрическимъ токомъ и наблюдали за измѣненіемъ объема железъ. Такъ какъ при этомъ необходимо было сохранить проводящіе нервные пути, то блуждающіе нервы не перерѣзались. Сѣдалищный нервъ обнажался въ верхней трети бедра, отпрепаровывался, брался на лигатуру и перерѣзывался. Остальные приготовленія въ опыту были обычны. Животное бурирезировалось, обычнымъ путемъ соединялась правая art. carotis communis съ сфигмоскопомъ; обычнымъ образомъ железа помещалась въ аппаратъ.

При раздраженіи центраднаго конца n. ischiadici довольно слабымъ токомъ (120-150 mm.), получалось сокращеніе сосудовъ щитовидной железъ, выражающееся въ пониженіи кривой.—Кровяное давленіе съ моментомъ раздраженія быстро поднималось, и въ то время, когда оно достигало своего максимума, въ железу наступалъ спазмъ сосудовъ. Если внимательно

всматриваться въ прилагаемую кривую (№ II), то видно, что повиженію предшествовало весьма небольшое увеличеніе объема железы, выразившееся на кривой ничтожнымъ подъемомъ. Такимъ образомъ съ началомъ раздраженія сосуди железы подъ усиливающимся напоромъ крови нѣсколько растягивались, и сосудосуживатели не въ состояніи были первое время вполне преодолѣть силу этого напора. Когда же кровяное давленіе достигло своего maximum'a, и можно было ожидать еще большаго, насильственнаго растяженія железы, мы на самомъ дѣлѣ имѣемъ значительное уменьшеніе ея объема. Такое уменьшеніе объема могло быть только слѣдствіемъ сокращенія сосудовъ железы. Предположить возможность измѣненія количества секрета въ смыслѣ значительнаго уменьшенія его довольно трудно, такъ какъ даже послѣ длительнаго раздраженія п. vago-sympathicі или периферическихъ отрѣзковъ гортанныхъ нервовъ при микроскопическомъ изслѣдованіи железы нельзя было констатировать какихъ-либо измѣненій въ смыслѣ уменьшенія наполненія фолликуловъ, а скорѣе обратное явленіе. Такимъ образомъ подобный спазмъ сосудовъ, совпадающій съ моментомъ наивысшаго подвѣтія кровяного давленія, можетъ быть объясненъ только рефлексомъ съ чувствительнаго нерва.

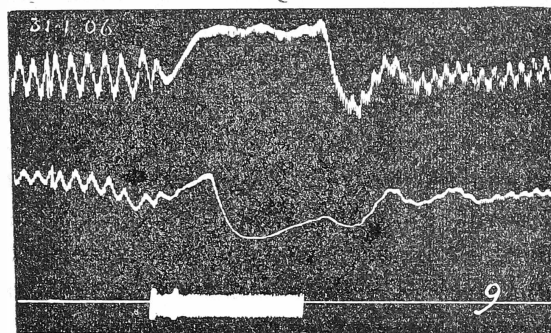
Въ нѣкоторыхъ изъ тѣхъ опытовъ, гдѣ изслѣдовалось вліяніе на измѣненіе объема раздраженія железы п. vago-sympathicі (съ той стороны, гдѣ была взята железа—всегда лѣвая), пробовалось и раздраженіе противоположнаго п. vago-sympathicі (праваго) съ цѣлю выяснить, какъ скажется подобное раздраженіе на измѣненіе объема железы противоположной стороны, и вызываетъ ли раздраженіе этого нерва рефлекторный спазмъ сосудовъ железы.

Постановка опытовъ была обычная, животное или было курарезировано, или былъ примененъ наркозъ chloralос'ный, какъ правый, такъ и лѣвый п. п. vago-sympathicі были перебрзаны въ нижней ча ти шеи (периферическіе нервы—какъ

laryngei и вѣтвь отъ узла къ железѣ оставались нетронутыми), общая артерія сонная соединена съ сфигмоскопомъ.

При раздраженіи праваго *n. vago-sympathici*, послѣ весьма непродолжительнаго латентнаго періода, на кривой измѣненія объема лѣвой щитовидной железы, замѣчался постепенно выравнивающийся спускъ. Кровяное давленіе быстро повышалось. Если же *n. vagus sin.* былъ перерѣзанъ на высотѣ *gangl. nodosum*, то раздраженіе праваго *n. vago-sympathici* не вызывало такого измѣненія въ железѣ. Въ одномъ изъ опытовъ это уменьшеніе объема было очень значительно и давало нѣсколько иную картину, чѣмъ обычно. Въ этомъ опытѣ при раздраженіи *n. vago-sympathici* противоположной стороны прежде всего замѣчался небольшой подъемъ, почти параллельный подъему на кривой давленія крови, и въ то время, когда давленіе крови достигало максимума, въ железѣ наступалъ сильный спазмъ сосудовъ, выражающійся въ сильномъ наденіи кривой, спускъ этотъ постепенно выравнивался.

Фиг. 12.



Опытъ № 50. 31/1 906. Раздраженіе централн. конца *n. vago-sympathici dextri*. Разстояніе спиралей 60 mm.

Въ тотъ моментъ, когда съ прекращеніемъ раздраженія кровяное давленіе быстро падаетъ ниже обычнаго, на кривой

измѣненія объема железы наблюдается новое пониженіе, соответствующее паденію кровяного давленія. Далѣе кривая измѣненія объема железы почти точно повторяетъ измѣненія кривой кровяного давленія. Повторныя раздраженія дали ту же картину. Постановка этого опыта была обычная, какъ только что указано выше.—Въ этомъ опытѣ еще болѣе рельефно выступаетъ та же самая картина, что и при раздраженіи п. *ischiadici*—сначала сосуды подѣ влияніемъ усиливающагося кровяного давленія растягивались и объемъ железы увеличивался. Кровяное давленіе быстро нарастало до максимума, и одновременно съ этимъ въ железѣ наступалъ энергичный спазмъ сосудовъ, и объемъ ея сильно уменьшался; далѣе дѣйствіе сосудосуживателей начинаетъ къ концу раздраженія ослабѣвать и объемъ железы постепенно увеличивается.—Съ прекращеніемъ раздраженія кровяное давленіе быстро падаетъ, и въ железѣ происходитъ уменьшеніе объема уже одновременное съ паденіемъ общаго давленія. Съ цѣлью выяснитъ, какимъ путемъ раздраженіе передается на железу, была слѣлана послѣдовательная перерѣзка всѣхъ подходящихъ къ лѣвой щитовидной железѣ нервныхъ путей и послѣдующее раздраженіе п. *vago-sympathici dextri*,—эффектъ раздраженія оставался прежній; вылущеніе верхняго шейнаго симпатическаго узла и послѣдующее раздраженіе не измѣнило картины; перерѣзка п. *vi vagi sin.* на уровнѣ *ganglion nodosum* лишь ослабила эффектъ раздраженія.—Предполагая, что подобное явленіе можетъ быть слѣдствіемъ рефлекса съ праваго блуждающаго нерва, и представляя, что въ данномъ случаѣ возможно еще дѣйствіе праваго симпатическаго нерва на лѣвый, перерѣзала правый блуждающій нервъ на уровнѣ *ganglion nodosum*. Послѣ этой перерѣзки раздраженіе п. *vi vago-sympathici* осталось безъ эффекта. Отсюда можно вывести, что раздраженіе проходило черезъ волокна п. *vi vagi*, дѣйствовало на сосудистый центръ, но какимъ путемъ достигало железы—представляется не яснымъ. Не находя доста-

точного объясненія подобному явленію и принимая во вниманіе, что подобный эффектъ наблюдался только одинъ разъ, можно думать, что въ данномъ случаѣ существовалъ какой-то аномальный путь, по которому раздраженіе и достигало железы.

При послѣдующей тщательной препаровкѣ не удалось найти какого-либо объясненія описанному явленію.

Одновременно съ изученіемъ вопроса о сосудодвигательныхъ волокнахъ железы, мы поутро ставили опыты съ перерѣзкой подходящихъ нервовъ, изучая вліяніе этой перерѣзки на измѣненіе тѣпн железы. Опыты эти, правда немногочисленные, къ какимъ-либо яснымъ опредѣленнымъ выводамъ насъ не привели.

Послѣ перерѣзки нервовъ одной железы, животныхъ оставляли жить на различные сроки, самый короткій былъ 19, а самый длинный 67 дней. Затѣмъ животное убивалось, железы изслѣдовались подъ микроскопомъ. При сравнительномъ изслѣдованіи железы съ перерѣзанными нервами и контрольной, никакихъ значительныхъ измѣненій мы констатировать не могли. Встрѣчались, правда, расширенныя фолликулы съ отслоившимся эпителиемъ, собраннымъ въ кучки въ его просвѣтѣ, наблюдалось мѣстами переполненіе фолликуловъ коллоидной массой, но подобныя измѣненія были и на срѣзахъ контрольной железы. Такимъ образомъ, утвердительно сказать, что въ одной железн были измѣненія сравнительно съ другой, не представлялось возможнымъ. При изслѣдованіи подъ микроскопомъ железы, нервы которой подвергались длительному, въ суммѣ до 1 часа, раздраженію электрическимъ токомъ, замѣчалось какъ бы болѣе сильное наполненіе фолликуловъ, но измѣненіе это опять таки не было достаточно рѣзкимъ, чтобы можно было придти къ опредѣленнымъ заключе-

пямъ. (Въ однихъ случаяхъ раздражался *n. laryng. super.*, въ другихъ *resurgens*, и въ третьихъ вѣтвь отъ узла и *laryng. super.*, а въ некоторыхъ—*n. vago sympathicus*). Къ подобнымъ же результатамъ пришелъ Breisacher и Hürthle. Первый изъ нихъ не наблюдалъ какихъ-либо измѣненій послѣ раздраженія *n.n. vagi* и *sympathici*.

Hürthle въ своей статьѣ „Beiträge zur Kenntniss des Secretionsvorgang in der Schilddrüse“¹⁾, говоритъ, что длительное раздраженіе гортанныхъ нервовъ не имѣетъ никакого вліянія на измѣненіе секретіа щитовидной железы; если же и встрѣтились въ двухъ опытахъ, съ раздраженіемъ нервовъ, измѣненія фолликуловъ и выдѣляющихъ коллоидъ кѣтокъ, то утверждать, что это есть слѣдствіе раздраженія нельзя, такъ какъ въ контрольной железнѣ встрѣчались подобныя же измѣненія, но только въ меньшемъ количествѣ.

Микроскопическія изслѣдованія произведены нами въ гистологическомъ кабинетѣ университета, при любезномъ содѣйствіи профессора Д. А. Тимофеева, А. Ф. Гебберга и А. Н. Миславскаго, которымъ, пользуясь случаемъ, приносимъ свою сердечную благодарность.

На основаніи нашихъ экспериментальныхъ наблюденій мы приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Въ иннерваціи щитовидной железы собаки принимаютъ участіе оба гортанные нерва вѣтвь, идущая отъ верхняго шейнаго узла и *laryngeus superior*.

2) Сосудистыя волокна подходятъ къ железнѣ черезъ гортанные нервы и черезъ вѣтвь отъ верхняго шейнаго узла и *laryng. super.* Въ составѣ какъ верхняго, такъ и нижняго гортан-

¹⁾ Pflüger. Arch. Bd. 56 1894.

ныхъ нервовъ подходятъ и суживатели, и расширители сосудовъ железы.

3) Сосудосуживающія волокна для железы, проходя черезъ шейный симпатическій нервъ, присоединяются къ гортаннымъ нервамъ, причемъ большая часть ихъ подходитъ къ железѣ черезъ верхній гортанный нервъ, въ который они проникаютъ черезъ анастомозъ съ верхнимъ шейнымъ узломъ.

4) Самостоятельная вѣтвь отъ *laryngeus superior* и верхняго шейнаго узла содержитъ исключительно сосудосуживающія волокна.

5) Сосудосуживающія волокна, заключенныя въ верхнемъ гортанномъ нервѣ, прежде чѣмъ достигнуть железы, прерываются въ верхнемъ шейномъ узлѣ.

6) Сосудорасширяющія волокна, вѣроятно же всего, какъ можно предполагать, церебральнаго происхожденія, такъ какъ при раздраженіи симпатическаго нерва никогда не получался эффектъ расширенія сосудовъ железы.

7) Раздраженіе чувствительнаго нерва вызываетъ рефлекторный спазмъ сосудовъ щитовидной железы.

Въ заключеніи своей работы пользуемся случаемъ искренно поблагодарить глубокоуважаемаго профессора Николая Александровича Миславскаго за неустанное руководство и доброе, сердечное къ намъ отношеніе.

Выражаемъ также нашу глубокую благодарность Дмитрію Владимировичу Полумордвинову и Адольфу Соломоновичу Сегелю за ихъ товарищеское отношеніе и постоянную готовность помочь и словомъ, и дѣломъ.

Глава IV.

Несмотря на то, что Базедова болѣзнь встрѣчается довольно часто, этиологическіе моменты, производящіе ее не представляются вполне выясненными. Почти всѣ теоріи зиждутся, главнымъ образомъ, только на двухъ главныхъ основаніяхъ.—Одни авторы видятъ главный „производящій моментъ „въ заболѣваніи самой железы, и главные симптомы этой болѣзни рассматриваютъ, какъ слѣдствіе измѣненій, какъ въ количественномъ, такъ и въ качественномъ отношеніи ея выдѣленій и послѣдующее общее отравленіе организма. Другіе авторы считаютъ за *primum movens* заболѣваніе нервной системы (головного ли мозга, или симпатической системы) съ послѣдующимъ измѣненіемъ железы и ея секрета. Третьи считаютъ *Morbus Basedowii* за болѣзнь общую, развивающуюся на почвѣ общаго ненормальнаго расщепленія продуктовъ организма. Помимо общаго леченія—терапевтическаго—при Базедовой болѣзни уже давно предложено хирургическое вмѣшательство—именно иссѣченіе щитовидной железы. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ, когда появилась теорія, что Базедова болѣзнь есть слѣдствіе заболѣванія симпатическаго нерва, голоса хирурговъ раздѣлились. Сообразно съ двумя главнѣйшими теоріями, одни хирурги предпочитаютъ оперировать на самой железнѣ, другіе же, признавая зависимость заболѣванія отъ симпатическаго нерва, считаютъ болѣе правильнымъ оперировать на шейной части симпатическаго нерва.

Сравнительно уже давно, а именно въ 1860 году *Tillaux* дѣлаетъ при *Morbus Basedowii* съ послѣдующимъ хорошимъ результатомъ вылуценіе зуба; съ того времени операція частичной резекціи железы при Базедовой болѣзни стала получать права гражданства. Многочисленными работами были

разработаны какъ техника этой операціи, такъ и показанія для нея.

За послѣдній періодъ времени операція эта производится довольно часто и въ настоящее время имѣется рядъ статистическихъ работъ, доказывающихъ хорошіе результаты этой операціи въ относительно значительномъ процентѣ случаевъ.

Къ сожалѣнію операція эта небезопасна, такъ какъ при ней сравнительно часто наблюдается смертельный исходъ, въ зависимости главнымъ образомъ отъ паралича сердца (т. е. больные въ большинствѣ случаевъ представляютъ явленія тиреодизма, на что особенно обращаютъ вниманіе Curtis и Kocher¹⁾). Подробно этого вопроса мы не касаемся, такъ какъ непосредственнаго отношенія къ нашей работѣ это не имѣетъ.

Въ 1896 году въ Lyon medical появилась статья M. Jabolay „La regeneration du goitre extirpé dans la maladie de Basedow et la section du sympathique cervical dans cette maladie“. Въ этой статьѣ авторъ высказываетъ свою идею оперировать при Basedовой болѣзни не на щитовидной железнѣ, а на симпатическомъ шейномъ нервѣ, предлагая его перерѣзку. Основаніемъ для такого положенія послужила теорія M. Abadie (l'interessante theorie en vertu), по которой „la maladie de Basedow represente le tableau d'une excitation intense du sympathique cervical“. Идея эта уже не нова, говоритъ авторъ въ другой работѣ, она была высказана еще въ 1878 году Rosenthal'емъ, который, опираясь на опыты Golz'a, заявилъ „Si l'on admet que la dilatation vasculaire n'est pas un fait de paralysie, mais bien un processus actif par fonctionnement exagere des nerfs vaso-dilatateur, on comprend alors que les dilatations vasculaires et les hyperémies prolongées dans la glande thyroïde et dans l'orbite provoquent l'hyperplasie et la proliferation conjonctive, la formation d'un goitre et la saillie d'un globe oculaire“²⁾).

¹⁾ Но ст. Huntington'a.

²⁾ Chirurgie du Grand sympathique....

Теорія Abadie нашла себѣ горячаго сторонника и защитника въ лицѣ М. Jaboulay. Основываясь на томъ положеніи, что Базедова струма является слѣдствіемъ раздраженія расширяющихъ сосуды волоконъ, заключенныхъ въ шейной части симпатическаго нерва, авторъ въ своихъ работахъ горячо настаиваетъ на резекціи этого нерва, стараясь доказать путемъ своихъ операций, что исключеніе железы отъ нервныхъ вліяній со стороны симпатическаго нерва дастъ суженіе сосудовъ железы и послѣдующее уменьшеніе зоба. Въ своей обширной работѣ „Chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïde“ авторъ говоритъ, что кромѣ дѣйствія на железу расширяющихъ сосуды волоконъ, въ послѣднюю роль играетъ расширение сосудовъ головы, лица и глазницы. Несмотря на то, что вслѣдствіе перерѣзки нервовъ и выщипанія шейныхъ узловъ происходитъ расширение сосудовъ глазницы,—exophthalmus уменьшается быстро.

Изъ приведенныхъ исторій болѣзней видно, что черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи начинается быстрое уменьшеніе exophthalmus'a и зоба. Такъ въ наблюденіи № 3, exophthalmus вечеромъ того же дня, въ который была сдѣлана операція, почти исчезъ; на третій день наблюдалось уменьшеніе тахикардій, а на четвертый уменьшеніе окружности шеи достигло $2\frac{1}{2}$ сант. Въ наблюденіи № 5, на третій день послѣ операціи: „la physionomie avait perdu son expression terrible“, тахикардія стала меньше, зобъ уменьшился. Просматривая, приведенныя М. Jaboulay, исторіи болѣзней, мы видимъ, что въ 5-ти случаяхъ было улучшеніе, въ 3-хъ смертельный исходъ отъ различныхъ причинъ, а въ остальныхъ 9-ти выздоровленіе (выздоровленіемъ отмѣчены и тѣ случаи, когда зобъ, хотя и легкій, осгалься).

Balacesku¹⁾ въ своей обширной работѣ собралъ 55 случаевъ и представляетъ во многихъ случаяхъ картину бы-

¹⁾ Archiv. für. Klinisch. Chirurgie. 1902 г.

страго и рѣзвато, если и не полного излеченія, то, покрайней мѣрѣ значительнаго улучшенія. Такіе же хорошіе результаты описываетъ Iopnesco послѣ производства предложенной имъ одно или двусторонней резекціи симпатическаго шейнаго нерва. Авторъ, сравнивая статистику Iricomi (72 случая), Allen Star (190 случ.) и Sorgo (172 сл.) относительно частичной резекціи железы и собственную, даетъ слѣдующія цифры: въ то время, какъ при частичной резекціи наибольшій % выздоровленія по Allen Star'у 38.9%, при тотальной резекціи шейнаго симпатическаго нерва 58.9%. Улучшеніе по Iricomi 59%, при резекціи нерва 29.4%; неудовлетворительный результатъ при резекціи железы 15.2%, при резекціи нерва 11.7%. Maximum смертности по Iricomi 15.3% -- при резекціи нерва—0.

Въ послѣдующее время операціи Iaboulay и Iopnesco производили и другіе авторы, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, повидимому, съ хорошимъ результатомъ. Есть случаи, гдѣ результаты прослѣжены по нѣскольку лѣтъ (Iopnesco, Marchant et Abadie, Iaboulay и др.). Несмотря на такія данныя статистики, операцію эту нельзя считать вполне безопасной, такъ какъ и травма весьма значительна, и бывають серьезныя осложненія (напр. случаи Soulie ¹⁾, Tiliatre'a ²⁾, Deschuttes ³⁾). Высказывать окончательное сужденіе объ этой операціи въ настоящее время еще рано, такъ какъ она находится въ періодѣ разработки ⁴⁾.

Если разсматривать вопросъ объ операціи на симпатическомъ нервѣ, согласно полученнымъ нами эксперименталь-

¹⁾ Хирургія 1898 г.

²⁾ Врачъ 1902 г.

³⁾ La clin. Ophthalmolog. 1903.

⁴⁾ Изъ русскихъ работъ имѣются — д-ра Барабашкина диссер. 1901 г. и проф. В. М. Разумовскаго. Русская хирургія.

вымъ даннѣмъ, мы не можемъ причислить себя къ защитникамъ операціи такого рода.

Вылущая верхній шейный узелъ, черезъ который, по нашимъ наблюденіямъ, проходятъ къ желѣзѣ сосудосуживающія волокна или перерѣзанъ на шеѣ симпатическій нервъ, мы тѣмъ самымъ изолируемъ железу отъ вліянія на нее сосудосуживателей и оставляемъ нетронутымъ тотъ путь, по которому проходятъ расширяющія волокна. Слѣдовательно, послѣ вылущенія узла должно было бы наступить расширеніе сосудовъ железы и послѣдующее увеличеніе ея объема. Такія явленія обыкновенно не наблюдаются, а наоборотъ, какъ отмѣчаютъ авторы, происходитъ, замѣтное даже въ первые дни, уменьшеніе объема. Признавая ходъ расширителей въ верхнемъ гортанномъ нервѣ, вѣрнѣе ли допустить, что при вылущеніи верхняго шейнаго узла происходятъ наминка *n-vi laryngei super.* и *n-vi vagi*, вызывающая временный параличъ сосудорасширяющихъ волоконъ—а такое состояніе выравнивается потомъ уже постепенно. Подобное предположеніе возможно только въ томъ случаѣ, если сосудистыя волокна для щитовидной железы у человѣка, идутъ такимъ же образомъ, какъ и у собаки.

Клиническія наблюденія *Seuli*, *Deschutles'a*, *Tiliatg'a* и др., какъ намъ кажется, подтверждаютъ, что расширяющія сосуды волокна не исключаются послѣ вылущенія узла, такъ какъ наблюдавшееся послѣ этого ухудшеніе и увеличеніе объема железы указываютъ на исключеніе дѣйствія сосудосуживателей.

Возможно также допустить и такое предположеніе, что послѣ вылущенія узла или перерѣзки симпатическаго нерва, наступаетъ измѣненіе трофическихъ нервовъ щитовидной железы или даже выпаденіе ихъ функций. *Hall Waite* въ 1895 г. опубликовалъ результаты двухъ вскрытій умершихъ отъ аневризмы аорты, причемъ обратилъ вниманіе на перерожденіе вслѣдствіе давленія аневризмой лѣваго нижегор-

таннаго нерва и значительную атрофію лѣвой половины щитовидной железы. На основаніи этого авторъ дѣлаетъ заключеніе о существованіи трофическихъ волоконъ для щитовидной железы въ *nervus recurrens*. Хотя экспериментальныя данныя (опыты Horsley'a) и не соответствуютъ подобному заключенію, но еще не исключаютъ возможности поврежденія или даже полного выпаденія функций трофическихъ нервовъ послѣ перерѣзки шейнаго *sympathicus*'а или вылушенія узла.

Допустивъ такое предположеніе, легко объяснить явленіе уменьшенія объема железы послѣ операціи, особенно въ связи съ нашимъ первымъ предположеніемъ:—временный параличъ сосудорасширителей, идущихъ въ верхнемъ гортанномъ нервѣ и послѣдующія атрофическія явленія въ железѣ вслѣдствіе прекращенія функций трофическаго нерва.

Пользуемся случаемъ выразить нашу глубокую благодарность профессору Ивану Александровичу Праксину за хирургическое образованіе, полученное подъ его руководствомъ въ клиникѣ.

Опытъ №. 46.

14/1 906 г. Кобель вѣсъ 12,500 гр.

Начало опыта въ 12 ч. За четверть часа впрыснуто три 1-граммовыхъ шприца 1% раствора солянокислаго морфія. Нижняя трахеотомія. Въ вену задней ноги введено 3 полутораграммовыхъ шприца раствора кураре 8 pro mille. Искусственное дыханіе.

Въ 12 ч. 25 мин. приступлено къ обнаженію обѣихъ гортанныхъ нервовъ съ лѣвой стороны и обѣихъ л. *vago-sympathici*. Отпрепарована также вѣтвь, идущая отъ *laryng. sup. sin.* и анастомозирующая съ *gang. cervic. super.* Вѣтвь довольно хорошо выражена. Правая *arteria carotis communis* соединена со сфигмоскопомъ при помощи каучуковой трубки, наполненной 25% растворомъ еѣрно-кислой магнезіи. Железа лѣвая осторожно отдѣлена отъ клетчатки въ средней только части, чтобы возможно было подвести подставку аппарата. Железа довольно большая съ рѣзко выраженнымъ вепознымъ сплетеніемъ.

1 ч. 10 мин. Перерѣзаны оба л. *vago-sympathici* въ нижней части шеи. Железа уложена на подставку и придавлена сверху пластинкой, прикрѣпленной къ перепонкѣ капсулы, которая соединена съ записывающимъ баллономъ.

1 ч. 23 мин. Раздраженіе центрального отрѣзка ствола *vago-sympathici*. Разстояніе спиралей 60 мм.

Железа на глазъ замѣтно блѣднѣетъ. На кривой измѣненія объема железы значительный спускъ. На кривой давленія крови подъемъ.

1 ч. 30 м.—*idem*.

1 ч. 32 м. Барабанъ остановленъ. Вылущенъ верхній шейный узелъ. Впрыснуть 1 шприць кураре.

2 ч. 14 мин. Раздраженіе центральнаго конца *n. vago* — *sympathicі* дало отрицательный эффектъ на кривой измѣненія объема железы при значительномъ подъемѣ общаго кровяного давленія. Разстояніе катушекъ 60 мм.

2 ч. 16 мин. 20 сек. Новое раздраженіе токомъ той же силы дало замѣтно выраженные пульсовыя колебанія, измѣненія же объема железы не отмѣчено.

2 ч. 19 м. 10 сек.; разстояніе катушекъ 60 мм., эффектъ прежній.

2 ч. 21 мин. Перерѣзанъ *n. laryng. sup. sin.*

2 ч. 24 мин. Раздраженіе периферическаго отрѣзка *n. laryng. sup.* токомъ, при разстояніи спиралей=100 мм., дало небольшой подъемъ, съ рѣзко выраженными пульсовыми колебаніями. Животное начало дѣлать движенія.

2 ч. 26 мин. Вырынуто 2 шприца кураре. Тотчасъ же отмѣчается значительное пониженіе кровяного давленія.

2 ч. 35 мин. Давленіе крови выравнилось. Раздраженіе периферическаго конца *n. laryng. sup. sin.* токомъ, при разстояніи спиралей=80 мм., дало на кривой измѣненія объема железы значительный подъемъ, съ рѣзко выраженными пульсовыми волнами. По прекращеніи раздраженія на кривой черезъ нѣкоторое время замѣчается пониженіе, переходящее въ рядъ правильныхъ волнъ, которыя затѣмъ исчезаютъ, и немного спустя появляются вновь—тогда—

2 ч. 37 м. 25 сек. Новое раздраженіе *n. laryng. super. sin.* токомъ той же силы, дало рѣзкій, хотя и не высокій, подъемъ съ характерными пульсовыми волнами и постепеннымъ пониженіемъ еще во время раздраженія.

2 ч. 40 мин. Барабанъ оспаповлевъ. Перерѣзанъ *n. recurrens sin.*

2 ч. 40 мин. 30 сек. Барабанъ пушенъ. Раздраженіе периферическаго конца *n. recurrens sin.* токомъ, при разстояніи спиралей=80 мм., вызвало сначала волнообразный незначительный подъемъ, постепенно усиливающейся къ концу раздраженія. Съ прекращеніемъ раздраженія довольно рѣзкій спускъ ниже первоначальной высоты, а затѣмъ небольшой подъемъ.

2 ч. 43 м. 10 сек. Новое раздраженіе периферическаго конца *n. recurrens sin.* токомъ той же силы,—дало волнообразный съ выраженными пульсовыми колебаніями, но не такой значительный, подъемъ.

2 ч. 47 мин. Раздраженіе периферическаго отрѣзка п. *lagung. sup.* токомъ, при разстояніи спиралей=80 mm. вызвало рѣзкій волнообразный подъемъ съ пульсовыми колебаніями; волны продолжались все время раздраженія; по прекращеніи же раздраженія пульсовыя волны исчезли, и кривая измѣненія объема железы постепенно спустилась до обычной высоты.

2 ч. 56 мин. Раздраженіе токомъ, при разстояніи спиралей=80 mm., вѣтви, отходящей отъ узла и *lagung. super. sin.*, дало сначала—выраженныя пульсовыя волны со слабымъ повиженіемъ кривой, а затѣмъ болѣе значительное повиженіе кривой со слабыми пульсовыми колебаніями. Съ прекращеніемъ раздраженія постепенный подъемъ.

3 ч. 2 м. 10 сек. Новое раздраженіе токомъ, при разстояніи спиралей 60 m. дало ту же картину, но болѣе рѣзко выраженную.

3 ч. 5 м. Барабанъ остановленъ. Впрыснуто 2 шприца кураре. Отсепарована тонкая нервная вѣтвь, идущая отъ влагалища большихъ сосудовъ къ наружному краю верхняго полюса железы. Вѣтвь взята на лигатуру и перерѣзана.

3 ч. 31 мин. Барабанъ пущенъ. Раздраженіе токомъ, при разстояніи спиралей=80 mm., замѣтнаго измѣненія объема железы не дало.

3 ч. 32 м. 30 сек. Токъ, при разстояніи спиралей=75 mm.—idem.

3 ч. 35 м. 10 сек. Токъ, при разстояніи спиралей=60 mm.—idem.

3 ч. 37 мин. Раздраженіе периферическаго конца п. *recurrentis* дало обычный болѣе рѣзкій, волнообразный подъемъ кривой съ замѣтными пульсовыми волнами.

3. ч. 40 м. Введено въ вену 1 шприць кураре. Давленіе сильно повизилось.

3 ч. 48 м. Раздраженіе вѣтви отъ *lagungus sup.* и узла дало довольно слабо выраженный спускъ кривой. Давленіе крови постепенно падаетъ.

3 ч. 51 м. Раздраженіе периферическаго конца *lagung. sup.* дало очень слабый эффектъ при силѣ тока=60 mm. разстоянія между спиральями.

Конецъ опыта въ 4 часа.

При анатомической препаровкѣ выяснилось, что анастомозъ между п. *lagung. super.* и узломъ довольно сильный,

самостоятельная вѣтвь отъ узла и *laryng. sup.* выражена рѣзко.

Опытъ 47-ой.

16/1 1906 год. Сува, вѣсъ 11,500 гр.—Подъ кожу вприснуто 2 шприца 1% раствора *Morphii muriatici*. Трахеотомія, кураре и искусственное дыханіе.

Начало опыта въ 12 ч. 15 м. Обнажены *n. laryngei superior et inferior* на лѣвой сторонѣ; оба *n. vago-sympathici*. Вѣтвь отъ узла и *laryng. super.* выражена хорошо; подъ нервы подведены лигатуры. Железа взята обычнымъ образомъ. Правая *arteria carotis* соединена со сфигмоскопомъ.

12 ч. 50 мин. оба *n. vagi* перерѣзаны.

12 ч. 54 мин. Раздраженіе *n. vago-sympathici* токомъ при разстояніи спиралей=60 мм. дало значительный спускъ кривой измѣненія объема железы постепенно выравнивающейся. Давленіе крови сильно поднялось.

1 ч. 2 м. Перевязанъ и перерѣзанъ *n. laryng. super.*

1 ч. 3 м. Раздраженіе *n. vago-sympathici* токомъ при разстояніи спиралей=60 мм., дало пониженіе кривой измѣненія объема железы, но значительно слабѣе.

1 ч. 8 м. Повторное раздраженіе дало тотъ же результатъ.

1 ч. 38 м. Перевязанъ и перерѣзанъ *n. recurrens sup.*

1 ч. 15 мин. Раздраженіе *n. vago-sympathici* токомъ, при разстояніи спиралей=60 мм. дало довольно слабое пониженіе кривой измѣненія объема железы, при обычномъ подъемѣ кровяного давленія.

1 ч. 20 мин. Перевязка и перерѣзка вѣтви, идущей отъ *laryng. super.*, анастомозирующей съ узлами.

1 ч. 22 мин. Раздраженіе *n. vago-sympathici* токомъ при разстояніи спиралей=60 мм. пониженія на кривой измѣненія объема железы не дало. Запись все время была удовлетворительная. Кураре введено было 9 шприцевъ. Замѣтнаго паденія давленія не было. Послѣдующія раздраженія периферическихъ отрѣзковъ нервовъ не добавляют ничего новаго къ результатамъ предыдущаго опыта, почему ихъ и не приводимъ.

Передъ концомъ опыта искусственное дыханіе было прекращено, трахеотомическая трубка заткнута ватой. Кровя-

ное давленіе начало быстро подниматься; число сердечныхъ ударовъ увеличились.

На кривой измѣненія объема железы сначала былъ замѣченъ небольшой подъемъ, затѣмъ очень пологій спускъ, и когда кровяное давленіе достигло maximum'a, на кривой измѣненія объема железы былъ опять замѣченъ довольно пологій подъемъ, причѣмъ рѣзкому, кратковременному паденію давленія крови, соответствовало небольшое пониженіе на кривой измѣненія объема железы. Съ прекращеніемъ асфиксіи железа стала писать обычную кривую.

Опытъ конченъ въ 4 часа 10 мин.

Препаровка нервовъ дала ту же картину, что и въ предыдущемъ опытѣ.

Опытъ 50-ый.

31/1 906 год. Сука—пойнтеръ. Вѣсъ 20,000 гр.

Наркозъ АСЛБ; обнажена vena jugularis, въ которую ввязана небольшая стеклянная канюля.

Въ 12 ч. 37 мин. введено въ вену 250,0 теплаго раствора chloraloh'и (8:1000).

12 ч. 41 мин. періодъ возбужденія, продолжавшійся 3—4 мин.

Въ 12 ч. 50 мин. полный наркозъ.

Обнажены и перерѣзаны оба vago-sympathici, обнаженъ лѣвый верхній шейный узелъ. Правая arteria carotis соединена обычнымъ образомъ со сфигмоскопомъ. Железа очень большая; отдѣлена и положена въ аппаратъ она обычнымъ образомъ. Во время препаровки констатированъ сильный отекъ подкожной вѣтчатки на шеѣ. Отекъ этотъ постепенно уменьшался и къ концу операціи исчезъ совершенно. Запись отличная. На кривой рѣзко выступаютъ пульсовыя волны.

1 ч. 33 м. Раздраженіе n. vago-sympathici sin.—рѣзкое паденіе кривой измѣненія объема железы и сильный подъемъ кривой кровяного давленія.

1 ч. 35 м. Раздраженіе n. cruralis dextri токомъ при разстояніи катушекъ=80 mm. Кривая измѣненія объема железы параллельна кривой кровяного давленія. Увеличеніе объема не сильное.

1 ч. 37 м. Повторныя раздраженія п. vago-sympathici sin. токомъ при разстоянн спиралей = 80 mm. дало обычный эффектъ.

1 ч. 42 м. Смазываніе верхняго шейнаго узла теплымъ растворомъ 1% никотина.

1 ч. 43 м. Раздраженіе п. vago-sympathici—обычный эффектъ, расширеніе зрачка полпос.

1 ч. 45 м. idem.

1 ч. 47 м. idem.

Послѣдующія два смазыванія верхняго шейнаго узла никотиномъ дали только весьма слабый эффектъ на зрачкѣ при раздраженіи п. vago-sympathici.

2 ч. 35 м. Раздраженіе центральнаго конца п. scularis dextrі токомъ при разстоянн спиралей = 120 mm. дало небольшой подъемъ кривой давленія съ послѣдующимъ спускомъ и выравниваніемъ къ обычному еще во время раздраженія. Кривая измѣненія объема железы при началѣ раздраженія была безъ измѣненій, затѣмъ же, когда давленіе выравнивалось, наступилъ замѣтный спазмъ сосудовъ (замѣтное пониженіе кривой) перешедшій еще во время раздраженія, въ обычную кривую 12 ч. 42 м. Животное начало дѣлать движенія; введено еще 60,0 chloraloh'y.

2 ч. 53 м. Раздраженіе п. vago-sympathici sin. токомъ при разстоянн спиралей = 60 mm. дало небольшое паденіе кривой измѣненія объема железы съ послѣдующимъ поднятіемъ выше обычнаго, при этомъ общее давленіе крови сильно понизилось и выравнивалось довольно медленно. Повторныя раздраженія п. vago-sympathici sin. токомъ, при разстоянн спиралей = 60—80—100 mm. дали такой же депрессорный эффектъ и на кривой измѣненія объема железы былъ выраженъ почти параллельный спускъ.

3 ч. 17 м. Раздраженіе п. vago-sympathici dextr. Разстоянн спиралей = 60 mm. Давленіе крови сильно повысилось и во время раздраженія было на одной высотѣ, на кривой измѣненія объема железы сначала былъ довольно крутой подъемъ, затѣмъ очень рѣзкій спускъ, постепенно выравнившійся еще во время раздраженія.

3 ч. 32 м. Вылуценъ верхній шейный узелъ. Раздраженіе п. vago sympathici sin. не дало эффекта на железѣ.

3 ч. 34 м. Раздраженіе *n. vago-sympathici dextri*; прежній эффектъ на кривыхъ, разстояніе спиралей=60 мм. Постепенно перерѣзывались всѣ подходящіе нервы, оба *n. laryngei*, вѣтвь отъ узла и *n. laryngus superior* и послѣ каждой перерѣзки пробовалось раздраженіе *n. vago-sympathici*—эффектъ постепенно слабѣлъ, но все же былъ достаточно ясенъ.

Перерѣзка *n. vagi sinistri* на уровнѣ *ganglion nodosum* не вполне уничтожила эффектъ раздраженія *vago-sympathici dextri*.

Перерѣзавъ *n. vagus dexter* на уровнѣ *ganglion nodosum*, выше отдѣленія *n. sympathici*—раздраженіе безъ всякаго эффекта.

Дальнѣйшее изложеніе протокола опыта мы не считаемъ нужнымъ приводить, такъ какъ чего либо новаго повторныя раздраженія не вносятъ. Раздражаемы были периферическіе отрѣзки *laryng. super.—inferior.* и вѣтви отъ узла и *laryng. sup.* причѣмъ эти раздраженія дали прежній эффектъ. Кривыя были очень демонстративны. Запись была все время отличная; животное спало хорошо, и только сильныя токи вызывали небольшія движенія, которыя, впрочемъ, не препятствовали записи.

Конецъ опыта въ 4 часа 42 мин.

Отсутствіе эффекта отъ смазыванія никотиномъ въ данномъ случаѣ, вѣроятно же всего, произошло отъ недостаточно чистой препаровки узла вслѣдствіе того, что оперировать пришлось на значительной глубинѣ, и препаровкѣ, кромѣ того, мѣшало обильное развитіе кровеносныхъ сосудовъ, порядочное кровотеченіе и сильный отекъ клетчатки; все это влекло за собою излишній травматизмъ.

Весьма вѣроятно, что и узелъ былъ также значительно помятъ. Путѣмъ послѣдующей препаровки убѣдились въ правильности перерѣзки *ner. vagi dextri* и вылушенія узла; тщательной препаровкѣ какихъ либо новыхъ нервныхъ путей къ железѣ не обнаружено.

Опытъ 54-ый.

12/и 906 года. Кобель, вѣсъ 24,000 гр. Начало опыта въ 12 ч. 55 мин.

Въ вену *jugularis* введено 300,0 раствора *chloralos'ы*. Полный паркозъ наступилъ черезъ 18 мин. *Arteria carotis*

dextra соединена со сфингоскопомъ. Давленіе крови 200 mm. ртутн. Оба nervi vago-sympathici перерѣзаны. Средней величины железа въ аппаратъ взята, какъ всегда.

1 ч. 36 мин. Раздраженіе nervi vago-sympathici sinistri дало обычный эффектъ — уменьшеніе объема. Разстояніе спиралей = 80 mm.

Дыхательныя движенія сильно препятствуютъ, вызывая колебанія аппарата. Сдѣлана трахеотомія и обнаженъ верхній шейный узелъ съ лѣвой стороны.

2 ч. 23 м. Смазываніе узла 1% растворомъ никотина.

2 ч. 24 м. 30 сек. Раздраженіе vago-sympathici sinistri (разст. спир. 80) вызываетъ уменьшеніе эффекта на железы и болѣе слабое расширеніе зрачка.

2 ч. 27 м. Раздраженіе vago-sympathici sinistri токомъ, при разстояніи спиралей = 70 mm.; эффектъ еще вѣскольکو слабѣе, особенно на зрачкѣ.

2 ч. 30 м. Раздраженіе vago-sympathici токомъ, при разстояніи спиралей = 70 mm.; железа даетъ прежній довольно значительный спускъ; зрачекъ расширяется быстрѣе.

2 ч. 37 мин. Повторное смазываніе 1% растворомъ никотина

При раздраженіи n. vago-sympathici sinistri (р. с. 70) тѣ же явленія, что и при первомъ смазываніи.

Лѣвый vago-sympathicus по едва замѣтному желобку съ трудомъ раздѣленъ на двѣ части. Поперемѣнное раздраженіе n. vagi et sympathici.

2 ч. 56 м. Раздраженіе n. sympathici токомъ, при разстояніи спиралей = 70 mm. даетъ довольно быстрый спускъ кривой съ такимъ же рѣзкимъ подъемомъ; кровяное давленіе почти не измѣняется.

2 ч. 58 м. Раздраженіе n. vagi токомъ, при разстояніи спиралей = 70 mm. дало на кривой измѣненія объема железы едва замѣтное, небольшое пониженіе (весьма пологое); кровяное давленіе быстро поднялось.

3 ч. 1 м. Одновременное раздраженіе раздѣленныхъ частей n. vago-sympathici (разст. спир. 70) даетъ обычную, только болѣе слабую, кривую измѣненія объема железы и обычный подъемъ на кривой кровяного давленія.

3 ч. 10 м. Раздраженіе *n. cingularis* (разст. спир. 150) вызывало движенія животнаго.

3 ч. 21 м. Верхній шейный узелъ вылущенъ. *N. vagus* перерѣзанъ на уровнѣ *gangl. nodosum*.

3 ч. 26 м. Раздраженіе *n. vago-sympathici* эффекта на железу не имѣло. (Разст. спиралей=60 m.m.)

Опытъ оконченъ въ 3 ч. 47 мин.

Изъ только что приведеннаго опыта видно, что послѣ пасильственнаго раздѣленія *n. vago-sympathici*, поочередное раздраженіе даетъ и въ томъ и въ другомъ случаѣ измѣненіе объема железы съ той только разницею, что раздраженіе *n. vagi*—весьма вялое и не рѣзкое (возможно, что имѣются волокна симпатическія), раздраженіе же *sympathici* болѣе живое и значительное. Болѣе же слабый эффектъ отъ раздраженія того и другого нерва объясняется павинкой и разрывомъ части волоконъ. Что касается того, что смазываніе 1⁰/₃ растворомъ никотина не дало уничтоженія эффекта, послѣ раздраженія *n.-vi vago-sympathici*, то это по всей вѣроятности зависить отъ несовершенства техники и недостаточнаго обнаженія и смазыванія узла.

Опытъ 55-ый.

24/II Кобель, вѣсомъ въ 16,500 гр.

Въ 12 часовъ введено 300,0 раствора *chloraloh'm.*

Наркозъ наступилъ черезъ 17 мин. Перерѣзанъ *n. vago-sympathicus sin.* въ нижней части шеи. Правая *arteria carotis* соединена со сфигмоскопомъ. Средней величины железа взята обычнымъ образомъ.

12 ч. 20 мин. Раздраженіе *n. vago-sympathici sinistri* токомъ, при разстояніи спиралей=60 mm, дало обычное уменьшеніе объема железы, которое выравнялось вскорѣ послѣ прекращенія раздраженія. На кривой давленія крови пониженіе давленія. Верхній шейный узелъ слѣва отсепарованъ. Лѣвый блуждающій червь перерѣзанъ вторично выше *ganglion nodosum*, съ цѣлью избѣжать вліянія на дыханіе. Правый *n. vagus* цѣль.

12 ч. 48 м. Раздраженіе п. vago-sympathici sin. дало обычное уменьшеніе объема железы. Разстояніе спиралей=60 mm.

Обваженъ правый сѣдалищный нервъ.

1 ч. 12 м. Раздраженіе п. ischiadici токомъ при разстояніи спиралей=150 mm. дало значительное повышеніе кровяного давленія, а на кривой измѣненія объема железы въ это время былъ значительный спускъ, перешедшій въ не очень сильный подъемъ, причемъ на кривой были замѣтны отдѣльные довольно крутые подъемы, происшедшіе отъ движенія животнаго.

1 ч. 31 м. Раздраженіе п. vago-sympathici sinistri дало на железѣ обычный эффектъ (Разстояніе спиралей=60 mm).

1 ч. 33 м. Узелъ смазанъ теплымъ 1% растворомъ никотина во Langley'ю.

1 ч. 34 м. 30 сек. Раздраженіе п. vago-sympathici sin. токомъ той же силы. Эффекта на железу нѣтъ. Зрачекъ неподвиженъ.

1 ч. 37 м. 30 с. Раздраженіе п. vago-sympathici sin токомъ, при разстояніи спиралей=60 mm. даетъ на кривой измѣненія объема железы небольшой спускъ, зрачекъ неподвиженъ.

1 ч. 43 мин. idem—на кривой измѣненія объема железы спускъ, слабое расширеніе зрачка.

1 ч. 48 м. idem—сильное расширеніе зрачка, уменьшеніе объема железы.

Повторное смазываніе никотиномъ дало ту же самую картину.

Конецъ опыта въ 2 ч. 35 мин.

Въ этомъ опытѣ обваженіе узла было сдѣлано болѣе тщательно. Смазываніе никотиномъ указало, что сосудо-суживатели для щитовидной железы прерываются въ верхнемъ шейномъ узлѣ.

Опытъ 63-ій.

16/III 906 г. Начало опыта въ 12 ч.

Кобель, вѣсомъ въ 17300 гр. Трахеотомія. Кураре. Правая arteria carotis соединена со сфигмоскопомъ.

Небольшая железа взята какъ всегда. *Nervi vagi* цѣлы. Обнаженъ *n. ischiadicus dexter*.

12 ч. 30 м. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ при разстояніи спиралей 175 мм. дало на кривой измѣненія объема железы едва замѣтный спускъ.

12 ч. 32 м. 30 с. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ при разстояніи спиралей въ 150 мм. дало значительное уменьшеніе объема железы—опусканіе кривой. Значительный подъемъ кровяного давленія.

12 ч. 34 м. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ при разстояніи спиралей=150 мм. дало на кривой измѣненія объема железы ту же картину; кровяное давленіе поднялось не сильно.

Опытъ оконченъ въ 12 ч. 56 мин.

Объясненіе рисунковъ.

Fig. 1. Рѣзко выраженъ анастомозъ верхняго шейнаго узла съ *n. laryngeus super.*, отъ наружной вѣтви котораго отходить вѣтвь къ щитовидной железн.

G.C.S.—Ganglion cervicale super.

V. —Nervus vago-sympathicus.

L.S. —Nervus laryngeus superior.

R.E. —Ramus externus *n. laryngei superior.*

N.A. —Нервная вѣтвь, идущая по верхней щитовидной артеріи.

Ar.Th.—Arteria thyreoidea sup.

Gl.Th.—Glandula thyreoidea.

Fig. 2. Анастомозъ верхняго шейнаго узла съ *n. laryngeus super.* не выраженъ. Отъ узла отходить вѣтвь, анастомозирующая съ вѣтвью отъ *Ramus externus n. laryng. super.*

Cerv. I.—Верхній шейный нервъ.

Обозначенія остальные тѣ же, что и въ 1-й.

Fig. 3. Анастомозъ верхняго шейнаго узла съ *n. laryngeus sup.* существуетъ. Отъ узла отходить самостоятельная вѣтвь, которая прежде чѣмъ вступить въ железу, анастомозируетъ съ вѣтвью отъ *Ramus externus n. laryng. superioris.*

Fig 1

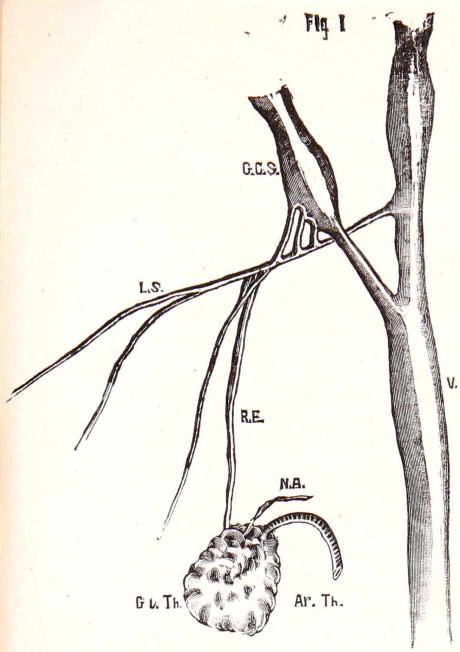


Fig. 2

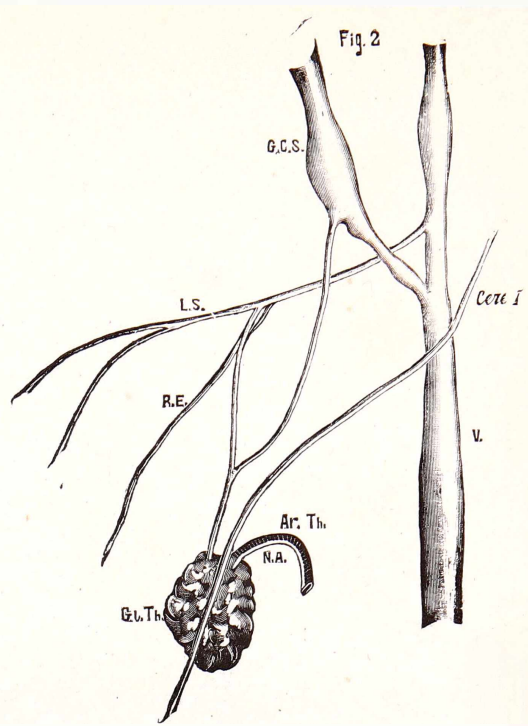


Fig. 3.

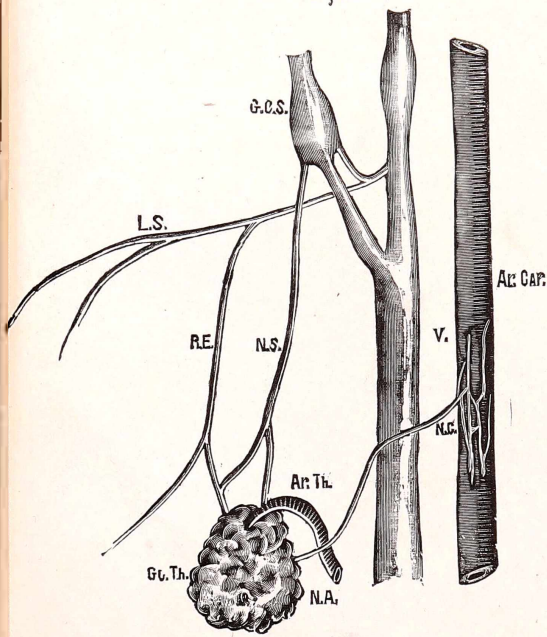
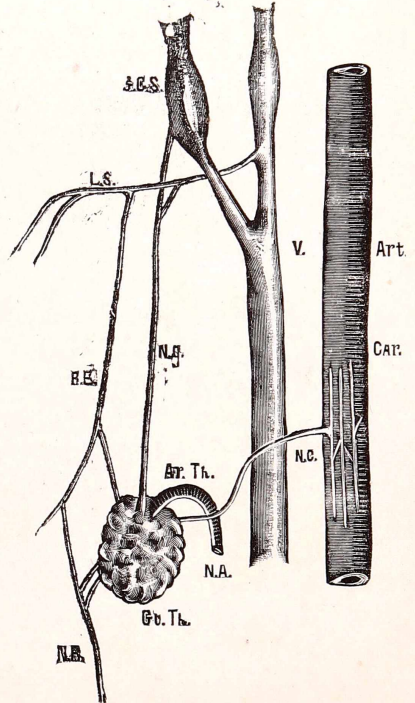


Fig 4.



N.S. — Вѣтвь отъ Ganglion. cervic. superior.

N.C. — Тонкая нервная вѣтвь, идущая отъ влажлища большихъ сосудовъ.

Ar. Car. — Arteria carotis.

Остальные обозначенія тѣ же.

Fig. 4. Анастомозъ верхняго шейнаго узла къ n. laryng. super. не выраженъ. Къ щитовидной железѣ подходятъ вѣтвь, образованная изъ двухъ корешковъ, — одинъ отъ узла, другой отъ laryng. super.

N.G. — Вѣтвь отъ узла и n. laryng. super.

N.R. — Nervus recurrens.

Остальные обозначенія прежнія.

Литература.

- Abadie. De la section du sympath. cervic. therapeutique. Revue de chirurgie. 1898.
- Andersson. Zur Kenntniss der Morphologie d. Schilddrüse. Archiv f. Anatomie und Entwicklungsgeschichte 1894.
- Balacescu. Die totale bilaterale Resection des Sympathicus cervicalis bei Morbus Basedowi. Archiv für klinisch. Chirurg. 1902 r. Bd. 67.
- Briau. L'innervation du corps thyroïde—recherches anatomiques et physiologiques. Revue de chirurgie 1898.
- Broca. Maladies du corps thyroïde. Traité de chirurgie. Duplay et Reclus.
- Berry James.—Diseases of the thyroid gland and their surgical treatment. 1901. London.
- Boisson. Etude critique des interventions sur le sympathique cervical dans la maladie de Basedow (по Berry).
- Барабошкивъ. Анатомія и топографія шейнаго отдѣла симпатической системы и операціи на немъ при Basedовой болѣзни и эпилепсіи.
- Carabianco. Ricerche microscopiche e sperimentali sugli effetti della Tiroidectomia. Internationale Monatschrift f. Anatom. u. Physiolog. Bd. XI. 1894.

- v. Cyon E.** Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse und Herzens. Arch. f. die gesamm. Physiolog. Pflüger. Bd. 70.
- Curtis.** Thyroidectomy and sympathectomy for exophthalmique goitre. Annal. of Surgery 1903.
- Deshutles.** Goitre exophthalmique. Resection du sympathique cervical. Mort rapida. La clinique Ophthalmol. 1903 (uo Mendels. Jahrber).
- Drobnick.** Topographisch—anatomische Studien über den Halsympaticus.—Arch. f. Anat. und Physiolog. Anatom. Abtheil. 1887 r.
- Ehrich.** Klinische und anatomische Beitrag zur Kenntniss des Morbus Basedowi. Beiträge zur klinische Chirurgie. Bd. 28.
- Eiselsberg.** Zur Lehre von der Schilddrüse. Virchow's Archiv. 1898. Bd. 153.
- Eiselsberg.** Die Kranckheiten der Schilddrüse. Stuttgart. 1901 r.
- Erdheim.** Histologie der Gland. thyreoidea. Beiträge zur patholog. Anatomie und allgem. Patholog. Bd. 33. 1903 r.
- Exner A.** Kehlkopfnerven und die Function der Thyreoidea. Pflüger's Archiv. Bd. 68. 1897 r.
- Fuhr.** Die Extirpation der Schilddrüse. Archiv. für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Bd. 21. 1886 r.
- Gauthier.** Fonctions du corps thyreoide. Revue de Medicin. 1900 r.
- Геркенъ Н. А.** проф. Нѣсколько случаевъ Базедовой болѣзни. Казань. 1900 r.
- Gley.** Remarques sur quelques travaux recentes concernant la physiologie de la gland. thyreoid. Arch. de Physiologie. 1893.

- H a e n n i c k e.** Ueber des Wesen des Morb. Basedowi und seine operativ. Behandlung. — Münch. Med. Wochenschrift. 1905.
- H u n t i n g t o n.** Considerations relative to Basedow's disease. Annals of Surgery. 1903 r. XXXVII.
- H ü r t h l e.** Beiträge zur Kenntniss des Secretionsvorgangs in der Schilddrüse. Arch. f. d. desaunt. Physiologie v. Pflüger. 1894. 56.
- J a b o u l a y.** Chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïd. Paris. 1905 r.
- J a l o u l a y.** Le traitement du goitre exophthalmique par la section ou la resection du sympathique cervical. Gazette des Hopitaux. 1897 r. 85.
- J o n n e s c o.** Ueber Resection des Cervicalabschnittes des Sympathicus. Deutsche Med. Wochenschrift. 1899 r.
- J o n n e s c o.** Totale und beiderseitige Resection des Nervus sympathicus behufs Behandlung des Morb. Basedowi und der Epilepsie. Centralblatt für Chirurgie. 1897.
- K a t z e n s t e i n.** Ueber die Degenerationvorgänge in N. laryng. sup., N. laryng. infer. und N. vagus nach Schilddrüsenextirpation. Arch. f. Anat. und Physiolog. Physiolog. Abtheil. 1899 r.
- K a t z e n s t e i n.** Ueber die Veränderungen in der Schilddrüse nach Extirpation der zuführenden Nerven. Arch. f. Anat. und Physiolog. Physiolog. Abtheil. 1897 r.
- K i s h i.** Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse. Virchow's Archiv. Bd. 176. 1904 r.
- K ü m m e l.** Berliner klinische Wochenschrift. 1897.
- L a n g l e y.** On the Physiology of the salivary secretion. The Journal of Physiology. 1890 r. Bd. XI.

- Langley. On the stimulation and paralysis of nerve-cells and nerve-endings. The Journal of Physiology. 1901 г. Vol. XXVII.
- Langley and Anderson. The innervation of the pelvic and adjoining viscera. The Journal of Physiology 1895—1896 г. Vol. XIX.
- Moebius. Ueber die Operation bei Morbus Basedow. Münch. Medic. Wochen. 1899 г. № 1.
- Müller. Beiträge zur Kenntniss der Basedow'schen Krankheit. Deutsche Arch. für Klinische Medic. 1893.
- Mislawski N. Note sur l'innervation vaso-motrice de la prostate et de la thyroïde. Archiv. internationales de Physiologie. Vol. III fas. IV 1906 г.
- Poirier et A. Charpy. Traité d'anatomie humaine (т. III).
- Разумовскій В. И. проф. Поврежденія и заболѣванія щитовидной железы. Русская хирургія. Выпускъ II.
- Stein. Zur Kenntniss des Morbus Basedowi. Wiener Medic. Wochens. 1905 г.
- Schulz. Ein weitere Beitrag zur Frage der operativen Behandlung der Basedow. Krankheit. Beitrag. zur klin. Chirurgie XXX.
- Taguchi. Die Lage des Nervus recurrens Nervi vagi zur arteria thyroidea inferior. Archiv für Anatomie und Physiologie. Anatom. Abtheil. 1889.
- Temoin. Goitre exophtalmique. Resection bilaterale d. gang. cervic. Revue de chirurgie. 1898 г.
- Valen son. Du goitre exophtalmique, symptoms, pathogenie, traitement (section du grand sympathique cervical). Gazette des Hopitaux № 69, 1897 г. (Собрана обширная литература).
- Vassale. Beiträge zur Kenntniss des Secretionvorgangs in der Schilddrüse. Archiv für die gesammte Physiologie von Pflüger. 1894 г. 56.

- Waldeyer. Beiträge zur Anatomie des Schilddrüse. Berlin. Klinische Wochenschrift. 1887 r.
- Witmer Bertha. Endresultate nach operativ. Behandlung der Basedow. Kranckheit. Beiträge zur klin. Chirurg. XXIX.
- Wölfler A. Zur chirurgischen Anatomie und Pathologie des Kropfes und Nebenkropfes. Archiv für klinische Chirurgie 1890 r.

Случай истеріи съ длительными самопроизвольно возникающими періодами каталепсиі¹⁾.

Д-ра Н. А. Донсова.

Ассистента при кафедрѣ психіатріи Императорскаго Казанскаго Университета.

Среди весьма разнообразныхъ симптомовъ, въ которыхъ выражается истерія, одно изъ крупныхъ мѣстъ занимають сноподобныя состоянія и, главнымъ образомъ, тѣ, которыя возникаютъ самопроизвольно, а не подъ вліяніемъ гипноза, хотя они встрѣчаются не слишкомъ часто. Къ числу такихъ состояній, какъ извѣстно, относятся каталепсія, летаргія и сомнабулизмъ. Одно изъ этихъ состояній мнѣ и пришлось наблюдать частью въ Казанской губернской земской больницѣ, частью въ Казанской Окружной Лечебницѣ.

7-го сентября 1906 года въ земскую больницу г. Казани была доставлена больная въ безсознательномъ состояніи, пульсъ частый—92 въ минуту, довольно хорошаго наполненія, температура 37,2. Питаніе нѣсколько ослаблено, кожа и слизистыя оболочки блѣдноваты, подкожный жировой слой выраженъ слабо. Со стороны внутреннихъ органовъ замѣтныхъ уклоненій отъ нормы не отмѣчено. Тоны сердца

¹⁾ Доложено въ 0-въ невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 12 февраля 1907 г.

чисты, въ легкихъ вездѣ везикулярное дыханіе. Мочевой пузырь мочи не содержитъ.

Больная производитъ впечатлѣніе спокойно спящей. Попытки вывести ее изъ этого состоянія успѣхомъ не увѣнчались: ни на какія раздраженія (уколы булавкой, фарадическій токъ, раздраженіе слизистой оболочки носа нашатырнымъ спиртомъ) больная не реагируетъ. Пассивныя движенія въ конечностяхъ и вообще во всемъ тѣлѣ сопровождаются нѣкоторымъ сопротивленіемъ—ригидностью, при этомъ конечности и все туловище минутъ 10 сохраняютъ приданное имъ положеніе, а затѣмъ напряженіе мышцъ начинаетъ нѣсколько ослабѣвать (*flexibilitas cerea*). Въ этомъ состояніи больную могутъ удержать два человѣка одинъ за затылокъ, а другой за пятки. Сухожильные рефлексы оживлены, но вслѣдствіе сопротивленія антагонистовъ рефлекторныя движенія по объему получаются ограниченными, кожные рефлексы не получаютъ, глоточный отсутствуетъ, конъюнктивальныя выражены. Глаза закрыты, верхнія вѣки дрожать.

При подниманіи вѣвъ глаза остаются открытыми, взглядъ неподвижный, лицо безъ всякаго выраженія, зрачки равномѣрны, живо реагируютъ на свѣтъ.

Въ такомъ состояніи больная пробыла трое сутокъ, температура все время держалась на 37,0—37,2, пульсъ 98—110 ударовъ, средняго наполненія, дыханіе 6—7 въ минуту. Неоприятнаго разу не была. Неоднократное вслѣдованіе мочевого пузыря дало отрицательные результаты—пузырь былъ всегда пустъ. На третьи сутки появилась гиперемія лица, на лбу и около губъ выступили капельки пота, вообще вся кожа сдѣлалась болѣе влажной, больная совершенно неожиданно пришла въ себя—удивилась окружающей обстановкѣ; о томъ, что съ ней случилось, какъ попала въ больницу—ничего не знаетъ и не помнить.

Изъ разспросовъ выяснилось, что ей 29 лѣтъ, имѣетъ пожилыхъ отца и мать, есть братъ—всѣ здоровы. Родилась здоровымъ ребенкомъ, въ дѣтствѣ, перенесла корь; лѣтъ 13—14 долгое время страдала лихорадкой—периодически появлялись жаръ и ознобъ; лечилась хвиномъ. Отъ 14 до 21 года была совершенно здорова, всегда отличалась спокойнымъ и ровнымъ характеромъ. 21 года вышла замужъ, черезъ годъ забеременѣла. Первая половина беременности сопровождалась тошнотой и рвотой, а вторая болями въ нижнихъ конечностяхъ.

стяхъ. Последніе мѣсяца два были незначительные отеки. Роды протекли правильно.

Недѣли черезъ двѣ послѣ родовъ развилось воспаленіе яичниковъ и какія-то язвочки на шейкѣ матки.

Въ продолженіе двухъ мѣсяцевъ больная лечилась смазываніями—боли уменьшились, стало значительно легче. Черезъ 1½ мѣсяца процессъ, очевидно, обострился и оставленное—было леченіе пришлось возобновить, и на этотъ разъ оно продолжалось съ небольшими промежутками до 1903 года.

Въ іюнѣ 1903 года изъ маточнаго рукава неожиданно появилось кровотеченіе, продолжавшееся 12 часовъ; оно довело больную до обморока. Кровотеченіе съ большимъ трудомъ было остановлено. Въ августѣ была сдѣлана операція удаленія матки съ яичниками. Въ октябрѣ снова кровотеченіе, продолжавшееся около сутокъ; мѣсяца черезъ два новыя кровотеченія; послѣ ихъ больная начала поправляться и въ продолженіи года чувствовала себя удовлетворительно. Черезъ годъ послѣ операціи у больной появилась рвота, продолжавшаяся 5 мѣсяцевъ—больная настолько ослабла, что приходилось примѣнять питательныя клизмы. Въ августѣ 1905 года больная оправилась на столько, что поѣхала въ Казань (изъ Астрахани) посоветоваться относительно своего здоровья. Здѣсь на приемѣ одного изъ профессоровъ внезапно заснула, и была отпращена въ Казанскую Окружную Лечебницу; изъ исторіи болѣзни, составленной въ лечебницѣ, видно, что больная лежитъ неподвижно, приподнята рука падаетъ свободно; на слѣдующій же день пребыванія въ лечебницѣ больная проснулась, вичѣмъ особеннымъ себя не проявляла; при физическомъ изслѣдованіи отмѣчена hemianaesthesia; какъ непредставлявшая признаковъ душевнаго расстройтва, больная была выписана въ тотъ же день.

Цѣлый годъ послѣ этого до сентября 1906 года больная чувствовала себя сносно; жаловалась только на головныя боли, головокруженія и общую слабость. Никакихъ припадковъ не было. По словамъ матери за время леченія у ея дочери рѣзко измѣнился характеръ. Она стала раздражительной, вздорной и лживой, чего до леченія не наблюдалось. Въ сентябрѣ мѣсяцѣ больная снова поѣхала въ Казань; всю дорогу чувствовала себя вполне удовлетворительно, пока не сѣла по приѣздѣ на казанскую

пристань въ травмаи, гдѣ неожиданно заснула и была доставлена въ земскую больницу.

Физическое изслѣдованіе дало слѣдующіе результаты: средняго роста, тѣлосложенія слабого, костная и мышечная системы сформированы правильно. Подкожный жировой слой развитъ мало, видимыя слизистыя оболочки блѣдны. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ уклоненій отъ нормы не

Рис. 1.



обнаруживается. При гинекологическомъ изслѣдованіи обнаружено отсутствіе матки съ ея придатками.

Въ лицѣ асимметрія нѣтъ. Физическіе признаки вырожденія отсутствуютъ. Чувствительность: болевая и тактильная рѣзко понижены равномерно по всему тѣлу, температурное чувство тоже понижено, но неравномерно: въ верхней части туловища до пупка горячее градусомъ въ 40° называется

теплымъ, а прикосновенія предметовъ высшей температуры даже не различаетъ. Холодное не различаетъ совершенно по всему тѣлу. Стереогностическое чувство тоже рѣзко понижено: формы предметовъ при закрытыхъ глазахъ не различаетъ. Мышечное чувство сохранено. Вкусъ рѣзко пониженъ: кислое соленое, горькое не различаетъ. Слухъ сохраненъ; цвѣта различаетъ правильно. Въ области движеній, какъ активныхъ, такъ

Рис. 2.



и пассивныхъ, увлоченій отъ нормы не представляется. Сухожильные рефлексъ съ biceps, triceps и пателлярные повышены кожные не получаются, глоточный отсутствуетъ, конъюнктивальные выражены. Зрачки равномѣрны, реакція на свѣтъ достаточно живая. Поле зрѣнія въ предѣлахъ нормы. Трофическихъ разстройствъ нѣтъ. Электровозбудимость повышена. Рѣзкая дермографія и суженіе сосудовъ—послѣ укола кровь не выступаетъ. Суточное количество мочи опредѣлить не уда-

лось, потому что въ обыкновенное время, когда больная не спала, она рѣшительно противилась всякимъ мѣрамъ, направленнымъ для этой цѣли, когда же у больной наступали сноподобныя состоянія, то мочевой пузырь оказывался пустымъ. Только значительно позже, во время особенно продолжительнаго сна, когда появилась у больной неопытность, удалось собрать весьма ограниченное количество мочи, качественный

Рис. 3.



составъ которой по любезному изслѣдованію д-ра А. А. Мелкихъ оказался слѣдующимъ: моча розовато-желтаго цвѣта, кислой реакціи, удѣльный вѣсъ 1028, очень мутная, съ громаднымъ количествомъ мочевиныхъ солей, небольшое количество полинуклеаровъ и значительное количество плоскихъ эпителиальныхъ клѣтокъ; бѣлка и сахара нѣтъ.

Въ земской больницѣ больная пробыла съ 7-го по 24 сентября, засыпала три раза, при этомъ первый разъ спала

трое сутокъ, второй—двое, третій—10 часовъ и четвертый—одинъ часъ. Каждый разъ сонъ и оцѣпенѣнiе наступали не ожиданно, безъ какихъ-либо предшествовавшихъ явленiй, и больная застывала въ томъ положенiи, въ какомъ ее заставлялъ сонъ. Прилагаемыя рисунки могутъ служить довольно яркой иллюстрацiей только-что сказаннаго: больная (рис. I) заснула въ тотъ моментъ, когда наклонилась поднять упавшую во время изслѣдованiя кофточку. Второй рисунокъ свѣтъ съ другого положенiя: сонъ застигъ больную въ тотъ моментъ когда она потянулась за книгой, лежавшей на столикѣ около кровати, и только-что успѣла взять ее въ руку. Наконецъ, на третьемъ рисункѣ изображенъ тотъ моментъ, когда больная приготовилась уже выпить предложенное ей лекарство, во тоже заснула.

Можно только отмѣтить, что сонъ чаще наступалъ послѣ разговоровъ о ея состоянiи и послѣ изслѣдованiй. Прiмѣненiе обычныхъ способовъ гипноза—фиксированiе взгляда, давленiе на глазныя яблоки и др. сна не вызывало. Но достаточно было больной взволноваться, хотя бы даже не сильно, какъ наступалъ сонъ; вызвавъ у нея эмоцiю разговоромъ, можно было вмѣстѣ съ тѣмъ вызвать у нея и каталептическiй сонъ. Состоянiе, въ которомъ находилась больная въ послѣдующихъ приступахъ сна ничѣмъ не отличалось отъ вышеописаннаго. Въ свободныя отъ сна промежутки больная чувствовала себя вполне удовлетворительно, никакихъ жалобъ не предъявляла и стремилась какъ можно скорѣе выписаться изъ больницы. Температура тѣла все время держалась около 37,^о4—5, но нѣсколько разъ поднималась до 38,^о4. Пульсъ отъ 100 до 80. Неопытна не была.

24 сентября больная была переведена въ Казанскую Окружную Лечебницу, гдѣ и находится по настоящее время. Дня за 3—4 до перевода совершенно случайно узналось, что съ такимъ же состоянiемъ и съ такой же фамилiей годъ тому назадъ была доставлена больная въ Лечебницу. Наша больная на вопросъ, не она-ли была въ Лечебницѣ, упорно отрицала и говорила, что это была ея двоюродная сестра и выдумала цѣлую исторiю болѣзни этой несуществующей, какъ потомъ выяснилось, двоюродной сестры. Когда она увидѣла исторiю болѣзни К. О. Лечебницы, то воспользовавшись моментомъ, украдала ее и уничтожила. Просiбы сознаться не давали никакихъ результатовъ—больная упорно отрицала свою вину въ

пропажѣ исторіи болѣзни. Тѣмъ не менѣе, послѣдніе три дня она была взволнована и, проснувшись вечеромъ, вдругъ сдѣлалась возбужденной стала бросать все, что не попадало ей въ руки, звала мать, говорила что-то безсвязное, что и заставило перевести ее въ Окружную Лечебницу. Здѣсь она вскорѣ успокоилась и на другой же день заснула, пробывъ въ такомъ состояніи 4 сутокъ.

Въ Казанской Окружной Лечебницѣ больная находилась подъ нашимъ наблюденіемъ съ 24 сентября 1906 года по 23 февраля 1908 года.

Вначалѣ пребыванія въ Лечебницѣ съ 24 сентября по 6 января 1907 года больная засыпала 11 разъ съ продолжительностью отъ нѣсколькихъ часовъ до 10 сутокъ. Состоянія сна ничѣмъ особеннымъ не отличались отъ вышеописаннаго. Въ свободное отъ сподобныхъ состояній, больная была обыкновенно благодушна, спокойна, совершенно сознательна, жаловалась только на нѣкоторую вялость, апатію, головныя боли, при чемъ эти явленія рѣзче были выражены тотчасъ же послѣ просыпанія и тѣмъ интенсивнѣе, чѣмъ дольше больная спала. Обыкновенно запята чтеніемъ—руководствія не любитъ; изрѣдка раздражительна. Нужно отмѣтить, что больная своимъ положеніемъ и болѣзнию особенно не тяготилась, наоборотъ, получалось такое впечатлѣніе, что ей доставляетъ удовольствіе то, что ее болѣзненнымъ состояніемъ интересуются окружающіе, что на все удѣляютъ больше вниманія, чѣмъ на другихъ, хотя въ то же время стѣсняется показать, что такое вниманіе для нея бремя, поэтому малѣйшее неисполненіе ея просьбъ вызывало съ ее стороны раздраженіе. Заснувъ 19 декабря больная 23 декабря проснулась не въ томъ обычномъ благодушномъ настроеніи, какъ это было прежде, а, по ее словамъ, въ очень тяжеломъ: жаловалась на рѣзкую тяжесть въ головѣ, рѣзкое общее недомоганіе, тошноту, ѣла мало, неохотно, сонъ нормальный нисколько ее не освѣжалъ. Такое состояніе держалось до конца декабря, а съ 1 января больная стала жаловаться на состояніе, непонятное ей самой; въ теченіи 6 сутокъ совершенно отказывалась отъ приема пищи (кормилась черезъ зондъ), мотивируя свой отказъ тѣмъ, что „не только ѣсть и пить, а даже при полосканіи рта я думаю и занята только тѣмъ, какъ-бы одна капля воды не выпала мнѣ въ желудокъ—вообще чувствую себя такъ, что

лучше было-бы заснуть на неопредѣленное время“. Въ 6 часовъ вчера 6 января больная заснула и проспала по 11 февраля, т. е. спала *пять* недѣль. Все это время больная кормилась черезъ зондъ, мочевой пузырь первое время, несмотря на неоднократное изслѣдованіе оказывался пустымъ и только на третей недѣлѣ сна у больной появилась неопртность. Еще 10 февраля у больной при закрытыхъ глазахъ появилась улыбка, а разъ даже вырвался звукъ, напоминавшій отрывистый хохотъ. 11 февраля въ 11 ч. дня во время кормленія, передъ просыпаніемъ началось такое возбужденіе, что пришлось прекратить кормленіе— больная открыла глаза, но въ сознаніе еще не приходила, взглядъ неподвижный, дыханіе затруднено, пульсъ настолько былъ малъ, что пришлось прибѣгнуть къ возбуждающимъ и къ искусственному дыханію. Въ 4 часа того же дня больная пришла въ сознаніе, стала говорить и не хотѣла вѣрить, что она проспала 5 недѣль, увѣряя, что она спала только одинъ день. Вскорѣ опять появился приступъ удушья, дыханіе временами совершенно прекращалось — слова возбуждающія и искусственное дыханіе до утра 12 февраля; Въ этотъ же день демонстрировалось въ засѣданіи О—ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ при этомъ больная настолько ослабла, что не могла ходить безъ посторонней помощи, въ засѣданіе пришлось принести на рукахъ и въ самыхъ дверяхъ заснула, проспавъ всего часа два. Далѣе состояніе больной начинаетъ выравниваться, хотя въ началѣ и были еще приступы удушья, при этомъ настолько рѣзкаго, что каждый разъ приходилось прибѣгать къ искусственному дыханію и къ возбуждающимъ, а затѣмъ постепенно больная окрѣпла и къ ней вернулось прежнее состояніе, хотя все время продолжала отказываться отъ пищи и кормилась черезъ зондъ до 24 марта, когда она выпила сама 1 стаканъ молока съ ложкой козьяку и кружку бульону.

До 28 марта леченіе состояло въ примѣненіи ваннъ 28°, мышьякъ внутрь и возбуждающихъ. Во время сподобныхъ состояній ей ставились клизмы, ванны примѣнялись не такъ часто, а лекарства вводились съ кормленіемъ черезъ зондъ.

Съ 28 марта по предложенію проф. В. П. Осипова и д-ра Занченко началось примѣненіе овагін'а, 0,3 два раза въ день.

Съ 28 марта по 6 мая больная заснула всего одинъ разъ, 5 апрѣля и то только на нѣскольکو часовъ. Между прочимъ, 25 апрѣля больной случайно не подали бульонъ съ котлетой на что больная обидѣлась и сказала: „тогда мнѣ ничего не надо“. На всѣ просьбы съѣсть что-нибудь другое она отвѣчала категорическимъ отказомъ. Съ тѣхъ поръ и по настоящее время кормится черезъ зондъ. Въ теченіи первыхъ мѣсяцевъ при кормленіи больная не чувствовала никакихъ болей, но за послѣднее время при введеніи зонда больная жалуется на болязненность въ носу и пищеводѣ. Въ концѣ апрѣля больная стала жаловаться на особенно гнетущее состояніе, какого она еще не испытывала никогда, почему и стала просить перевести ее въ другое отдѣленіе, рассчитывая, что на новомъ мѣстѣ переменится настроеніе, но надежды ея не оправдались. Въ то же время больная отмѣчаетъ у себя нѣкоторыя психическія измѣненія, такъ ей большого труда стоитъ усвоить что-нибудь изъ прочитаннаго, тогда какъ раньше чтеніе было любимымъ ея занятіемъ—она легко утомляется; трудно написать письмо матери, ей кажется, что она не можетъ связать нѣскольکو словъ.

Съ 6 мая оваріицъ былъ оставленъ и состояніе больной рѣзко измѣнилось. Она снова начинаетъ впадать въ сноподобныя состоянія. Такъ:

10 мая заснула въ 5 ч. 25 м. вечера, проснулась въ 4 ч. утра.

13 мая заснула въ 10 ч. 35 м. утра, проснулась въ 9 ч. 15 м. вечера.

15 мая заснула въ 6 ч. 10 м. вечера, проснулась въ 11 ч. 30 м. дня.

17 мая заснула въ 10 ч. 45 м. утра, проснулась въ 2 ч. ночи.

20 мая заснула въ 6 ч. 45 м. вечера, проснулась въ 8 ч. 30 м. утра.

23 мая заснула въ 10 ч. 45 м. утра, проснулась въ 7¹/₂ ч. вечера.

25 мая заснула въ 7 ч. 40 м. вечера проснулась въ 1¹/₂ дня 26.

29 заснула въ 11³/₄ утра, проснулась въ 7 ч. вечера.

3 іюня заснула въ 8 ч. вечера, проснулась въ 2 ч. дня 4-го.

11 іюня заснула въ 10^{3/4} утра, проснулась въ 6 ч. 10 м. вечера.

13 іюня заснула въ 10^{3/4} утра, проснулась въ 7^{1/2} ч. вечера.

Въ іюнь снова начали давать оваріинъ въ прежнихъ дозахъ. Всѣ перечисленные засыпанія сопровождались *flexibilitas cerea* и пачѣмъ не отличались отъ бывшихъ ранѣе. Слѣдующее сполотобное состояніе наступаетъ уже только 23 іюня, продолжавшееся нѣсколько часовъ. До 16 августа больная не засыпала. Въ этотъ день утромъ совершенно случайно не получила оваріин'а, вечеромъ въ 9^{1/2} ч. заснула и проснулась 17 въ 7^{1/4} ч. утра на нѣсколько минутъ и не приходя въ сознаніе снова заснула, пробывъ въ такомъ состояніи до 2 часовъ два, когда уже пришла въ сознаніе.

10 сентября обнаружилось новыя явленія: къ сподобному состоянію, наступившему въ 7^{1/4} ч. 40 м. вечера присоединился въ 3 ч. вочи и припадокъ удушья. Больная совершенно неожиданно начала задыхаться, запрокидывая голову назадъ, въ конечностяхъ появились мелкія судорги, больная металась по кровати, какъ бы отъ недостатка воздуха, пульсъ частый, малаго наполненія, но въ то же время рѣзкаго ціаноза отмѣтить не удавалось. Явленія *flexibilitas cerea* исчезли. Такіе припадки повторялись почти каждую ночь и продолжались цѣлыми часами. Иногда пульсъ дѣлался настолько малымъ, и ціанозъ настолько рѣзко выраженнымъ, что приходилось цѣлыми часами дѣлать искусственное дыханіе и примѣнять возбуждающія, но явленія *flexibilitas cerea* во время припадковъ *ни разу не наблюдались*. Вначалѣ припадки наступали только ночью, а затѣмъ стали наблюдаться и днемъ и наконецъ за послѣднее время припадки появляются каждый разъ во время кормленія. Какъ только зондъ достигнетъ задней стѣнки глотки, такъ у больной тотчасъ же начинается припадокъ. Спазмы пищевода настолько бывають сильны, что сжимають зондъ значительной упругости и „кормленіе“ не проходитъ, а иногда даже подъ вліяніемъ тѣхъ же спазмовъ пищевода и желудка „кормленіе“ съ шумомъ выбрасывается обратно въ воронку. Объ этихъ припадкахъ больная, по ея словамъ, ничего не помнитъ, но нѣкоторые факты заставляютъ отнести къ ея заявленію не

вполнѣ довѣрчиво. Такъ припадокъ скорѣе кончался, если больную переносили въ палату, которая ей не нравилась, и не такъ бурно протекалъ, если окружающіе меньше обращали на нее вниманія. Вначалѣ для уменьшенія припадка примѣняли искусственное дыханіе, подкожное впрыскиваніе эфира, камфоры, дѣлали теплые припарки на область пищевода и діафрагмы, ставили клизмы съ chloralhydrat'омъ, но всѣ эти мѣропріятія обычно приносили пользу недолго. Только впрыскиванія coffein'a пока еще до сихъ поръ сравнительно быстро прекращаютъ припадокъ.

Наконецъ 18 февраля мы умышленно прекратили пріемы ovarin'a; на третій же день у больной наступило снопоподобное состояніе, сопровождавшееся явлениями *flexibilitas cerea*. Эти состоянія повторялись нѣсколько разъ и послѣ перваго же пріема ovarin'a, исчезли. Нужно замѣтить, что ovarin вводится больной вмѣстѣ съ „кормленіемъ“ и это тщательно скрывалось отъ нея.

Такимъ образомъ изъ анамнеза и исторіи болѣзни видно, что у больной вслѣдъ за какимъ-то заболѣваніемъ яичниковъ и матки, заболѣваніемъ, которое дало цѣлый рядъ обильныхъ и продолжительныхъ кровотеченій и кончилось полнымъ удаленіемъ матки съ придатками, появляются одинъ за другимъ симптомы тяжелаго страданія нервной системы: измѣняется характеръ, появляются расстройства чувствительности, и все это завершается появленіемъ приступовъ, состоящихъ въ самопроизвольномъ возникновеніи весьма продолжительныхъ снопоподобныхъ состояній.

Въ діагностическомъ отношеніи данное страданіе едва ли можетъ представить какія-либо затрудненія. Наличие характерныхъ расстройствъ кожной чувствительности и другихъ физическихъ стигматъ въ связи съ измѣненіемъ характера больной и измѣнчивостью нѣкоторыхъ симптомовъ съ несомнѣнностью говорятъ за то, что мы имѣемъ дѣло съ истеріей. Что же касается періодически наступающихъ снопоподобныхъ состояній, то сопровождающая ихъ *flexibilitas cerea* застав-

ляютъ признать ихъ за каталептическія. Наличие той же *flexibilitas cerea* и отсутствіе хожденія во снѣ исключаютъ другіе виды споводобныхъ состояній, летаргію и сомнамбулизмъ.

Возникновеніе и теченіе заболѣванія указываютъ намъ путь къ рѣшенію вопроса и объ этиологіи данного страданія. Несомнѣнно, что предшествовавшія продолжительныя систематически кровотеченія, кончившіяся удаленіемъ такихъ важныхъ органовъ, какъ матка и придатки, не могли пройти безслѣдно для нервной системы нашей больной и по всей вѣроятности, повлекли за собой, возникновеніе у здоровой женщины тяжелой формы истеріи, сопровождающейся самопроизвольно возникающими каталептическими состояніями.

Съ другой стороны, теченіе болѣзни до и послѣ примѣненія *ovagin'a*, приводитъ къ заключенію, что приступы каталептическихъ состояній съ момента приѣма больной *ovagin'a* совершенно прекращаются и снова наступаютъ, какъ только пріостанавливаются приѣмы препарата.

Такое замѣтное вліяніе *ovagin'a* на появленіе и исчезновеніе каталептическихъ состояній даетъ право съ большой долей вѣроятности ставить появленіе у нашей больной каталептическихъ состояній въ зависимость отъ удаленія яичниковъ.

Критика и библиографія.

Объективная психологія. Акад. В. Бехтерева. Выпускъ I. Спб. 1907 г.

Авторъ начинаетъ свой трудъ словами, что психологія, которую онъ будетъ излагать, мало похожа на ту психологію, которая до сихъ поръ служила предметомъ изученія. Въ объективной психологіи не должно быть мѣста вопросамъ о субъективныхъ процессахъ или процессахъ сознанія, поэтому не должно быть мѣста и самонаблюденію. Самонаблюденіе не достаточно даже для изученія собственной психической жизни. Объективная психологія имѣетъ въ виду изучить и объяснить лишь отношенія живого существа къ окружающимъ условіямъ, на него такъ или иначе воздействующимъ, не задаваясь цѣлью выяснить тѣ внутреннія или субъективныя переживанія, которыя извѣстны подъ названіемъ сознательныхъ явленій и которыя доступны лишь самонаблюденію. Всѣ психическія отправления должны подвергаться лишь объективной регистраціи и контролю.

Психологія должна оставаться безусловно объективной наукой во всѣхъ своихъ частяхъ. Экспериментъ долженъ служить важнѣйшимъ орудіемъ объективной психологіи, если его обставить такимъ образомъ, чтобы по возможности всѣ внѣшнія проявленія психики были точно и полно регистрируемы въ соотношеніи съ данными внѣшними воздействиями. Объективная психологія имѣетъ въ виду лишь одни объективныя факты и данныя, которыя являются результатомъ нервно-психической дѣятельности. Сюда относятся психически обусловленныя движенія и секреторныя акты, рѣчь, мимика, жесты,

дѣянiя и поступки, а въ болѣе широкомъ смыслѣ — языкъ, нравы, обычаи, бытъ, законы, общественное устройство и т. д. Объективная психологiя довольствуется признаваемъ определеннхъ отпечатковъ и слѣдовъ, протекшихъ возбужденiй въ нервной ткани головного мозга, оставляемыхъ внѣшними раздраженiями, и дальѣйшихъ комбинацiй и взаимныхъ отношенiй между этими отпечатками и слѣдами.

Имѣя прямой цѣлью изучать соотношенiе между внѣшними раздраженiями и объективными проявленiями нервно-психической дѣятельности, объективная психологiя должна выбросить изъ своего обихода и всѣ метафизическiе термины, какъ воля, разумъ, желанiе, влеченiе чувствъ, память и т. п. Слѣдуетъ пользоваться терминомъ „нервно-психическiе процессы“ и совокупность ихъ назвать нервно-психикой“.

Объективная психологiя для выясненiя своихъ задачъ можетъ воспользоваться только той частью матерiала психофизики, физиологической психологiи и экспериментальной психологiи, которая можетъ служить къ выясненiю отношенiй между воздѣйствiями внѣшнихъ раздраженiй и внѣшними же проявленiями нервно-психики.

Объективная психологiя даетъ широкое поле эксперименту и надъ животными. Полный нервно-психическiй процессъ всегда предполагаетъ его окончательное завершенiе въ формѣ той или другой реакцiи, служащей его внѣшнимъ выраженiемъ. Нервно-психическiй процессъ можетъ быть оподобленъ много-различно усложненнымъ рефлексамъ, съ тѣмъ различiемъ, что проявленiе ихъ на периферiи зависитъ не столько отъ внѣшняго раздраженiя, сколько отъ этой внутренней переработки, которой подвергается вновь возникшее возбужденiе въ центрахъ, благодаря сохранившимся трудамъ отъ прошлыхъ впечатлѣнiй, съ которыми оно вступаетъ въ определенное сочетанiе.

Нервно-психическiе процессы не остаются вполнѣ скрытыми или внутренними процессами, а подобно рефлексамъ рано или поздно переходятъ въ механическую работу мышцъ или въ молекулярную работу железъ и другихъ тканей. — Въ виду этого внѣшняго проявленiя нервно-психики легко подвергаются объективному изслѣдованiю и контролю. Первичный нервно-психическiй процессъ предполагаетъ образованiе слѣдовъ отъ бывшихъ ранѣе раздраженiй, будучи основанъ на

оживленія этихъ слѣдовъ, предполагающемъ существованіе известнаго сочетанія между вновь возникающими и бывшими ранѣе слѣдами. Благодаря тому, что сочетанія слѣдовъ могутъ получать то или другое направленіе отъ индивидуальнаго ядра нервно-психики, происходить въ мозгу правильная смѣна или связанное сдѣленіе слѣдовъ, приводящее въ концѣ концовъ къ сложной и систематической связанной внѣшней реакціи, известной подъ названіемъ дѣйствій и поступковъ.

Однако эта внѣшняя реакція въ любой моментъ можетъ быть и задержана, благодаря встрѣчнымъ новымъ возбужденіямъ.

В. Осипова.

S. Wladyczko. Troubles mentaux pendant le siège de Port-Arthur. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. № 4. Juillet Aout. 1907.

Авторъ излагаетъ свои цѣнные наблюденія и соображенія, могущія дать ясное понятіе объ общихъ условіяхъ развитія душевныхъ заболѣваній въ осажденныхъ крѣпостяхъ. Изъ 42 случаевъ сумасшествія на 52.000 гарнизона, самое большое число 26 приходится на второй періодъ осады, тогда какъ первый періодъ былъ для гарнизона довольно сносно. Но когда голодъ, усталость и скорбутъ подорвали питаніе нервной системы защитниковъ, то моральныя потрясенія въ видѣ отрѣзанности, большого урона, отступленій и пр. дали весьма благоприятную для развитія психозовъ почву. Отъ лица очевидца авторъ приводитъ подавляющее описаніе высоты въ 203 метра и ея защитниковъ въ разгаръ ея бомбардировки японцами, изъ чего ставятся понятнымъ развитіе психоза въ 26 случаяхъ въ продолженіи 1—2 дней. Высто растянутыхъ исторій болѣзни, авторъ сообщаетъ нѣсколько наиболее характеристичныхъ эпизодовъ и разговоровъ съ его больными, что наряду съ кратко и ясно разработанной статистикой дѣлаетъ работу очень интересной и поучительной.

Душевные заболѣванія сгруппированы въ таблицы по роду заболѣваній, по мѣсяцамъ, по отношенію числа заболѣва-

ний запасныхъ и находившихся на дѣйствительной службѣ до призыва на войну. Самое большое число заболѣвшихъ приходится на періодъ съ іюля до конца 1904 г., въ январѣ и февралѣ 1905 г. нѣтъ ни одного и въ мартѣ 7. Группы душевныхъ заболѣваній, давшихъ наибольшія цифры больныхъ, *Amensia Meunerti s. Dysnoja Korsakowі* 7 сл., періодическій психозъ 6 сл. и 4 случая нейростеническаго психоза и условия его обостренія и излеченія описаны авторомъ болѣе подробно. 4 случая алкогольнаго психоза, 3 случая *vesaniae melancholicae Korsakowі*, развившейся быстро и протекавшей весьма характерно съ сознанными галлюцинаціями не дали никакихъ улучшеній до отъезда изъ крѣпости. Авторъ отмѣчаетъ крайнюю моральную подавленность въ теченіи психозовъ, развившихся во время осады; въ 22 сл. на 37 больные испытывали тоску и отчаяніе. У всѣхъ этихъ больныхъ авторъ замѣтилъ проявленія физической и психической дегенерации при алкоголизмѣ, *lues*, дурную перво психическую наследственность.

Изъ сравненія заболѣваемости резервистовъ и кадровыхъ солдатъ авторъ выводитъ заключеніе, что многіе изъ нихъ имѣли или предрасположеніе или самую душевную болѣзнь еще до войны, такъ что чистыхъ случаевъ заболѣванія во время осады авторъ считаетъ 20 на 52000. Можно предполагать, судя по рассказамъ очевидцевъ, что многіе случаи психозовъ или съ короткимъ теченіемъ или съ несчастнымъ концомъ не подпали врачебному наблюденію. Отмѣчаются случаи болѣзненной храбрости у трусовъ и робости у храбровъ. Пришибленность, раздражительность, брюзгливость — характеризовала общее распространеніе у офицеровъ нейростеніи и даже истеріи, закончившихся апатіей и индифферентностью къ исходу осады. „Развязка для насъ не важна, говорили они; лишь бы это кончилось, ибо насъ это болѣе не занимаетъ“. „Такъ говорили многіе изъ тѣхъ, коимъ дорога была честь Россіи, по которымъ болѣе не могли выносить настоящее положеніе“. Пріютъ для душевно-больныхъ въ Портъ-Артурѣ подвергался обстрѣлу, но снаряды въ него не попадали. Больные относились къ бомбардировкѣ весьма неодинаково. Во второй періодъ осады всѣ были поражены цыганой, нѣкоторые не могли ходить. По дню отъезда изъ Портъ-Артура 9 мая 1905 г. изъ 39 больныхъ, пользовавшихся во

время осады 2 умерло и одинъ кончилъ самоубійствомъ. Душевно-больные были послѣдними русскими, покинувшими Портъ-Артуръ, вслѣдствіе особыхъ мѣръ японцевъ, принятыхъ для эвакуаціи душевно-больныхъ въ гавань Чифу на госпитальное судно *Whampoa*, специально приспособленное для перевозки душевно-больныхъ.

Очевидно, завѣдывавшій эвакуаціей авторъ былъ нѣсколько недоволенъ старымъ, тихоходнымъ, грубо приспособленнымъ судномъ. Во время переѣзда 43 больныхъ, къ которымъ въ попутныхъ портахъ присоединилось еще 3, многіе изъ нихъ благодаря хорошей и обильной пищѣ и уходу замѣтно поправились. 126 служителей, 2 врача, 4 сестры милосердія составляли служебный персоналъ плавучаго пріюта. Бодрые больные развлекались играми и граммофономъ. Немощныхъ выносили на палубу, огороженную рѣшетками. Авторъ приводитъ свои наблюденія надъ морской болѣзью у помѣшанныхъ.

На 126 служителей страдали морской болѣзью только 22, а душевно-больные на 46—24 заболѣли отъ качки. Меланхолики съ депрессіей были болѣе подвержены морской болѣзни, нежели экспансивные больные маниакальнаго типа. Субъекты не расположенные къ морской болѣзни очень оправдывались въ открытомъ морѣ, тѣже, что были подвержены морской болѣзни сплывѣ страдали отъ боковой качки, нежели отъ килевой.

Переѣздъ на *Whampoa* длился 70 дней, считая 23 дня на остановку въ портахъ. Изъ 46 больныхъ, прибывшихъ въ Одессу, 16 нуждались въ помѣщеніи въ заведеніе, 30 были отправлены по домамъ.

А. Х.

A. Rodiet et F. Cans. Зрительныя ауры у эпилептиковъ (*Archives de Neurologie* № 9—1907).

Delasiauve раздѣлилъ ауры, какъ совокупность явленій начала припадка, на двигательныя, чувствительныя и интеллектуальныя, сообразно чему наблюдаютъ и на глазахъ конвульсивныя миганія, болѣзвенную впечатлительность къ свѣту и

пр. Въ числѣ другихъ авторовъ и Richon придерживается дѣленія ауры на отдаленные и непосредственные продромальные симптомы. Авторы статьи называютъ продромальнымъ всякое проявленіе со стороны глазъ, предшествующее приступу за полъ часа. Во время этого періода отмѣчали: различные и прехолящіе параличи глазной мускулатуры, измѣненія аккомодациі, огнелѣдность вѣкъ и повышеніе внутриглазного давленія, фотопсію и прогрессирующую амблиопію со слѣпотой на нѣсколько секундъ. Richon наблюдалъ женщину со слабымъ интеллектомъ, у которой повидимому аура заключалась въ проявленіяхъ со стороны глазъ, такъ какъ больная во время нихъ никогда не падала. Féré отмѣчаетъ слезливость, покалываніе, конвульсивное миганіе; иногда послѣ блефароспазма, вызваннаго ретиальной дистезіей, слѣдуютъ общія судороги; наконецъ пониженіе зрѣнія доходитъ до полной слѣпоты. Изрѣдка, по словамъ Richon'a, Féré и др. въ качествѣ ауры является анестезія роговицы и конъюнктивы. Jackson первый отмѣтилъ окрашенные зрительныя явленія и именно красныя, рѣдко голубыя, какъ предвѣстникъ припадка; Гаммондъ же призываетъ таковымъ только красный цвѣтъ. Цвѣтовая анестезія иллюстрирована Richon'омъ въ типичномъ наблюденіи конверщицы, перепутывавшей цвѣта шерсти, вслѣдствіе цвѣтовой слѣпоты, послѣ которой наступилъ припадокъ. Нарушенія аккомодациі ведутъ за собой макросію или микросію, иногда диплопію. Психическая аура при воспоминаніи предметовъ, уже видѣнныхъ, состоитъ изъ панорамическихъ видѣній по Féré аналогичныхъ тѣмъ, которые представляются умирающимъ или еще чаще тонущимъ. Feuron сообщаетъ о такой аурѣ, достигшей интенсивности галлюцинацій, у одного, эпилептика, который боялся калящейся на него кареты съ пассажиромъ въ красной шапкѣ. Voisin, Ball и др. наблюдали предъ припадками зрительныя галлюцинаціи, состояція въ явленіи красного пламени и гримасничающихъ фазіономій. Garnier описываетъ случаи видѣнія красного тумана, которое только и остается въ памяти эпилептиковъ. Видѣнія языковъ пламени, огненныхъ шаровъ, желтаго или краснаго свѣтового мерцанія, свѣтящихся полосъ, по Motet и Magnan'у, часто составляютъ явленія ауры. Paris сообщаетъ 3 примѣра ауры у эпилептиковъ съ галлюцинаціями полового чувства; такъ напр. одна больная видѣла себя въ полѣ, при красномъ освѣщеніи; па

нее посетил страшный быкъ, у котораго она вырываетъ genitalia; льются потоки крови; животное оборачивается и поддеваетъ ея голову на рога.—Изъ 20 личныхъ наблюденій авторы приводятъ въ кратцѣ 6. 1) Г. 27 л. замужняя, безъ наслѣдственности: процессъ въ верхушкахъ легкиахъ; объясняется буйство послѣ судорогъ воздержаніемъ отъ мастурбацин, которой предавалась въ юности. Первый кризъ чрезъ нѣсколько дней послѣ свадьбы. Предъ припадкомъ сладострастное ощущеніе, идущее отъ колѣнъ къ пизу живота; наступаетъ мракъ предъ глазами, безпамятство. 2) Больная 20 л. видѣнія мышей, змѣй. 3) Б. 33 л. Страхъ діавола, одѣтаго въ красное, обруженнаго краснымъ пламенемъ. Этотъ цвѣтъ ей ненавистенъ. 4) Б. М. хлопаніе вѣками; неловкость въ конъюнктивѣ, какъ если-бы въ глаза бросали соль или укусы; въ ушахъ свистъ, отяжелѣніе головы, жженіе въ глазахъ какъ-бы отъ морознаго холода, сумеречное ощущеніе, крипльй крикъ и паденіе. 5) Б. П. 17 лѣтъ. Ощущеніе дуновения, поднимающееся отъ живота къ головѣ безъ чувства удушья. Видитъ огонь и бѣжитъ отъ него, преслѣдуемая человекомъ безъ бороды и съ пистолетомъ въ рукахъ; далѣе типическое теченіе припадка. 6) Большой 35 л. Алкогольные эксцессы вызвали характерный бредъ со слуховыми и забавными зрительными галлюцинаціями. Часто видитъ тяжкое неопредѣленное нѣчто, надвигающееся на него и внушающее страхъ, отъ чего усиленіемъ воли онъ можетъ избавиться. Иногда, паир. на улицѣ дипломія даетъ видѣніе двухъ каретъ, и больной не знаетъ, куда сторовиться.

Эти устрашающія видѣнія и бредъ дѣлаютъ импульсивные припадки больныхъ опасными; по Voisin'у „конвульсивный припадокъ скорѣй слѣдуетъ за бредомъ, чѣмъ предшествуетъ ему“.

А. X.

Законъ Weber-Fechner'a при раздраженіи кожи человека индукціонными токами. Леонтовичъ. Кіевскія Университетскія Извѣстія № 12, 1907.

Задачей своего изслѣдованія авторъ поставилъ вопросъ: приложимъ-ли Weber-Fechner'овскій законъ къ электриче-

скому прерывистому раздраженію кожи и каковъ порогъ различенія при измѣненіяхъ силы этого раздраженія. Авторъ въ своихъ изысканіяхъ пользовался переменнымъ токомъ отъ трехфазной машины Schukert'a (одной фазой), — вольтажъ фазы усиливался пропускаемъ чрезъ трансформатори Оег-Лікон'a и Броунъ-Бовери, — въ цѣпь, кромѣ того, вводился вольтметръ и реостатъ.

Индифферентнымъ электродомъ была смоченная свиная бляха, устанавливавшаяся въ соосѣдствіи съ мѣстомъ изслѣдованія, гдѣ прилагался сухой дифферентный электродъ, устроенный по модели проф. Чирьева.

Такимъ способомъ былъ произведенъ рядъ опытовъ. Для оцѣнки результатовъ своихъ изслѣдованій авторъ пользовался методомъ оцѣнки ошибокъ наблюденій по Gauss'у. По общему впечатлѣнію автора, изслѣдованіе порога различенія при усиленіи тока даетъ худшіе результаты, чѣмъ при ослабленіи его.

Въ среднемъ, порогъ различенія для усиленія тока оказался равнымъ $9,08 \pm 16\%$ и для ослабленія его — $8,34 \pm 0,11\%$. Результаты эти нѣсколько искажены въ сторону преувеличенія вліяніемъ какой-то постоянной, односторонней причины ошибокъ, кроющейся, по наблюденію автора, не въ обстановкѣ опыта, а скорѣй въ условіяхъ, лежащихъ въ самомъ организмѣ.

Окончательный выводъ автора тотъ, что „при прерывистомъ электрическомъ раздраженіи вами ощущаются приращенія раздраженія, различающіяся отъ первоначальнаго раздраженія на $8,35\%$, т. е. $\frac{1}{12}$ его“.

Итакъ „законъ Weber-Feshner'a очевидно и въ этой области приложимъ, даетъ лишь своеобразную величину порога различенія“.

И. Ж.

G. Etienne Произвольныя зониформныя кровоизліявія (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière № 5, 1907).

Авторъ приводитъ описаніе случая, по его мнѣнію, единственнаго пока въ литературѣ. Призрѣваемая 80 лѣтъ, бодрая

старуха обратилась къ врачу по поводу сильныхъ болей въ правой надглазничной области; черезъ 3 дня послѣ начала нашли въ нижней и верхней глазничныхъ областяхъ темныя пятна какъ бы экхимозовъ, причемъ было точно установлено отсутствіе всякаго травматическаго момента. Сильная боль при дотрогиваніи едва допускала прискосновеніе пальца; послѣдующее теченіе экхимоза было обычное. Очень точно описывается иннервація всей области, захваченной экхимотическими пятнами, располагающимися правильнымъ поясомъ вокругъ глазницы, причемъ, по автору, топографическія отношенія пятенъ и иннерваціи настолько характерны въ своемъ совпаденіи, что можно весь процессъ отнести на счетъ измѣненія чувствительныхъ и трофическихъ разстройствъ главнымъ образомъ въ вѣточкахъ п. frontalis и верхней вѣтви п. trigemini данной области. Въ теченіи мѣсяца были боли и въ 2 мѣсяца исчезли пятна экхимоза. Крайне живыя и произвольныя, безъ давленія пальцемъ, боли, предшествовавшія и сопровождавшія экхимотическія высыпи даютъ автору поводъ отнести этотъ случай къ невралгіямъ, приходящимся на извѣстное время года именно къ марту, апрѣлю, когда онѣ достигаютъ распространенности ложной эпидеміи, такъ какъ черезъ нѣсколько дней послѣ наблюденія у больной, такая же зова развилась и у здоровой старухи. Аналогичныя явленія описаны были до вѣкоторой степени у Faisans и Bouchard'a, который согласно Brown Sequard'у считаетъ ихъ „самопроизвольными экхимозами, совпадающими съ теченіемъ лицевой невралгіи“. Straus описалъ случаи табетическихъ болей съ высыпаніемъ *pruriga haemorrhagica*. Brown Sequard и Bouchard производили опыты съ разрушеніемъ проводящихъ путей и центровъ сосудодвигательной системы и достигали геморрагическаго эффекта. Mathieu et Gley, раздражая механически п. cingalis собаку видѣли въ сѣткахъ кожи пальцевъ скопленія свертковъ красныхъ шариковъ и маленькіе геморрагическіе очаги пурпуры. Какъ неврить и болѣе точно, неврить чувствительный или смѣшанный можетъ обуславливать сочувственное явленіе сосудоразширенія; авторъ это разрѣшаетъ простой гипотезой затрагиванія воспалительнымъ процессомъ вѣточекъ п. sympathici, входящихъ въ составъ чувствительныхъ нервовъ или поврежденіемъ узловыхъ клѣтокъ гангліевъ, прямо связанныхъ съ симпатической иннерваціей сосудовъ.

А. Х.

Перевязка щитовидныхъ артерій при сосудистыхъ зобахъ.
Б. Енохина. Ученыя записки Казанскаго Унивѣрситета. XI—
XII. 1907.

Авторъ начинаетъ свой трудъ изложеніемъ тѣхъ преимуществъ, какими обладаетъ перевязка щитовидныхъ артерій, сравнительно съ другими методами лѣченія зобовъ (особенно, сосудистыхъ):—преимущества эти состоятъ въ возможности избѣгать кровотеченія, иногда рокового, вообще неизбѣжнаго при остальныхъ методахъ,—затѣмъ послѣоперационной кахексїи, такъ какъ при перевязкѣ артерій медленно развивающаяся атрофія никогда не охватываетъ органа въ цѣломъ, оставляя въ ту-же пору организму возможность постепенно приспособиться къ частичной атрофіи железы,—наконецъ, при перевязкѣ артерій травма непосредственная и прилежащихъ частей весьма незначительна. Эффектъ операціи благодѣтеленъ: исчезаютъ быстро субъективные симптомы зоба (одышка, сердцебіеніе), и опухоль регрессируетъ почти до размѣровъ нормальной железы,—общее питаніе и развитіе организма идетъ впередъ.

Перевязывать рекомендуется—изъ за основательнаго шанса возстановленія коллатеральнаго кровообращенія—всѣ четыре артерїи за разъ.

Изъ способовъ перевязки щитовидныхъ артерій, по заключенію автора, заслуживаютъ предпочтенія, въ виду удобства простоты, для верхнихъ артерій способы Langebeck'a и Wolf'er'a.—для нижнихъ-же, гдѣ анатомическія отношенія весьма сложны, способъ Drobnik'a. Исторія операціи и наглядная оцѣнка ея результатовъ укладывается въ такія цифры: съ 1813 года до 1856 г.; когда перевязывались исключительно верхнія щитовидныя артерїи, операція была произведена 31 разъ, причѣмъ полное выздоровленіе получилось въ 8 случаяхъ, улучшеніе въ 13 случаяхъ, 5—на зобъ существеннаго вліянія не оказали,—и, наконецъ, 5 случаевъ закончилось смертельнымъ исходомъ,—съ 1850 года и до послѣдняго времени было описано 57 случаевъ перевязки верхнихъ и нижнихъ щитовидныхъ артерій одновременно,—изъ числа этихъ случаевъ 25 дали полное выздоровленіе,—несомнѣнное улучшеніе, 2—рецидивъ, 2—результатъ невѣдѣстный, и, наконецъ, въ 4-хъ послѣдовала послѣ операціи смерть.

Больше уместной перевязка щитовидных артерий оказывается, главным образом, при аневризматических пульсирующих сосудистых зобах, — всякая же другая операция при этой форме зоба является чрезвычайно опасной.

Съ целью выяснить тѣ измѣненія, какія наступаютъ въ железѣ вслѣдъ за перевязкой главныхъ артерій, авторъ произвелъ детальное патолого-гистологическое обследованіе двухъ оперированныхъ зобовъ (одного — послѣ смерти больной, другого — послѣ вторичной операціи) и, кромѣ того, тоже обследованіе прямѣявилъ къ железамъ собакъ, которымъ перевязывались щитовидныя артеріи.

Можно было во всѣхъ этихъ случаяхъ констатировать усиленное развитіе соединительной ткани, слущиваніе, набуханіе и послѣдующій распадъ эпителия фолликуловъ, восстановленіе коллатерального кровообращенія и благодаря послѣднему обстоятельству, въ цѣломъ медленно развивающуюся атрофію органа.

Атрофическій процессъ, развивающійся въ щитовидной железѣ послѣ перевязки ея артерій, тѣмъ не менѣе, не сопровождается какими либо разстройствомъ въ общемъ состояніи организма, — по крайней мѣрѣ, такой выводъ можно было сдѣлать на основаніи наблюденій надъ оперированными собаками; что же касается благотѣльныхъ результатовъ этой операціи у зобатыхъ больныхъ, то они уже указаны выше и состоятъ въ прекращеніи удушья и сердцебіенія, въ повышеніи питанія, въ рѣзкомъ улучшеніи общаго состоянія больныхъ и, наконецъ, въ прогрессивномъ развитіи молодого организма, прежде задержанномъ благодаря наличности зоба.

И. Ж.

Первые шаги психіатріи во время Русско-Японской войны 1904—1905 г. Д-ръ Шумковъ. Труды общества Кіевскихъ врачей за 1907 г.

Интересная статья д-ра Шумкова подчеркиваетъ одной дѣшней чертой тѣ условія, какими было обставлено медицинское дѣло въ печальной памяти русско-японскую войну.

Канцелярская рутинна, отсутствіе творческой инициативы, безучастное отношеніе ко всему, что нарушало строго ограниченныя рамки „положеннаго по штату“,—все эти особенности мертвенно-бюрократическаго міропониманія нашли свое отраженіе и на постановкѣ психіатріи въ минувшую войну.

При первомъ появленіи душевно-больныхъ въ арміи, оказалось, что для нихъ заранѣе были не намѣрены открывать „психіатрическаго отдѣленія“: предполагалось немедленно эвакуировать ихъ изъ предѣловъ войны въ спеціальныя лечебныя заведенія. Возможность накопленія такихъ больныхъ и необходимости ухода за ними на мѣстѣ военно-медицинской бюрократія не предвидѣла, а, межъ тѣмъ, то и другое скоро стало реальнымъ, ощутительнымъ фактомъ. Большихъ усилій, упорныхъ постоянній стояло убѣждать тѣхъ, кому „сіе вѣдать надлежитъ, что душевно-больные существуютъ на самомъ дѣлѣ. Авторъ краснорѣчиво описываетъ исторію возникновенія перваго эвакуаціоннаго пункта для душевно-больныхъ, создававшася, шагъ за шагомъ, но непреодолимой силѣ обстоятельствъ. И на каждой ступени въ возможно-раціональной постановкѣ психіатрической помощи приходилось наткнуться на бездушное отношеніе къ большому вопросу соотвѣтствующаго „начальства“: „душевно-больные—одни хлопоты и возня!“; „предполагать есть дѣло начальства, выше же не должны беспокоить его“... вотъ дословно точка зрѣнія тѣхъ, въ рукахъ кого находилась судьба новаго дѣла.

Только значительно позже „начальство“ мѣняетъ свой „просвѣщенный взглядъ на психіатрію, подъ натискомъ общественнаго мнѣнія и самихъ фактовъ: психіатрія начинаетъ свое официальное существованіе—съ момента открытія въ Харбинѣ центральнаго психіатрическаго госпиталя Краснаго Креста (15 дек. 1904 г.),—„первые“ же ея „шаги“ шли по тернистому, не заслуженному ей, пути“...

И. Ж.

Отчетъ Одесской городской психіатрической больницы за 1906 г., составленный врачами больницы.

Отчетъ представляетъ собой тщательный подборъ цифровыхъ данныхъ, освѣщающихъ детально и наглядно различ-

ныхъ стороны жизни больницы за отчетный годъ, тѣмъ болѣе, что данныя эти организованы въ интересные общіе выводы.

Въ больницу находилось на пользованіи въ 1906 г.—1257 ч., изъ этого числа вышло 597 ч. (здоровыми 15,24%, съ улучшеніемъ—47,85%, безъ улучшенія—33,67%), умерло 94 ч. (61,7% прогресс. парал.) и на 1-ое января 1907 г. оставалось 566 ч. Среднее ежедневное число больныхъ составляло 564 ч. По процентному отношенію на первомъ мѣстѣ стояли прогресс. паралитики—17,8%, за ними шли страдающіе dementia praecox—15,3% и острыми психозами—10,6%, вторичное слабоуміе изъято изъ этой сравнительной количественной оцѣнки.

Макимумъ душевно-больныхъ среди мужчинъ падалъ на возрастъ 30—40 лѣтъ, среди женщинъ—20—30 л. Русскіе составляли 57,7%, еврей—33,1% больныхъ.

На каждаго врача (8 ч.) приходилось въ среднемъ 70—75 б., на фельдшера (6 ч.)—95 б., на лицо надзирательскаго персонала (29 ч.)—20—22 б., на служителя (182 ч.)—3,1 б.

Къ отчету приложена работа д-ра Фельцмана „къ вопросу о стаціонарномъ параличѣ“; авторъ рассматриваетъ 4 случая съ картиной какъ бы замедленнаго прогресс. паралича и приходитъ къ выводу, что на основаніи этихъ данныхъ „нельзя установить возможности такой формы, какъ стаціонарный параличъ“,—въ случаяхъ сомнительныхъ вѣроятнѣе предполагать *lues cerebri*.

И. Ж.

Хроника и смѣсь.

— Лѣтомъ нынѣшняго года редакція Московской газеты «Столичное утро» была оштрафована Московскимъ генераль-губернаторомъ на 3000 р., а Московская Городская Управа рѣшила привлечь къ судебной отвѣтственности редактора той же газеты за распространеніе въ печати ложныхъ свѣдѣній о городскомъ психіатрическомъ патронажѣ, такъ какъ произведенная ревизія— и административная, и городская не подтвердили извѣстій газеты «Столичное утро». Тѣмъ не менѣе, повидимому, въ связи съ тѣми же газетными статьями Московская Городская Управа поручила конференціи врачей Алексѣвской психіатрической больницы выработать проектъ реорганизаціи городского патронажа. Какъ намъ извѣстно, проектъ этотъ въ настоящее время уже выработанъ, но еще не внесенъ на разсмотрѣніе Думы; онъ касается главнымъ образомъ увеличенія медицинскихъ штатовъ патронажа и правилъ для лицъ, берущихъ на свое иолеченіе душевно-больныхъ города Москвы; самый же характеръ психіатрическаго патронажа въ проектѣ ничуть не измѣненъ, такъ какъ главной его цѣлью остается лишь предохраненіе Алексѣвской больницы отъ чрезмѣрнаго переполненія. Такая осторожная «реорганизація» патронажнаго дѣла едва ли можетъ быть привѣтствуема, но зато она имѣетъ много шансовъ встрѣтить поддержку со стороны теперешняго состава Городской Управы.

— Совѣтъ врачей Костюжинской психіатрической лечебницы Бессарабскаго Губернскаго Земства входитъ чрезъ Земскую Управу въ предстоящее Губернское Земское собраніе съ докладомъ, въ которомъ указывается на неудовлетворительное состояніе психіатрической помощи въ Бессарабіи, какъ въ виду переполненія Костюжинской лечебницы, такъ и въ виду центрального положенія послѣдней. Ради упрядоченія психіатрическаго дѣла, Совѣтъ врачей предлагаетъ широко разработать планъ психіа-

трической организаціи въ губерніи, положивши въ его основу перепись всѣхъ душевно больныхъ въ Бессарабіи. Первоначальный планъ переписи долженъ быть, по проекту доклада разработанъ въ Губернскомъ психіатрическомъ бюро, въ которое должна войти Губернская Управа, врачи Костюжинской лечебницы и представители уѣздныхъ; этотъ планъ поступить затѣмъ въ уѣздныя психіатрическія совѣщанія, составленныя изъ врачей уѣзда и одного изъ врачей Костюжинской лечебницы, откуда онъ будетъ переданъ въ участковыя психіатрическія попечительства, образуемая участковыми врачами при участіи мѣстныхъ интеллигентныхъ силъ. На послѣднія будетъ возложено предварительное собраніе свѣдѣній о больныхъ, которыя чрезъ посредство уѣздныхъ совѣщаній должны быть переданы въ Губернское Бюро. Самая перепись будетъ произведена приглашенными врачами психіатрами. Названный выше инстанціямъ предполагается въ послѣдствіи придать постоянный характеръ, съ цѣлью вести правильную статистику душевныхъ заболѣваній. Докладъ свой Совѣтъ врачей Костюжинской лечебницы передалъ на предварительное разсмотрѣніе Московскаго Общества невропатологовъ и психіатровъ.

— Общество психіатровъ въ С.-Петербургѣ объявляетъ конкурсъ на соисканіе преміи имени врача Филиппова (въ размѣрѣ 375 руб.) за наилучшее руководство по уходу за душевно-больными а) для надзирательскаго и б) для служительскаго персонала психіатрическихъ заведеній (срокъ для предъявленія сочиненій 1 октября 1908 года). Для соисканія преміи имени П. и Е. Люковыхъ объявляется тема: «Описаніе дѣятельности И. М. Балинскаго въ связи съ развитіемъ психіатріи въ Россіи»; (срокъ подачи сочиненій 1 марта 1909 года); премія будетъ выдаваться въ увеличенномъ размѣрѣ (1000 р. и 500 р.) на пополненіе расходовъ по напечатанію—для преміи перваго разряда и въ половинномъ размѣрѣ—для преміи 2-го разряда; при особенныхъ достоинствахъ обѣ преміи могутъ быть выданы за одно сочиненіе.

— Продленіе срока для выдачи заявленій на должность (по конкурсу) директора Алексѣевской психіатрической больницы и извѣщеніе объ этомъ чрезъ специальную прессу привлекли много желающихъ участвовать въ конкурсѣ; подали заявленіе: Б. И. Воротыньскій, П. П. Турышкинъ, Н. А. Вырубовъ, П. П. Бруханскій, П. А. Сокальскій, Г. В. Сорсковиковъ, П. Ф. Герошковъ, А. Д. Ксеновскій, С. А. Сухановъ, А. Л. Любушинъ

и др. кроме подавших рагѣ А. И. Мальшина и Н. П. Шостовскаго.

— Какъ сообщаютъ Одесскія газеты, мѣстной психіатрической больницѣ предстоитъ тяжелое испытаніе. Больница уже нѣсколько лѣтъ, какъ переполнена и не въ состояніи удовлетворять нуждамъ населенія. Тѣмъ не менѣе, нынѣшняя Управа рѣшила, что и существующая больница является роскошною для города; поэтому старшему врачу предложено Управой сократить количество больныхъ на 150 человѣкъ, сократить штатъ служительскаго и надзирательскаго персонала, а, кроме того, перевести часть больныхъ на богадѣнное содержаніе.—Трудно работать при такихъ условіяхъ,

— Въ срединѣ октября сего года больная М. Д. сблизилась сѣрной кислотой доктора Одесской частной психіатрической лечебницы С. Г. Штейнфинкеля; огонь получилъ тяжелые ожоги лица и шеи.

— 25 октября состоялось оффиціальное открытіе Московской окружной лечебницы. На открытіе прибыли: Московскій губернаторъ, представитель московскаго городского самоуправленія, московскій врачебный инспекторъ, представитель отъ Преображенской больницы (д-ръ А. П. Любушинъ), врачи сосѣдней Мещерской психіатрической больницы и многие врачи психіатры изъ Москвы. Торжество началось освященіемъ домовой церкви при лечебницѣ, послѣ чего гости осматривали лечебницу. Въ роскошной залѣ послѣдней директоромъ лечебницы С. Д. Колотинскимъ былъ прочитанъ краткій отчетъ о лечебницѣ и были оглашены многочисленныя письма и телеграммы, полученныя по случаю торжества. Послѣ этого гостямъ былъ предложенъ обѣдъ, прошедшій весьма оживленно. Были произнесены обычные тосты: Отъ имени старѣйшей психіатрической больницы—Московской Преображенской—привѣтствовалъ окружную лечебницу д-ръ А. Л. Любушинъ, пожелавшій, чтобы лечебница, тѣсно соприкасающаяся съ окружающимъ населеніемъ, служила для послѣдняго источникомъ культуры. Д-ръ Е. А. Геника (Мещерская больница) въ своей рѣчи указалъ на то, что окружная лечебница и Мещерская больница, отстояшія другъ отъ друга на разстояніи двухъ верстъ, должны и могутъ жить дружною жизнью, несмотря на разницу въ управленіи (коллегіальность и правленіе) и на обычное въ такихъ случаяхъ соревнованіе въ привлеченіи къ себѣ лучшихъ служащихъ изъ средняго и низшаго персонала; въ будущемъ оба учрежденія, разросшись, сосредоточатъ

въ себѣ такое большое количество больныхъ, что Молоденская волость, въ которой обѣ больницы находятся, смѣло можетъ назваться психіатрической волостью. Московскій врачебный инспекторъ въ своей рѣчи указалъ, что Московская окружная лечебница, повидимому, является предпоследнею, а Томская, которая закончена постройкой,—последнею; сосредоточенія въ одномъ мѣстѣ такого большого количества больныхъ, какъ въ окружныхъ лечебницахъ, (централизація) не будетъ больше. С. Д. Колотинскій предложилъ тостъ за средній и низшій персоналъ лечебницы, отъ дружной и сознательной работы которыхъ зависитъ правильный ходъ дѣла ухода за душевно-больными. Обѣдъ закончился тостомъ губернатора за семью врачей. Послѣ этого часть гостей разъѣхалась, а часть осталась до вечера, который и провели въ дружной товарищеской бесѣдѣ.

— При психіатрической лечебницѣ Пензенскаго Губернскаго Земства съ большимъ успѣхомъ функционируетъ, какъ это видно изъ «Отчета» по лечебницѣ за 1906 годъ, специальная амбулаторія, гдѣ было въ указанномъ году 939 посѣщеній.

— Въ томъ же «Отчетѣ» отмѣчается сильное переполненіе больницы, неудовлетворительное ея состояніе и ухудшеніе гигиеническихъ условій существованія въ ней больныхъ. Составитель отчета указываетъ на то, что при такихъ условіяхъ нельзя было сократить употребленіе снотворныхъ и наркотическихъ, и, между прочимъ, онъ высказываетъ общія замѣчанія по поводу вліянія этихъ средствъ на больныхъ; онъ находитъ, что вероналъ не представляетъ, повидимому, никакихъ преимуществъ предъ прежними средствами: нейроналъ, по его мнѣнію, полезное приобрѣтеніе для увеличенія арсенала снотворныхъ, не вызывающее побочныхъ дѣйствій.

— Классификація душевныхъ болѣзней въ томъ же «Отчетѣ» вызываетъ нѣкоторыя недоумѣнія; тутъ существуетъ смѣсь стараго съ новымъ, ибо вмѣстѣ съ меланхоліей и маніей есть маниакально-депрессивный психозъ; вмѣстѣ съ dementia secunda имѣется и dementia praecox и Katatonia (отдѣльно).

— А. И. Бинергъ перешелъ на службу изъ Пензы въ Московскую окружную лечебницу.

— 29 октября сего года состоялось чествованіе завѣдующаго психіатрической больницей Тульскаго Губернскаго Земства Н. П. Каменева, по поводу исполнившихся 25 лѣтъ съ начала

его службы в Тульскомъ Земствѣ. По этому случаю юбиляру были поднесены привѣтственные адреса отъ Губернской Земской Управы и отъ врачей мѣстной психиатрической больницы; кромѣ того Николая Петровича Камнева привѣтствовали представители отъ Общества Тульскихъ врачей.

— 3 ноября состоялось засѣданіе Общества психіатровъ въ С.-Петербургѣ, гдѣ обсуждался вопросъ о врачебной организации психиатрическихъ больницъ въ принципѣ коллегіальности. Докладчикомъ выступилъ П. А. Останковъ, и при обсужденіи этого доклада, касающагося животрепещущихъ вопросовъ практической психіатріи, возникли, конечно, оживленныя пренія.

— «Русскія Вѣдомости» сообщаютъ слѣдующее: 22 ноября въ главномъ военномъ судѣ разсматривалась кассационная жалоба на приговоръ московскаго военно-окружнаго суда по дѣлу Знаменскаго, обвинявшагося въ убійствѣ городского и присужденнаго къ смертной казни чрезъ повѣшеніе, съ постановленіемъ ходатайствовать о смилченіи участи обвиненнаго. Дѣло должно было слушаться въ казенной палатѣ, но за невозможностью для подсудимаго присутствовать, вслѣдствіе психическаго разстройства, было отложено и направлено къ дослѣдованію, а больной былъ помѣщенъ въ тюремную больницу для испытанія его умственныхъ способностей. Врачи больницы нашли признаки эпилепсіи и раннее слабоуміе, но окружный судъ освидѣтельствовавъ больного въ порядкѣ 335 ст. Устава Уголовнаго судопроизводства, признавъ Знаменскаго душевно-здоровымъ, послѣ чего дѣло перешло въ судебную палату, и было уже приступлено къ составленію обвинительнаго акта, но въ моментъ нахождения дѣла въ камерѣ прокурора вышло постановленіе генераль-губернатора о передачѣ подобнаго рода дѣлъ въ военный судъ. Въ кассационной жалобѣ, указывалось на неправильность изыятія дѣла изъ общей подсудности. Резолюціей главнаго военнаго суда кассационная жалоба оставлена безъ уваженія. Мать осужденнаго подаетъ прошеніе на Высочайшее имя.

— Психо-неврологическій Институтъ находится въ настоящее время въ стадіи довольно быстрой организаціи. Уже открыто при немъ психологическое отдѣленіе на пожертвованный В. Т. Зиминымъ капиталъ въ размѣрѣ 52 тысячъ руб.; цѣль этого отдѣленія изучать человѣка, какъ предметъ воспитанія со дня его рожденія и соответственнымъ образомъ направлять его воспитаніе подъ руководствомъ опытныхъ лицъ; учрежденіе находится подъ наблюденіемъ врачей-психологовъ и специалистовъ

педагоговъ. Дѣти принимаются за плату отъ 30 до 60 руб. въ мѣсяць. Къ сожалѣнію, жертвуемый В. Т. Зиминымъ капиталъ недостаточенъ для полнаго развитія этого учрежденія; пожертвованія можно адресовать на имя казначея психо-неврологическаго института (М. С. Добротворскій, Боткинская 9, клиника).

— Въ послѣднемъ засѣданіи Совѣта психо-неврологическаго института принять организующагося при институтѣ попечительства о душевно и нервно-больныхъ, которое будетъ имѣть цѣлью научно-поставленное призрѣніе и леченіе душевно и нервно-больныхъ, идиотовъ, эпилептиковъ, алкоголиковъ и наркомановъ по всей Россіи, не находящихся на призрѣніи и леченіи въ правительственныхъ и общественныхъ и частныхъ учрежденіяхъ. Члены попечительства раздѣляются на 1) почетныхъ, 2) пожизненныхъ, 3) дѣйствительныхъ и 4) членовъ-соревнователей. Званіе почетнаго члена попечительства получаютъ лица, или оказавшія особые услуги попечительству, или внесшія 300 рублей; пожизненные члены попечительства вносятъ 100 рублей единовременно, дѣйствительные члены вносятъ 3 рубля ежегодно; члены-соревнователи дѣлаютъ какой-либо по своему усмотрѣнію единовременный взносъ.

При институтѣ организуется въ настоящее время амбулаторія для леченія алкоголиковъ на пожертвованныя городомъ С.-Петербургомъ 1500 рублей. Обществу для устройства лечебницъ и колоній алкоголиковъ. Въ ближайшемъ будущемъ — уставъ этого общества будетъ пересматриваться — общество будетъ состоять при психо-неврологическомъ институтѣ.

Въ послѣднемъ засѣданіи Совѣта былъ обсуждаемъ вопросъ о способѣ избранія профессоровъ, существующій въ университетахъ; лицо избранное должно удовлетворять извѣстному цензу, представить ученыя труды и пробыть не менѣе трехъ лѣтъ въ званіи приватъ-доцента по своей специальности въ одномъ изъ высшихъ учебныхъ заведеній. Архитекторомъ института избранъ А. И. Валинскій, юрисконсультъ А. И. Алафузовъ. Составъ Совѣта психо-неврологическаго института въ настоящее время слѣдующій: президентъ академикъ Бехтеревъ, профессоры: Айналовъ, Богдановъ-Березовскій, Буличъ, Вігнеръ, Вейнбергъ, Вартамовъ, Введенскій Н. Е., Герверъ (онъ же ученый секретарь) Гогель, Гундобинъ, Добротворскій, Дрещъ, Жуковскій, М. Ковалевскій, Лазурскій, Лесгафтъ П. Ф., Нарбутъ, Овсянникъ-Куликовскій, Остапковъ, Пясецкій, Розенбахъ, Словоць, Сперанскій, Сакетти, Серебряниковъ, Томашевскій, Губинскій и Хлопинъ. Преподаватели: Бѣлицкій, Грибоѣдовъ, Грузенбергъ, Жаковъ, Карлинскій, Оршанскій, Пуссепъ, Рубашкинъ, Спиртовъ,

Франкъ, Фельдбергъ, Шохоръ-Троицкій, Цвѣтъ и Щегловъ. Лекціи проектируется начать съ 1-го февраля 1908 года. Слушатели института раздѣляются на студентовъ и вольнослушателей. Студентамъ будутъ приниматься лица обоего пола безъ различія національностей и вѣроисповѣданія, окончившія курсъ въ высшихъ или среднихъ учебныхъ заведеніяхъ и также заграничныхъ, имъ соответствующихъ. Предметы, входяшіе въ программу института, раздѣляются на общіе и спеціальныя, общіе предметы читаются на первыхъ двухъ годовыхъ курсахъ института и считаются обязательными для всѣхъ студентовъ, спеціальныя предметы читаются на 3-мъ курсѣ въ теченіе одного года и распредѣлены на 4 секціи: 1) психологическую, 2) педагогическую, 3) криминологическую и 4) медицинскую. Лицамъ съ высшимъ образованіемъ предоставляется возможность поступать на спеціальныя секціи безъ предварительнаго прохожденія общей группы науки, причемъ таковымъ лицамъ выдается свидѣтельство о прохожденіи курса соответствующей секціи. Лица, окончившія полный курсъ института, получаютъ дипломъ объ окончаніи психоневрологическаго института. Плата за слушаніе лекцій на общихъ курсахъ по 100 руб. въ годъ, на спеціальныхъ по 150 руб., за отдѣльные предметы 20 рублей въ годъ.

— Въ городской управѣ получены первые результаты о примѣненія въ С.-Петербургѣ патронатовъ для душевно-больныхъ. Управа нашла, что опытъ вполне удался. Система призрѣнія черезъ патронаты коснулась пока 20, каждый изъ больныхъ нихъ обойдется въ 200 руб. въ годъ, тогда какъ содержаніе того же больного въ больницѣ стоило 300 руб. (Нов. Вр.).

— Въ виду того, что число политическихъ заключенныхъ, отправляемыхъ въ психіатрическія больницы съ каждымъ днемъ увеличивается, главное тюремное управленіе сдѣлало распоряженіе прокурорскому надзору о скорѣйшемъ окончаніи производствъ, по дѣламъ, по коимъ имѣются душевно-больные обвиняемые, и о направленіи этихъ дѣлъ въ судъ для разрѣшенія (Нов. Вр.).

— Пренія въ Государственной Думѣ по вопросу о борьбѣ съ пьянствомъ возбуждаютъ большой интересъ между торговцами и ремесленниками г. Москвы, и среди нихъ ведется агитація за представленіе въ Думу коллективной петиціи о принятіи необходимыхъ мѣръ противъ этого бича народной жизни. (Русс. Вѣд.).

— Директором психиатрической Алексѣевской больницы на Канатчиковой дачѣ выбранъ по конкурсу А. И. Мальшинъ.

— О томъ, какъ распространяются новые взгляды въ клинической психиатріи во Франціи, свидѣтельствуетъ только что появившійся переводъ лекцій проф. Kraepelin'a со 2-го (нѣмецкаго) изданія «Введеніе въ психиатрическую клинику» на французскій языкъ. Переводъ сдѣланъ докторами Devaux и Merklep предисловіе написано Duré.

— Повторительные курсы по психиатріи для врачей, состоявшіеся въ Мюнхенѣ при клиникѣ профессора Kraepelin'a въ этомъ году привлекли еще больше желающихъ, сдѣлалось человекъ 75 врачей различныхъ національностей, изъ нихъ русскихъ 7 человекъ, столько же поляковъ, есть норвежцы, голландцы, швейцарцы и одинъ англичанинъ.

ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХИАТРОВЪ ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

Протоколъ засѣданія 15 апрѣля 1907 г.

Предсѣдательствоваль проф. Л. О. Даркшевичъ, при секретарѣ В. В. Николаевъ; присутствовали г. почетный членъ О-ва проф. П. М. Догель и гг. дѣйствительные члены: В. П. Осиповъ, В. П. Сервунинъ, Г. А. Клячкинъ, В. С. Болдыревъ, Г. В. Сорокиковъ, Н. А. Миславскій, Н. А. Глушковъ, В. Н. Осипова, П. С. Скуридинъ, Л. А. Сергѣевъ, Павленко, А. В. Фаворскій и гости д-ръ Шоломовичъ, Идельсонъ, Гликманъ, проф. Орловскій, Вендрихъ, Шишковъ и человекъ около 60 публики.

Прочитанъ и утвержденъ, по исправленіи, протоколъ предыдущаго засѣданія.

Д-ръ А. М. Зайцевъ сдѣлалъ докладъ—къ симптоматологіи бѣлой горячки.

Въ возникшихъ преніяхъ приняли участіе П. С. Скуридинъ, И. М. Догель, А. С. Шоломовичъ, В. П. Осиповъ, Л. О. Даркшвицъ и докладчикъ.

П. С. Скуридинъ привелъ случай изъ своей практики, при которомъ у больной, злоупотреблявшей алкоголемъ и хлораль гидратомъ, въ періодъ полного выздоровленія бѣлой горячкой, существовали и галлюцинаторныя явленія, когда больная смотрѣла на бѣлыя обои; типъ видѣнныхъ фигуръ очень однообразенъ; ихъ больная могла вызвать затѣмъ по желанію; при волненіяхъ галлюцинаціи возобновлялись больная была дегенерантка, истеричка.

А. М. Зайцевъ разматриваетъ случай П. С. Скуридина какъ случай истеріи, съ чѣмъ соглашается и д-ръ Скуридинъ.

И. М. Догель выразилъ пожеланіе, чтобы у больныхъ, наблюдавшихся докладчикомъ, на ряду съ явленіями въ сферѣ органа зрѣнія отмѣчались бы измѣненія въ сферѣ другихъ органовъ чувствъ—слуха, осязанія и т. д. Интересно также выяснить, какого происхожденія зрительныя галлюцинаціи больныхъ, происходятъ ли изображенія въ глазу или въ центрѣ. Въ виду того, что давались дѣйства, значительно вліяющія на кровяное давление, необходимо слѣдить за дѣятельностью сердца и, можетъ быть, удастся установить связь между измѣненіемъ дѣятельности сердца, напр. отъ хлораль-гидрата, и галлюцинаціями.

А. С. Шоломовичъ считаетъ необходимымъ избѣгать дачи хлораль-гидрата въ случаяхъ судебно-медицинскихъ, чтобы исключить возможность объясненія галлюцинацій приемами указанного средства.

А. М. Зайцевъ, возражая предыдущимъ оппонентамъ, отмѣчаетъ, что описаннаго зрительнаго феномена не наблюдалось у лицъ, хронически злоупотреблявшихъ хлораль-гидратомъ.

В. П. Осиповъ, разматривая галлюцинаторныя явленія со стороны ихъ величины, силы, живости реакціи, находитъ, что результаты докладчика интересны, существенны и могутъ имѣть нѣкоторое практическое значеніе.

И. М. Догель еще добавилъ, что надо обращать вниманіе на профессию лицъ, у какихъ появлялся феноменъ, описанный докладчикомъ.

Л. О. Даркшевичъ отмѣтилъ интересъ сдѣланнаго сообщенія и цѣнность выводовъ, могущихъ быть использованными въ клиникѣ.

Докладъ д-ра А. С. Шоломовича, по его предложенію, за позднимъ временемъ отложенъ.

Д-ръ Г. А. Клячкинъ демонстрировалъ микроскопическіе препараты, предпославъ необходимыя поясненія.

Л. О. Даркшевичъ интересовался, какого взгляда держится докладчикъ, нужно ли при операніи на спинномъ мозгу вставлять затѣмъ декальцинированную кость на мѣстѣ дефекта твердой мозговой оболочки. Это важно выяснить, чтобы имѣть въ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ точку опоры для тѣхъ или иныхъ мѣропріятій при оперированіи людей.

Г. А. Клячкинъ сказалъ, что у животныхъ считается за лучшее вставлять декальцинированную кость: микроскопическая картина въ случаяхъ заживленія съ декальцинированной костью рѣзко различается отъ таковой безъ вставки декальцинированной кости: въ этомъ послѣднемъ случаѣ видно громадное развитіе соединительной ткани, обильныя сращения, тогда какъ въ первомъ случаѣ прорастаетъ нѣжная соединительная ткань; при отсутствіи кости происходитъ сдавливаніе спинного мозга, появляется неправильно разрастающіеся остеосциты; ничего подобнаго при вставленіи декальцинированной тонкой черепной кости собаки.

Н. А. Миславскій держится того мнѣнія, что заживленіе твердой мозговой оболочки лучше всего совершается у животныхъ безъ всякаго вмѣшательства. Н. А. Миславскій въ своихъ многочисленныхъ случаяхъ оперированія на спинномъ мозгу пересталъ примѣнять даже швы твердой мозговой оболочки, и заживленіе идетъ прекрасно.

Л. О. Даркшевичъ находить, что результаты докладчика даютъ твердую базу оперирующему клиницисту для трансплантатіи твердой мозговой оболочки.

Въ административномъ засѣданіи избранъ въ дѣйствительные члены о-ва д-ръ А. С. Шоломовичъ, а предложены, въ дѣйствительные члены: Евгений Марковичъ Идельсонъ (Сороковиковъ, Клячкинъ, Даркшевичъ), Витолодъ, Франсевичъ, Орловскій (Осиповъ, Даркшевичъ Догель) Николай Аркадьевичъ Грушковъ (Осиповъ, Даркшевичъ, Николаевъ) Т. С. Гликманъ (Даркшевичъ, Миславскій, Первушинъ).

Протоколъ засѣданія 30 сентября 1907 г.

Предсѣдательствовалъ проф. В. П. Осиповъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ, присутствовали г. почетный членъ о-ва проф. И. М. Догель, и г. дѣйствительные члены: Л. А. Сергѣевъ, А. В. Фаворскій, Г. В. Сороковиковъ, Н. А. Донсковъ, А. С. Шоломовичъ, В. П. Первухинъ, Борисенко и гости д-ра Идельсонъ, Аонасѣевъ, Глушковъ, Чебоксаровъ, Печниковъ, Забусовъ, Гликманъ, Орловскій, Шулеръ, Глушковъ и человекъ около 40 публики.

Открывая засѣданіе, проф. В. П. Осиповъ сообщилъ присутствующимъ о послѣдовавшихъ утратахъ въ лицѣ умершихъ проф. Менделя, проф. Гитцига и д-ра Каилана; очертивъ вкратцѣ главнѣйшія заслуги покойныхъ въ дѣлѣ развитія психіатріи, предсѣдательствующій предложилъ почтить память умершихъ вставаніемъ.

Затѣмъ слово было предоставлено д-ру П. А. Глушкову, который сдѣлалъ докладъ—Исслѣдованіе вкуса и обонянія у эпилептиковъ.

Въ обсужденіи доклада приняли участіе проф. Догель, Хомяковъ, Шоломовичъ, проф. Осиповъ и докладчикъ.

М. М. Хомяковъ задалъ вопросъ, не играло ли роли при изслѣдованіи докладчикомъ вкуса и обонянія—внушаемость. Какъ удалось показать оппоненту при своихъ работахъ, самой формой постановки вопроса можно въ значительной степени измѣнить результатъ отвѣта, и это должно быть отнесено на счетъ внушаемости опрашиваемыхъ. Для точности изслѣдованія надо бы было выяснитъ процентъ ошибокъ, зависящихъ отъ внушенія.

И. М. Догель интересовался, какъ докладчикъ объясняетъ пониженіе вкуса и обонянія у эпилептиковъ, страданіемъ ли центральной нервной системы или поражениемъ периферическихъ частей, каковъ методъ рѣшенія этого вопроса и какъ нарушается проводимость и возбудимость нервовъ.

Докладчикъ выяснилъ, что онъ держится взгляда, что у эпилептиковъ страдаютъ центральные органы обонянія и вкуса.

А. С. Шоломовичъ, находя, что для точности предпринимаемаго изслѣдованія необходимо исключать изъ группы изслѣдуемыхъ слабоумныхъ и съ заболѣваніемъ носоглоточнаго простран-

ства. Внушаемость же у обследуемых может быть исключена легко, тѣмъ болѣе что у эпилептиковъ она невысока.

В. П. Осиповъ, резюмируя сказанное, находить, что указаніе на внушаемость существенно, процентъ ошибокъ на внушаемость можетъ быть, но онъ у докладчика не высокъ, какъ благодаря тому что уже выяснено, какъ незначительна внушаемость у эпилептиковъ, такъ и потому, что докладчикомъ обращалось на эту сторону вниманіе, самые вопросы, ихъ характеръ, наконецъ контроль дали возможность исключить элементъ внушаемости. О локализациі страданія обонянія и вкуса даютъ главные точки опоры изслѣдованія, выяснившія, что падучая обусловливается страданіемъ коры, слѣдовательно надо искать причину пониженія обонянія и вкуса въ заболѣваніи центральной нервной системы; это еще болѣе подтверждается изслѣдованіями д-ра Анфимова, нашедшаго у падучихъ анатомическія измѣненія въ корѣ, а кровоизліянія отчасти и въ бѣломъ мозговомъ веществѣ.

Изслѣдованія докладчика имютъ значеніе для уясненія клинической картины падучей.

Затѣмъ слѣдовалъ докладъ д-ра А. В. Озворскаго—къ вопросу и лямбальной пункции при нервныхъ болѣзняхъ, при чемъ въ помѣщеніи нервной клиники была произведена пункция у больной и выпущено около 8 куб. цент. переброслиальной жидкости. Пренія по поводу доклада отложены за позднимъ временемъ.

Въ административной части засѣданія были избраны баллотировкой въ дѣйствительные члены о-ва проф. В. Ф. Орловскій, и д-ра Е. М. Идельсонъ, Н. А. Глушковъ и Т. С. Гликманъ.

*Протоколъ засѣданія 28 ноября 1907 г. *)*

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ, присутствовали почетный членъ о-ва И. М. Догель и гг. дѣйствительные члены Осиповъ, Клячкинъ, Донсковъ, Глушковъ, Миславскій, Тимошеевъ, и гости д-ра Трубина, Лисовскій, Опокинъ, Овчинниковъ, Десятовъ, Шилковъ.

Предсѣдатель, открывая засѣданіе, напомнилъ сущность доклада проф. В. П. Осипова—«своеобразное разстройство акта чтенія у душевно-больного»—и предложилъ высказаться присутствующихъ.

*) Случайно пропущенъ протоколъ засѣданія въ октябрѣ 1907 года, который будетъ помѣщенъ въ слѣдующемъ выпускѣ.

Д-ръ Г. А. Клячкинъ описалъ случай разстройства чтенія, какой ему пришлось наблюдать въ своей практикѣ. Въ анамнезѣ больного безъ lucis, больной писалъ правильно, но являлъ еще разстройство въ сферѣ чувствъ и рефлексовъ, также на лицо у него была дермографія. Какъ этотъ случай, гдѣ заболѣваніе было органическое, такъ и литература даетъ указаніе, что на почвѣ разстройства памяти алексія можетъ существовать безъ аграфіи.

Докладчикъ, рассматривая приведенный случай, какъ заболѣваніе на органической почвѣ, отмѣчаетъ, что у описанныхъ больныхъ наблюдается разстройство чтенія вслѣдствіе ослабленія волевого акта; не хватаетъ задержки для того, чтобы остановить словесное выраженіе полученнаго зрительнаго впечатлѣнія.

Предсѣдатель остановилъ свое вниманіе на слѣдующемъ сообщеніи, потому что изъ сообщеннаго очень ясно видна связь между дѣятельностью спинного мозга и головного, имѣющей и такъ очень много общаго. Выяснивъ значеніе воли въ эмоціяхъ человѣка и рефлекторныхъ актахъ, проф. Даркшевичъ указалъ, что сообщеніе проф. Осипова тѣмъ интересно, что уклоненія въ сложной психической жизни рассматриваются не съ метафизической а съ анатомо-патологической точки зрѣнія.

Докладчикъ также нашелъ еще необходимымъ—подчеркнуть, что психо-рефлексы должны быть объясняемы съ точки зрѣнія анатомо-физиологическаго субстрата, и въ основѣ этого ученія должна стоять экспериментальная физиологія.

Затѣмъ было заслушано сообщеніе проф. Н. М. Догеля—Взаимодѣйствіе хлороформа и кокаина и обратно: кокаина и хлороформа на животный организмъ.

По поводу сообщеннаго послѣдовалъ оживленный обменъ мнѣній между докладчикомъ, Миславскимъ, Осиповымъ, Опokinымъ, Николаевымъ и Даркшевичемъ, при чемъ, считаясь съ сообщеннымъ проф. И. М. Догелемъ какъ съ фактомъ, какъ докладчикъ такъ и обсуждавшіе находили, что объясненіе вліянія кокаина у хлороформированнаго должно опереться еще на рядъ будущихъ изслѣдованій особенно гистопатологическихъ.

Въ административномъ засѣданіи постановлено въ январѣ мѣсяцѣ не устраивать торжественнаго годичнаго засѣданія о-ва въ виду того, что по мнѣнію присутствовавшихъ неудобно устраивать торжественное засѣданіе о-ва ранѣе, чѣмъ учебный годъ въ

университетѣ не будетъ начатъ торжественнымъ актомъ 5-го ноября.

Протоколъ засѣданія 19 декабря 1907 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ. Присутствовали гг. действительные члены: П. А. Миславскій, В. П. Осиповъ, Г. А. Клячкинъ, Осипова, В. П. Первушинъ, А. С. Шоломовичъ, Павленко, А. В. Фаворскій, В. А. Левчаткинъ и гости д-ра Дубровина, Трубина, Фофановъ, Никольская, Чалусовъ, Шулеръ, Исакинъ, Кираевъ, Сухаревъ.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія, послѣ чего слово предоставлено д-ру З. П. Первушину, сообщившему—случай polyneuritis anterior acuta adultorum, при чемъ было продемонстрировано докладчикомъ 3 больныхъ.

По поводу доклада В. П. Осиповъ отмѣтилъ, что въ сдѣланномъ докладѣ интересна каждая его часть; пѣннымъ представляется историческій очеркъ о polyneuritis, такъ какъ ученіе о клиническихъ формахъ прогрессируетъ, эволюционируетъ и діагнозь страданія отличается теперь большей точностью, чѣмъ 30 лѣтъ тому назадъ; представленные больные съ даннымъ описаніемъ страданія у каждого рознятся другъ отъ друга и по степени распространенія патологическаго процесса и по локализациі его, указанной докладчикомъ достаточно подробно, но желательнее было бы выяснитъ детальнѣе, какъ смотритъ докладчикъ на происхождение у его больного паралича праваго лицевого нерва; но нельзя согласиться съ докладчикомъ, при выясненіи этиологическихъ моментовъ, въ томъ, что lues, бывшій у одного изъ больныхъ, не игралъ никакой роли при заболѣваніи polyneuritis'омъ. Зачѣмъ тогда было лѣчить больного ртутой, когда развивался polyneuritis? И надо думать, что lue'ическое заболѣваніе подорвало силы организма, нервная система стала болѣе ранима, и поэтому на бывшій у больного lues можно смотрѣть правда не какъ на причину, но какъ на предшествующій, предрасполагающій моментъ къ заболѣванію центральной нервной системы. Касаясь лѣченія не безынтересно знать, почему было примѣнено лѣченіе антистрептококковой сывороткой, попутно ли при примѣненіи другихъ средствъ или же только одно это лѣченіе могло оказать благоприятный эффектъ.

Докладчикъ далъ объясненія; состоящія въ томъ, что происхожденіе паралича праваго лицевого нерва приписывается имъ частичному пораженію его ядра, т. е. этотъ параличъ приравнивается къ параличамъ въ области спинномозговыхъ нервовъ; т. о. въ этомъ отношеніи данный случай подходитъ подъ типъ, ро-*lie*ncerphalomyelitis'a авторовъ. Хотя докладчикъ и выразилъ согласіе въ томъ, что въ происхожденіи нервнаго заболѣванія *les* могъ играть нѣкоторую предрасполагающую роль, но оговорился, что за это нѣтъ никакихъ прямыхъ данныхъ; ртутное же лѣчение было примѣнено, какъ *ultima refugium*, а лѣченіемъ антистрептококковой сывороткой имѣлось въ виду сдѣлать послѣднюю попытку активнаго вмѣшательства въ теченіе болѣзни, увѣнчавшуюся видимымъ благоприятнымъ эффектомъ.

А. В. Фазорскій находилъ затруднительнымъ локализовать патологическій процессъ воспалительнаго характера на точно опредѣленныхъ мѣстахъ; отмѣтилъ, что Преображенскій неудачно назвалъ рассматриваемое страданіе паренхиматознымъ инфильтрирующимъ мѣзлитомъ. На *les* у больного оппонентъ смотритъ какъ на первичную причину заболѣванія у пациента, у котораго по изслѣдованію оказалась инфекция во всякомъ случаѣ не стрептококковая.

Докладчикъ возразилъ, что патологоанатомическія измѣненія, будучи выражены наиболѣе рѣзко въ области переднихъ роговъ сѣраго вещества, распространяются въ большей или меньшей степени и на другіе отдѣлы спинного мозга: задніе рога, бѣлое вещества, *ria mater*, передніе корешки; это замѣтно главнымъ образомъ въ свѣжихъ случаяхъ; въ старыхъ же—измѣненія касались преимущественно лишь переднихъ роговъ, иногда отсутствуя въ другихъ районахъ мозга. Какъ упомянуто въ докладѣ, страдаютъ гл. образомъ артеріи, а Van-Gebuchten описываетъ очень рѣзкія измѣненія почти исключительно въ венахъ.—Что касается до вводимаго Преображенскимъ термина паренхиматозный полиомѣзлитъ, то указанный авторъ предлагаетъ этимъ обозначать остро развивающіеся въ области двигательныхъ спинномозговыхъ и черепныхъ мозговыхъ нервовъ параличи, безъ лихорадочнаго состоянія и при полномъ отсутствіи какихъ-либо иныхъ симптомовъ со стороны нервной системы. Преображенскій считаетъ за причину подобныхъ формъ токсическое вліяніе на клѣтки периферическихъ двигательныхъ нейроновъ, и, противопоставляя эту картину обычной картинѣ вульгарнаго полиомѣзлита, считаетъ возможнымъ приложить здѣсь терминъ «паренхиматозный полиомѣзлитъ» въ условномъ смыслѣ, отгѣняя тѣмъ возможность пол-

наго возстановленія нормальныхъ функцій заболѣвшей нервной системы.

Отсутствіе лихорадочнаго состоянія въ анамнезѣ больного дало докладчику право предполагать въ его случаѣ возможность токсическаго вліянія на сѣрое вещество переднихъ роговъ или же считать инфекцію даже своеобразной, необычной, ставить же въ прямую связь заболѣваніе съ бывшимъ лues'омъ нѣтъ достаточныхъ основаній—ни въ клинической картинѣ болѣзни ни въ литературныхъ данныхъ, и ссылку оппонента на возможность существованія острого сифилитическаго мѣлита нельзя признать доказательной, такъ какъ при полиомѣлитѣ процессъ распространяется въ предѣлахъ преимущественно одной сосудистой системы—передней центральной артеріи на происхожденіи всей спинномозговой оси, тогда какъ при остромъ сифилитическомъ мѣлитѣ имѣется очаговое заболѣваніе; къ тому же примѣра острого сифилитическаго передняго полиомѣлита нѣтъ, въ литературѣ, хотя какъ таковой оппонентомъ указавъ случай Schmus'a.

Студ. Дамперовъ интересовался знать, почему примѣнялось антистрептококковая сыворотка въ указанныхъ случаяхъ, когда повидимому не было прямыхъ показаній къ ея примѣненію, такъ какъ вліяніе ея избирательное.

Докладчикъ отвѣтилъ, что основаніемъ къ употребленію антистрептококковой сыворотки служило соображеніе, что въ этиологии острого полиомѣлита стрептококковая инфекция играетъ большую роль; во-вторыхъ, употребленіе сыворотки не представляетъ какой-либо опасности, и въ третьихъ, бактериологическое изслѣдованіе спинномозговой жидкости встрѣчало иногда практическія неудобства и не всегда могло быть своевременно осуществлено.

И. А. Миславскій, выясняя дѣйствіе избирательное инфекции по поводу даннаго случая, освѣтилъ вопросъ съ точки зрѣнія химическаго сродства веществъ. Можетъ быть въ каждой клеткѣ, также и въ нервной, есть особое вещество, подобно тому какъ между нервной бляшкой и мышечнымъ веществомъ допускають особое—т. наз. репензирующее вещество, благодаря которому, при различныхъ условіяхъ кровообращенія, обнаруживается особое избирательное отношеніе къ поступающей въ организмъ инфекціи въ опредѣленныхъ только группахъ клетокъ.

Л. Д. Даркшевичъ находилъ, что случай, приведенный докладчикомъ разработанъ съ клинической стороны очень тщательно.

но и интересно, и этимъ еще разъ доказывается, что клиническая діагностика поставлена теперь гораздо прочнѣе, тогда какъ еще не такъ давно діагнозъ *poliomyelitis* былъ изгоняемъ. Что касается разсматриваемого случая, то не обычнымъ является устройство чувствительной сферы и параличь *n. facialis dextr.*, здѣсь видимъ смѣшанное заболѣваніе центральной нервной системы и периферической, вслѣдствіе чего убѣждаемая, что процессъ захватываетъ всегда болѣе или менѣе широкіе районы, и діагностика на основаніи патолого-анатомической картины должна бы была быть такою—*polineuritis et poliomyositis*. По поводу взгляда на *hies*, какъ причину, заболѣванія, оппонентъ присоединяется къ заключенію докладчика.

Докладчикъ подтверждаетъ, что на явленія раздраженія въ периферической нервной системѣ у больного онъ смотритъ, какъ на послѣдствія мѣстнаго воспалительнаго процесса—*polineuritis*'а и *poliomyositis*'а.

Сообщеніе д-ра Ф. Я. Китаева—Иннервация пищевода вызвало обменъ мнѣній между проф. Н. А. Миславскимъ, Л. О. Даркшевичемъ, В. П. Осиповымъ и докладчикомъ, работавшимъ по данному вопросу въ физиологической лабораторіи Н. А. Миславскаго и представившимъ большое количество кривыхъ, продемонстрированныхъ изложенное.

Въ административной части засѣданія заслушана благодарность Московскаго военнаго госпиталя за поздравленіе по поводу 200-лѣтняго юбилея.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическій Вѣстникъ за 1907 годъ.

- 1) Медико-хозяйственный отчетъ по Покровской психіатрической больницѣ за 1906 г.
- 2) Отчетъ за 1905 годъ, Одесская городская больница за 1905 г.
- 3) Объективная психологія акад. В. Бехтерева. Вып. 1 1907 г.
- 4) Д-ръ А. М. Виршубскій. Къ казуистикѣ склеродермы.
- 5) Отчетъ за 1906 годъ. Императорскій клиническій институтъ Великой княжны Елены Павловны.
- 6) Медицинскіе отчеты по казанскимъ земскимъ заведеніямъ общественаго призрѣнія.
- 7) Отчетъ по психіатрической лечебницѣ Пензенскаго губ. земства за 1906 годъ.
- 8) Д-ръ Виршубскій. Случай tremor simplex. нижнихъ конечностей послѣ брюшнаго тифа. 1907 г.
- 9) Отчетъ о дѣятельности состоящей подъ Высочайшимъ ея Императорскаго Величества Государыни Императрицы Маріи Феодоровны Покровительствомъ дѣтской больницы Св. Ольги въ Москвѣ за 1905 г.
- 10) О регламентаціи проституціи и аболиціонизмъ. 1907 г.
- 11) Протоколъ торжественнаго засѣданія Императорскаго Кавказскаго медицинскаго общества посвященнаго памяти Н. И. Вирогова, въ день двадцатипятилѣтія со дня его кончины 23 ноября 1906 г. Тифлисъ, 1907 г.
- 12) Медицинскій сборникъ издаваемый Императорскимъ Кавказскимъ медицинскимъ обществомъ № 69. Тифлисъ 1907.
- 13) Отчетъ за 1906 годъ. Бактеріологическій институтъ Харьковскаго медицинскаго общества. Харьковъ. 1907 г.
14. Казанскій медицинскій журналъ. Т. VII, посвященный памяти почетнаго члена Казанскаго общества врачей профессора Николая Матвѣевича Любимова.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

1908 годъ

Пятнадцатый годъ изданія.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЬ

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“.

Органъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

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

Въ 1904 году «Неврологическій Вѣстникъ» будетъ издаваться Обществомъ по прежней программѣ и выходить по прежнему періодически четыремъ книжками въ годъ въ увеличенномъ объемѣ.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА НА ГОДЪ 6 РУБ.

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

Редакторъ Н. А. Миславскій.

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

Открыта подписка на 1907 годъ

(Двѣнадцатый годъ изданія).

ОБОЗРѢНІЕ ПСИХІАТРІИ, НЕВРОЛОГИИ

и

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОИ ПСИХОЛОГИИ.

Ежемесячный 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 полное ознакомленіе его читателей съ успѣхами и развитіемъ этихъ отраслей знанія. Въмѣ 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 бандероляхъ) покорнѣйше просить 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 неврологическихъ и психиатрическихъ учреждений и корреспонденціи бытового характера, какъ матеріалъ для хроники покорнѣйше просить адресовать на имя секретаря редакціи, д-ра П. А. Останкова (Спб. Выб. ., Клиника душевныхъ болѣзней). Статьи, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ, авторамъ же по напечатаніи предоставляется 25 экземпляровъ отдѣльныхъ оттисковъ бесплатно. О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, будетъ напечатана заявленіе въ одномъ изъ ближайшихъ номеровъ журнала. По всемъ хозяйственнымъ вопросамъ (высылка гонорара, отдѣльныхъ оттисковъ, неполученныхъ ММ, приемъ объявленій и т. п.), слѣдуетъ обращаться исключительно къ издателю.

К Л И М А Т О Ч И

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, такъ и съ доставкой въ Петербургъ—9 руб.; на полгода—4 руб. 50 коп.; на 3 месяца—2 руб. 25 коп. Экземпляры «Обозрѣнія» за 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902 и 1903 года можно приобрести у издателя по 5 рублей.

Редакторъ Акад. В. М. Бехтеревъ.

Секретарь д-ръ П. А. Останковъ.

1908 г.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

Годъ VIII.

на „Журналь 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.

П Р О Г Р А М М А:

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) Биографіи и некрологи.

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

Журналь 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 ЖУРНАЛЬ

„СОВРЕМЕННАЯ ПСИХІАТРІЯ“,

издаваемый при ближайшемъ участіи:

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

подъ редакціей:

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

Журналь «Современная Психіатрія» посвящается всемъ вопросамъ теоретической, клинической и общественной психіатріи.

Журналь будетъ выходить ежемѣсячно книжками въ размѣрѣ около 3-хъ листовъ каждая, приблизительно въ концѣ каждого 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., (за границу 7 руб.). Первая книжка «Современной Психіатріи» выйдетъ въ мартѣ 1907 года.

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

ЖУРНАЛЬ ОБЩЕСТВА РУССКИХЪ ВРАЧЕЙ

въ память Н. И. Пирогова,

издаваемый Правленіемъ Общества,

въ 1907 году (XII-й годъ изданія) будутъ 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 всеѣмъ медицинскимъ вопросамъ—научнымъ, общественно-санитарнымъ и врачебно-бытовымъ.

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

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

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

Члены Общества получаютъ право приобретать печатающийся «Библиографическій указатель литературы по общественной медицинской литературѣ» по объявленной при подпискѣ цѣнѣ, т. е., за 2 рубля.

За перемѣну адреса просятъ выслать 40 коп. почтовыми марками.

Подписная цѣна на «Журналъ» вмѣстѣ съ приложениями (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 отисковъ.

Объявленія принимаются по слѣдующей цѣнѣ: за 1 страницу 20 руб., за $\frac{1}{2}$ стр. и менѣе 10 руб. за одинъ разъ.

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

кожи челоѡѡка индукціонными токами. Леонтовичъ, Кіевскія Университетскія Извѣстія № 12, 1907. 200.— G. Etienne. Произвольныя зониформцыя кровоизліліія (Nouvelle Iconographie de la Salpêtriere № 5, 1907). 201.—Перевязка щитовидныхъ артерій при сосудистыхъ зобахъ. Б. Енохина. Ученныя записки Казанскаго Университета. XI—XII. 1907. 203.—Первые шаги по психіатріи во время Русско-Японской войны 1904—1905 г. Д-ръ Шумковъ. Труды общества Кіевскихъ врачей за 1907 г. 204.—Отчетъ Одесской городской психіатрической больницы за 1906 г., составленный врачами больницы 205.
Хроника и смѣсь 209.
Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 215.
Списокъ книгъ и брошюръ, поступающихъ въ редакцію журнала Неврологическій Вѣстникъ за 1907 г. 224.
Объявленія.

—

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

Редакторъ Н. А. Миславскій.

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

О Р Г А Н Ъ

общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ
Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева, проф. Н. М. Цопова и проф.
Н. А. Миславскаго.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ періодически четыремя книжками въ общемъ объемѣ до 60 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками въ табл. и въ текстѣ. Подписная цена на годъ 6 руб. Отдельныя книжки по 2 руб. Журналъ посвящается невропатологіи и психіатріи съ судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ устройствъ, анатоміи, гистологіи и эмбриологіи нервной системы, нервной физиологіи и психологіи.

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

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

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ» просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. Н. А. Миславскаго (Казань), проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней) или проф. Н. М. Цопова (Одесса). Размѣръ статей не долженъ превышать 3 печатныхъ листовъ, печатаніе свыше производится въ счетъ автора. Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя предсѣдателя Общества. Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распредѣленіе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условій, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи получаютъ 30 экз. отд. оттисковъ бесплатно.

Авторы и издатели, желающіе прислать свои изданія въ редакцію или въ бібліотеку О-ва, благоволятъ адресовать таковыя на имя *редакціи* (Казань, Университетъ). *О каждой книжкѣ или брошюрѣ, поступившей въ редакцію или въ бібліотеку общества, будетъ объявлено въ ближайшемъ выпускѣ журнала.*

Стоимость журнала за 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902 г по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи Н. А. Донсковъ.