

1897 10/10/07

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

О Р Г А Н Ѣ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

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

проф. В. П. Осипова.
(Казань).

32
Томъ **XV**, вып. **1**-4

СО Д Е Р Ж А Н І Е:

О р и г и н а л ь н ы я с т а т ь и:

В. Бехтеревъ. Памяти акад. И. П. Мержеевского.

— О. Я. Китаевъ. Къ иннервации глотательныхъ движеній.

— В. П. Осиповъ. Фотографическое чтеніе вслухъ.

— І. Ф. Пожарискій. О способахъ вскрытія головного мозга.

— Н. А. Донсковъ. Къ казуистикѣ состояній одержимости.

• Б. П. Первушинъ. Три случая столбняка.

Р е ф е р а т ы.

Отчетъ о дѣятельности Общества.

Х р о н и к а и с м ѣ с ь.

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.

Стр.

В Бехтеревъ. Памяти акад. П. Н. Мерзеевскаго	1.
Ө. Я. Китаевъ. Къ инервациі глотательныхъ движеній	1.
В. В. Осиповъ. Фотографическое чтеніе вслухъ	45.
І. Ф. Пожарискій. О способахъ вскрытія головного мозга	59.
Н. А. Донсковъ. Къ казуистикѣ состояній одержимости	80.
В. П. Первушинъ. Три случая столбняка	94.

РЕФЕРАТЫ.

Анатомія. Prof. Marinesco und I. Minea. О микроскопическихъ симпатическихъ гиноспинальных узлахъ. — *Neurologisches Centralblatt*. 1908 № 4. 137 — Физиологія. Paul. Flechsig. Замѣчанія относительно слуховыхъ центровъ человѣческаго головного мозга. *Neurologisches Centralblatt* 1908 г. — №№ 1 и 2 (Статья была предметомъ доклада, читаннаго въ обществѣ среднепѣмецкихъ психіатровъ и неврологовъ 26 октября 1907 года). 138. — А. Loupé. О движеніи глазныхъ яблоковъ при раздраженіяхъ мозжечка. Berlin. *Neurologisches Centralblatt*. 1908. № 3. 141. — Патологическая анатомія. Dr. Schima изъ Япоиніи. Къ вопросу объ измѣненіяхъ центральной нервной системы подъ вліаніемъ адреналина. *Neurologisches Centralblatt*. 1908. № 4. 143. — Dr. Otto Schütz. Анатомо-патологическія измѣненія въ спинномъ мозгѣ одной морфинистки. (Изъ патолого-гигіеническаго института въ Хемницѣ). *Neurologisches Centralblatt*. 1908. № 4. 144. — Общая патологія. Плетневъ и Цитронъ. Серодиагностика сифилиса. (Медицин. обозр. № 2. 1908). 145. — Невропатологія. Kurt Mendel. Къ казуистикѣ сакральной формы множественнаго склероза. *Neurologisches Centralblatt*. — 1908. № 3. 147. — Проф. W. Stoltzner. Спазмифилія и избытокъ кальція содержащихъ веществъ, (изъ университетской поликлиники дѣтскихъ болѣзней въ Галле). *Neurologisches Centralblatt* № 2 — 1908. 148. — Albert Adamkiewicz. Hemiplegia pseudohysterica. *Neurologisches Centralblatt*. 1908. № 3. 151. — Н. Curschman. Къ вопросу о сакральной

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

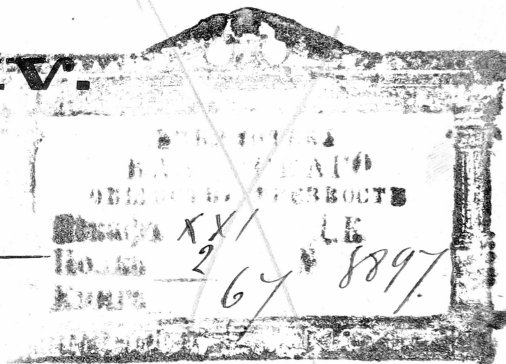
ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

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

Томъ XV.



К а з а н ь.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1 9 0 8.

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

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

Памяти акад. И. П. Мержеевского¹⁾.

В. Бехтерева.

Сегодняшнее засѣданіе Психіатрическаго Общества, со гласно постановленію его Совѣта, мы посвятили памяти акад. И. П. Мержеевского, скончавшагося 5 марта въ Парижѣ отъ кровоизліянія въ мозгъ. Подъ свѣжимъ впечатлѣніемъ столь горестнаго событія, трудно оцѣнить все значеніе той тяжелой утраты, которую мы испытываемъ вмѣстѣ съ кончиной И. П. Но можно съ увѣренностью сказать, что русская психіатрія въ лицѣ И. П. потеряла одного изъ своихъ замѣчательныхъ представителей, бывшаго учителемъ огромнаго большинства Петербургскихъ врачей-психіатровъ и психіатровъ другихъ городовъ, общество психіатровъ въ С.-Петербургѣ потеряло въ лицѣ И. П. Мержеевского одного изъ своихъ наиболее ревностныхъ дѣателей безсмѣнно руководившаго обществомъ въ качествѣ предсѣдателя болѣе 20 лѣтъ, и наконецъ все Петербургское населеніе и провинціальная Россія потеряли въ лицѣ И. П. симпатичѣйшаго врача-психіатра, пользовавшагося громкой извѣстностью и общей любовью своихъ паціентовъ.

Сегодняшнія рѣчи О. А. Чечота и П. Я. Розенбаха освѣтятъ предъ Вами различныя стороны дѣятельности И. П. Мер

¹⁾ Рѣчь, сказанная въ засѣданіи Общества Психіатровъ въ С.-Петербургѣ 22 марта 1908 г., посвященномъ памяти И. П. Мержеевского.



жеевскаго и какъ ученаго, и какъ человѣка. Поэтому съ моей стороны было бы излишнимъ входить въ подробности, относящіяся до этой дѣятельности,—тѣмъ болѣе, что я имѣлъ уже случай при погребеніи И. П. оцѣнить посильно его научныя заслуги. Но въ качествѣ предсѣдателя я считаю своимъ долгомъ предъ лицомъ общества хотя бы въ нѣсколькихъ штрихахъ указать на тѣ стороны дѣятельности И. П., которыми, по моему мнѣнію, наиболѣе ярко отгѣняется его личность, какъ ученаго и врача-психіатра.

Иванъ Павловичъ Мержеевскій, окончивъ курсъ Медико-хирургической академіи въ 1861 году, отдалъ себя на служеніе той врачебной спеціальности, которой въ его время заниматься считалось почти подвигомъ. Она не общала во всякомъ случаѣ тѣхъ матеріальныхъ благъ, которыя раскрывались для врачей иныхъ спеціальностей, въ видѣ обширной практики, и въ то же время представлялась крайне трудною для изученія и даже небезопасною для жизни и здоровья.

Ближайшимъ импульсомъ для этого могла быть только одна жажда научной работы въ той области, которая тогда была еще мало извѣданной. Но Иванъ Павловичъ съ чисто юношескимъ пыломъ, со страстью и любовью, каковымъ могли позавидовать всякій, отдался своей спеціальности, началъ работать подъ руководствомъ своего учителя Ивана Михайловича Балинскаго, въ то время когда послѣдній былъ занятъ организаторскимъ дѣломъ насажденія у насъ психіатріи и устроеніемъ образцовой для того времени клиники душевныхъ болѣзней. Подъ непосредственнымъ руководствомъ Ивана Михайловича и началась научная дѣятельность Ивана Павловича, защитившаго въ 1864 г. диссертацию подъ заглавіемъ „Клиническое изслѣдованіе неистовыхъ больныхъ“. Этотъ и дальнѣйшій періодъ научной дѣятельности Ивана Павловича совпалъ съ тѣмъ временемъ, когда въ изученіи душевныхъ болѣзней не мало удѣлялось мѣста туманному психологическому раз-

сужденіямъ, въ то время какъ въ другихъ отдѣлахъ медицины начала выдвигаться патологическая анатомія, какъ основа медицинскихъ знаній. И вотъ И. П. въ предвидѣніи, что патологическая анатомія должна занять соответствующее мѣсто и въ изученіи психіатріи, въ своей поѣздкѣ за границу отдается на ряду съ изученіемъ клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней тоже и изученію патологической анатоміи душевныхъ болѣзней. Между прочимъ, онъ работаетъ за границей въ теченіе 1872—1875 г. во время своихъ научныхъ командировокъ подъ руководствомъ извѣстныхъ патологоанатомовъ и клиницистовъ того времени. И. П. создаетъ работу о патологической анатоміи прогрессивнаго паралича, которая сразу завоевала ему прочное имя въ наукѣ.

За этой работой послѣдовалъ рядъ другихъ не менѣе цѣнныхъ научныхъ изслѣдованій патолого-анатомическаго характера, преимущественно въ области идіотизма, которыми, между прочимъ, былъ опровергнутъ господствовавшій въ то время взглядъ Fогt'a на малоголовость, какъ на явленіе атавизма. Въ числѣ клиническихъ изслѣдованій въ области психіатріи заслуживаютъ вниманія его работы о хроническомъ алкоголизмѣ. Съ другой стороны, много вниманія удѣлялъ Иванъ Павловичъ и нервнымъ болѣзнямъ, слѣдя за появлявшимися въ то время впервые работами Charcot, котораго онъ по праву считалъ своимъ ближайшимъ учителемъ. Онъ самъ опубликовалъ рядъ изслѣдованій, освѣщавшихъ тѣ или другіе вопросы невропатологіи, чѣмъ, вѣроятно, и объясняется тотъ фактъ, что вмѣстѣ съ его избраніемъ въ профессора академіи ему было поручено чтеніе не только душевныхъ, но и нервныхъ болѣзней, ранѣе читавшихся вмѣстѣ съ внутренними болѣзнями. Вышеизложеннымъ мы намѣтили лишь въ самыхъ общихъ чертахъ характеръ и направленіе научной дѣятельности Ивана Павловича, перу котораго принадлежитъ въ общемъ до

50 изслѣдованій въ области душевныхъ и нервныхъ болѣзней и патологической анатоміи этихъ заболѣваній ¹⁾).

Но одними этими научными работами далеко не исчерпывается значеніе Ивана Павловича въ развитіи русской психіатріи.

Вступивъ на кафедру за выходомъ И. М. Балинскаго, онъ привлекъ въ свою клинику научно работающую молодежь, благодаря чему изъ клиники подъ его руководствомъ началъ выходить послѣдовательно одно за другимъ цѣлый рядъ научныхъ изслѣдованій патолого-анатомическаго, экспериментальнаго, гистологическаго и клиническаго характера, вслѣдствіе чего клиника душевныхъ болѣзней явилась важнѣйшимъ для того времени научнымъ центромъ въ области психіатріи въ Россіи.

Именно при И. П. Мержеевскомъ начался, можно сказать, настоящій расцвѣтъ научной дѣятельности первоначальной клиники, основанной и образцово устроенной его предшественникомъ И. М. Балинскимъ. При немъ закипѣла въ этой клиникѣ научная дѣятельность, результатомъ которой явилось множество цѣнныхъ научныхъ изслѣдованій. Благодаря этому научному движенію въ руководимой имъ клиникѣ подъ руководствомъ И. П. воспитался у насъ многочисленный рядъ научныхъ дѣятелей въ области психіатріи и неуропатологіи, занявшихъ затѣмъ кафедры душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ нѣсколькихъ русскихъ университетахъ и мѣста главныхъ врачей психіатрическихъ заведеній, разбѣянныхъ въ разныхъ частяхъ Россіи. Какъ благодаря работамъ самого И. П. Мержеевского, такъ и благодаря работамъ его непосредственныхъ учениковъ, создалась у насъ въ Россіи особая школа въ области психіатріи, съ патолого-анатомическимъ направленіемъ, кото-

¹⁾ Перечень большинства этихъ работъ съ указаніемъ журналовъ, гдѣ онѣ печатались, приведенъ въ книгѣ д-ра Ф. С. Текутьева: «Историческій очеркъ кафедры и клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней и т. д.» Спб. 1898.

рая безъ сомнѣнія сыграла важную роль въ исторіи этой науки въ Россіи въ то время, когда и на западѣ психіатрія признавалась многими еще отвлеченнымъ знаніемъ.

Выразителемъ упомянутого направленія въ психіатрію, сблизившаго ее съ другими медицинскими науками, явился издаваемый И. П. Мержеевскимъ журналъ Вѣстникъ Психіатріи—одинъ изъ первыхъ психіатрическихъ журналовъ у насъ въ Россіи, который вышелъ въ 13 томахъ.

Нельзя не упомянуть также, что И. П. Мержеевскому мы обязаны и созданіемъ новаго зданія клиники душевныхъ болѣзней, гостепріимствомъ которой наше общество пользуется непрерывно съ конца 70-хъ годовъ.

Наконецъ, наше общество потеряло въ лицѣ И. П. своего ревностнаго руководителя, отдававшего ему свой трудъ и энергію въ теченіе множества лѣтъ. Здѣсь нельзя не сказать, что И. П. Мержеевскій былъ какъ бы вторымъ основателемъ нашего общества, которое, какъ извѣстно, временно угасло въ своей дѣятельности въ концѣ 70-хъ годовъ. Но когда началось научное оживленіе въ психіатріи со вступленіемъ И. П. на кафедру, явилась потребность и въ научномъ обмѣнѣ мнѣній между психіатрами, и общество, совсѣмъ было замиравшее въ своей дѣятельности, вновь оживилось подъ руководствомъ своего новаго предсѣдателя И. П. Мержеевскаго и достигло того авторитетнаго положенія, въ постановленіямъ котораго стали прислушиваться не одни психіатры. Я не буду останавливаться здѣсь на дѣятельности И. П., какъ врача и человека, эта дѣятельность И. П. проходила на глазахъ всѣхъ настоящихъ членовъ нашего общества, которые его знали лично и безъ сомнѣнія помнятъ симпатичныя черты его характера. Мнѣ остается выразить наше общее горе приглашеніемъ почитать память И. П. вставаніемъ.

Къ иннервациі глотательныхъ движеній.

О. Я. Китаева.

I.

Обзоръ литературы.

Первыя изслѣдованія по иннервациі глотательныхъ движеній относятся, повидимому, къ первой половинѣ прошлаго столѣтія. Въ это время появилось значительное количество работъ, излагающихъ изслѣдованія о вліяніи раздраженій и перерѣзокъ черепныхъ и другихъ нервовъ на различные органы; нѣкоторыя изъ этихъ работъ касаются и глотательнаго аппарата. Изъ числа наиболѣе обстоятельныхъ работъ въ этомъ направленіи для насъ оказались доступными двѣ, именно *Reid'a* и *Volkmann'a*.

Reid ¹⁾ изучалъ функціи *n. glossopharyngei*, *n. vagi* и *Reid. n. accessorii Willisii*. Раздраженія и перерѣзки первыхъ двухъ нервовъ дали слѣдующіе результаты, относящіеся къ органамъ глотанія.

Раздраженія периферическаго конца *n. glossopharyngei* у собакъ не давали никакихъ мышечныхъ сокращеній; отсюда авторъ заключаетъ, что этотъ нервъ содержитъ исключительно чувствительныя волокна. При раздраженіи центральнаго кон-

¹⁾ The Edinburgh medical and Surgical Journal. 1838—1839 г.

ца того же нерва нерѣдко появлялись глотательныя движенія. Послѣ двухсторонней перерѣзки нерва не было замѣчено никакихъ измѣненій въ глотательномъ актѣ: животныя глотали даваемую имъ пищу такъ же хорошо, какъ и до перерѣзки.

Относительно *n. vagi* нужно отмѣтить слѣдующіе результаты. Раздраженія периферическаго конца глоточной вѣтви *n. vagi* вызывали всегда рѣзкія сокращенія констрикторовъ глотки, а также *m. stylopharyngei* и мышцъ мягкаго нѣба. Раздраженія центр. конца этой вѣтви не вызывали никакого эффекта, только у нѣкоторыхъ собакъ они были нѣсколько болѣзненны. Перерѣзка глоточной вѣтви на обѣихъ сторонахъ въ большей или меньшей степени разстраивала глотательный актъ: животное могло глотать только съ помощью движеній мышцъ шеи.

Раздраженія периферическаго конца блуждающаго нерва, перерѣзаннаго на шеѣ, вызывали сокращенія всего пищевода. Перерѣзка на шеѣ обѣихъ блуждающихъ нервовъ (у кроликовъ) обуславливала параличъ пищевода при глотаніяхъ; объ этомъ параличѣ авторъ судитъ на основаніи того, что, если послѣ перерѣзки нервовъ давать животному пищу и вскорѣ за этимъ убить его, то пищеводъ сверху до низу оказывался переполненнымъ пищей, которой почти не было въ желудкѣ.

Volkmann.

Volkmann ²⁾ раздражалъ у только-что убитыхъ животныхъ корешки различныхъ черепныхъ и спинно-мозговыхъ нервовъ и изучалъ двигательный эффектъ этихъ раздраженій. При этомъ оказалось, что только два нерва участвуютъ въ иннервации глотки и пищевода: *n. glossopharyngeus* и *n. vagus*.

При раздраженіи одного изъ двухъ корешковъ *n. glossopharyngei* авторъ наблюдалъ (у телятъ и кошекъ) сокращенія нѣкоторыхъ мышцъ глотки, именно *m. constrictoris med.* и *m. stylopharyngei*. Раздраженія корешковъ *n. vagi* (у со-

²⁾ Archiv für Anatomie, Physiologie und Wissenschaftliche Medicin. 1840.

бакъ, кошечъ и т. д.) вызывали сокращенія верхняго и нижняго констрикторовъ глотки, а также всего пищевода.

Что касается спинно-мозговыхъ нервовъ, то они никакого отношенія къ движеніямъ глотки или пищевода не имѣютъ.

Въ другой статьѣ ³⁾ *Volkman* старается рѣшить нѣко- *Volkman*. торые спорные вопросы относительно иннерваціи глотанія. Прежде всего, онъ не согласенъ съ тѣми изслѣдователями, которые считаютъ глотаніе актомъ исключительно рефлексорнымъ. По мнѣнію автора, въ огромномъ большинствѣ случаевъ глотанія зависятъ отъ воли. Такимъ образомъ, сокращенія глотки произвольны; остальная часть глотательнаго акта является уже непроизвольной. Спрашивается теперь, гдѣ же искать то раздраженіе, которое вызываетъ при глотаніи сокращеніе пищевода? Авторъ отвергаетъ предположеніе, что это сокращеніе вызывается проглоченной пищей, такъ какъ владываніе кусочковъ пищи въ пищеводъ не вызываетъ перистальтики послѣдняго. Очевидно, что искомое раздраженіе лежитъ въ сокращеніи глотки; послѣднее вызываетъ перистальтику пищевода вслѣдствіе ассоціаціи движеній, обусловленной структурой этихъ частей, подобно тому какъ при дыхательныхъ движеніяхъ, при родахъ и т. д. одно раздраженіе вызываетъ цѣлый рядъ движеній.

Наконецъ, авторъ разсматриваетъ вопросъ, какой нервъ заводитъ перистальтикой пищевода. Раздраженіе *n. vagi* вызываетъ одновременное сокращеніе всего пищевода; далѣе, двухсторонняя перерѣзка этого нерва ниже гортани не прекращаетъ сокращеній шейной части пищевода при глотаніяхъ. На основаніи этихъ фактовъ необходимо признать, по мнѣнію автора, что *n. vagus* не играетъ никакой роли при разбиаемой перистальтикѣ. Такъ какъ спинно-мозговые нервы не имѣютъ никакого отношенія къ движеніямъ пищевода, то

³⁾ Archiv für Anat., Physiol. und Wissensch. Medicin. 1841.

авторъ, путемъ исключенія, допускаетъ, что перистальтика зависитъ отъ симпатическаго нерва.

Wild.

Wild ⁴⁾ изучалъ перистальтическія движенія пищевода. Опыты производились главнымъ образомъ на собакахъ, подъ опійнымъ наркозомъ. Раздражая слизистую оболочку глотки, авторъ получалъ иногда только мѣстныхъ сокращенія отдѣльныхъ мышцъ ея, въ другихъ случаяхъ сокращалась вся глотка, безъ участія пищевода; болѣею частью однако раздраженія вызывали полныя глотанія съ сокращеніями пищевода. Движенія пищевода при глотаніяхъ перистальтическія, т. е. сокращенія, начавшіяся въ верхней части, безъ перерыва распространяются до самаго конца его. Однако перистальтическое движеніе шейной части пищевода можно остановить въ любой моментъ: стоитъ только крѣпко сжать пищеводъ между пальцами, или перевязать лигатурой, или перерѣзать поперекъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ перистальтическая волна доходитъ до сжатого или перерѣзаннаго мѣста пищевода, но не продолжается дальше. Тотъ же самый результатъ получается и въ томъ случаѣ, если перерѣзать съ обѣихъ сторонъ нервныя вѣточки, идущія къ шейной части пищевода; при этомъ отдѣльные участки послѣдняго парализуются, и перистальтика доходитъ только до парализованнаго мѣста. При изученіи этихъ нервныхъ вѣточекъ по препаратамъ *Ludwig'a*, подъ руководствомъ котораго работалъ авторъ, оказалось, что онѣ происходятъ изъ соединенныхъ стволовъ *n. laryngei super.* и *n. recurrentis*. Напротивъ, двухсторонняя перерѣзка *n. vagi* на уровнѣ глотки не парализуетъ при глотаніяхъ шейной части пищевода, что вполнѣ понятно при существованіи только что упомянутыхъ вѣточекъ.

Изъ другихъ результатовъ опытовъ нужно отмѣтить еще, что раздраженіемъ шейной части пищевода автору только

⁴⁾ Wild. Zeitschrift für rationelle Medicin, Bd. V. 1846.

въ рѣдкихъ случаяхъ удавалось вызвать перистальтику, начинающуюся на мѣстѣ раздраженія; напротивъ, послѣдняя легко вызывается при раздраженіи грудной части пищевода, особенно ея нижнихъ отдѣловъ. Послѣ перерѣзки обоихъ *n. n. vagi* на шеѣ всякія движенія грудной части исчезаютъ.

На основаніи всѣхъ своихъ изслѣдованій авторъ отвергаетъ „ассоціаціонную“ теорію перистальтики, которую предложилъ *Volkmann* и сущность которой нами была уже изложена. Напротивъ, онъ присоединяется къ болѣе старой „рефлекторной“ гипотезѣ: глотательный актъ можетъ вызываться или произвольно, или рефлекторно, или автоматически; перистальтическія же движенія распространяются вслѣдствіе того, что вышележащія мѣста, при своемъ сокращеніи, рефлекторно вызываютъ сокращеніе нижележащихъ.

Работа *Chauveau* *) распадается на четыре части.

Chauveau.

Въ первой части авторъ описываетъ свои изслѣдованія относительно происхожденія двигательныхъ нервовъ глотки и пищевода. Опыты производились такимъ образомъ, что крупныя животныя (лошадь, осель, мулъ) обезкровливались; затѣмъ у нихъ обнажался продолговатый мозгъ и раздражались корешки различныхъ нервовъ. При этомъ оказалось, что раздраженія корешковъ блуждающихъ нервовъ вызывали сокращенія всѣхъ мышцъ глотки, всего пищевода и желудка; между тѣмъ корешки другихъ нервовъ (*n. hypoglossus*, *n. facialis*, *n. glossopharyngeus*, верхніе спинно-мозговые нервы) не давали при раздраженіи сокращеній указанныхъ органовъ; только раздраженія корешковъ *n. glossopharyngei* и спинно-мозговыхъ нервовъ вызывали сокращеніе верхняго сжимателя глотки. Кромѣ того, авторъ пробовалъ раздражать симпатическій нервъ на шеѣ, но не получилъ при этомъ сокращенія глотки или пищевода.

*) Journal de la Physiologie. T. V. 1862.

Во второй части своей работы *Chauveau* излагаетъ изслѣдованія о распредѣленіи двигательныхъ нервовъ пищевода. Для этихъ изслѣдованій, кромѣ указанныхъ выше животныхъ, авторъ бралъ и другихъ: собакъ, кроликовъ, барановъ и пр., при чемъ опять-таки опыты ставились послѣ предварительнаго обезкровливанія. У всѣхъ изслѣдованныхъ животныхъ, за исключеніемъ кролика, двигателемъ для шейной части пищевода оказался нѣкъ-то раньше не описанный, особый нервъ, названный авторомъ *n. oesophageus superior*. Онъ начинается отъ *ramus pharyngeus n. vagi*; затѣмъ идетъ по боковой части пищевода, отдавая послѣднему многочисленныя вѣточки, и кончается около входа въ полость груди; кромѣ того, нервъ этотъ получаетъ вебоольшую подкрѣпляющую вѣточку отъ *ramus externus n. laryngei super.* Раздраженія *n. oesophagei* вызываютъ рѣзкія сокращенія всей шейной части пищевода; напротивъ, при раздраженіяхъ возвратнаго нерва или перифер. конца *n. vagi*, перерѣзаннаго на срединѣ шеи, шейная часть пищевода остается въ покоѣ. У кролика же послѣднюю снабжаютъ двигательными волокнами исключительно возвратные нервы.—Грудная часть пищевода у всѣхъ изслѣдованныхъ животныхъ иннервируются вѣточками, отходящими отъ ствола блуждающихъ нервовъ.

Третья часть—посвящена изслѣдованіямъ относительно вліянія перерѣзокъ двигательныхъ нервовъ на глотанія. Опыты ставились такимъ образомъ, что перерѣзались тѣ или другіе двигательные нервы пищевода; затѣмъ, животному тотчасъ же или черезъ нѣсколько дней давали глотать пищу и наблюдали (осмотромъ и ошупываніемъ) перистальтику пищевода. Перерѣзку *n. oesophagei super.* на обѣихъ сторонахъ автору удалось произвести только на лошадяхъ. Оказалось, что шейная часть пищевода при глотаніяхъ оставалась совершенно неподвижной; но это обстоятельство не отзывалось сколько-нибудь вредно на глотательномъ актѣ, и пища свободно достигала желудка. Далѣе, такъ какъ перерѣзать весь

n. recurrens очень трудно, то *Chauveau* перерѣзалъ оба *n. n. vagi* на срединѣ шеи и наблюдалъ, какія измѣненія внесетъ эта перерѣзка въ глотавы.

Различныя животныя неодинаково реагировали на эту перерѣзку. Такъ, у кроликовъ перерѣзка вызывала при глотаніяхъ параличъ всего пищевода. У собакъ перерѣзка обуславливала параличъ нижей части пищевода, тогда какъ шейная часть сокращалась даже энергичнѣе, чѣмъ до перерѣзки. Наконецъ, у лошадей и у ословъ перерѣзка блуждающихъ нервовъ парализовала всегда грудную часть пищевода. Что касается шейной части, то она въ большинствѣ случаевъ парализовалась, какъ у кроликовъ; очень рѣдко въ ней обнаруживалась атаксія безъ паралича, причемъ во время глотанія она сокращалась спазматически; эта атаксія приписала больше вреда, чѣмъ полный параличъ. Такъ какъ двигательная иннервація у лошадей точно такая же, какъ и у собакъ, то поражение шейной части пищевода у лошадей при перерѣзкѣ блуждающихъ нервовъ зависитъ отъ неодинаковой чувствительной иннерваціи пищевода.

Результаты изслѣдованій чувствительныхъ нервовъ пищевода и описываются въ послѣдней, четвертой части работы. Раздражая центральный конецъ *n. vagi* на срединѣ шеи у лошадей, *Chauveau* получилъ тетаническое сокращеніе всей шейной части пищевода; если раздражать *n. vagus* ниже начала *n. recurrentis* или если раздражать *n. laryngeus sup.*, то такого сокращенія получить не удавалось, слѣдовательно, соотвѣтствующія чувствительныя волокна идутъ черезъ возвратные нервы. Кромѣ того, тетаническое сокращеніе пищевода получалось и послѣ перерѣзки другого блуждающаго нерва. У собакъ при раздраженіи центр. конца *n. vagi* автору не удалось получить подобнаго сокращенія пищевода.

Остается отмѣтить еще слѣдующіе факты, о которыхъ *Chauveau* упоминаетъ при описаніяхъ опытовъ. Именно при раздраженіи центр. конца *n. vagi*, авторомъ наблюдались

иногда у всѣхъ изслѣдуемыхъ животныхъ глотательныя движенія; послѣднія, кромѣ того, появлялись часто при раздраженіи *n. laryngei super.* у лошадей.

Въ изложенныхъ работахъ *Reid'a*, *Volkmann'a* и *Chauveau* достаточно подробно разработанъ вопросъ о двигательныхъ нервахъ глотки и пищевода. Напротивъ, чувствительныхъ нервовъ эти изслѣдованія почти не касаются. Правда *Reid*—при раздраженіи *n. glossopharyngei*—и *Chauveau*—при раздраженіи *n. vagi* и *n. laryngei super.*—наблюдали глотательныя движенія. Однако эти наблюденія носили случайный характеръ и не имѣли никакого значенія для дальнѣйшихъ изслѣдованій въ этомъ направленіи.

Rosenthal.

Толчкомъ къ разработкѣ вопроса о чувствительной иннервации глотанія послужило слѣдующее наблюденіе *Rosenthal'a* ⁶⁾. Изучая вліяніе *n. laryngei sup.* на дыхательныя движенія, этотъ изслѣдователь замѣтилъ, что при раздраженіи нерва часто появлялись сильныя движенія гортани. Однако эти движенія были поняты авторомъ невѣрно: онъ поставилъ ихъ въ связь съ дыханіемъ.

Bidder и
Blumberg.

Вѣрное объясненіе движеніямъ гортани дали *Bidder* ⁷⁾ и *Blumberg* ⁸⁾, которые доказали, что эти движенія зависятъ отъ глотаній. Кромѣ того, авторы нашли, что раздраженія нерва вызываютъ глотанія только при наркозѣ и что эти глотанія никогда не сопровождаются сокращеніями пищевода.

Waller и
Prevost.

Слѣдующая работа о глотаніи посвящена уже всецѣло чувствительной иннервации: это—работа *Waller* и *Prevost* ⁹⁾, ставившихъ опыты на собакахъ, кошкахъ, кроликахъ и свинкахъ. Результаты этихъ опытовъ сводятся къ слѣдующему.

⁶⁾ *Rosenthal.* Die Athembewegungen und ihre Beziehungen zum Nervus Vagus. Berlin. 1862.

⁷⁾ *Archiv für Anatomie und Physiologie.* 1865.

⁸⁾ *Blumberg.* Untersuchungen über die Hemmungsfunktion des N. laryngeus sup. Diss. Dorpat. 1865.

⁹⁾ *Archives de physiologie normale et patholog.* T. III. 1870.

Раздраженіе центральнаго конца *n. laryngei super.* у всѣхъ изслѣдуемыхъ животныхъ очень легко вызываетъ глотательныя движенія; часто достаточно уже обнаженія нерва или поднятія его на стеклянной палочкѣ, чтобы у ненаркогизированныхъ животныхъ появились глотанія. Напротивъ, наркозъ дѣйствуетъ на послѣднія угнетающимъ образомъ и можетъ совершенно уничтожить ихъ появленіе. Глотательныя движенія, вызванныя раздраженіемъ нерва, полныя, т. е. вслѣдъ за глотаніемъ обнаруживается сокращеніе пищевода. При продолжительныхъ раздраженіяхъ появляются глотательныя движенія, которыя носятъ характеръ ритмическихъ. Въ началѣ раздраженія глотанія слѣдуютъ другъ за другомъ часто и правильно, при чемъ частота ихъ увеличивается съ усиленіемъ раздраженія; но, мало по малу, возбудимость нерва уменьшается и необходимо подождать нѣсколько минутъ, чтобы глотанія обнаружились съ прежней правильностью и частотой. Перерѣзка обоихъ *n. n. laryngei sup.* не вліяетъ замѣтнымъ образомъ на глотательныя движенія.

Кромѣ *n. laryngei sup.*, авторы раздражали: *n. vagus*, *n. recurrens* и *n. glossopharyngeus*. Раздраженіе блуждающаго нерва, перерѣзаннаго выше мѣста происхожденія *n. laryngei sup.*, вызывало глотанія, такія же правильныя и ритмическія, какія получаютъ при раздраженіи *n. laryng. super.* Если же раздражать *n. vagus* на срединѣ шеи, то глотанія появляются настолько рѣдко и неправильно, что ихъ трудно поставить въ связь съ раздраженіемъ. Раздраженіе центральнаго конца *n. recurrens* въ нѣкоторыхъ опытахъ (преимущественно у кроликовъ) давало ритмическія глотательныя движенія, но ритмика выражена менѣе рѣзко, чѣмъ при раздраженіи верхне гортаннаго нерва. Вообще результаты раздраженія возвратнаго нерва не отличаются постоянствомъ. *N. glossopharyngeus* при раздраженіи центральнаго конца давалъ у кошекъ и собакъ во многихъ опытахъ, хотя и непостоянно,

довольно правильную глотательную ритмику; у кроликов же результаты получались всегда отрицательные.

Попытка раздражать *n. trigeminus* кончилась неудачей вследствие трудностей препаровки; зато авторамъ удалось доказать участіе этого нерва въ глотательномъ актѣ другимъ способомъ. Сущность этого способа заключается въ слѣдующемъ. Разрѣзомъ по срединѣ линіи, дѣляющимъ гортань, глотку и ротъ на двѣ половины, обнажалась слизистая оболочка этихъ органовъ. Послѣ этого точно опредѣлялись участки слизистой оболочки, раздраженіе которыхъ вызываетъ глотанія. Если затѣмъ перерѣзать тотъ или другой нервъ, то можно наблюдать, какія измѣненія въ чувствительности слизистой оболочки внесетъ каждая перерѣзка. Такимъ путемъ удалось обнаружить, что перерѣзка обоихъ *n. n. trigemini* (въ полости черепа) вызываетъ невозможность получить глотанія при раздраженіи мягкаго вѣба; между тѣмъ, раздраженія послѣдняго до перерѣзки очень легко давали глотанія.

Arloing.

Изслѣдованія *Arloing*'а¹⁰⁾ касаются механизма глотанія жидкихъ и твердыхъ тѣлъ, а также измѣненій дыханія при глотаніяхъ. Авторъ ставилъ свои опыты на лошадяхъ, при чемъ первый примѣнилъ графическій методъ для изученія глотательныхъ движеній. Сущность метода состояла въ томъ, что въ глотку и пищеводъ вводились эластическія ампулы, изъ которыхъ каждая соединялась съ записывающей капсулой.

Изъ результатовъ, полученныхъ *Arloing*'омъ, для насъ представляетъ интересъ только состояніе пищевода при частыхъ глотаніяхъ жидкости. Оказалось, что этотъ органъ не сокращается послѣ каждого глотанія; перистальтическія сокращенія появляются только тогда, когда животное перестаетъ пить.

Mosso.

Въ 1876 году появилось изслѣдованіе *Mosso*¹¹⁾ о движеніяхъ пищевода. Для насъ наибольшій интересъ представляетъ

¹⁰⁾ Comptes rendus de l'Académie des sciences. 1874 и 1875.

¹¹⁾ Untersuchungen zur Naturlehre des Menschen und der Thiere. Bd. XI. 1876.

та часть изслѣдованія, въ которой повторяются опыты *Wild'a* по вопросу о вліяніи перерѣзокъ пищевода на перистальтику.

Mosso ставилъ свои опыты слѣдующимъ образомъ. Подъ эфирнымъ наркозомъ у животнаго (исключительно собаки) обнажались глотка и пищеводъ на шеѣ. Затѣмъ эти органы подвергались различнаго рода операціямъ, нарушающимъ ихъ цѣлость: вырѣзалась нижняя часть глотки; перевязывался и перерѣзался пищеводъ тотчасъ подъ глоткой или гдѣ-либо въ другомъ мѣстѣ; вырѣзались изъ пищевода различной длины цилиндры, при чемъ въ одномъ опытѣ былъ вырѣзанъ пищеводъ отъ гортани до дуги аорты. Для того, чтобы судить о перистальтикѣ грудного отдѣла, въ послѣдній вводился деревянный шарикъ съ привязанной къ нему ниткой.

Оказалось, что всѣ эти операціи не мѣшали появленію перистальтики въ грудной части пищевода: вызвавшія какимъ нибудь способомъ глотанія заставляли шарикъ двигаться по направленію къ желудку.

Нужно отмѣтить еще двѣ подробности изъ этихъ опытовъ. Именно, когда шарикъ вводился въ пищеводъ, то, въ теченіе нѣкотораго времени (отъ нѣсколькихъ секундъ до 5 минутъ), появлялись сокращенія послѣдняго, которыя стремились прогнать шарикъ въ желудокъ; черезъ указанное время явленіе это исчезало. Далѣе, не всѣ глотанія сопровождались сокращеніемъ грудного отдѣла; при нѣкоторыхъ—шарикъ оставался неподвижнымъ.

На основаніи своихъ изслѣдованій *Mosso* отвергаетъ теорію перистальтики пищевода, предложенныя *Volkmann'омъ* и *Wild'омъ*; онъ принимаетъ, что движеніе пищевода есть рефлекторный процессъ, который происходитъ отъ механическаго раздраженія глотки; послѣднее при помощи чувствительныхъ нервовъ распространяется на особый центръ въ продолговатомъ мозгу; изъ этого центра исходитъ рядъ раздраженій, которыя вызываютъ послѣдовательныя сокращенія различныхъ отдѣловъ пищевода.

Изъ остальной части изслѣдованія автора мы приведемъ только результаты, касающіеся двигательной иннерваціи пищевода.

Повторяя опыты многихъ физиологовъ относительно периферической иннерваціи этого органа, *Mosso* пришелъ къ заключенію, что единственнымъ двигателемъ здѣсь является блуждающій нервъ; всѣ другіе нервы (черепные, спинно-мозговые и симпатическіе) не вызываютъ при раздраженіяхъ сокращеній пищевода. Раздраженія *n. recurrentis*, производимыя у мѣста выхода этого нерва отъ *n. vagi*, давали автору всегда рѣзкія сокращенія верхней половины пищевода (отъ гортани до 1-го или 2-го ребра). Нужно сказать еще, что *Mosso* при изученіи двигательныхъ вервовъ примѣнялъ графическій методъ для записи движеній пищевода. Методъ, которымъ пользовался авторъ, заключался въ томъ, что въ пищеводъ вводился тонкій каучуковый пузырь, привязанный къ гуттаперчевой трубкѣ; другой конецъ послѣдней соединялся съ короткимъ колѣномъ U-образнаго манометра; вся эта система наполнялась водой. Поплавокъ изъ пробки, помѣщенный въ длинное колѣно манометра, записывалъ сокращенія пищевода.

Съ 1880 г. по 1883 г. былъ опубликованъ рядъ мелкихъ сообщеній *Kronecker*'а и его учениковъ, *Falk*'а и *Meltzer*'а, излагающихъ изслѣдованія этихъ авторовъ относительно глотанія. Результаты всѣхъ изслѣдованій почти цѣликомъ вошли въ большую обобщающую работу, напечатанную въ 1883 году *Kronecker*'омъ и *Meltzer*'омъ. Въ этой статьѣ не упомянуты только изслѣдованія о роли *n. glossopharyngei* при глотаніяхъ. Въ виду этого мы прежде остановимся на послѣднихъ изслѣдованіяхъ, а затѣмъ уже прямо перейдемъ къ упомянутой работѣ. Сообщение о *n. glossopharyngeus* сдѣлано *Kronecker*'омъ и *Meltzer*'омъ въ Берлинской академіи наукъ ¹²⁾.

¹²⁾ Monatsbericht der Königlich. Preussischen Academie der Wissenschaften zu Berlin. 1881.

Произвести изслѣдованіе названнаго нерва побудило авторовъ слѣдующее обстоятельство. Было найдено, что при частыхъ глотаніяхъ наблюдается подавленіе сокращеній пищевода и что это подавленіе вызывается начальнымъ глотательнымъ актомъ, т. е. сокращеніемъ глотки. Естественно было искать тѣ нервы, по которымъ могло бы проходить это подавленіе. Опыты въ этомъ направленіи, сдѣланные на собакахъ, оказались успѣшными: авторамъ удалось убѣдиться, что искомымъ нервомъ является *n. glossopharyngeus*. Раздраженія этого нерва дали слѣдующіе результаты.

Если раздражать общій стволъ *n. glossopharyngei*, то никакимъ способомъ не удастся вызвать глотаніе, т. е. при этомъ подавляется какъ начальный глотательный актъ, такъ и сокращенія пищевода. При раздраженіи глоточныхъ вѣтвей нерва тормозящее вліяніе обнаруживается только на сокращеніяхъ пищевода. Язычная вѣтьвь, раздражаемая отдѣльно, по видимому, подавляетъ только начальный глотательный актъ. Авторы отмѣчаютъ, что глоточныя вѣтви *n. glossopharyngei* и *n. vagi* нерѣдко идутъ вмѣстѣ, такъ что не удастся отдѣлить ихъ другъ отъ друга ни анатомически, ни физиологически.—Если перерѣзать *n. glossopharyngeus*, то въ пищеводѣ обнаруживается тоническая судорога, которая можетъ продолжаться болѣе одного дня.

Теперь, перейдемъ къ обобщающей работѣ *Kronecker*'а *Kronecker* и *Meltzer*'а ¹³⁾, при чемъ изложимъ только тѣ результаты ея, *Meltzer*, которые такъ или иначе касаются нашей темы.

Въ началѣ статьи авторы прежде всего стараются рѣшить вопросъ, черезъ какой промежутокъ времени проглоченныя массы достигаютъ желудка. Уже многіе факты представляли косвенное доказательство тому, что жидкія массы быстро проходятъ черезъ пищеводъ: напр., при глотаніи холод-

¹³⁾ Archiv für Anatomie und Physiologie. 1833. Suppl.—Band

ныхъ жидкостей, холодъ почти тотчасъ же ощущается въ области желудка; при проглатываніи прижигающихъ веществъ пищеводъ поражается не сильно, а только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ и т. д.

Для того, чтобы рѣшить данный вопросъ, были поставлены прямые опыты на человѣкѣ, причемъ объектомъ изслѣдованія былъ одинъ изъ авторовъ (*Meltzer*). При этомъ, черезъ ротъ вводились два полыхъ желудочныхъ зонда, на слѣпой конецъ которыхъ были предварительно привязаны тонкіе каучуковые баллоны. Одинъ зондъ—болѣе длинный и съ дѣленіями на сантиметры—вводился въ пищеводъ; другой—помѣщался въ глоткѣ. Оба зонда затѣмъ соединялись съ Мареескими барабанчиками, рычаги которыхъ могли записывать свои движенія на закопченномъ цилиндрѣ кимографіона. Между каждымъ желудочнымъ зондомъ и капсулой вставлялась Т—образная трубка, черезъ которую можно было, смотря по надобности, увеличивать или уменьшать давленіе въ баллонѣ. Кромѣ записи двухъ рычаговъ, на кривой еще отмѣчались секунды отмѣчикомъ времени.

При каждомъ глотаніи жидкости сначала сжимался баллонъ, находящійся въ глоткѣ и, соотвѣтственно этому, рычагъ записывалъ кривую (верхнюю); затѣмъ появлялось сокращеніе пищевода, что также записывалось соотвѣтствующимъ рычагомъ (нижняя кривая). При разсматриваніи нижней кривой замѣтны двѣ отмѣтки. Вторая изъ нихъ, болѣе длинная, очевидно, обуславливается перистальтикой. Первая отмѣтка, болѣе короткая, по мнѣнію авторовъ, вызывается не чѣмъ инымъ, какъ быстрымъ прохожденіемъ („впрыскиваніемъ“) проглоченной жидкости, почему она и названа „*Spritzmarke*“. Это доказывается уже тѣмъ, что высота отмѣтки растетъ съ увеличеніемъ количества глотаемаго; наоборотъ, при „пустыхъ“ глоткахъ отмѣтки этой нѣтъ совсѣмъ. Она начинается почти одновременно съ верхней глоточной кривой, неза-

висимо отъ того, на какой высотѣ пищевода находился баллонъ. Во всякомъ случаѣ, промежутокъ между началомъ „глоточной кривой и началомъ „*Spritzmarke*“ не превышаетъ нигдѣ 0.1 секунды. Разматривая глоточную кривую, можно убѣдиться, что въ большинствѣ случаевъ она дѣлится на двѣ части: первая часть—съ острой верхушкой, которая тотчасъ же падаетъ на большую или меньшую глубину; затѣмъ слѣдуетъ вторая часть въ формѣ постепенно поднимающагося возвышенія. Очевидно, что первая часть кривой вызывается быстро слѣдующей проглатываемой массой; вторая часть соответствуетъ сокращенію констрикторовъ. Такимъ образомъ, на основаніи анализа кривыхъ, авторы приходятъ къ заключенію, что проглоченныя жидкости „выпрыскиваются“ до желудка не позднѣе 0,1 секунды послѣ начала глотка и еще задолго до перистальтики.

Для того, чтобы окончательно убѣдиться, что проглоченная жидкость дѣйствительно проходитъ очень быстро черезъ пищеводъ, авторы поставили слѣдующій опытъ. Кусочекъ синей лакмусовой бумаги привязывался къ длинной ниткѣ и вставлялся въ полный желудочный зондъ такъ, чтобы бумажка находилась какъ разъ противъ окошекъ зонда; въ случаѣ необходимости бумажку легко можно было извлечь за нитку. Приготовленный такимъ образомъ зондъ вводился въ нижнюю часть пищевода, при чемъ заранее было опредѣлено, что перистальтическая волна достигаетъ этой глубины черезъ 6 секундъ. Если затѣмъ сдѣлать глотокъ разведенной уксусной кислоты и не позднѣе, чѣмъ черезъ $\frac{1}{2}$ секунды, вытащить лакмусовую бумажку, то послѣдняя всегда оказывалась окрашившейся.

На основаніи всѣхъ этихъ фактовъ авторы процессъ глотанія жидкихъ массъ представляютъ себѣ такимъ образомъ. Въ началѣ глотанія происходитъ сильное сокращеніе мышцъ верхней половины глотки, при чемъ главную роль здѣсь играютъ *m. m. thylohyoidei*. Этимъ сокращеніемъ глотаемая масса

„впрыскиваются“ черезъ нижнюю половину глотки и черезъ весь пищеводъ настолько быстро, что не позднее 0,1 секунды достигаютъ самыхъ нижнихъ отдѣловъ пищевода. Слѣдующія затѣмъ сокращенія констрикторовъ и перистальтика пищевода являются только запасными силами для удаленія остатковъ пищи, которые могли бы задержаться на стѣнкахъ глотки или пищевода.

При дальнѣйшемъ изученіи сокращеній пищевода, авторы пользовались исключительно пищеводнымъ баллономъ, не регистрируя глотки. За начало глотанія принималась „*Spritzmarke*“, при чемъ ошибка не превышала 0,1 секунды. Кривыя сокращеній пищевода изучались въ двухъ отношеніяхъ: во первыхъ, измѣрялась длина кривыхъ, т. е. продолжительность сокращеній; во вторыхъ, изслѣдовались промежутки между началомъ глотанія и началомъ сокращенія пищевода, т. е. скорость распространенія сокращеній въ различныхъ отдѣлахъ пищевода. Съ этой цѣлью баллонъ постепенно, начиная сверху, передвигался съ мѣста на мѣсто, всякій разъ—на 2 сантиметра ниже; послѣ каждаго передвиженія вызывалось глотаніе. Такимъ путемъ было получено большое число кривыхъ сокращеній пищевода. Послѣ тщательнаго измѣренія этихъ кривыхъ оказалось, что пищеводъ можно раздѣлить на три отрѣзка: 1) шейный (длиной въ 6 сант.), въ которомъ продолжительность сокращеній 2—2,5 секунды, а скорость появленія ихъ послѣ начала глотанія равна 1,2 секунды; 2) верхній грудной (длиной въ 10 сант.) съ продолжительностью сокращеній въ 6—7 сек. и со скоростью распространенія ихъ въ 3 сек.; 3) нижній грудной, въ которомъ сокращенія продолжаются 9—10 сек., а появляются черезъ 6 сек. послѣ начала глотки. Слѣдовательно внутри каждаго отрѣзка объ величины или остаются постоянными, или возрастаютъ очень мало; напротивъ, при переходѣ изъ одного участка въ другой—нижній, величины эти возрастаютъ значительно и вдругъ. Измѣненія продолжительности сокращеній объясняются строе-

ніемъ пищевода человѣка: верхняя часть его состоитъ изъ поперечно-полосатыхъ мышцъ; нижняя — изъ гладкихъ; въ средней части имѣются смѣшанныя мышцы. Что касается измѣненій скорости распространенія сокращеній, то эти измѣненія авторы ставятъ въ зависимость отъ нервныхъ центровъ.

Разсматривая свои кривыя пищевода, авторы отмѣчаютъ, что на нихъ отражаются кромѣ глотательныхъ еще и другія движенія, и прежде всего сердеченія и дыханія. Кромѣ того, въ началѣ опыта, особенно послѣ длиннаго промежутка между опытами, тотчасъ по введеніи баллона обнаруживались сокращенія пищевода, которыя наступали черезъ каждыя 10—15 секундъ; явленіе это исчезало мѣлу черезъ 10 послѣ введенія баллона.

До сихъ поръ все время шла рѣчь объ одичныхъ глотаніяхъ. Спрашивается теперь, какія явленія произойдутъ въ томъ случаѣ, если два или нѣсколько глотковъ быстро слѣдуютъ другъ за другомъ. Исслѣдованія, произведенныя въ этомъ направленіи, дали слѣдующіе, интересные для насъ результаты.

I. Если баллонъ находился въ первомъ отрѣзкѣ пищевода и вызывались два или нѣсколько глотаній съ промежутками, меньшими, чѣмъ 1, 2 сек., то отмѣтка сокращенія появлялась только за послѣднимъ глоткомъ. Если баллонъ находился въ среднемъ отдѣлѣ пищевода, то промежутки между глотками можно было увеличить до 3-хъ секундъ, чтобы кривыя сокращенія появлялись только вслѣдъ за послѣднимъ глоткомъ; при регистраціи третьяго отдѣла то же самое получается, если удлинять промежутки до 5—6 сек. Такимъ образомъ, при каждомъ глотаніи имѣетъ мѣсто и подавленіе.

II. Промежутки между послѣднимъ глоткомъ и сокращеніемъ пищевода тѣмъ длиннѣе, чѣмъ больше было глотаній.

III. Если второй глотокъ появится въ то время, когда сокращеніе пищевода, соответствующее первому глотку, уже началось, то это сокращеніе не подавляется, а развѣ только

немного укорачивается; сокращеніе, соответствующее второму глотку, появляется въ то время, какъ если бы второй глотокъ послѣдовалъ по окончаніи перваго сокращенія пищевода.

Всѣ описанные въ статьѣ опыты сдѣланы на человѣкѣ. Авторы поставили нѣсколько опытовъ по тому же самому методу изслѣдованія на собакахъ, при чемъ глотанія вызывались вливаніемъ воды за корень языка. Результаты этихъ опытовъ слѣдующіе. Продолжительность сокращенія, повидимому, во всѣхъ частяхъ пищевода одинаково коротка: около 1—2 секундъ; это и понятно, такъ какъ у собакъ весь пищеводъ состоитъ изъ поперечно-полосатыхъ мышцъ. Промежутки между началомъ глотка и сокращеніемъ шейной части пищевода очень коротки, вслѣдствіе чего эта часть представляется неудобной для изученія частыхъ глотаній; кромѣ того, отмѣтки сокращеній здѣсь крайне не ясны въ зависимости отъ напряженія шен. Напротивъ, отмѣтки сокращеній грудной части всегда ясны; промежутки между началомъ глотка и сокращеніемъ достигаютъ здѣсь 3—4 сек. Поэтому авторы часто имѣли возможность констатировать здѣсь основное явленіе торможенія, т. е. показать, что за нѣсколькими глотками слѣдуетъ только одно сокращеніе пищевода.

Басильевъ.

Басильевъ¹⁴⁾, работавшій подъ руководствомъ *Kron-ecker**, а, задался цѣлью изслѣдовать, съ какихъ мѣстъ слизистой оболочки глотки и сосѣднихъ полостей можно получить при раздраженіи глотательный рефлексъ. Съ этой цѣлью, авторъ послѣ трахеотоміи разрѣзалъ у кроликовъ по средней линіи *membrana hyothyreoidea* и надгортанникъ; черезъ образовавшееся отверстіе вводилъ небольшую губочку, привязанную къ зонду, и касался ею различныхъ мѣстъ слизистой оболочки. Оказалось, что при дотрагиванія до мягкаго неба (между миндалинами и твердымъ небомъ) всегда и очень легко

¹⁴⁾ Zeitschrift für Biologie. Bd. VI. 1888.

вызывается полный глотательный актъ; при раздраженіи другихъ мѣстъ слизистой оболочки также можно получить глотанія, но далеко не такъ постоянно. При смазываніи мягкаго неба растворами кокаина раздраженіе этой области уже не вызываетъ глотаній, при чемъ нечувствительность продолжается минутъ 15. Слизистую оболочку мягкаго неба снабжаетъ чувствительными волокнами *n. trigeminus*; поэтому представлялось интереснымъ изслѣдовать, какъ отразится на рефлексѣ съ мягкаго неба двухсторонняя перерѣзка этого нерва. Такъ какъ перерѣзка тройничныхъ нервовъ не удалась автору, то онъ замѣнилъ эту операцію перерѣзкой продолговатаго мозга выше дыхательнаго центра. Оказалось, что при этомъ раздраженія мягкаго неба не вызывали уже глотательнаго рефлекса, между тѣмъ какъ раздраженія *n. laryngei super.* давали глотанія, а влитая въ ротъ вода проглатывалась. Кромѣ этихъ изслѣдованій, авторъ произвелъ еще нѣсколько опытовъ (также на кроликахъ) съ раздраженіями и перерѣзками *n. laryngei super.* и *n. glossopharyngei*. Раздраженія перваго всегда очень легко вызывали глотанія. При раздраженіи *n. glossopharyngei* глотаній не удалось получить ни разу; зато, авторъ вполнѣ присоединяется къ указанію *Kronecker*'а и *Meltzer*'а, что *n. glossopharyngeus* способенъ при раздраженіи подавлять глотанія. Двухсторонняя перерѣзка и того, и другого нерва не вліяла на глотательный актъ.

Kronecker и *Lüscher* ¹⁵⁾ изслѣдовали, какое участіе принимаетъ *n. recurrens* въ иннерваціи пищевода и глотательнаго акта. Опыты ставились главнымъ образомъ на кроликахъ, отчасти на собакахъ. *Kronecker* и *Lüscher*.

Предварительная препаровка показала, что и у кроликовъ, и у собакъ *n. recurrens* даетъ пищеводу три вѣточки,

¹⁵⁾ Archives italiennes de Biologie. T. XXVI. 1896; Zeitschrift für Biologie. Bd. XXXV. 1897.

изъ которыхъ верхняя снабжаетъ верхнюю половину, средняя—нижнюю половину шейной части пищевода, нижняя же вѣточка развѣтвляется въ верхней части грудного пищевода; однако области развѣтвленія отдѣльных вѣточекъ отграничены не рѣзко, и каждая изъ послѣднихъ иннервируетъ отчасти и сосѣдніе участки.

Раздраженія периферическаго конца этихъ вѣточекъ вызвали сокращенія соответствующихъ отдѣловъ пищевода.

Раздраженіе центрального конца *n. recurrentis* у кроликовъ давало почти всегда глотательныя движенія, сопровождавшіяся сокращеніями пищевода; двухсторонняя перерѣзка нерва обуславливала параличъ шейной части пищевода при глотаніяхъ.

Что касается раздраженій центр. конца указаннаго нерва у собакъ, то они иногда давали глотательныя движенія, которыя однако не сопровождались сокращеніями пищевода. Авторы замѣчаютъ при этомъ, что животныя быстро утомлялись и медленно реагировали даже на первыя раздраженія.

Трансзниковъ

Трансзниковъ¹⁶⁾ изучалъ, главнымъ образомъ, центральную иннервацию глотанія, но попутно онъ сдѣлалъ нѣсколько изслѣдованій и относительно периферической иннервации этого акта. Для опытовъ служили исключительно собаки; сокращенія глотки и пищевода записывались по тому же методу, которымъ пользовались при своихъ опытахъ и мы. Авторъ изслѣдовалъ два нерва, дающіе при раздраженіи глотанія, именно *n. laryngeus super.* и *n. glossopharyngeus*. Результаты этихъ изслѣдованій сводятся въ слѣдующему. 1) Если раздражать центральный конецъ *n. laryngei super.*, то получаются глотательныя движенія, ничѣмъ существенно не отличающіяся отъ таковыхъ же при проглатываніи воды; движенія эти полныя, т. е. распространяются и на пищеводъ. 2) Если раздра-

¹⁶⁾ Трансзниковъ, О центральной иннервации глотанія. Дисс. Спб. 1897.

жать нервъ каждыя 3—4 мин. подъ рядъ много разъ, то глотательныя движенія становятся все менѣе сильными и, наконецъ, наступаетъ моментъ, когда при данной силѣ тока глотаній не получается; если усилить токъ, то глотанія получаются снова. 3) Перерѣзка одного или обоихъ верхнегортанныхъ нервовъ не вліяетъ замѣтнымъ образомъ на глотанія. 4) Если раздражать центральный конецъ *n. glossopharyngei*, то получаютъ глотательныя движенія. 5) При раздраженіи периферическаго конца того же нерва не получается никакого эффекта ни на глотѣ, ни на пищеводѣ. 6) Глотанія, вызванныя или введеніемъ воды въ ротъ, или раздраженіемъ центрального конца *n. laryngei super.*, не задерживаются, если одновременно раздражать центральный конецъ *n. glossopharyngei*; напротивъ, глотанія при одновременномъ раздраженіи этихъ нервовъ совершаются даже болѣе энергично, чѣмъ при раздраженіи каждаго изъ нихъ.

Espiegel ¹⁷⁾ производилъ свои изслѣдованія, касающіяся иннерваціи пищевода, на кроликахъ и собакахъ. Движенія пищевода регистрировались по методу *Kronecker'a* и *Meltzer'a* съ замѣной воздушной передачи воздушно-водяной. Всѣ опыты произведены на кураризированныхъ животныхъ. Прежде чѣмъ начать опыты, авторъ изслѣдовалъ происхожденіе *n. pharyngei infer.* и нашелъ, что этотъ нервъ начинается исключительно отъ верхняго шейнаго симпатическаго узла. Раздраженія отдѣльныхъ нервовъ дали слѣдующіе результаты.

Раздраженіе периферическаго конца *n. vagi* у кроликовъ и *n. pharyngei infer.* у собакъ вызывало всегда сокращеніе пищевода; раздраженіе перифер. конца *n. pharyngei sup.* не оказывало на пищеводъ никакого дѣйствія.

Раздраженіе центр. конца *n. laryngei sup.* и *n. glossopharyngei* всегда давало серію глотательныхъ движеній. При

¹⁷⁾ Journal de Physiologie et de Pathologie générale. T. III. 1901.

совмѣстномъ раздраженіи этихъ нервовъ получается такой же результатъ; иногда глотанія дѣлаются болѣе частыми, чѣмъ при раздраженіи одного *n. laryngei superior*. Никакого подавленія глотаній *n. glossopharyngeus* не вызываетъ.

Наконецъ, раздраженія центральнаго конца *n. vagi*, *n. pharyngei infer.* и *n. ischiadici* не вызывали въ пищеводѣ никакихъ движеній.

Schreiber.

Schreiber ¹⁸⁾ провѣрялъ изслѣдованія *Kronecker*'а и его учениковъ относительно глотанія. Опыты производились на людяхъ, при чемъ методика въ общемъ была та же, какой пользовались *Kronecker* и *Meltzer*. Прежде всего, *Schreiber* останавливается на теоріи этихъ изслѣдователей, что проглоченныя жидкости очень быстро, не позднѣе 0,1 секунды впрыскиваются до желудка. Въ пользу этой теоріи, какъ извѣстно, *Kronecker* и *Meltzer* приводятъ тотъ фактъ, что на брызгахъ пищевода при глотаніяхъ имѣются особыя отмѣтки (т. н. „*Spritzmarken*“), которыя совпадаютъ съ начальнымъ глотательнымъ актомъ и даже въ самыхъ нижнихъ отдѣлахъ пищевода появляются не позднѣе 0,1 секунды послѣ начала глотанія; отмѣтки эти увеличиваются съ увеличеніемъ глотаемой жидкости и отсутствуютъ при „пустыхъ“ глоткахъ; по мнѣнію *Kronecker*'а и *Meltzer*'а данныя отмѣтки и вызываются проглоченной жидкостью.

Schreiber получилъ большее число кривыхъ, на которыхъ дѣйствительно имѣлись разбираемыя отмѣтки. При тщательномъ изученіи кривыхъ, онъ пришелъ къ убѣжденію, что отмѣтки эти не зависятъ отъ проглоченной жидкости. Приведемъ нѣкоторые изъ доказательствъ автора въ пользу своего мнѣнія. Прежде всего, отмѣтки почти всегда имѣлись на кривыхъ при „пустыхъ“ глоткахъ; съ другой стороны, ихъ

¹⁸⁾ Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Bd. 46 1901.

иногда не было при проглатываніи жидкости. Кроме того, авторъ вводилъ въ пищеводъ на ряду съ обычнымъ баллономъ, еще гуттаперчевую трубку съ кондомомъ, который находился на 5—6 сант. выше регистрирующаго баллона; верхній кондомъ наполнялся большимъ количествомъ воды до полного уничтоженія просвѣта пищевода. Не смотря на это, при глотаніи жидкостей на пищеводной кривой появлялась разбираемая отмѣтка. Наконецъ, введя въ пищеводъ регистрирующій баллонъ на опредѣленную глубину (напр. 20 сант.) авторъ заставлялъ глотать привязанный къ ниткѣ кусокъ пицци, при чемъ послѣдній не могъ быть проглоченъ дальше 15 сант. и, слѣдовательно, ни въ какомъ случаѣ не могъ коснуться баллона. При глотаніи куска эта т. н. „*Spritzmarke*“ все-таки появлялась.

На основаніи всѣхъ своихъ изслѣдованій *Schreiber* полагаетъ, что упомянутая отмѣтка совершенно не зависитъ отъ проглоченной жидкости и что послѣдняя вообще не вызываетъ никакихъ особыхъ отмѣтокъ на глотательныхъ кривыхъ. Поэтому, отвергая названіе „*Spritzmarke*“, авторъ предлагаетъ называть ее просто „глотательной“ отмѣткой („*Schluckmarke*“). Для того, чтобы выяснитъ происхожденіе этой послѣдней, *Schreiber* поставилъ цѣлый рядъ опытовъ; при этомъ, кромѣ глоточнаго и пищеводнаго баллоновъ, онъ приспособилъ еще третій, помѣщенный снаружки подъ угломъ нижней челюсти и записывающій сокращенія *m. m. mylohyoidei*, движенія гортани и т. д. Изъ сравненія кривыхъ, записанныхъ третьимъ баллономъ, съ кривыми глотки и пищевода можно было опредѣлить временныя отношенія между различными частями всѣхъ трехъ кривыхъ. Такимъ путемъ авторъ пришелъ къ слѣдующему объясненію глоточной кривой: начальная часть кривой зависитъ отъ сокращенія *m. m. mylohyoidei* и *m. m. hyoglossi*; далѣе, слѣдующая часть кривой вызвана сокращеніями мышцъ, обуславливающими движенія гортани. Наконецъ, остальная часть находится въ зависимости отъ сокращеній

констрикторовъ. Всѣ эти сокращенія вызываютъ подъемъ кривой; слѣдующій за подъемомъ спускъ обуславливается ослабленіемъ всѣхъ мышцъ глотки. Что касается „глотательной“ отмѣтки, то она совпадаетъ какъ-разъ съ движеніями гортани.

Сокращенія *m. m. thylohyoidei* (и *m. m. hyoglossi*) вызываютъ повышеніе давленія въ замкнутой со всѣхъ сторонъ полости глотки. Это повышенное давленіе можетъ передаваться на пищеводъ только въ то время, когда открывается входъ въ послѣдній, т. е. во время поднятія, а главное продвиганія впередъ гортани. Авторъ и объясняетъ „глотательную“ отмѣтку внезапнымъ повышеніемъ давленія въ пищеводѣ, которое передалось изъ полости глотки.

Итакъ, принимая во вниманіе всѣ свои изслѣдованія *Schreiber* думаетъ, что „глотательная“ отмѣтка не можетъ служить доказательствомъ разбираемой теоріи о глотаніи жидкостей.

Другимъ доказательствомъ этой теоріи являлись опыты *Kronecker*'а и *Meltzer*'а съ лакмусовой бумагой (см. стр. 15). По поводу этихъ опытовъ *Schreiber* замѣчаетъ, что они могутъ доказывать только то, что проглоченная жидкость достигаетъ нижней части пищевода не позднѣе 0,5 секунды. Повторяя тщательнымъ образомъ эти опыты, авторъ убѣдился, что, при проглатываніи кислоты, лакмусовая бумага оказывается окрасившейся только по истеченіи одной секунды. Такимъ образомъ и опыты съ лакмусовой бумагой не могутъ доказывать, что жидкости „впрыскиваются“ до желудка не позднѣе 0,1 секунды.

Слѣдующая часть работы *Schreiber*'а посвящена провѣркѣ результатовъ, къ которымъ пришли *Kronecker* и *Meltzer* при изученіи кривыхъ перистальтического сокращенія пищевода. Выводы автора по этому вопросу существенно отличаются отъ выводовъ упомянутыхъ изслѣдователей. Продолжительность сокращеній различныхъ мѣстъ пищевода на

кривыхъ автора возрастала по направленію книзу, но это возрастаніе совершалось постепенно, а не отрѣзками, какъ это нашли *Kronecker* и *Meltzer*. Подобно послѣднимъ, авторъ объясняетъ измѣненіе продолжительности сокращеній строеніемъ мышечной оболочки, при чемъ переходъ поперечно-полосатыхъ мышцъ въ гладкія происходитъ не вдругъ, а постепенно.

Что касается скорости распространенія перистальтической волны, то *Schreiber* не могъ убѣдиться въ указанной *Kronecker*'омъ и *Meltzer*'омъ закономерности, съ какою измѣняется эта скорость по направленію книзу. Наконецъ, авторъ указываетъ, что на его кривыхъ грудной части пищевода всегда имѣлись двѣ волны, изъ которыхъ первая совпадала по времени съ кривой сокращенія шейной части, вторая же слѣдовала тотчасъ за первой: только вторую можно объяснить сокращеніемъ этой части; первая же волна является слѣдствіемъ повышеннаго давленія въ грудной части пищевода, обусловленнаго сокращеніемъ шейнаго отдѣла.

Kahn ¹⁹⁾ изучалъ чувствительную иннервацию глотательнаго акта на кроликахъ, собакахъ, кошкахъ и обезьянахъ. Сущность работы состоитъ въ слѣдующемъ. Авторъ, прежде всего, находилъ у каждаго животнаго тѣ мѣста слизистой оболочки глотки, при раздраженіи которыхъ получается глотательный рефлексъ. Далѣе, перерѣзая тотъ или другой чувствительный нервъ (*n. trigeminus*, *n. glossopharyngeus*, *n. laryngeus sup.* и *infer.*), авторъ наблюдалъ, какія измѣненія въ чувствительности найденныхъ участковъ внесетъ каждая изъ перерѣзокъ; такимъ образомъ точно можно было опредѣлить области развѣтвленія чувствительныхъ нервовъ, которые вызываютъ рефлекторно глотаніе.

Kahn.

¹⁹⁾ Archiv für (Anatomie und) Physiologie. 1903.

Кромѣ изслѣдованія чувствительности слизистой оболочки, *Капп* изучалъ глотанія, вызванныя раздраженіемъ центрального конца тѣхъ же нервовъ. Къ изложенію этой, наиболѣе интересной для насъ части работы мы и приступимъ. Что касается записи глотаній, то авторъ пользовался слѣдующимъ методомъ. Къ гуттаперчевой пластинкѣ Мареевской капсулы прикрѣплялась нитка, конецъ которой былъ снабженъ острымъ крючкомъ. Послѣдній вкалывался въ верхній край щитовиднаго хряща. Поднятія гортани при глотаніяхъ вызывали разрѣженіе воздуха въ капсулѣ и, при помощи гуттаперчевой трубки, передавались на другую, записывающую капсулу и отмѣчались на кимографіонѣ. Всѣ опыты производились по возможности безъ наркоза; послѣдній въ небольшомъ количествѣ примѣнялся только при очень болѣзненныхъ препаровкахъ. Результаты раздраженій отдѣльных нервовъ сводятся къ слѣдующему.

Продолжительныя раздраженія 2-й вѣтви тройничнаго нерва у кролика всегда вызывали рядъ глотательныхъ движеній, при чемъ промежутокъ отъ начала раздраженія до появленія глотка никогда не превышалъ 1-й секунды. У собакъ и кошекъ при раздраженіи тройничнаго нерва авторъ не получилъ опредѣленныхъ результатовъ. Однако участіе нерва у этихъ животныхъ при глотаніи было констатировано перерѣзками этого нерва и изслѣдованіями чувствительности извѣстныхъ мѣстъ слизистой оболочки до и послѣ перерѣзокъ.

N. glossopharyngeus, при раздраженіи, довольно легко вызывалъ глотанія какъ одиночныя, такъ и ритмическія. Для того, чтобы получить положительныя результаты, нужно было найти подходящую, не слишкомъ большую силу тока, такъ какъ болѣе сильныя раздраженія крайне болѣзненны и вызываютъ движенія животнаго, маскирующія глотанія. При раздраженіяхъ *n. glossopharyngei* оказалось, что первыя раздраженія вызываютъ рѣдкія глотанія, появляющіяся не скоро послѣ начала раздраженія; послѣ частаго повторенія раздраже-

ній глотанія пачинають появляться гораздо скорѣе и дѣлаются болѣе частыми.

Раздраженія *n. laryngei super.* очень легко давали у всѣхъ изслѣдованныхъ животныхъ глотанія, даже при самыхъ незначительныхъ силахъ тока; скрытый періодъ раздраженія всегда былъ невеликъ (не болѣе 1-й секунды). При продолжительномъ раздраженіи, черезъ короткое время начиналась частая глотательная ритмика, при чемъ авторъ отмѣчаетъ, что у кроликовъ частота глотаній мало по малу убываетъ.

Что касается *n. laryngei inferioris*, то раздраженіе его центр. конца у кролика давало всегда глотанія; при продолжительномъ раздраженіи получалась цѣлая серія глотаній. Тѣ же результаты получились и у обезьянъ. Раздраженіе *n. recurrentis* у собакъ и кошекъ не дало автору опредѣленныхъ результатовъ: „*Reizung des Laryngeus infer.... ergab allerdings hier und da einen Schlingact, indessen bin ich hier vor Stromschleifen nicht sicher gewesen*“. Зато у кошки часто получалось рефлекторное сокращеніе пищевода безъ начального глотательнаго акта.

Въ заключеніе *Kahn*, на основаніи всѣхъ своихъ опытовъ, останавливается на вліяніи силы и частоты раздраженія, а также наркоза (*Chloral, Bromäthyl, Aether, Chloroform*) на глотательную ритмику, вызванную раздраженіемъ *n. laryng. super.* Въ общемъ вліяніе это сводится къ слѣдующему: Если возрастаютъ сила тока и частота раздраженій, то уменьшается скрытый періодъ рефлекса, а также увеличивается частота отдѣльныхъ глотаній, и наоборотъ. При наркозѣ возрастаетъ скрытый періодъ рефлекса и уменьшается частота глотаній.

*Meltzer*²⁰⁾, въ своемъ сообщеніи, старается найти объясненіе противорѣчію между результатами опытовъ *Wild'a* и *Meltzer*

²⁰⁾ Zentralblatt für Physiologie. Bd. XIX. 1903.

Mosso. Онъ приходитъ къ заключенію, что это противорѣчіе нужно объяснить большей или меньшей степенью наркоза: при глубокомъ наркозѣ перистальтическія движенія при глотаніи не распространяются ниже перерѣзаннаго мѣста (опыты *Wild'a*); при неполномъ наркозѣ перерѣзка не мѣшаетъ переходу перистальтики на нижележащія мѣста пищевода (опыты *Mosso*). Изъ этого слѣдуетъ, что въ бодромъ состояніи перистальтика зависитъ отъ одного рефлекса, съ однимъ только центрипетальнымъ импульсомъ, тогда какъ при наркозѣ перистальтическое движеніе зависитъ отъ цѣпи мѣстныхъ рефлексовъ.

Для того, чтобы видѣть проявленіе этихъ мѣстныхъ рефлексовъ, нужно вызвать перистальтику пищевода, безъ начального глотательнаго акта. Съ этой цѣлью *Meltzer* вводилъ въ пищеводъ кроликовъ трубку и черезъ нее выпрыскивалъ индифферентныя жидкости. Каждое такое выпрыскиваніе вызывало волну сокращенія, которая ничѣмъ не отличалась отъ обычной перистальтической и подобно послѣдней кончалась сокращеніемъ входа въ желудокъ. Послѣ двухсторонней перерѣзки *n. vagi* этой волны не наблюдалось. Если на какомъ-нибудь мѣстѣ пищевода наложить лигатуру, то упомянутая волна доходила только до послѣдней, но не распространялась дальше. Разбираемый рефлексъ крайне стоекъ противъ общаго наркоза; онъ исчезаетъ только при глубокомъ наркозѣ и появляется тотчасъ же, какъ только послѣдній начинаетъ проходить.

Изъ всего этого слѣдуетъ, что перистальтика пищевода зависитъ отъ двухъ рефлекторныхъ механизмовъ. Первый механизмъ обладаетъ только однимъ центрипетальнымъ импульсомъ; цѣлость периферическаго глотательнаго пути для его проявленія не необходима; напротивъ, онъ очень чувствителенъ къ наркозу; авторъ обозначаетъ его, какъ рефлекторный механизмъ вышшаго порядка. Другой рефлекторный механизмъ—низшаго порядка—состоитъ изъ цѣпи рефлексовъ, изъ

которыхъ каждый снабженъ центрипетальными волокнами; этотъ механизмъ основывается на цѣлости периферическаго пути и стоекъ противъ наркоза.

Вторая работа ²¹⁾ *Kahn*'а распадается на 2 части.

Kahn

Въ первой—излагаются изслѣдованія о двигательной иннервации пищевода у собакъ, кошекъ и обезьянъ. Изложимъ сначала результаты опытовъ на собакахъ.

Убѣдившись въ предварительныхъ препаратахъ, что *n. pharyngeus inferior* (по терминологіи автора *n. oesophageus*) начинается двумя корешками—отъ *n. pharyngeus sup.* и отъ симпатическаго узла, авторъ переходитъ къ результатамъ раздраженій отдѣльныхъ двигательныхъ нервовъ. Раздражая *n. pharyngeus sup.* у собакъ, выше отхожденія корешка для *n. pharyngeus infer.*, можно получить сокращеніе какъ глотки, такъ и всей шейной части пищевода. Раздраженіе этого корешка вызывало сокращеніе шейной части пищевода безъ участія глотки. Раздраженіе симпатическаго корешка давало слабыя сокращенія только верхней части шейнаго пищевода, причемъ, вслѣдствіе короткости корешка, авторъ не увѣренъ, что петли тока при раздраженіи не задѣвали сосѣднихъ нервовъ. Кроме того, раздраженія симпатическаго нерва на шеѣ ни разу не давали сокращеній пищевода. Въ виду всего этого, авторъ ставитъ участіе симпатическихъ волоконъ въ двигательной иннервации пищевода подъ знакомъ вопроса. Что касается раздраженія самого ствола *n. pharyngei infer.*, то оно вызываетъ сокращеніе всей шейной части до грудного отверстія. Далѣе, авторъ нашелъ, что шейную часть пищевода иннервируетъ особая вѣточка, отходящая справа отъ грудной части *n. vagi*, слѣва отъ *n. recurrentis*; вѣточка эта идетъ медиально отъ ствола возвратнаго нерва и подъ гортанью соединяется съ послѣднимъ. Раздраженіе ствола *n. recurrentis* на

²¹⁾ Archiv für (Anatomie und) Physiologie. 1906.

правой сторонѣ никогда не вызываетъ сокращенія пищевода, на лѣвой сторонѣ—рѣдко. Напротивъ, при раздраженіи вышеуказанной вѣточки получается рѣзкое сокращеніе нижней $\frac{1}{3}$ (рѣже $\frac{1}{2}$) шейнаго пищевода. Такимъ образомъ, шейный пищеводъ у собаки иннервируется двумя вѣтвями *n. vagi*. Вслѣдствіе этого перерѣзка *n. vagi* на срединѣ шеи не парализуется шейной части пищевода при глотаніяхъ; точно также при перерѣзѣ глоточныхъ вѣтвей *n. vagi* пищеводъ парализуется не вполне. Грудная часть пищевода получаетъ двигательныя волокна черезъ *rami oesophagei n. vagi*.

Результаты изслѣдованій на кошкахъ отличаются отъ только что описанныхъ въ слѣдующемъ. Глотка и шейный пищеводъ получаютъ двигательныя волокна отъ одного нерва—*ram. pharyngeus n. vagi*; эта вѣть начинается однимъ корешкомъ отъ *n. vagus*, другимъ отъ *n. laryngeus super.*, затѣмъ даетъ многочисленныя вѣточки глоткѣ и кончается въ верхней части пищевода; при этомъ авторъ обращаетъ особое вниманіе на то обстоятельство, что нельзя обнаружить никакого соединенія этого нерва съ симпатическимъ узломъ. Раздраженіе нерва, равно какъ и корешковъ вызываетъ сокращеніе глотки и шейной части пищевода. Раздраженіе *n. recurrentis* у кошки даетъ сокращеніе почти всей шейной части. У обезьянъ имѣется *n. pharyngeus sup.*, иннервирующий исключительно глотку. Далѣе, верхнюю часть шейнаго пищевода снабжаетъ двигателями вѣточка *n. laryngei super.* Наконецъ, *n. recurrens* вызываетъ при раздраженіи рѣзкія сокращенія всей шейной части пищевода.

Вторая половина статьи Кohn'a посвящена результатамъ изученія перистальтики пищевода. Съ цѣлью изслѣдованія послѣдней въ пищеводъ собакъ вводилась олива съ привязанной ниткой; другой конецъ послѣдней соединялся съ тѣмъ или другимъ приборомъ, позволяющимъ записывать движенія оливы въ зависимости отъ перистальтики пищевода. Если

помѣстить оливу въ шейную часть послѣдняго, то оказывается, что олива лежитъ здѣсь спокойно, пока самопроизвольный глотательный актъ не вызоветъ перистальтики пищевода и движенія оливы. Только потягивая сильно и продолжительно за нитку, изрѣдка можно вызвать перистальтическое движеніе, начинающееся въ шейной части пищевода, безъ начальнаго глотательнаго акта. Напротивъ, если помѣстить оливу въ грудную часть пищевода, то вскорѣ послѣ этого появляются перистальтическія сокращенія, заставляющія оливу двигаться по направленію къ желудку; эти сокращенія, кромѣ того, можно вызывать самымъ легкимъ потягиваніемъ за нитку. При этомъ никогда не замѣтно ни начальнаго глотательнаго акта, ни движенія шейной части пищевода: перистальтика всегда начинается съ того мѣста, гдѣ лежитъ олива.—Итакъ, пищеводъ обладаетъ фізіологической возбудимостью, при чемъ послѣдняя незначительна въ шейной части и, наоборотъ, велика въ грудномъ отдѣлѣ.

Далѣе, авторъ изслѣдовалъ скорость перистальтики пищевода и нашелъ, что она измѣняется крайне неправильно въ различныхъ отдѣлахъ; кромѣ того, удастся подмѣтить, что она рѣзко уменьшается въ двухъ мѣстахъ: въ срединѣ шейной части и при переходѣ послѣдней въ грудную.

Наконецъ, *Калл* описываетъ опыты, имѣющіе своей цѣлью показать вліяніе раздраженій *n. glossopharyngei* на перистальтику пищевода. Если помѣстить оливу въ послѣдній и вызвать какимъ-нибудь способомъ глотаніе, то олива начнетъ двигаться къ желудку. Раздражая *n. glossopharyngeus*, можно въ любой моментъ остановить оливу, при чемъ остановка продолжается все время раздраженія; вскорѣ по прекращеніи послѣдняго олива начинаетъ двигаться снова. Для раздраженія нерва нужно брать слабые токи, такъ какъ болѣе сильныя раздраженія не оказываютъ подавляющаго дѣйствія.

Meltzer и
Auer.

Meltzer и Auer ²²⁾ сообщаютъ объ одномъ очень мало или совсѣмъ неизвѣстномъ рефлексѣ съ блуждающаго нерва. Именно, если раздражать у собакъ центральный конецъ этого нерва на шеѣ, то можно получить тетаническое сокращеніе всего пищевода, которое наступаетъ вскорѣ послѣ начала раздраженія и кончается почти всегда тотчасъ по прекращеніи послѣдняго. При извѣстной степени наркоза слабыя раздраженія даютъ только сокращенія шейной части; грудная же часть реагируетъ исключительно на сильное раздраженіе и часто сокращается немного позднѣе шейной. При болѣе глубокомъ наркозѣ даже сильное раздраженіе заставляеть сокращаться только шейную часть, не вызывая сокращеній грудной.

Въ виду этого, соответствующій рефлексогенный центръ долженъ состоять изъ двухъ отдѣленій: первое, заведующее шейной частью, болѣе легко раздражается и сильнѣе сопротивляется наркозу, чѣмъ второе отдѣленіе центра, которое заведуетъ грудной частью пищевода.

Cannon.

Cannon ²³⁾ изслѣдовалъ измѣненія перистальтики пищевода послѣ двухсторонней перерѣзки блуждающихъ нервовъ на шеѣ. Опыты (на конкахъ) ставились такимъ образомъ, что перерѣзался одинъ изъ блуждающихъ нервовъ, а черезъ два дня слѣдовала перерѣзка другого. Послѣ второй перерѣзки время отъ времени (въ теченіе нѣсколькихъ недѣль) животному давалась пища, содержащая примѣсь азотно-кислаго висмута; во время этихъ глотаній пищеводъ животного подвергался изслѣдованію Рентгеновскими лучами. Результаты изслѣдованій слѣдующіе. Непосредственно послѣ двухсторонней ваготоміи и въ теченіе слѣдующихъ 24-хъ часовъ наступалъ полный параличъ всего пищевода. Этотъ параличъ въ послѣдующее время оставался только въ шейной и въ верх-

²²⁾ Zentralblatt für Physiologie. Bd. XX. 1906.

²³⁾ The american Journal of Physiologie. 1907. Vol. XIX.

ней половинѣ грудной части пищевода; напротивъ, въ нижней половинѣ грудного отдѣла появлялись перистальтическія движенія. Какъ разъ въ этой послѣдней части распредѣляются гладкія мышцы, тогда какъ мускулатура остального пищевода поперечно-полосатая. Только что упомянутыя перистальтическія движенія нужно считать автоматическими.

Авторъ провѣрилъ свои результаты еще на обезьянѣ и кроликѣ. У обезьяны результаты опытовъ и распредѣленіе мышцъ пищевода оказались совершенно такими же, какъ у кошки. Напротивъ, у кролика послѣ двухсторонней ваготоміи наблюдался стойкій параличъ грудной части пищевода; изслѣдованіе показало, что пищеводъ кролика состоялъ почти исключительно изъ поперечно-полосатыхъ мышцъ.

Мы изложили важнѣйшія работы, касающіяся такъ или иначе вопроса о чувствительной и двигательной иннерваціи глотательныхъ движеній.

Просматривая эти работы, можно убѣдиться, что многіе результаты, полученные разными авторами, противорѣчатъ другъ другу. Достаточно указать, напр. на изслѣдованія о роли *n. glossopharyngei* при глотаніяхъ, объ участіи симпатическихъ волоконъ въ двигательной иннерваціи шейной части пищевода и т. д.

При существованіи такихъ противорѣчій, каждое новое изслѣдованіе въ данной области является далеко не лишнимъ. Это обстоятельство и дало поводъ многоуважаемому профессору Н. А. Миславскому предложить намъ заняться экспериментальной разработкой указаннаго вопроса.

II.

Собственные изслѣдованія.

А. Къ анатоміи нервовъ глотки и пищевода.

Нервы глотки и пищевода. Прежде чѣмъ приступить къ опытамъ, мы завались препаровками на трупахъ собакъ съ цѣлью познакомиться съ анатомическимъ положеніемъ нервовъ, имѣющихъ отношеніе къ глоткѣ и пищеводу. Различными авторами описаны слѣдующіе нервы, при раздраженіи центральнаго конца которыхъ получается то или другое дѣйствіе на эти органы: 1) 2-я вѣтвь *n. trigemini*; 2) *n. laryngeus super.*; 3) *n. recurrens*; 4) *n. vagus* (на срединѣ шеи); 5) *n. glossopharyngeus*. Двигательными нервами изучаемыхъ органовъ являются, главнымъ образомъ, вѣтви блуждающихъ нервовъ. Вѣтви эти слѣдующія: *n. pharyngeus superior* иннервируетъ констрикторы глотки (иннервация всѣхъ остальныхъ мышцъ глотки мы не изслѣдовали); *n. pharyngeus infer.*, а также *n. recurrens* иннервируютъ шейную часть пищевода; наконецъ, *rami oesophagei* снабжаютъ двигательными волокнами грудную часть. Кромѣ блуждающихъ нервовъ, въ качествѣ двигателя для шейной части пищевода пѣкоторыми авторами описывается шейный симпатическій нервъ, волокна котораго проходятъ въ *n. pharyngeus inferior*.

Мы и изучали на препаровкахъ анатомію всѣхъ этихъ нервовъ, за исключеніемъ *n. trigemini*. Изъ упомянутыхъ

первое необходимо остановиться на аноміи двухъ, именно — *n. pharyngei infer.* и *n. recurrentis*, такъ какъ только эти нервы описываются различными авторами неодинаково.

Разногласія относительно *n. pharyngei infer.* касаются, *N. pharyngeus inferior*, главнымъ образомъ, начала его. *Chauveau**, открывшій этотъ нервъ, указываетъ, что онъ отходитъ отъ *n. pharyngeus superior*., направляется затѣмъ въ пищеводъ и идетъ по боковой стѣнкѣ послѣдняго до грудного отверстія, отдавая этому органу многочисленныя вѣточки; кромѣ того, *n. pharyngeus infer.* получаетъ поддерживающую вѣточку отъ *ramus externus n. laryngei super.* По *Ellenberger*'у и *Baum*'у ²⁴⁾ нервъ начинается двумя корешками, изъ которыхъ одинъ отходитъ отъ *n. vagus* вмѣстѣ съ *n. pharyngeus sup.*, а другой — отъ *plexus nodosus*; сверхъ того, къ нему присоединяются волокна отъ верхняго шейнаго симпатическаго узла. Послѣ соединенія корешковъ нервъ идетъ на боковую поверхность нижняго стимателя глотки, откуда и переходитъ на пищеводъ. *Espezel* ¹⁷ нашелъ, что *n. pharyngeus infer.* начинается исключительно отъ верхняго шейнаго симпатическаго узла; отсюда нервъ направляется къ задне-боковой стѣнѣ глотки, при чемъ отдаетъ вѣточки къ нижнему констриктору, и затѣмъ переходитъ на пищеводъ. Наконецъ, *Kahn* ²¹ убѣдился, что *n. pharyngeus infer.* образуется отъ соединенія двухъ корешковъ, изъ которыхъ одинъ отходитъ отъ *n. pharyngeus super.*, другой — отъ симпатическаго узла.

При своихъ препаровкахъ мы нашли, что нижній глоточный нервъ начинается двумя корешками: однимъ — болѣе тонкимъ и длиннымъ отъ *n. pharyngeus sup.*, другимъ — болѣе толстымъ и короткимъ — отъ симпатическаго узла. Только въ одномъ изъ нашихъ случаевъ нервъ начинался отъ *n. pharyng. sup.*, тогдашъ затѣмъ переходилъ на поверхность узла

²⁴⁾ *Ellenberger und Baum. Syst. und topogr. Anatomie der Hundes.* 1891.

и, соединившись съ симпатическими волокнами изъ послѣдняго, продолжалъ свой ходъ дальше; при всѣхъ остальныхъ препаровкахъ, также и во время опытовъ, оба корешка начинались отдѣльно, и каждый имѣлъ болѣе или менѣе значительную длину; послѣдняя была неодинакова у разныхъ животныхъ, при чемъ у большихъ собакъ обыкновенно встрѣчался и болѣе длинные корешки. Бромѣ этого, во всѣхъ случаяхъ *n. pharyngeus inferior*, идя по боковой стѣнкѣ глотки, давалъ нѣсколько тонкихъ вѣточекъ къ нижнему констриктору. Съ глотки нервъ переходитъ на верхнюю часть пищевода; при этомъ онъ быстро исчезаетъ въ стѣнкѣ послѣдняго, такъ что дальнѣйшая препаровка первая безъ нарушенія цѣлости пищевода становится невозможной. Что касается, наконецъ, утвержденія *Chauveau*, что *n. pharyngeus inf.* соединяется съ *ramus externus* верхне-гортаннаго нерва, то остальные авторы не упоминаютъ объ этомъ; точно также и мы ни разу не наблюдали такого соединенія.

N. recurrens

Остается еще сказать нѣсколько словъ о *n. recurrens*. Дѣло въ томъ, что *Kahn*'омъ²¹ описывается у собаки особый первный стволликъ, который съ правой стороны начинается отъ грудного *n. vagi*, съ лѣвой—отъ начальной части *n. recurrens*; стволликъ этотъ идетъ медиально отъ возвратнаго нерва, посылая пищеводу многочисленныя вѣточки; на уровнѣ верхней части пищевода стволликъ соединяется съ главнымъ стволомъ возвратнаго нерва, который идетъ къ гортани. Мы ни разу не встрѣчали такого первнаго стволлика, отходящаго отъ *n. vagi*, ходъ *n. recurrens* во всѣхъ нашихъ случаяхъ почти вполнѣ соответствовалъ описанію, сдѣланному въ анатоміи *Ellenberger*'а и *Baum*'а. Начинаясь отъ грудной части *n. vagi*, возвратный нервъ тотчасъ-же отдаетъ вѣточки къ трахей и пищеводу. Кромѣ того, большей частью еще въ грудной полости, *n. recurrens* дѣлится на двѣ вѣтви, которыя идутъ почти параллельно кверху и подъ гортанью снова сливаются въ одинъ стволъ; наружная изъ этихъ вѣт-

вей—болѣе толстая—является продолженіемъ ствола возвратнаго нерва. При своемъ ходѣ на шеѣ, вѣтви соединяются тонкими стволиками другъ съ другомъ, а также съ вѣтвями противоположной стороны и даютъ многочисленныя вѣточки пищеводу и трахеѣ.

В. Методика опытовъ.

Каждый изъ нашихъ опытовъ начинался съ того, что, *Трахеотомія.* послѣ взвѣшиванія и привязыванія животнаго къ столу, производилась трахеотомія; операція эта дѣлалась съ той цѣлью, чтобы баллонъ, введенный въ глотку, не мѣшалъ свободному дыханію животнаго.

Затѣмъ на бедрѣ или голени отпрепаровывалась *Препаровка вены.* какая-нибудь изъ поверхностныхъ венъ; въ центральный конецъ послѣдней вставлялась игла шприца, которая и служила въ дальнѣйшемъ мѣстомъ впрыскиваній того или другого наркотическаго вещества.

Тотчасъ послѣ этого мы переходили къ отысканію *Препаровка нервовъ.* тѣхъ нервовъ, которые намѣревались раздражать во время опыта. Препаровка нервовъ всегда производилась подъ наркозомъ, при чемъ въ большинствѣ случаевъ примѣнялись впрыскиванія морфія; если послѣдній оказывалъ недостаточное дѣйствіе, то изрѣдка приходилось давать животному для вдыханія немного смѣси спирта, эфира и хлороформа. Нѣтъ надобности подробно останавливаться на препаровкѣ большинства нервовъ, такъ какъ она производилась обычнымъ образомъ; слѣдаемъ только нѣсколько практическихъ замѣчаній.

Такъ какъ маленькіе кожные разрѣзы сильно затрудняютъ отысканіе нервовъ, то мы дѣлали возможно большій разрѣзъ, начинавшійся отъ верхняго угла трахеотомической раны; разрѣзъ отсюда продолжался до подбородка, не доходя до послѣдняго сантиметра на два.

Далѣе, мы всегда осторожно обнажали глотку и шейную часть пищевода, стараясь не повредить при этомъ нервовъ; такимъ образомъ, во время опыта можно было наблюдать за этими органами непосредственно глазомъ.

Затѣмъ, наиболѣе трудной частью нашей препаровки являлось отыскиваніе *n. vagi* и *n. glossopharyngei* вблизи выхода ихъ изъ полости черепа. Такъ какъ указанные нервы расположены здѣсь рядомъ съ *n. hypoglossus*, то мы сначала находили послѣдній въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ лежитъ рядомъ съ *art. lingualis*. Найдя нервъ, мы, по ходу его, осторожно шли вглубь и отыскивали *bulla ossea* височной кости: какъ разъ внутри отъ *bulla* и находятся искомые нервы. При этомъ прежде всего обнаруживался общій стволъ *n. glossopharyngei* и часть *n. vagi* выше *plexus nodosus* съ отходящимъ отъ нея *n. pharyngeus sup.* Отпрепаровывая *n. glossopharyngeus* къ периферіи, можно было отыскать обѣ его вѣтви; по *n. pharyngeus sup.* легко отыскивался отходящій отъ него корешокъ для *n. pharyngeus infer.*; немного внутри отъ *n. vagus* лежитъ симпатическій узелъ, отъ котораго начинается симпатическій корешокъ *n. pharyngei infer.* Такимъ образомъ, мы подходили ко всѣмъ упомянутымъ нервамъ снаружи: при этомъ исключалась возможность перерѣзать какія-нибудь нервные вѣточки, идущія къ глоткѣ или пищеводу. Нужно замѣтить еще, что во время препаровки очень важно тщательно перевязывать всѣ сосуды, такъ какъ при кровотеченіи отыскиваніе нервовъ сильно затрудняется.

Наконецъ, для того, чтобы отыскать стволъ *n. pharyngei infer.*, необходимо отпрепаровать сосудисто-нервный пучекъ (*n. vagosympathicus* и *art. carotis*), оттянуть его внаружи и на задне-боковой части глоточной стѣнки искать нервъ. Чтобы не смѣшать его съ другими, идущими здѣсь нервами, лучше всего имѣть подъ рукой индукціонный аппаратъ: при раздраженіи *n. pharyngei infer.* появляется ясно видимое на глазъ сокращеніе шейной части пищевода.

Когда все нужные нервы найдены и приготовлены для раздраженія или перерѣзки, мы приступали въ прилаживанію приборовъ, позволяющихъ записывать движенія глотки и пищевода. Для регистраціи движеній этихъ органовъ примѣнялся нами методъ, сущность котораго состоитъ въ слѣдующемъ. Въ изслѣдуемый органъ вводится пузырь изъ тонкаго каучука (кондомъ), привязанный къ концу катетера, зонда и т. п. инструмента. Другой, наружный конецъ инструмента соединяется трубкой съ короткимъ колѣномъ U-образнаго манометра; длинное колѣно послѣдняго находится въ соединеніи съ Мареевской капсулой, рычагъ которой записываетъ кривыя на законченномъ цилиндрѣ. Вся система, начиная съ кондома и кончая частью манометра, можетъ быть наполнена водой изъ склянки, расположенной на известной высотѣ; съ этой цѣлью склянка соединена съ непарнымъ колѣномъ T-образной стеклянной трубки, которая вставляется по пути между кондомомъ и манометромъ. Описанный методъ употреблялся неоднократно съ хорошими результатами въ лабораторіи проф. Н. А. Миславскаго для записи движеній различныхъ полыхъ мышечныхъ органовъ (Миславскій и Бехтеевъ²⁵⁾, Вишневскій²⁶⁾ и др.); въ обзорѣ литературы было указано, что въ-которые изслѣдователи пользовались этимъ методомъ и для регистраціи глотки и пищевода (*Espezel*, *Трапезниковъ*²⁶⁾ и др.).

Опишемъ подробнѣе, какимъ образомъ мы примѣняли этотъ методъ въ своихъ опытахъ. Такъ какъ въ большинствѣ опытовъ намъ приходилось одновременно регистрировать глотку и шейную часть пищевода, то мы взяли длинный металлическій катетеръ съ двойнымъ ходомъ, приспособивъ его слѣдующимъ образомъ. Прежде всего катетеръ былъ выпрам-

²⁵⁾ Archiv für (Anatomie und) Physiologie. 1889. Suppl.-Band.

²⁶⁾ Вишневскій. Къ вопросу о периферической иннерваціи прямой кишки. Дисс. Казань. 1903.

ленъ; далѣе, одно изъ его окошечекъ было наглухо запаяно, а вмѣсто этого, въ томъ же ходѣ, сантиметровъ на 8 отъ конца, продѣлано близко другъ отъ друга нѣсколько отверстій; другое окошечко катетера осталось негронутымъ. Затѣмъ, къ катетеру привязывались два кондома такимъ образомъ, чтобы оставшееся цѣлымъ окошечко находилось внутри нижняго кондома, а продѣланныя отверстія—внутри верхняго. Кондомы укрѣплялись на катетерѣ совершенно неподвижно, при чемъ длина ихъ, а также и разстояніе между ними равнялись 5 сантим. Въ таковомъ видѣ катетеръ и употреблялся для одновременной регистраціи глотки и пищевода. Въ случаѣ надобности, можно было уменьшить длину каждого кондома, надѣвъ на любой конецъ его кольцо изъ гуттаперчевой трубки и привязавъ это кольцо ниткой; такое приспособленіе позволяло также увеличивать въ большей или меньшей степени разстояніе между кондомами.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда приходилось регистрировать еще и грудную часть, употреблялся короткій катетеръ съ привязаннымъ на концѣ кондомомъ. Иногда, вмѣсто катетеровъ мы примѣняли тонкій и твердый желудочный зондъ съ нанесенными на немъ дѣленіями (на сантиметры).

Какой-бы изъ этихъ инструментовъ не примѣнялся, дальнѣйшія соединенія были одинаковы. Именно, на наружный конецъ инструмента, соотвѣтственно каждому кондому, надѣвалась гуттаперчевая трубка, которая соединялась съ манометромъ. Вмѣсто обычно примѣняющагося U-образнаго манометра, мы употребляли просто стеклянную трубку, длиной около 15 сант. и шириной 2 сант., помещенную вертикально на штативѣ; трубка эта сверху и снизу закрыта гуттаперчевыми пробками, черезъ которыя проходятъ тонкія стеклянныя трубочки съ наружными концами, согнутыми подъ прямымъ угломъ. Нижняя изъ этихъ трубочекъ соединялась съ кондомомъ, верхняя—съ записывающей Мареевской капсулой. Вся система, начиная съ кондома и кончая нижней частью манометра,

метра, наполнялась водой изъ Эсмарховской кружки, соединенной съ системой описаннымъ выше образомъ.

Тотъ или другой инструментъ съ кондомомъ, еще пустымъ, вводился въ глотку или пищеводъ, при чемъ глоточный кондомъ помѣщался, главнымъ образомъ, въ области констрикторовъ, а кондомы для шейной и грудной частей пищевода занимали приблизительно средину каждой части. Послѣ этого, кондомы наполнялись водой подъ давленіемъ въ 15—20 савт. Каждое сокращеніе изслѣдуемаго органа вытѣсняло воду изъ кондома въ манометръ, что выражалось увеличеніемъ давленія въ капсулѣ и поднятіемъ рычага послѣдней. Наоборотъ, при расслабленіи органа, вода снова наполняла кондомъ, и рычагъ опускался внизъ. Движенія рычага записывались на завопченной безконечной лентѣ аппарата *François-Frank's*.

Для раздраженія нервовъ употреблялись индукціонныя токи, получаемыя при помощи обыкновеннаго саннаго аппарата *Du-Bois-Reymond's* съ 1 или 2 аккумуляторами. Раздраженія отмѣчались сигналомъ *Depress*. Другой такой же сигналъ, соединенный съ электрическими часами, отмѣчалъ время (въ секундахъ).

Послѣ того какъ все необходимое для записи движеній изучаемыхъ органовъ было приготовлено, мы переходили къ главной части опыта—къ раздраженіямъ и перерѣзкамъ тѣхъ или другихъ нервовъ и къ полученію кривыхъ, иллюстрирующихъ результаты изслѣдованій. Въ общемъ нужно сказать, что методъ записи, которымъ мы пользовались, далъ вполне удовлетворительные результаты: сокращенія изслѣдуемыхъ органовъ обуславливали, почти всегда, вполне отчетливыя кривыя. Во всякомъ случаѣ вездѣ, гдѣ это было возможно, результаты раздраженій, записанные на кривыхъ, контролировались непосредственнымъ наблюденіемъ.

Кромѣ сокращеній изслѣдуемыхъ органовъ, на нашихъ кривыхъ отражались и другія движенія, именно дыханія и сокращенія различныхъ мышцъ животнаго.

*Отраженіе
на кривыхъ
дыханій.*

Наиболѣе рѣзко дыханія записывались на кривыхъ грудной части, при чемъ вдохъ вызывалъ спускъ кривой, выдохъ—подъемъ. Такая форма записи дыханій вполнѣ понятна: вдохъ вызываетъ разрѣженіе пространства въ грудной полости, вслѣдствіе чего вода присасывается въ кондомъ; при выдохѣ, напротивъ, послѣдній сжимается и вытѣсняетъ воду. Гораздо слабѣе, но также постоянно, дыханія отражались на кривыхъ шейной части; здѣсь вдохъ выражался подъемомъ, а выдохъ спускомъ кривой. Подъемъ послѣдней при вдохѣ нужно объяснить, по всей вѣроятности, сдавленіемъ пищевода шейными мышцами, сокращающимися при дыханіяхъ. Что касается кривыхъ глотки, то на нихъ дыханія изрѣдка не обнаруживались совсѣмъ; однако въ большинствѣ случаевъ дыхательныя движенія записывались и здѣсь, при чемъ при вдохѣ наблюдался спускъ кривой, при выдохѣ—подъемъ. Чѣмъ объяснить отраженіе и форму дыханій на глоточной кривой? По нашему мнѣнію, единственно возможное объясненіе этого явленія заключается въ томъ, что при вдохѣ шейныя мышцы вызываютъ расширеніе полости глотки и присасываніе жидкости въ кондомъ; при выдохѣ глотка принимаетъ прежній объемъ, при чемъ излишекъ жидкости вытѣсняется.

*Отраженіе
на кривыхъ
мышечныхъ
сокращеній.*

Какъ сказано, кромѣ дыханій, на кривыхъ пищевода могутъ отражаться сокращенія различныхъ мышцъ животнаго. Относительно этого нужно сказать, что болѣе или менѣе умѣренные сокращенія постороннихъ мышцъ записывались крайне слабо и не искажали кривыхъ. Напротивъ, при чересчуръ сильныхъ движеніяхъ запись становилась совершенно невозможной; такіе случаи требовали примѣненія наркоза.

*Опыты съ
примѣненіемъ
кураре.*

Первые опыты мы дѣлали на кураризованныхъ животныхъ. Примѣнить кураре побудило насъ опасеніе, что указанные постороннія движенія (дыханія и пр.) могутъ вліять

такъ или иначе на записъ сокращеній глотки и пищевода. Съ другой стороны можно было думать, что кураре будетъ дѣйствовать на изучаемые органы не такъ сильно и не такъ скоро, какъ на другія поперечно-полосатыя мышцы тѣла; по крайней мѣрѣ, *Espèzel*¹⁷ ставилъ свои опыты на кураризованныхъ животныхъ и получилъ при этомъ удовлетворительную записъ сокращеній пищевода. Дѣйствительно, въ нашихъ опытахъ оказалось, что кураре дѣйствуетъ на глотку и пищеводъ не такъ скоро, какъ на другія мышцы; однако разница эта ничтожна, такъ что при малѣйшемъ избыткѣ кураре наступаетъ полный параличъ также и глотательнаго аппарата; поѣтому, послѣ нѣсколькихъ опытовъ, пришлось отказаться отъ примѣненія этого яда. Все-таки на кураризованныхъ животныхъ намъ удалось получить кривыя глотательныхъ движеній, при чемъ въ дыханіи, въ другія движенія не могли оказывать на нихъ никакого дѣйствія. Сравнивая кривыя изъ опытовъ съ кураре и безъ него, мы убѣдились, что разница между ними только количественная: сокращенія глотки и пищевода при употребленіи кураре всегда были менѣе энергичны. Такъ какъ никакой существенной разницы между этими кривыми не оказалось, то можно быть увѣреннымъ, что въ опытахъ безъ примѣненія кураре кривыя зависятъ исключительно отъ сокращеній изслѣдуемыхъ органовъ и что дыханіи и умѣренные движенія животнаго не искажаютъ кривыхъ сколько-нибудь значительно. Кромѣ того, въ двухъ изъ послѣдующихъ опытовъ мы съ успѣхомъ примѣнили слабую кураризацію, чтобы отлѣчить сокращенія пищевода отъ постороннихъ движеній.

Одинъ опытъ произведенъ на животномъ, которому была *Наркозъ и* введена хлоралеза. У этого животнаго не удалось вызвать ни *остальны* одного рефлекса на изучаемые органы. Напротивъ, для изслѣдованія двигательной иннерваціи этотъ наркозъ оказался очень *опытамъ* хорошимъ.

Во всѣхъ остальныхъ опытахъ примѣнялся слабый морфійный наркозъ, при чемъ морфій вприскивался только тогда, когда сильныя движенія животнаго дѣлали невозможной запись, сокращеній изслѣдуемыхъ органовъ. Во многихъ опытахъ послѣ препаровки, морфій не вводился ни разу. Въ общемъ, слабый морфійный наркозъ оказался вполне пригоднымъ для изученія глотательныхъ движеній.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Фотографическое чтение вслух.

Проф. В. П. Осипова.

Болѣзненное разстройство, которое мы характеризуемъ терминомъ *фотографическое чтение вслухъ*, настолько своеобразно, что хотя мы и упоминали о немъ въ своей работѣ о кататоніи ¹⁾, тѣмъ не менѣе считаемъ правильнымъ рассмотреть это разстройство подробнѣе въ отдѣльной статьѣ; въ за-сѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 22 октября 1907 г. ²⁾ мы выступили съ сообщеніемъ по поводу означеннаго разстройства и могли обмѣняться съ товарищами по специальности мнѣніями о происхожденіи интересующаго насъ болѣзненнаго явленія.

Приведемъ исторію больного, находившагося подъ нашимъ наблюденіемъ.

Больной В., 22-хъ лѣтъ, русскій, крестьянинъ, холостой, находился подъ нашимъ наблюденіемъ въ Петербургской клиникѣ душевныхъ болѣзней съ 27 сентября 1902 г. до апрѣля 1905 г.

¹⁾ В. П. Осиповъ. Кататонія Kahlbaut'a.—Казань. 1907. Стр. 131—140; 210; 365.

²⁾ В. П. Осиповъ. Своеобразное разстройство акта чтенія у душевно-больного. Засѣданіе Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, 22 октября и 28 ноября 1907 г.—Неврологическій Вѣстникъ. Вып. 3—4. 1907 г.

Изъ свѣдѣній, полученныхъ отъ матери больного, выяснилось: отецъ В., въ общемъ, здоровый человѣкъ, отличался раздражительностью и порядочно выпивалъ; мать здоровая женщина, была беременна 10 разъ, изъ этихъ беременностей 3 закончились выкидышами въ первой половинѣ беременности; В. родился въ срокъ, въ дѣтствѣ былъ здоровымъ и бойкимъ мальчикомъ; въ періодъ прорѣзыванія зубовъ страдалъ опосоами; ходить началъ въ возрастѣ 1 года и 3 мѣсяцевъ; говорить началъ 3 лѣтъ. 7-ми лѣтъ перенесъ корь и 8-ми воспаление легкихъ. Къ родителямъ всегда относился хорошо, хотя особенной ласковости по отношенію къ нимъ не обнаруживалъ; отличался спокойнымъ, ровнымъ характеромъ. Въ школѣ учился хорошо, но съ товарищами никогда не сходилъ, предпочитая одиночество; проявлялъ замкнутый характеръ. Лѣтъ съ 16-ти началъ употреблять спиртные напитки въ умеренномъ количествѣ. Половую жизнь, повидимому, не начиналъ, она пизма также у него не замѣчалась. Нѣтъ указаній на лues. Не куритъ.

Будучи на военной службѣ во время отбыванія воинской повинности, несъ ее исправно и считался хорошимъ солдатомъ. Былъ трудолюбивъ, внимательно и заботливо относился къ интересамъ семьи.

Первые признаки заболѣванія были замѣчены окружающими въ августѣ 1901 года. Безъ всякой видимой причины больной началъ избѣгать общества, пересталъ посѣщать увеселительные сады и театры, что раньше дѣлалъ чрезвычайно охотно; сдѣлался задумчивымъ, неразговорчивымъ и несообщительнымъ, обнаруживалъ религіозное настроеніе: усиленно посѣщалъ церкви, не пропуская ни одной службы; дома велъ себя странно, съ гостями и со своими домашними ни о чемъ не говорилъ, все время проводилъ за чтеніемъ книгъ религіознаго содержанія; читалъ, преимущественно, псалтирь; читая какую-нибудь книгу духовнаго содержанія, онъ вдругъ начиналъ смѣяться; на вопросы окружающихъ, почему онъ смѣется, ничего не отвѣчалъ. Состояніе подавленности и связанности время отъ времени смѣнялось противоположнымъ, когда больной становился оживленнымъ и разговорчивымъ, приходилъ въ состояніе психодвигательнаго возбужденія и обнаруживалъ агрессивныя наклонности по отношенію къ окружающимъ: всякое противорѣчіе, оказавное ему въ этомъ періодѣ,

вызывало у него гнѣвные порывы—онъ бранился, посылалъ родителей въ чорту, грозилъ ихъ зарѣзать. Въ январѣ 1902 года онъ былъ помѣщенъ въ Николаевскій военный госпиталь, гдѣ оставался до мая; за мѣсяць до поступленія въ клинику онъ сталъ еще неподвижнѣе и неразговорчивѣе; мало спалъ и мало ѣлъ; большую часть времени проводилъ, лежа въ постели или сидя на стулѣ въ одной и той же позѣ; абсолютно ничѣмъ не занимался; ѣлъ и пилъ только въ томъ случаѣ, если ему предлагали и понуждали, самъ же онъ не выражалъ никакихъ желаній. Иногда окружающіе замѣчали на его лицѣ улыбку, а затѣмъ оно снова пріобрѣтало оцѣпенѣлое выраженіе. На задаваемые ему вопросы давалъ только иногда односложные отвѣты. Неопрятности во время пребыванія въ домашней обстановкѣ не отмѣчено: онъ самъ отправлялся въ клозетъ, но оставался сидѣть тамъ до тѣхъ поръ, пока кто-нибудь изъ домашнихъ не приходилъ за нимъ.

За два дня до поступленія въ клинику В. былъ приведенъ матерью на мой амбулаторный пріемъ, гдѣ при бѣгломъ исследованіи больного у него было обнаружено состояніе оцѣпенѣлости съ легкими каталептоидными симптомами, пегатизмомъ и мутацизмомъ; на вопросы, произнесенные строгимъ тономъ, больной давалъ односложные, но правильные отвѣты; когда ему дали въ руку перо, съ просьбой написать свое имя, онъ сдѣлалъ первый штрихъ и затѣмъ продолжалъ повторять его до тѣхъ поръ, пока перо у него не отобрали.

Осмотръ больного показалъ: В. средняго роста, правильнаго тѣлосложенія; кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны; ладони и подошвы влажны, конечности слегка синюшны и холодноваты наощупь; подкожный жировой слой развитъ умеренно. Рѣзко выраженный дермографизмъ: рукояткой перкуссиянаго молоточка можно писать на кожѣ больного цѣлыя фразы, буквы тотчасъ же выступаютъ ярко-красными очертаніями и держатся долго, до 15 мин. и долѣе, затѣмъ постепенно исчезая; наподобіеобразное вздутіе кожи на мѣстѣ раздраженія при этомъ небольшое. Черепъ нѣсколько выпянуть въ затылочно-теменномъ направленіи и уплощенъ въ теменной части; ушныя мочки совершенно отсутствуютъ, завитокъ ушныхъ раковинъ развитъ недостаточно. Зрачки равномѣрны, реакція ихъ на свѣтъ сохранена. Механическая возбудимость мышцъ живая; мышечный валикъ получается отчет-

ливо. Если больной говорить, то рѣчь его со стороны произношенія не представляется разстроенной. Рефлексы со слизистых оболочекъ выражены: кожные и сухожильные рефлексы умеренно повышены. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ уклопеній отъ нормы не обнаруживаетъ. Сонъ и аппетитъ удовлетворительный.

Больной цѣлыми часами совершенно неподвижно сидитъ на мѣстѣ, иногда нѣсколько согнувшись; выраженіе лица неподвижное, какъ бы застывшее, во мѣстѣ съ тѣмъ напряженное; это выраженіе напряженности получается вслѣдствіе поперечныхъ складокъ на лбу, которыя лишь рѣдко разглаживаются; иногда складки выражены на одной половинѣ лба; время отъ времени морщитъ носъ и гримасничаетъ; не всегда больной сидитъ неподвижно, часто можно наблюдать, что онъ быстро, ритмически трясетъ одной или обѣими ногами, опираясь поскомъ объ полъ; это трясеніе нерѣдко сопровождается ритмическимъ звукомъ, произносимымъ въ тактъ трясенію, сквозь зубы, то громче, то тише: „зумъ, зумъ, зумъ“...; описанное ритмическое движеніе обычно для больного. На вопросы болѣею частью не отвѣчаетъ, но иногда можно добиться отъ него отвѣта, всегда односложнаго, но соответствующаго сути дѣла. Не здоровается съ врачомъ и руки не подаетъ. Если слишкомъ пристають къ нему съ разспросами, онъ вдругъ вскакиваетъ и уходитъ, иногда выругавшись при этомъ, или вскакиваетъ на постель съ гнѣвнымъ выраженіемъ лица, дѣлаетъ оборонительныя движенія, принимаетъ угрожающую позу и застываетъ въ ней; члены подолгу сохраняютъ придаваемые имъ неестественныя, неудобныя положенія—*flexibilitas cerea*. Выражена наклонность къ повторенію пассивныхъ движеній, напр., если начать размахивать его рукой, онъ долго продолжаетъ дѣлать это, если начать хлопать его руками въ ладоши, онъ продолжаетъ то же самое и т. д. Наклонность къ раздражательнымъ движеніямъ,—если передъ нимъ поднимаютъ рубку, онъ дѣлаетъ то же самое; если ему показываютъ кулакъ, онъ показываетъ свой; закладываютъ руку въ карманъ, онъ повторяетъ это движеніе и т. д. Временами чему-то улыбается, а то, безъ видимой причины, совершенно неожиданно раздражается громкимъ хохотомъ; то вдругъ вскочить, пробѣжитъ по палатѣ, начинаетъ громко пѣть пѣсни, затѣмъ также неожиданно застынетъ въ какой-нибудь позѣ, стоя, сидя на

стулъ или вскочивъ на полоковникъ. Находясь въ состояніи оцѣпенѣнія, не отвѣчая ни на какіе вопросы, онъ вдругъ неожиданно вскакиваетъ, вѣжливо раскланивается и обращается къ врачу со словами: „господинъ докторъ, позвольте папироску?“ Закуриваетъ папиросу и быстро выкуриваетъ ее, не выпуская изо рта, сильно втягивая дымъ ритмическими дыхательными движеніями.

Если удастся заставить больного *читать вслухъ*, онъ дѣлаетъ это *чрезвычайно своеобразно*, всегда одинаково; для примѣра привожу способъ чтенія больного; однажды ему былъ данъ для чтенія случайно находившійся подъ руками номеръ „Русскаго Врача“:

Напечатано:

„Русскій Врачъ“ выходитъ каждую субботу въ объемѣ отъ 3 до 4 листовъ. Статьи (въ заказныхъ бандероляхъ) просятъ адресовать на имя д—ра Сергѣя Васильевича Владиславева (Петербургъ, Ивановская, 2, кв. 4) или проф. Владиміра Валеріановича Подвысоцкаго (Спб., Лопухинская, 12) и т. д.

Читаетъ:

Двѣ запятыхъ Русскій Врачъ двѣ запятыхъ выходитъ каждую субботу въ объемѣ отъ 3 до 4 листовъ точка Статьи скобка въ заказныхъ бандероляхъ скобка просятъ адресо черта вать на имя де черта ра Сергѣя Васильевича Владиславева скобка Пе черта тербургъ запятая Ивановская запятая два запятая ваве точка четыре скобка или профъ точка Владиміра Вале черта ріановича Подвысоцкаго скобка Еспебе точка запятая Лопухинская запятая 12 скобка и т. д.

Сколько разъ ни предлагались больному для чтенія различные отрывки, всегда онъ читалъ указаннымъ способомъ, произнося вслухъ все знаки препинанія; читалъ монотонно, быстро, громко, безъ всякихъ модуляцій въ голосѣ.

Объ импульсивныхъ поступкахъ больного уже упоминалось, приведу еще примѣръ: однажды во время обхода отдѣ-

лелія съ большимъ количествомъ учащихся больной, которому, видимо, не понравился рядъ предложенныхъ ему вопросовъ, внезапно, съ гнѣвнымъ выраженіемъ лица, съ поднятыми руками и сжатыми кулаками бросился на присутствующихъ, но, сдѣлавъ два шага, застылъ въ такой аффективной позѣ. Очень часто, встрѣчая врача, онъ прикладываетъ руку къ головѣ по военному, какъ бы отдавая честь, при этомъ издаетъ неясные звуки ритмическаго характера, какъ будто рапортуетъ о чемъ-то, и трясеть въ тактъ ногами. Временами бываетъ возбужденъ, тогда поетъ, склоненъ къ агрессивнымъ поступкамъ, кричитъ, но всѣ его поступки и движенія неожиданны, снова смѣняются оцѣпенѣлостью, монотонны, однообразны; иногда онъ по долгу выкрикиваетъ одно и то же слово. Чувственная реакція на различные раздражители, будучи чрезвычайно трудно вызываемой, иногда совершенно неожиданно проявляется въ бурной формѣ, не соответствующей силѣ раздражителя. Нѣтъ никакихъ объективныхъ признаковъ, на основаніи которыхъ можно было бы заключить, что больной испытываетъ галлюцинаціи. Больной опрятенъ, несмотря на состояніе оцѣпенѣлости, онъ встаетъ, когда это нужно, и самъ отправляется въ клозетъ. Самъ не заявляетъ о желаніи ѣсть, но когда ему приносятъ пищу, съѣдаетъ ее. Во время состоянія оцѣпенѣлости обычно наблюдается обильное выдѣленіе тягучей слюны.

Въ такомъ состояніи находился больной при поступленіи въ клинику и первое время пребыванія въ клиникѣ; оцѣпенѣніе смѣнялось совершенно неожиданно развивавшимся состояніемъ возбужденія, которое такъ же неожиданно прекращалось; иногда среди сильно выраженнаго ступора больной вдругъ начиналъ пѣть громко духовныя пѣсни, напр., „нынѣ отпускаеши раба твоего“... и т. д. Спать больной хорошо. Во время ступора не реагируетъ на уколы. Приведемъ нѣкоторые выдержки изъ исторіи болѣзни, напр., съ 15 августа до 24 сентября 1903 г.: развился глубокій ступоръ, больной неподвижно лежитъ въ постели, на вопросы не отвѣчаетъ, не обнаруживаетъ никакой реакціи на окружающее; сохраняетъ приданныя ему самыя причудливыя положенія весьма продолжительное время. Конечности синюшны и влажны. Ёсть не проситъ, но отъ даваемой ему пищи не отказывается. Неопрятенъ. Временами стереотипныя движенія, напр., сидя, раскачиваетъ туловище или быстро шевелитъ пальцами. 23-го послѣ обѣда дол-

го читаль вслухъ молитвы. 25 сент. Большой сидитъ въ постели, хлопая въ ладоши. Изслѣдованіе болевой чувствительности обнаруживаетъ отсутствіе реакціи на боль; больной только пересталъ хлопать въ ладоши и, улыбаясь въ сторону съ хитроватымъ выраженіемъ лица, началъ свистать. Съ 26 сент. до 31 октября. Снова усилилось каталептоидное состояніе. 1—6 ноября: каталептоидное состояніе выражено слабо, конечности не сохраняютъ приданнаго имъ положенія; лежатъ, зажмуривъ глаза, и не отвѣчаютъ на вопросы. Легкій уколъ булавкой съ вопросомъ „болитъ?“ вызвалъ бурную реакцію со стороны больного: онъ вскочилъ на постели съ гнѣвнымъ выраженіемъ лица, показалъ кулакъ и закричалъ: „а это больно.... (нецензурное ругательство)?“ и затѣмъ снова улегся.

Измѣреніе температуры во время состоянія оцѣпенѣлости обнаруживаетъ пониженіе ея и частое повтореніе *Typhus inversus*.

Каталептоидное состояніе, то усиливаясь, то ослабѣвая, длилось до половины марта 1904 года; больной все время лежалъ въ постели, б. ч., съ закрытыми глазами; *flexibilitas cerea* была выражена чрезвычайно отчетливо; отъ пищи отказывался только изрѣдка, не былъ неопрятенъ, а въ случаѣ надобности, самъ вставалъ съ постели и шелъ въ клозетъ. Съ 16 марта сталъ нѣсколько подвижнѣе, не все время проводилъ въ постели, временами ходилъ по комнатѣ, но б. ч. стоялъ неподвижно на одномъ мѣстѣ; въ дневникѣ отмѣчено: временами поднимаетъ голову и устремляетъ взглядъ въ одну точку, какъ бы испытывая зрительную галлюцинацію, затѣмъ вдругъ начинаетъ производить движенія рукой передъ глазами, какъ бы отмахивая отъ себя что-то, и невнятно бормочетъ: „ну, что тамъ такое?!“ съ этими словами переходитъ на другое мѣсто. Въ апрѣлѣ отмѣчено: больной оживленнѣе обыкновеннаго, вскакиваетъ на постели, ходитъ по комнатѣ, говорить; каталептоидное состояніе выражено очень слабо, есть склонность къ стереотипнымъ движеніямъ. Больной вскакиваетъ на постели, и, прислонившись къ стѣнѣ, ритмически передергиваетъ ногами; вдругъ лицо его оживляется, онъ начинаетъ выкрикивать отрывисто, тономъ команды, къ сожалѣнію, невнятно, слова и фразы, смотря пристально въ одномъ направленіи; затѣмъ вдругъ спрашиваетъ, обращаясь въ ту же сторону: „ну, что? попалъ?“ При этомъ дѣлаетъ движеніе руками, какъ будто прицѣливается въ кого-то. Вдругъ выраженіе лица ста-

новится грустнымъ, больной какъ-то весь съеживается и произноситъ: „все кончено“. На предложенные ему вопросы не отвѣчаетъ. Вдругъ обращается къ присутствующимъ, съ предостерегающимъ видомъ грозитъ пальцемъ и говоритъ тихимъ голосомъ: „тише, они пришли“. Затѣмъ внезапно объявляетъ: „однѣ выходъ, я женюсь, поздравлю Васъ!“ Всѣ эти рѣчи сопровождаются оживленной мимикой и жестикуляціей. 9 апрѣля: подобное же состояніе; вставъ на постели, указываетъ пальцемъ и взглядомъ въ одну точку, затѣмъ начинаетъ производить быстрыя вращательныя движенія ладью правой руки, временами хитро улыбаясь. Съ 10—30 апрѣля: часто возбуждается по вечерамъ, быстро ходитъ по комнатѣ, оживленно жестикулируетъ, кричитъ, командуетъ: „направо, налево, маршъ!“ и т. под. Въ теченіе мая и іюня больной большую часть времени совершенно спокоенъ. Однажды въ іюлѣ, когда больной, находясь въ саду, пристально смотрѣлъ на дерево, подошедшій фельдшеръ спросилъ его, что онъ видитъ на деревѣ? На это больной отвѣтилъ: „на деревѣ Саваооъ, развѣ не видите?“ На послѣдовавшій отрицательный отвѣтъ фельдшера онъ самъ замѣтилъ, что теперь Саваооа уже нѣтъ, онъ тоже его не видитъ. Иногда удается добиться отъ больного нѣсколькихъ словъ и фразъ, напр., онъ сказалъ, что ему не скучно; въ другой разъ, когда онъ пристально смотрѣлъ на лампу и махалъ рукой, на вопросъ: что тамъ? отвѣтилъ: „огонь“.—Такъ что же, что огонь?—„Я плюнулъ“.—Куда?—„На камель“.—Гдѣ?—„На англійской набережной?“—Зачѣмъ?—„Тогда былъ пожаръ на Нижегородской улицѣ у Василія Васильевича“. Затѣмъ совершенно пересталъ отвѣчать на вопросы.

Въ дальнѣйшемъ, теченіе болѣзни В. оставалось стационарнымъ, и въ апрѣлѣ 1905 г. онъ былъ переведенъ въ колонію для душевно-больныхъ.

Мы не приводимъ здѣсь подробнаго хода температурной кривой В. и результатовъ произведеннаго нами крадіометрическаго измѣренія; то и другое приведено нами въ другомъ мѣстѣ ¹⁾ и въ настоящій моментъ мало насъ интересуетъ.

Мы видимъ, что у молодого человѣка, обнаруживавшаго черты нѣсколько замкнутаго характера, замѣчается развитіе

¹⁾ В. П. Осиповъ. Л. с. Стр. 137—138.

стремленія къ уединенію, задумчивость, неразговорчивость, не-
сообщительность; далѣе развивается религіозное настроеніе;
мутацизмъ; малоподвижность; состояніе общей подавленности
и связанности смѣняется состояніемъ психодвигательнаго воз-
бужденія съ агрессивными наклонностями. За мѣсяць до по-
ступленія въ клинику у больного появляется состояніе оцѣпе-
влости, которое все усиливается, уже въ клиникѣ достигая
степени глубокаго ступора; временами ступоръ смѣняется воз-
бужденіемъ; одинъ періодъ ступорознаго состоянія продолжал-
ся съ легкими ремиссіями около 8 мѣсяцевъ; несомнѣнно, что
въ сознаніи больного появляются бредовыя представленія и
идеи, а также галлюцинаціи; по наведеннымъ справкамъ ока-
залось, что галлюцинаторный періодъ наблюдался у больного
въ Николаевскомъ госпиталѣ. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни
ступоръ чередуется съ ремиссіями, являющимися очень непол-
ными; больной переводится въ колонію для хрониковъ безъ
рѣзкихъ признаковъ слабоумія, несмотря на то, что заболѣва-
ніе у него продолжается уже 4 года.

Указанное теченіе болѣзни совпадаетъ съ описаніемъ
Kahlbaum'a: вслѣдъ за кратковременнымъ періодомъ предвѣст-
никовъ наблюдаемъ у больного депрессивный періодъ, перехо-
дящій въ періодъ психодвигательнаго возбужденія; далѣе, есть
указанія на галлюцинаторный періодъ болѣзни, смѣняющійся
ступоромъ; ступоръ даетъ ремиссіи; съ теченіемъ времени
отмѣчаются нѣкоторые не рѣзко выраженные признаки сла-
боумія.

Уже въ первомъ періодѣ болѣзни вмѣстѣ съ пораженіемъ
чувственной сферы наблюдается негативизмъ, мутацизмъ и
признаки каталептояднаго состоянія, которое впоследствии рѣз-
ко усиливается; бессонница и отсутствіе аппетита; въ Нико-
лаевскомъ госпиталѣ появляется стремленіе къ пребыванію въ
постели и стремленіе сохранять принятую позу; улыбка, по-
являющаяся временами въ ступорозномъ состояніи, свидѣтель-
ствуетъ, что мыслительная дѣятельность больного не вполне

отсутствуетъ; объ этомъ же свидѣтельствуется и то, что больной прекрасно ориентуруется въ мѣстѣ, когда ему это нужно; хотя и рѣдко, но даетъ на вопросы правильные односложные отвѣты. *Flexibilitas cerea*.

Стереотипныя и автоматическія движенія; эхопраксія. Стереотипія проявляется не только въ активныхъ движеніяхъ но и въ позахъ больного, и въ односложныхъ звукахъ, имъ производимыхъ.

Особый способъ чтенія, не отмѣченный еще, который можно было бы обозначить терминомъ *фотографическое чтеніе вслухъ*.

Театральныя позы и жесты; патетизмъ въ рѣчи; символическія дѣйствія, какъ, напр., отдаваніе врачу воинской чести, при чемъ больной какъ бы о чемъ-то рапортуется. Импульсивныя поступки и дѣйствія. Монотонный и однообразный характеръ движеній и дѣйствій. Быстрая смѣна ступорозныхъ состояній состояніями возбужденія и обратно. Какъ уже было сказано выше, больной хорошо ориентуруется въ окружающемъ, прекрасно узнаетъ приходящихъ къ нему лицъ и знаетъ ихъ положеніе и значеніе; это видно, напр., изъ того, что во время состоянія оцѣпенѣлости онъ неожиданно обращается къ врачу съ вѣжливой просьбой: „г—нъ докторъ, позвольте папирску“. Иногда у больного обнаруживается симптомъ *Ganser's. Vorbeireden*—мимоговореніе. Къ посѣщеніямъ родныхъ относится, повидимому, совершенно равнодушно.

Изъ физическихъ признаковъ отмѣтимъ наблюдающійся временами *hyperhydrosis*, спазмы сосудовъ (холодные и сиюминутныя конечности) и рѣзко выраженный дермографизмъ; повышеніе механической, нервно-мышечной возбудимости и отчетливый мышечный валикъ; повышеніе кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ; саливація въ теченіе періодовъ ступора. Кожная анестезія, которая, въ сущности, не должна быть отнесена всецѣло къ физическимъ симптомамъ болѣзни. За-

медленіе и ослабленіе сердечной дѣятельности при ступорѣ. Паденіе вѣса въ ступорозномъ періодѣ.

Принимая во вниманіе всю клиническую картину болѣзни В., ея теченіе, симптомы со стороны психической и физической сферы, мы съ полнымъ правомъ можемъ отнести ее къ кататоніи *Kahlbaum'a*, именно, къ ея полнымъ, тяжелымъ, сложнымъ формамъ (*Katatonia gravis*).

Въ смыслѣ возможности выздоровленія, предсказаніе въ данномъ случаѣ, конечно, неблагоприятно, напротивъ, слабоуміе, признаки котораго уже ясны, со временемъ усилятся; но принимая во вниманіе, что В. болѣвъ уже пятый годъ, а слабоуміе выражено не слишкомъ рѣзко, есть основаніе предположить, что до глубокаго слабоумія дѣло дойдетъ еще не скоро. Обращаясь къ терминологіи *Kahlbaum'a*, видимъ, что онъ выдѣляетъ еще затяжныя формы кататоніи—*protrahirte Formen*,—протекающія съ ремиссіями и интериессіями, выражающіяся то тяжелыми, то легкими симптомами; такую затяжную форму болѣзни нельзя не признать и въ клинической картинѣ, наблюдавшейся у нашего больного.

Своеобразное разстройство акта чтенія у В. мы назвали *фотографическимъ чтеніемъ вслухъ* потому, что, если удавалось заставить больного читать вслухъ, онъ воспроизводилъ напечатанное или написанное съ фотографическою точностью, произнося всѣ звуки препинаній и прочитывая з въ однобуквенныхъ словахъ.

Разсмотримъ происхожденіе описаннаго нами симптома; фотографическое чтеніе вслухъ выражается въ точнѣйшей, фотографически правильной передачѣ напечатаннаго посредствомъ своеобразнаго чтенія вслухъ; поэтому мы отнесимъ фотографическое чтеніе къ области симптомовъ подражанія, эхокинетическихъ симптомовъ, какъ эхололія, эхопраксія, эхоимімія; фотографическое чтеніе наблюдалось нами въ тѣ же періоды болѣзни, когда у больного были выражены подражательныя движенія вообще; въ пользу правильности высказаннаго взгляда

говорить видѣнное сходство явленій и ихъ сосуществованіе по времени; происхожденіе всѣхъ перечисленныхъ эхокинетическихъ симптомовъ, включая, слѣдовательно, и фотографическое чтеніе вслухъ, конечно, тождественное. Менѣе удачнымъ по выраженію содержанія явленія фотографическаго чтенія вслухъ представляется намъ терминъ *эхолексія*, имѣющій, впрочемъ, то преимущество, что указываетъ на родственное происхожденіе разсматриваемаго расстройства съ другими аналогичными, эхокинетическими феноменами.

Подражательные поступки и движенія представляютъ явленіе однороднаго происхожденія съ большинствомъ другихъ симптомовъ кататоніи; въ то время, когда активныя волевыя проявленія у больного подавлены, когда активныя движенія его связаны, пассивныя могутъ производиться легко (въ состояніи полной оцѣпенѣлости съ напряженіемъ мускулатуры подражательныхъ движеній не наблюдается); впрочемъ, при извѣстныхъ условіяхъ больной можетъ производить временами и активныя движенія; слѣдовательно, переходъ двигательныхъ представленій въ движеніе, хотя и затрудненъ, но возможенъ; подобно тому, какъ пассивныя движенія рукой больного могутъ облегчить ему выполненіе начатаго имъ активнаго движенія, такъ и движенія, производимыя передъ больнымъ, вызывая въ его сознаніи соответствующія представленія, легче переходятъ въ дѣйствіе, чѣмъ при движеніяхъ, возникающихъ по личной инициативѣ больного; при наличности ослабленія функціи мозговой коры, когда ея задерживающая способность тоже ослаблена, больной даже не пытается удерживаться отъ подражательныхъ движеній, онъ дѣйствуетъ на подобіе автомата; содержаніе сознанія больного въ это время, повидямому, весьма бѣдно представленіями, по крайней мѣрѣ, возста-новляя въ памяти разсматриваемые патологическіе симптомы впослѣдствіи, больные никогда не ассоціируютъ ихъ съ другими представленіями, возникавшими въ сознаніи; нѣтъ при этомъ у больныхъ и спеціальнаго стремленія къ подражанію,

о чемъ отчасти можно судить по ихъ позднѣйшимъ показаніямъ: на вопросъ, „почему Вы повторяли производимыя передъ Вами движенія и дѣйствія, а также произносимыя слова?“ —больные обыкновенно отвѣчаютъ: „такъ“, „просто такъ“, „думалъ, что Вы этого хотите“, „думалъ, что это нужно“; никакихъ другихъ болѣе глубокихъ мотивовъ подражательныхъ движеній больные не приводятъ, никогда изъ этихъ отвѣтовъ не видно, чтобы ими руководило специальное стремленіе къ подражанію, или чтобы они это дѣлали подъ вліяніемъ бредовыхъ идей и галлюцинацій. При сохраненной способности воспріятія и при бѣдности содержанія сознанія или даже при отсутствіи въ сознаніи сколько-нибудь яркихъ представленій пассивно вызываемыя представленія пріобрѣтають преобладающую силу и при ослабленіи или даже отсутствіи поддерживающаго вліянія коры переходять въ дѣйствіе.

Въ концѣ концовъ, дѣло сводится къ психо-рефлекторной функціи.

Бываютъ, какъ извѣстно, случаи, что, производя то или иное подражательное движеніе, больной не въ состояніи отъ него удержаться и начинаетъ повторять его, иногда по много разъ.

Относя фотографическое чтеніе вслухъ къ области подражательныхъ движеній, мы прилагаемъ къ объясненію происхожденія этого явленія все только-что сказанное относительно происхожденія подражательныхъ движеній вообще. Въ данномъ случаѣ больному предлагается зрительный раздражитель въ формѣ печатнаго или письменнаго текста; чисто психо-рефлекторнымъ путемъ, при отсутствіи регулирующаго вліянія коры, происходитъ точная словесная передача текста, находящагося передъ глазами больного, подобно тому какъ какое-нибудь движеніе, произведенное передъ глазами больного, или фраза, произнесенная въ его присутствіи, вызываетъ съ его стороны реакцію въ формѣ повторенія произведеннаго передъ нимъ движенія или произнесенія сказанной при немъ

фразы; въ то же время активныя движенія и активная рѣчь, движенія и рѣчь по инициативѣ самого больного, затруднены и задержаны.

Объясненія, даваемые иногда больными по поводу подражательныхъ движеній впоследствии („думалъ, что Вы этого хотите“, „думалъ, что такъ нужно“), указываютъ, что стремленіе къ движенію вообще не чуждо больнымъ въ описываемомъ состояніи, но что импульсы къ движенію не обладаютъ достаточной силой, чтобы преодолѣть существующее къ выполненію движенія препятствіе; когда же передъ больнымъ производится движеніе, произносится слово, или ему показывается текстъ, этимъ самымъ больному дается уже готовое движеніе, осуществить которое ему легче, такъ какъ самое двигательное представленіе, очевидно, отличается большей яркостью и интенсивностью, да и для выполненія его дается наглядный примѣръ, отчасти вліяющій подобно внушенію.

Справедливость отнесенія фотографическаго чтенія вслухъ къ категоріи подражательныхъ движеній подтверждается еще тѣмъ существеннымъ обстоятельствомъ, что фотографическое чтеніе не наблюдалось нами отдѣльно отъ подражательныхъ движеній, эти феномены всегда сопровождали другъ друга: отсутствіе подражательныхъ движеній исключало у нашего больного наличность фотографическаго чтенія; усиливалась оцѣпенѣлость, исчезали подражательныя движенія,—пропадало и фотографическое чтеніе; ослабѣвало состояніе оцѣпенѣлости, появлялся симптомъ фотографическаго чтенія—развивались и подражательныя движенія.

Изъ патолого-анатомическаго института Новороссійскаго Университета. Проф. Д. П. Кишенскаго.

О способахъ вскрытія головного мозга.

Док. Мед. І. Ф. Пожарискаго.

(Вторая пробная лекція, читанная въ засѣданіи медицинскаго факультета (17.XII 97), для соисканія приватъ-доцентуры).

„Индивидуальность случая“ говорить *Virchow*, „должна опредѣлять методъ вскрытія“. Но, продолжаетъ онъ, нельзя правило приносить въ жертву различнымъ уклоненіямъ и вскрывающій можетъ позволить себѣ какое либо измѣненіе обычныхъ разрѣзовъ только тогда, когда это является вполне обоснованнымъ. Эти положенія имѣютъ большое значеніе, какъ для всего ученія о вскрытіи органовъ тѣла вообще, такъ и для секціи головного мозга въ частности. Съ одной стороны чрезвычайно важно имѣть строго выработанные приемы, которые позволяли-бы изслѣдовать въ полномъ порядкѣ органы съ наименьшей опасностью испортить или погубить какой либо интересный препаратъ. Съ другой же стороны, именно въ пѣляхъ наибольшей демонстративности, приходится иногда накладывать разрѣзы не въ тѣхъ направленіяхъ, въ какихъ это обычно совершается.

Изъ всѣхъ органовъ вскрытіе центральной нервной системы наиболѣе трудно. Головной мозгъ не является такимъ

однороднымъ въ своихъ частяхъ какъ, напр. печень или селезенка, а состоятъ изъ многочисленныхъ участковъ, различныхъ другъ отъ друга по своему строенію и функціи. Различные патологическіе процессы, локалізація которыхъ иногда точно извѣстна до вскрытія, или же болѣе или менѣе опредѣлена, дѣлають особенно интересными въ однихъ случаяхъ одни, въ другихъ—другіе отдѣлы мозга и потому передъ вскрывающимъ, значительно чаще чѣмъ при секціи другихъ органовъ, встаетъ вопросъ, какимъ методомъ вскрытія наилучше воспользоваться въ данномъ случаѣ или какія допустить измѣненія въ ходѣ обычныхъ разрѣзовъ. Вопросъ этотъ тѣмъ болѣе труденъ, что количество предложенныхъ до настоящаго времени способовъ вскрытія мозга и ихъ модифікацій чрезвычайно обширно. По своимъ главнымъ моментамъ эти методы могутъ быть для удобства обозрѣнія соединены въ слѣдующія шесть группъ:

- 1) Способъ *Virchow'a* и его видоизмѣненія.
- 2) Способы, при которыхъ мозгъ разрѣкается въ фронтальномъ или приближающемся къ нему направленіи.
- 3) Способы, при которыхъ накладываются горизонтальныя сѣченія.
- 4) Способъ *Meynert'a*.
- 5) Способъ *Griesinger'a*.
- 6) Комбинированные способы.

Прежде чѣмъ обратиться къ детальному разсмотрѣнію этихъ группъ, мы позволимъ себѣ привести здѣсь кратко историческую справку, взятую нами у *Siemerling'a*, цитирующаго недоступную намъ работу (*Johannes Thimm, Bremensis. Collectanea ad praxin anatomes Spectantia. 1735*).

Уже въ тотъ періодъ, когда только начиналось макроскопическое изученіе мозга, было предложено два различныхъ приѣма изслѣдованія. Одинъ, старѣйшій, которымъ пользовался уже *Galen* (150—200 р. Chr.); состоятъ въ томъ, что черепъ вскрываютъ общепринятымъ еще и теперь распиломъ

и по снятіи крышки проводить горизонтальный разрѣзъ черезъ полушарія, открывая такимъ образомъ боковые желудочки; далѣе изслѣдуются рога, отрѣзывается мозолистое тѣло, сводъ, вскрывается aqueductus Sylvii и четвертый желудочекъ сагиттальнымъ разрѣзомъ черезъ мозжечекъ. Затѣмъ, начиная спереди, отодвигаютъ мозгъ отъ основанія черепа, перерѣзываютъ послѣдовательно нервы, мозжечковый наметъ и, отдѣливъ отъ спинного, вынимаютъ головной мозгъ. При второмъ способѣ — способѣ *Varol'*я, которымъ пользовались *Willis*, *Vioussens* и *Hall*, мозгъ дѣлается доступнымъ снизу. Послѣ обычнаго разрѣза кожи, отпрепаровки мышцъ головы, лба и шеи, декапитациі, черепъ вскрывается слѣдующимъ образомъ: ставятъ пилу на корень носа, проникаютъ ею надъ верхнимъ краемъ глазницы, проходятъ надъ processus mastoideus и наконецъ достигаютъ до Foramen magnum. Такъ, по возможности не рапая твердой мозговой оболочки, снимается основаніе черепа, мозгъ-же обнажается и вскрывается снизу. Наконецъ упоминается еще третій способъ *Sylvius'*а, въ которомъ комбинираны оба первые. Одна половина мозга вскрывается по *Varol'*ю, другая по *Galen'*у.

Однако ни первый *Galen'*овскій, ни тѣмъ болѣе второй способъ *Varol'*я, сопряженный съ большимъ уродованіемъ трупа, не получили распространенія, не выработались въ методъ и *Virchow*, когда онъ въ 1844-омъ году занялъ мѣсто ассистента у прозектора *Charité*, *Robert'*а, *Froriep*, нашель, что почти всѣ вскрытія производились хирургами безъ какихъ либо определенныхъ техническихъ приемовъ. Самъ *Froriep* вскрывалъ, напр., спинной мозгъ большимъ сагиттальнымъ разрѣзомъ, раздѣляя его на двѣ равныя половины. „Dies war freilich“, говорятъ *Virchow*, „ein sehr eleganter Schnitt, und ihn gut auszuführen, erforderte Uebung und Vorsicht; aber, wenn er auch noch so gut ausgeführt war, so gab er doch nur ausnahmweise Fälle, in denen dabei etwas herauskam“. Съ теченіемъ времени, какъ для другихъ органовъ, такъ и для

головного мозга, *Virchow* выработалъ методъ, получившій широкое распространеніе и принятый какъ въ прусскомъ регулятивѣ для судебныхъ врачей такъ и въ русской судебно-медицинской практикѣ. Съ этого метода мы начнемъ свой обзоръ.

I. Способъ *Virchow*'а и его модификаціи.

Методъ, предложенный *Virchow*'ымъ состоитъ въ слѣдующемъ: послѣ наружнаго осмотра и изслѣдованія мягкихъ оболочекъ первый разрѣзъ мозга служитъ для вскрытія боковыхъ желудочковъ. Онъ проводится глубиною въ 2—3 mm. черезъ мозолистое тѣло подъ прямымъ угломъ въ *centrum semiovale* въ разстояніи 1 ст. отъ шва (*Raphe superior corporis callosi*) и открываетъ *cella media* бокового желудочка. Затѣмъ изъ концовъ этого сѣченія проводятъ разрѣзы въ горизонтальномъ направленіи (впередъ мельче, назадъ глубже) для вскрытія передняго и задняго рога. Тѣже манипуляціи производятъ и на другой половинѣ мозга. Послѣ этого берутъ лѣвой рукой тотчасъ позади Монровыхъ отверстій перегородку между боковыми желудочками, въ Монровы отверстия вводятъ скапель и раздѣляютъ выше лежащія части вверхъ и впередъ. Далѣе, отдѣляютъ мозолистое тѣло со всѣми прилежащими частями отъ *velum choroides*, снимаютъ послѣднее съ четверохолмія и *gland. pinealis* и открываютъ такимъ образомъ третій желудочекъ. Наконецъ расщепляютъ сагиттальнымъ разрѣзомъ четверохолміе и мозжечекъ до дна силвіеваго водопровода и четвертаго желудочка. Разрѣзы черезъ плащъ мозга проводятся изнутри внаружи параллельно разрѣзу для вскрытія боковыхъ желудочковъ. Каждый слѣдующій разрѣзъ направляется черезъ середину поверхности предшествующаго и каждая новая половина должна быть опять раздѣлена пополамъ. Полученные сегменты связаны между собою только въ средней части тонкимъ слоемъ коры и мягкими оболочка-

ми и могутъ быть снова сложены вмѣстѣ, причемъ мягкіе покровы мозга служатъ какъ бы корешкомъ, переплетомъ („Einband“). Узлы основанія расщепляются нѣрообразными разрѣзами, общей исходной точкой которыхъ, служатъ *rudiculi cerebri*. Разстояніе одного разрѣза отъ другого должно быть не болѣе 5 mm., однако и внутри этихъ участков могутъ быть гнѣзда, подающія поводъ къ параличамъ или судоргамъ; поэтому, говоритъ *Virchow*, „je weniger man findet, um so mehr muss man die Zahl der Schnitte vermehren“.

Этотъ основной методъ въслѣдствіи нѣскольکو видоизмѣненъ и дополненъ.

Nauwerck совѣтуетъ начинать разрѣзъ для вскрытія боковыхъ желудочковъ на 2—3 mm. кнаружи отъ шва мозолистого тѣла вблизи *gyrus fornicatus*. Разрѣзъ дѣлается посрединѣ между *genu* и *splenium corporis callosi*, причемъ лѣвая рука (при вскрытіи лѣваго бокового желудочка) захватываетъ соотвѣтственное полушаріе такимъ образомъ, что большой палецъ лежитъ на медіальной поверхности, остальные же, слегка согнутые пальцы располагаются на наружной и нижней поверхностяхъ мозга; гемисфера при этомъ поворачивается слегка кнаружи и вверхъ, чѣмъ и избѣгается пораненіе ножомъ узловъ основанія мозга. Этотъ разрѣзъ продолжается для вскрытія передняго рога до вершины лобныхъ долей, а для секціи задняго рога до вершины затылочныхъ долей; ножъ при вскрытіи *cella media* держать въ перпендикулярномъ, а при вскрытіи роговъ въ косомъ направленіяхъ. Послѣ того, какъ открытъ боковой желудочекъ, отклоняютъ полушаріе кнаружи и дѣлаютъ большой, гладкій разрѣзъ, соединяющій концы лобнаго и затылочнаго разрѣзовъ и проходящій у наружнаго края узловъ основанія мозга. Затѣмъ тѣми-же приемами вскрываютъ другое полушаріе и обращаются къ осмотру узловъ основанія мозга. Послѣдніе разрѣзы-ваются въ поперечномъ направленіи, начиная отъ лобныхъ долей, на сегменты до 5 mm. толщиной. Узлы правой и лѣ-

вой гемисферъ изслѣдуются или поочередно или-же, что лучше, одновременно, причемъ сѣченія производятся большимъ мозговымъ ножомъ. Мозжечекъ разрѣзывается по верхнему червячку, потомъ раздѣляется на верхнюю и нижнюю половины, которыя и разсѣкаются вѣрообразно. Четворохолміе, дно четвертаго желудочка и продолговатый мозгъ изслѣдуются поперечными разрѣзами.

Ни одинъ разрѣзъ, какъ и при первоначальномъ способѣ *Virchow'a*, не пронизываетъ черезъ всю толщю органа, а оставляетъ всегда тонкій, петропутый связующій слой—„Einband“. Для вскрытія нижняго рога бокового желудочка нужно начинать разрѣзъ отъ отверстія рога у наружной стороны зрительнаго бугра и вести его впередъ и кнаружи (*nach vorn und aussen*).

Orth совѣтуетъ вести этотъ разрѣзъ кпереди и кнутри, и изслѣдовать нижеяго рогъ сейчасъ-же послѣ вскрытія другихъ отдѣловъ бокового желудочка. *Крыловъ* (въ примѣчаніяхъ къ русскому переводу діагностики *Орта*. 2-ое изд. стр. 113) говоритъ, что несравненно удобнѣе предпринимать изслѣдованіе нижняго рога позднѣе, именно, по окончаніи вскрытія сѣрыхъ узловъ основанія мозга. Онъ совѣтуетъ поступать слѣдующимъ образомъ: взявъ пияцетъ въ лѣвую руку, захватываютъ или *plexum chorioideum laterale* и слегка напрягаютъ его, оттягивая кверху и кнутри. Руководствуясь варужной поверхностью сплетенія, вводятъ ножъ остріемъ вверхъ, глубоко сзади и снаружи, впередъ внутрь и внизъ въ нижній рогъ и рычагообразнымъ движеніемъ ручки ножа кпереди и кверху парерѣзываютъ большіе мозговые узлы.

II. Способы, при которыхъ мозгъ разсѣкается въ фронтальномъ направленіи.

При способѣ *Pitres* (см. рис. № I) мозжечекъ удаляется и полушарія отдѣляются другъ отъ друга строго по срежней

линіи. Гемисферы обнажаются отъ оболочекъ и затѣмъ каждая половина раздѣляется слѣдующими разрѣзами: первый разрѣзъ проводится въ разстояніи 5 ст. впередъ отъ роляндовой борозды и параллельно ей; второй разрѣзъ накладывается параллельно первому на 1 ст. впереди отъ *fissura parieto-occipitalis*; такимъ образомъ получаютъ три отдѣленные другъ отъ друга части полушарій: *Regio praefrontalis*, *occipitalis* и *fronto-parietalis*. Последняя разрѣзывается на 4 части: первый разрѣзъ проходитъ черезъ основаніе лобныхъ извилинъ (*coupe pedunculo-frontale*), второй—черезъ переднюю централь-

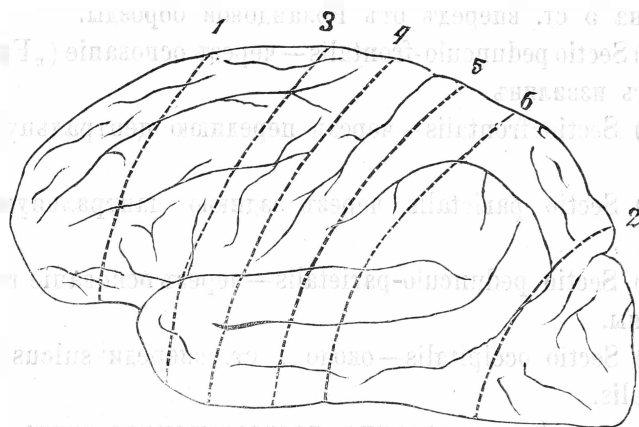


Рис. № 1

ную извилину (*coupe frontale*), третій—черезъ заднюю центральную извилину (*coupe parietale*), четвертый, наконецъ, черезъ основаніе теменной извилины (*coupe pedunculo-parietale*).

Этотъ способъ постоянно примѣняетъ *Chiari* съ нѣкоторымъ видоизмѣненіемъ. Ножки мозга разсѣкаются въ строго поперечномъ направленіи тотчасъ передъ *corpora quadrigemina*. Этимъ разрѣзомъ отдѣляется отъ полушарій мозжечекъ. Затѣмъ удаляютъ перекрестъ зрительныхъ нервовъ и прилежащіе тракты и сагиттальнымъ разрѣзомъ раздѣляютъ

оба полушарія. Снимаются оболочки; задній рогъ бокового желудочка отърывается разрѣзомъ, начинающимся отъ *fissura calcarina* и продолжающимся до *cella media*; далѣе осторожно приподнимають отъ *thalamus opticus* сводъ и осматриваютъ весь боковой желудочекъ. Послѣ этого полушаріе кладется на столъ своей срединной поверхностью, причемъ затылочная доля обращена къ сеценту; четыре пальца лѣвой руки погружены въ Роландову борозду и тѣмъ фиксируютъ мозгъ. Параллельно этой бороздѣ проводятъ мозговымъ ножомъ другъ за другомъ слѣдующіе разрѣзы:

1) *Sectio praefrontalis*, черезъ острую часть лобныхъ долей на 5 ст. впередъ отъ Роландовой борозды.

2) *Sectio pedunculo-frontalis* — черезъ основаніе („Fussteil“) лобныхъ извилинъ.

3) *Sectio frontalis* — черезъ переднюю центральную извилину.

4) *Sectio parietalis* черезъ заднюю центральную извилину.

5) *Sectio pedunculo-parietalis* — черезъ основаніе теменной извилины.

6) *Sectio occipitalis* — около 1 ст. впереди *sulcus parieto-occipitalis*.

Всѣ отрѣзки осторожно раскладываются другъ за другомъ на доскѣ т. о., что задняя поверхность разрѣза смотреть наверхъ.

Когда изслѣдованы оба полушарія большого мозга, приступаютъ къ вскрытію мозжечка и продолговатаго мозга. Дно четвертаго желудочка отърывается сагиттальнымъ разрѣзомъ черезъ верхній червячокъ, а потомъ отдѣляютъ оба полушарія мозжечка, перерѣзавъ съ обѣихъ сторонъ *corpora restiformia*, *processus cerebelli ad pontem et ad corpora quadrigemina*; каждое полушаріе со стороны разрѣза раздѣляютъ ножомъ на верхнюю и нижнюю половину. Мостъ и продолговатый мозгъ изслѣдуются тремя поперечными разрѣзами: 1) черезъ

loci caerulei, 2) черезъ eminentia teretes, 3) черезъ середину alae cinereae. Всѣ разрѣзы дѣлають проникающими и части мозга совершенно отдѣляются одна отъ другой.

Въ видоизмѣненіи *Nothnagel'*я разрѣзы накладываются такъ-же параллельно Роландовой бороздѣ, но мѣстомъ исхода ихъ служитъ передній и задній край мозолистого тѣла. Первый разрѣзъ начинается тотчасъ позади splenium corporis callosi и разграничиваетъ заднюю лобную извилину отъ паріетальной; второй разрѣзъ ложится у fissura parieto-occipitalis между темянной и затылочной долями. Третій разрѣзъ проходитъ черезъ Роландову борозду. Четвертый отдѣляетъ переднюю центральную извилину отъ основанія лобныхъ; пятый начинается вплоть у колѣна мозолистого тѣла. Между двумя послѣдними разрѣзами остается широкій участокъ лобныхъ долей. Его раздѣляютъ шестымъ разрѣзомъ, точкой исхода котораго служитъ начало fossae Sylvii.

Edinger рекомендуетъ при наличности большихъ гнѣздныхъ пораженій въ мозгу вскрывать его, не раздѣляя на полушарія, поперечными разрѣзами черезъ обѣ гемисферы, одновременно.

Siemerling говорить, что во многихъ случаяхъ онъ оставался очень доволенъ слѣдующимъ приемомъ; послѣ наружнаго осмотра мозгъ изслѣдуется фронтальными разрѣзами, налагаемыми со стороны основанія. Разрѣзы не должны лежать очень близко другъ къ другу и точкой приложенія ихъ служатъ различные участки, напр.: тотчасъ позади genu corporis callosi, черезъ chiasma, непосредственно позади ея, черезъ corpora canaliculata. Разрѣзы начинаются отъ лобныхъ долей и доходятъ послѣдовательно до четверохолмія. Затѣмъ разрѣзывается splenium corporis callosi поперекъ, удаляется мозговой стволъ. Затылочные доли т. о. изслѣдуются каждая отдѣльно. Мозговой же стволъ, начиная отъ четверохолмія и pulvinar можетъ быть сохраненъ для гистологическаго изслѣ-

дованія. Смотря по случаю вмѣсто фронтальныхъ, можно накладывать горизонтальные или сагиттальные разрѣзы.

Къ этой же группѣ способовъ мы считаемъ возможнымъ отнести и приемы микротомированія и макротомированія мозговъ, предложенные *Burchard*’омъ, *Bramwell*’емъ, *Starlinger*’омъ, *Wickel*’емъ, *Brodmann*’омъ и другими. Цѣлые, не вскрытые мозги предварительно пропитываются гектографической массой (*Burchard*) или-же инъецируются черезъ каротиды и позвоночныя артеріи *Müller*’овской жидкостью (*Bramwell*) и фиксируются въ той же жидкости 4—6 недѣль (*Bramwell*, *Starlinger*) или по *Retzius*’у 8—14 дней (*Wickel*). Консервированные такимъ образомъ мозги изрѣзываются затѣмъ или отъ руки или-же на макротоммахъ, предложенныхъ *Bramwell*’емъ, *Brodmann*’омъ и другими. Сущность макротомовъ состоитъ въ слѣдующемъ: подъ угломъ къ большой горизонтальной доскѣ подвижно укрѣплены двѣ параллельныя другъ къ другу меньшія пластинки. Изъ нихъ одна имѣетъ видъ обруча, въ отверстіе котораго свободно помѣщается мозгъ. Другая доска деревянная или стеклянная. Обѣ оны двигаются, какъ въ плоскости перпендикулярной къ нижней доскѣ, такъ и могутъ быть устанавливаемы подъ различнымъ наклономъ къ нижней, оставаясь параллельными другъ другу. Мозгъ прижимаютъ къ стеклянной пластинкѣ, а имѣющая форму обруча — устанавливается и закрѣпляется въ томъ или другомъ разстояніи отъ первой. Ножъ спускаютъ по краю второй пластинки и т. о. получаютъ послѣдовательно желаемой толщины срѣзы; ихъ можно дѣлать въ 1, $\frac{1}{2}$ ст. и тоньше.

III. Способы, при которыхъ накладываются горизонтальные сѣченія.

Приемъ горизонтальнаго сѣченія мозга извѣстенъ давно. Онъ входитъ въ Галеновскій способъ; соотвѣтственный рису-

нокъ изображенъ въ атласѣ Vicq-d'Azyr'a. Заслуга *Flechsiga*, говоритъ *Dejerine*, въ томъ, что онъ вновь предложилъ этотъ забытый приѣмъ и показалъ его удобства.

Разрѣзъ *Flechsiga* проводится слѣдующимъ образомъ: черепная коробка распиливается на обычной высотѣ, оставляется на мѣстѣ, ножъ вводится въ край распила и мозгъ вскрывается горизонтальнымъ разрѣзомъ снаружи внутри.

Brissaud считаетъ, что лучше предпринимать это сѣченіе на вынутомъ мозгѣ и изнутри внаружи отдѣльно на каждомъ полушаріи, причемъ разрѣзъ имѣетъ не горизонтальное направленіе, а нѣсколько наклоненъ внизъ и назадъ; ножъ проходитъ черезъ середину головки хвостатаго тѣла и на границѣ между верхней и средней третью зрительнаго бугра. *Dejerine* для исхода своего разрѣза беретъ передній конецъ *sulcus* и *tuberculum anterius thalami*; рѣзущая поверхность ножа наклоняется слегка внизъ и внаружи; поверхность разрѣза поэтому получается косой не только въ горизонтальной оси, но и въ вертикально-поперечной. При этомъ разрѣзъ *capsula interna* отирается въ своемъ наибольшемъ протяженіи, ея колѣно и три сегмента *nuclei lenticularis* выражены очень рѣзко.

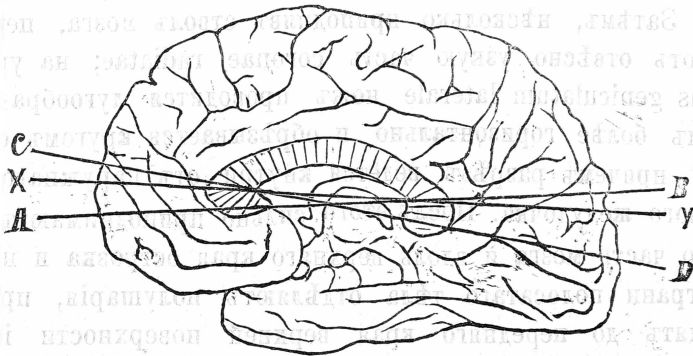


Рис. № II

IV. Способъ Meynert'a.

При этомъ способѣ отдѣляются другъ отъ друга части, имѣющія различную функцію. Раздѣленіе это предпринимается съ цѣлью послѣдовательнаго взвѣшиванія.

Головной мозгъ разнимается на мозговой плащъ, стволъ и мозжечекъ. Органъ для этого помѣщается основаніемъ вверхъ. Разрывается надъ сильвиевыми ямами *arachnoidea* и тщательно опознается *insula Reilii*. Равнымъ образомъ обнажается отъ оболочекъ пространство между *tractus nervorum opticozum* и височной долей такъ, что, если приподнять нѣсколько вверхъ мозжечекъ съ мостомъ, то можно видѣть нижній рогъ бокового желудочка. Наконецъ, удаляютъ оболочки между нижней поверхностью мозолистатаго тѣла и четверохолміемъ. Послѣ этихъ предварительныхъ приготовленій начинаютъ отдѣлять отъ ствола лобныя доли. Для этого, исходя отъ большой расщелины мозга, проникаютъ ножомъ въглубъ вещества его почти въ горизонтальномъ направленіи ст. на 3; слѣдуя бороздѣ отдѣляющей спереди переднее продырявленное пространство отъ *trigonum olfactorium*, очерчиваютъ слегка выпуклымъ кнаружи разрывомъ головку хвостатаго тѣла. Затѣмъ, нѣсколько приподнявъ стволъ мозга, перерѣзываютъ отвѣсно узкую часть *coronae radiatae*; на уровнѣ *corpus geniculatum laterale* ножъ проводится дугообразнымъ ходомъ болѣе горизонтально и обрѣзывается кругомъ островокъ, причемъ разрывъ ведется кнутри отъ наружнаго угла бокового желудочка. Послѣ этого сильно приподнимаютъ стволую часть мозга и вдоль верхняго края островка и наружной грани полосатаго тѣла отдѣляютъ полушарія, причемъ доходятъ до передняго края верхней поверхности *insulae Reilii*. Теперь отдѣляютъ впереди передней спайки ножки свода съ *septum pellucidum* и *genu corporis callosi* и, разрывавъ послѣднія соединенія впереди головки полосатаго

тѣла, оканчиваютъ удаленіе среднего мозга. Отдѣленіе его отъ мозжечка достигаютъ перерѣзкой ножекъ мозга. Затѣмъ разсѣкаютъ плащъ на лобную, темянную, затылочную и височную доли. Въ мозговомъ стволѣ ножницами отдѣляютъ другъ отъ друга полосатые тѣла, зрительные бугры, четверохолміе, мостъ, продолговатый мозгъ.

V. Способъ Griesinger'a.

По отдѣленію мягкихъ покрововъ черепа проводятъ (рис. № III) вертикальный, возможно тонкій распилъ, проникающій одновременно черезъ кости черепа и мозгъ и расположенный соответственно мѣсту общепринятаго вожаго разрѣза (отъ одного

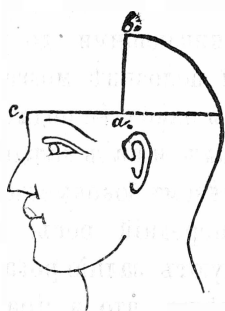


Рис. № III

уха, черезъ макушку до другого уха). Затѣмъ ведется спереди назадъ на обычномъ мѣстѣ горизонтальный распилъ, также проникающій черезъ всѣ части и оканчивающійся у нижняго края перваго распила. Освобожденный т. о. сегментъ мозга снимаютъ вмѣстѣ съ костью. Послѣ осмотра поверхностей мозга на мѣстѣ горизонтальный распилъ заканчивается только черезъ кость и мозгъ вынимается по обычнымъ правиламъ. При наличности заболѣваній въ задней черепной ямѣ Griesinger совѣтуетъ отдѣлать головной мозгъ у четверохол-

мія, осмотрѣть *tentorium cerebelli*, испробовать ея резистентность и только послѣ этого очертить круговымъ разрѣзомъ палатку мозжечка и, опредѣливъ содержимое задней черепной ямы, вынуть мозжечекъ.

VI. Комбинированные способы.

Nauwerck приводитъ комбинацію метода *Virchow*'а съ методомъ горизонтальнаго сѣченія. Вскрывается или вынутый изъ черепной коробки мозгъ, или *in situ*. Полушарія, по отдѣленіи *durae matris*, раздвигаются, ножъ вводится въ *fissura palii* и параллельно поверхности распила удаляются верхнія части полушарій на 1 ст. выше мозолистаго тѣла. Отдѣленные части кладутся на лѣвую руку (поверхностью разрѣза вверхъ) и изслѣдуются спереди назадъ двумя параллельными разрѣзами, проникающими до *riae matris*. Затѣмъ возвращаются въ нижней половинѣ мозга. Осторожно нащупываютъ съ обѣихъ сторонъ наиболее податливое мѣсто соотвѣственно зрительнымъ буграмъ и надъ каждымъ изъ нихъ вскрываютъ сагиттальнымъ разрѣзомъ боковые желудочки, открываютъ ихъ и проникаютъ въ передній рогъ. Затѣмъ вынимаютъ мозгъ изъ черепа, изслѣдуютъ задніе рога, III-ій желудочекъ. Остальныя манипуляціи тѣже, что и при способѣ *Virchow*'а. *Weigert* рекомендуетъ измѣненный методъ *Mejnert*'а. Сначала вскрываютъ по *Virchow*'у боковые желудочки. Затѣмъ очерчиваются съ обѣихъ сторонъ гангліи основанія разрѣзами, нѣсколько выпуклыми внаружи и т. о. стволъ мозга отдѣляется отъ плаща. Послѣдній въ своей передней части (до Роландовой борозды) вскрывается фронтальными, въ задней же части горизонтальными разрѣзами.

Для тѣхъ случаевъ, гдѣ хотятъ изучать вторичное перерожденіе, *Dejerine* рекомендуетъ поступать различно въ зависимости отъ того, имѣются ли нѣтъ въ мозгу пораженія боры и центрально расположенныхъ частей.

Послѣ тщательнаго осмотра мозга и ножекъ разсѣкають въ горизонтальномъ направленіи варолиевъ мостъ тогчасъ выше большаго корешка тройничнаго нерва. Затѣмъ осматривають пирамидальныя пути въ мѣстѣ сѣченія моста. Если въ одномъ изъ полушарій заподозрѣваютъ гнѣзныя измѣненія, то для раздѣленія гемисферъ разрѣзъ долженъ быть проведенъ черезъ мозолистое тѣло возможно ближе къ здоровой сторонѣ, а именно на 1 ст. въ сторону отъ средней линіи на ножкѣ здоровой половины и соотвѣтственной части моста. Гемисфера, въ которой имѣются тѣ или другія гнѣзныя измѣненія, раздѣляется вмѣстѣ съ покрывающими ее мягкими оболочками на три сегмента (рис. № IV). Первый разрѣзъ вертикально-поперечный

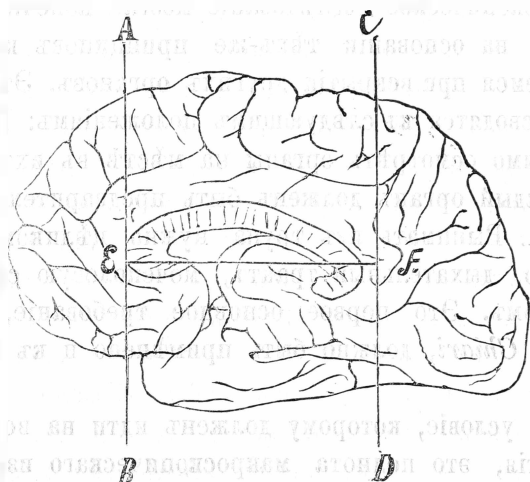


Рис. № IV.

проходитъ позади splenium corporis callosi, второй, параллельный первому, впереди genu corporis callosi. Если пораженія въ среднемъ сегментѣ настолько глубоки, что позволяютъ достаточное проникновеніе фиксирующей жидкости, то его оставляють, какъ и оба другіе, цѣликомъ. Въ противномъ случаѣ средній отрѣзокъ разсѣкають горизонтально черезъ верхнюю треть зрительнаго бугра. Передній и задній сег-

менты, послѣ соотвѣтственной обработки, изрѣзываются въ вертикально-поперечномъ направленіи, средній же всегда въ горизонтальномъ. При помощи этого способа, говоритъ *Deje-rine*, можно не только изучить очень точно локализацию пораженій коры, но и тщательно изслѣдовать явленія дегенерации, что невозможно при другихъ способахъ.

Если же въ мозгу имѣть гнѣздныхъ измѣненій то на полушаріяхъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга по средней линіи, черезъ *fossa interpeduncularis Tarini*, дѣлаются горизонтальные разрѣзы черезъ верхнюю треть зрительныхъ бугровъ.

Остановимся теперь на разборъ достоинствъ и недостатковъ изложенныхъ выше способовъ вскрытія мозга.

Макроскопическое изслѣдованіе мозга, конечно, должно совершаться на основаніи тѣхъ-же принциповъ какими мы руководствуемся при вскрытіи другихъ органовъ. Эти правила въ общемъ сводятся къ слѣдующимъ положеніямъ: При вскрытіи необходимо осмотрѣть органы на мѣстѣ въ ихъ взаимной связи и каждый органъ долженъ быть предварительно разрѣзанъ *in situ*. Вынимать изъ трупа нужно цѣликомъ всю систему (напр. дыхательный трактъ, мочеполовую систему), а не по частямъ. Это первое основное требованіе, блестяще проведенное *Chiari*, должно быть примѣнено и къ изслѣдованію мозга.

Второе условіе, которому долженъ идти на встрѣчу способъ вскрытія, это полнота макроскопическаго изслѣдованія. Наконецъ, въ третьихъ, часто нужно, а иногда и необходимо имѣть въ виду послѣдующее микроскопическое изученіе мозга; при вскрытіи другихъ органовъ мало имѣть значенія для послѣдующаго изслѣдованія подъ микроскопомъ то или другое положеніе разрѣза, сдѣланнаго на сечціонномъ столѣ. Для мозга же возможность детальнаго неврогистологическаго изученія иногда совершенно теряется въ зависимости отъ способа вскрытія.

Перебирая всѣ описанные выше способы, мы должны сказать, что способъ *Meunert*'а не удовлетворяетъ ни одному изъ только что разобранныхъ условій, и имъ теперь врядъ-ли кто пользуется, если не преслѣдуются спеціальныя цѣли взвѣшиванія участковъ мозга. Что касается пріемовъ, предложенныхъ другими авторами, то условію изученія *in situ* различныхъ территорій мозга удовлетворяютъ только способы *Flechsig*'а и *Griesinger*'а. При послѣднемъ способѣ мозгъ хотя и остается замкнутымъ въ своей большей части въ костяхъ черепа, но доступенъ наблюденію на значительномъ пространствѣ способъ этотъ особенно пригоденъ при наличности обширныхъ измѣненій въ полушаріяхъ или въ узлахъ основанія мозга. Для клинициста, говоритъ *Griesinger*, очень важно быть освѣдомленнымъ о сжатіи или оттѣсненіи въ сторону различныхъ участковъ мозга, лежащихъ вокругъ патологическаго гнѣзда. На вынутомъ же органѣ, конечно, оцѣнить всѣ эти измѣненія невозможно, а всѣ другіе способы, за исключеніемъ первоначально предложеннаго *Flechsig*'омъ, практикуются именно на извлеченныхъ изъ черепа мозгахъ.

Второе условіе—тщательность макроскопическаго анализа,—удовлетворяется такъ-же только очень немногими способами. На первое мѣсто въ этомъ отношеніи долженъ быть поставленъ способъ *Virchow*'а. При немъ макроскопическій осмотръ вещества мозга совершается въ высшей степени подробно. Органъ покрывается большимъ количествомъ разрѣзовъ и мало мальски замѣтныя гнѣздныя измѣненія не ускользаютъ отъ вниманія изслѣдователя. Менѣе удовлетворительные результаты для этой стороны дѣла дають способы *Pitres*, какъ его примѣняетъ *Chiari*, и *Flechsig*'а въ его различныхъ модификаціяхъ. Разрѣзы *Pitres* оставляютъ неизслѣдованными участки большой толщины, при способѣ-же *Flechsig*'а можно хорошо осмотрѣть только части, правда очень важныя, лежащія на уровнѣ большого разрѣза.

Наконецъ, для микроскопическаго изслѣдованія проводящихъ путей головного мозга такъ же не все способы имѣють одинаковое значеніе. Для этой цѣли несомнѣнно совершенно непригоденъ способъ *Virchow*'а. Мозгъ изрѣзавъ послѣ вскрытія по этому методу на тонкія пластинки въ различныхъ направленіяхъ такъ, что возможенъ только элементарный гистологическій анализъ, для невропатолога же мозгъ совершенно погубленъ. Болѣе щадятъ мозгъ способы *Pitres*, *Flechsig*'а, *Dejerine* и наконецъ, тѣ, при которыхъ микроскопическое изслѣдованіе совершенно выпадаетъ, таковы способы *Burckhardt*'а, *Brodmann*'а и другихъ.

Итакъ мы видимъ, что всесторонне пригоднаго техническаго приѣма для вскрытія мозга нѣтъ, да и врядъ-ли онъ можетъ быть предложенъ, такъ какъ удовлетворить одновременно требованіямъ макро и микроскопическаго изслѣдованія мозга невозможно. Для тѣхъ случаевъ, гдѣ желательна полнота изслѣдованія на секціонномъ столѣ (какъ, напр.; при судебно-медицинскомъ вскрытіи) и гдѣ не имѣется ввиду тщательное микроскопическое изслѣдованіе слѣдуетъ руководствоваться способомъ *Virchow*'а. Въ патолого-анатомической практикѣ съ одной стороны никогда нельзя упускать изъ виду послѣдующаго гистологическаго анализа, съ другой же всегда желательно и необходимо макроскопическое изслѣдованіе. Это двойное требованіе, по нашему мнѣнію, удовлетворяетъ до извѣстной степени слѣдующее незначительное видоизмѣненіе способа *Flechsig*'а: Черепная крышка расширяется циркулярно на 0,5—1 ст. выше, чѣмъ обычно и не снимается. Въ отверстіе распила вводится ножъ и полушарія разрѣзываются сверху внизъ (начиная съ лобныхъ долей). Этотъ разрѣзъ проходитъ черезъ верхнюю треть зрительныхъ бугровъ, вскрывая боковые желудочки. Послѣ осмотра желудочковъ и поверхностей разрѣза, приподнимають, начиная съ затылочныхъ долей, мозгъ отъ *tentorii cerebelli*, перерѣзываютъ горизонтально ножки, нервы и вынимають нижній отрѣзокъ большого мозга. Затѣмъ

ощупываютъ *tentorium cerebelli*, обрѣзываютъ его и по общимъ правиламъ удаляютъ вмѣстѣ съ продолговатымъ мозгомъ мозжечекъ и мостъ.

Мы лично нерѣдко пользуемся этимъ приѣмомъ вскрытія и, намъ кажется, что имъ выполняется до нѣкоторой степени условіе вскрытія мозга *in situ*. Помимо того разрѣзомъ, проведеннымъ черезъ верхнюю треть зрительныхъ бугровъ, съ одной стороны дается мѣсто для макроскопическаго изслѣдованія, съ другой-же вскрытый органъ не обезцѣнивается для послѣдующаго невропатологическаго изслѣдованія, такъ какъ остается возможность изучать на срѣзахъ проводящіе пути *thalami*, *hypothalami* и *capsulae internae*. Если-бы оказалось желательнымъ произвести болѣе тщательное изслѣдованіе вещества мозга на секціонномъ столѣ, то, положивъ плащъ или основаніе мозга поверхностью большого горизонтальнаго разрѣза на столъ, навесить на нихъ слѣва направо вертикальныя сѣченія, проникающія черезъ все вещество мозга. Въ зависимости отъ количества разрѣзовъ, которые желаютъ сдѣлать, получаются различной толщины пластинки мозга.

Объясненіе рисунковъ.

Рисунки № I копированы мною по Nauwerck. Рис. № II и IV по Dejerine. Рис. № III по Griesinger'у.

Рис. № I. Вскрытіе полушарія по Pitres. Пунктиромъ показаны разрѣзы; цифры около указываютъ на порядокъ, въ которомъ сѣченія налагаются.

Рис. № II. Линія *AB*—разрѣзъ Flechsig'a. *XV*—разрѣзъ Brissaud; *CD*—разрѣзъ Dejerine.

Рис. № III. Распилъ черепа по Griesinger'у. *ab*—вертикальный распилъ; *ca*—горизонтальный распилъ.

Рис. IV. Вскрытіе полушарія при наличности гнѣздныхъ измѣненій по Dejerine. *CD*—первый вертикально поперечный разрѣзъ позади *splenium corporis callosi*; второй *AB*—параллельный первому; *EF*—горизонтальный разрѣзъ черезъ верхнюю треть зрительнаго бугра.

Л и т е р а т у р а.

Bramvell. Цит. по Siemerling.

Brissaud. Цит. по Dejerine.

Brodmann. Makrotom. Journal für Psychologie und Neurologie zugl. Zeitschr. für Hypnotismus. Bd. II. № 5. 1904.

Burckhardt. Die Mikrotomie des frischen Hirns. Centralblatt für die med. Wissenschaften. № 29. 1881.

Chiari. Pathologisch-anatomische Sektionstechnik. Berlin. 1907.

Dejerine. Anatomie des centres nerveux. Paris. 1895.

Edinger. Цит. по Nauwerck.

Flehsig. Цит. по Dejerine.

Griesinger. Ueber die Untersuchungen-Methode de Schädel-Inhaltes. Archiv. f. Psychiatrie. B. I. 1868.

Meynert. Das Gesamtgewicht und die Theilgewicht des Hirns..... nach einen neuen Wägungsmethode. Vierteljahrsschrift für Psychiatrie. H. II. 1867.

Nauwerck. Sectionstechnik. Jena. 1899.

Nothnagel. Tapische Diagnostik der Gehirnkrankheiten. Berlin. 1879.

Orth. Руководство къ пат.-анат. діагностикѣ. Переводъ Крылова. Харьковъ. 1890.

Pitres. Цит. по Siemerling.

Siemerling. Die zweckmässigste Art der Gehirnsection. Archiv. für Psychiatri. 25 B. 2 H. 1893.

Starlinger. Zur Marcki-Behandlung. Ein Apparat zur Zerlegung in dünne vollkommen planparallele Scheiten. Zeitschr. f. wiss. Micr. u. micr. Technik. 16. 1899.

Virchow. Die Sections-Technik. Berlin. 1893.

Weigert. Цит. по Nauwerck.

Wickel. Ueber Gehirnsection. Zeitschr. f. Psych. Bd. 59. 1903.



Къ казуистикѣ состояній одержимости.

Д-ра Н. А. Донскова.

Ассистента при кафедрѣ психіатріи Императорскаго Казанскаго Университета.

Различные виды одержимости, благодаря до сихъ поръ еще существующимъ суевѣріямъ или повѣріямъ, главнымъ образомъ, простого народа, несмотря на свою давнюю исторію, встрѣчаются и по настоящее время не только въ видѣ отдѣльных случаевъ, но и эпидемически. Правда, нѣкоторые виды одержимости, какъ, напримѣръ, бредъ о превращеніи человѣка въ животныхъ, особенно волковъ (достояніе главнымъ образомъ среднихъ вѣковъ) по заявленію профессора *В. М. Бехтерева* ¹⁾, повидимому, уже болѣе не встрѣчаются илишь демономанія или бѣсоодержимость, не менѣе распространенная въ средніе вѣка, еще появляется среди религіозной массы въ видѣ, такъ называемой, порчи или вликушества, или даже въ видѣ настоящей бѣсоодержимости.

Тожественные по существу различные виды одержимости у всѣхъ народовъ отличаются между собой только внѣшнимъ образомъ въ зависимости отъ укоренившихся суевѣрій и воззрѣній того или другого народа. Такъ, въ Россіи самые распространенные случаи одержимости относятся къ вликушеству, бѣсоодержимости, одержимости змѣями, жабами, лягушками, глистами, основанные на убѣжденіи простого народа въ возможности заползанія гадовъ черезъ ротъ въ желудокъ че-

¹⁾ Акад. В. М. Бехтеревъ. Одержимость годами. Обзорніе Психіатріи. 1900 г. № 5.

ловѣка. Въ Японіи и у другихъ восточно-азіатскихъ народовъ мы встрѣчаемся съ одержимостью лисицами, основанной, по словамъ *Рейтца* ¹⁾, въ статьѣ „О бѣсоодержимости въ Японіи“, на вѣрѣ японцевъ въ способности лисицъ вѣдраться въ человѣческое тѣло черезъ грудь, чаще черезъ пространство между погтями в мясо, при чемъ лисица живетъ своей жезью, независимо отъ личности одержимаго: происходитъ раздвоеніе личности больного. Одержимый слышать и понимаетъ все, что говорятъ или думаетъ лисица, и оба они часто вступаютъ въ споръ, при чемъ голосъ лисицы совершенно другой, чѣмъ у больного.

Описанію и разработкѣ разнородныхъ проявленій одержимости посвящено было немало труда, и приводить здѣсь всю литературу этого состоянія мы считаемъ излишнимъ. Можно указать на сочиненіе *Regnard'a* ²⁾, *Stoll'a* ³⁾, особенно послѣднее, гдѣ авторъ, разбирая значеніе внушенія въ психологіи народовъ, даетъ обстоятельныя описанія состояній одержимости почти у всѣхъ народовъ земного шара.

Акад. *В. М. Бехтерева* въ 1900 году, описавъ три случая одержимости гадами и основываясь на нѣкоторыхъ другихъ случаяхъ бѣсоодержимости, наблюдавшихся имъ въ разное время, рассматриваетъ одержимость, классическую форму которой представляетъ бѣсоодержимость, какъ своеобразное психическое разстройство, развивающееся въ большинствѣ случаевъ на истерической почвѣ; сюда же относятся порча или кликушество и, до сихъ поръ еще удерживающійся въ простомъ народѣ, видъ одержимости съ бредомъ о присутствіи внутри тѣла различныхъ гадовъ, какъ напримѣръ змѣй, жабъ, лягушекъ, ко-

¹⁾ Г. Рейтца. О бѣсоодержимости въ Японіи. Обзорніе Психіатріи. 1901. № 2.

²⁾ P. Regnard. Maladies épidémiques de l'esprit (Sorcellerie, Magnetisme, Morphisme, Délire des grandeurs). Paris. 1887.

³⁾ O. Stoll. Suggestion und Hypnotismus in der Volkerpsychologie. Leipzig. 1904.

торый основанъ на вѣрѣ народа въ возможность заползанія черезъ ротъ въ желудокъ человѣка змѣй или даже развитія въ человѣческомъ желудкѣ жабъ и лягушекъ изъ проглоченной съ водою икры и головастики. Больные, одержимые лягушками или жабами, нерѣдко даже слышатъ ихъ кваканье, при этомъ бредъ одержимости часто въ теченіе долгаго времени остается болѣе или менѣе изолированнымъ, безъ примѣси другихъ бредовыхъ идей. Ближайшими причинами развитія такого бреда служатъ, по мнѣнію *В. М. Бехтерева*, ненормальныя общія ощущенія, локализирующіяся въ желудкѣ и въ подложечной области, которыя иллюзорно искажаются въ ощущенія змѣй или жабъ и затѣмъ пополняются соотвѣтствующими слуховыми галлюцинаціями (шипѣніе змѣй, кваканье лягушки, жабы).

Такой бредъ чаще всего, повидимому, развивается на истерической почвѣ и имѣетъ полнѣйшую аналогію съ бредомъ бѣсоодержимости.

Въ томъ же 1900 г. появилась монографія д-ра *Краинскаго*¹⁾, посвященная вопросу о кликушествѣ. Книга эта явилась результатомъ наблюденій авторомъ двухъ эпидемій—въ дер. Ащепково, Смоленской губерніи и въ дер. Большой Дворъ, Нижегородской губерніи, куда онъ былъ командированъ медицинскимъ департаментомъ, для изслѣдованія на мѣстѣ условій возникновенія и развитія этихъ эпидемій и съ цѣлью выработки медицинскихъ мѣропріятій для ихъ прекращенія.

Монографія эта уже подверглась критической оцѣнкѣ со стороны проф. *В. И. Осипова*²⁾, д-ра *М. И. Никитина*³⁾, престаившаго собственныя наблюденія кликушъ въ Саровскомъ монастырѣ, Тамбовской губерніи въ періодъ времени

¹⁾ *Н. В. Краинскій*. Порча, кликушество и бѣсноватые, какъ явленія русско-народной жизни. Новгородъ. 1900.

²⁾ *В. И. Осиповъ*. Одержимость гадами и ея мѣсто въ классификаціи психозовъ. Обзорніе Психіатріи. 1902. № 2.

³⁾ *М. И. Никитинъ*. Къ вопросу о кликушествѣ. Обзорніе Психіатріи. 1903. № 9—10.

непосредственно вслѣдъ за торжествами по поводу открытія мощей св. Серафима.

Отсылая интересующихся этимъ вопросомъ въ статьи вышеозначенныхъ авторовъ, замѣтимъ только, что д-ръ *Кринскій* на основаніи изслѣдованія около 30 кликушъ, пришелъ къ заключенію, что кликушъ слѣдуетъ раздѣлить на три группы: во первыхъ кликушъ притворщицъ, т. е., такихъ, которыя лишь притворяются клякушами и оговариваютъ во время припадка своего недруга въ порчѣ; во-вторыхъ—истеричныхъ, которыхъ слѣдуетъ отличать отъ настоящихъ кликушъ, такъ какъ у истеричныхъ имѣются на лицѣ всѣ классическіе признаки истеріи, и кликушество у нихъ выражено далеко не въ типовой формѣ; въ третьихъ—настоящихъ кликушъ; настоящія кликуши по мнѣнію д-ра *Краинскаго*, не истерички, онѣ сомнамбулы, у нихъ существуетъ особое скрытое состояніе сомнамбулизма, въ которое онѣ впадаютъ во время припадковъ и тогда воспроизводятъ, подъ вліяніемъ раздраженія и самовнушенія, все то, что онѣ видѣли раньше у другихъ, усваивая себѣ симптомокомплексъ, который въ теченіе ряда вѣковъ выработанъ русской народной жизнью и именуется кликушествомъ, порчей или бѣсноватостью.

Въ изслѣдованныхъ д-ромъ *Краинскимъ* случаяхъ ему не удалось обнаружить симптомовъ характерныхъ для истеріи, сомнамбулизмъ же онъ не считаетъ обычнымъ проявленіемъ истеріи, а только той почвой, на которой развивается кликушество. Основаніемъ такого взгляда автору послужили замѣченный имъ фактъ, что кликуши необыкновенно легко поддаются гипнозу.

Считая взглядъ д-ра *Краинскаго* не достаточно обоснованнымъ д-ръ *Никитинъ*, на основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ наблюденій надъ кликушами приходитъ къ выводу, что кликушество представляетъ собой заболѣваніе, основу котораго составляетъ истерическій неврозъ. Существованіе кликушества, какъ народной болѣзни, обуславливается

существованіемъ въ пародѣ вѣры въ порчу, безъ которой кликушество было бы невысказуемо. Съ того момента, когда народное сознаніе вступитъ въ полный фазисъ своего развитія, исключаящій возможность распространенія суевѣрій, кликушество прекратитъ свое существованіе и отойдетъ въ область преданій.

Проф. В. И. Осиповъ, находя противорѣчія въ выводахъ д-ра Краинскаго съ одной стороны и наличность цѣлаго ряда симптомовъ, указывающихъ на истеричность кликушъ того же Краинскаго, считаетъ состояніе одержимости, обнаруживающееся въ формѣ кликушества, за весьма интересную и характерную разновидность истерическихъ психоневрозовъ.

Въ той же статьѣ „Одержимость гадами и ея мѣсто въ классификаціи психозовъ„ В. И. Осиповъ описываетъ два случая одержимости.

Первый случай относится къ мечтательной, религіозной крестьянкѣ, испытывавшей еще въ дѣтствѣ въ лѣсу видѣніе Христа, видѣніе дѣволовъ, наступающихъ на нее толпою, которыхъ она огоняла крестомъ и молитвой. Подобныя же галлюцинаціи наблюдались и въ клиникѣ. Эта крестьянка явилась съ заявленіемъ, что, гуляя съ подругой по лѣсу, она прилегла отдохнуть, во снѣ испытывала ощущеніе, будто она пьетъ что то холодное, а когда подруги разбудили ее, то въ моментъ просыпанія она почувствовала, какъ что то длинное и холодное проходитъ у нея по пищеводу въ глубину тѣла и въ лѣвый бокъ, на которомъ какъ разъ она спала. Придя домой, она сказала матери что въ нее черезъ ротъ вошла змѣя, одна изъ подругъ подтвердила, что это дѣйствительно вѣрно, такъ какъ она собственными глазами видѣла хвостъ змѣи, уже заползшей въ ротъ. Больная раньше не разъ слыхала, что подобныя же исторіи случались. И много подобныхъ разсказовъ циркулировало въ той мѣстности, но она раньше не вѣрила, а теперь пришлось убѣдиться на себѣ самой.

Въ день заболѣванія больная убила въ лѣсу трехъ змѣй. Въ большинствѣ случаевъ печальна; если съ ней занимаются, раз-

товариваютъ, ея скорбь о своемъ состояніи уменьшавалась. Жалобы большой не соответвѣствуютъ дѣйствительности: она преувеличиваетъ свои мученія, видимо, охотно говорить о нихъ желая обратить вниманія на себя, нѣсколько рисуясь своимъ страданіемъ, заявляетъ, что она худѣетъ и почти ничего не ѣстъ, а въ то же время ѣстъ достаточно и не теряетъ въ вѣсѣ. Съ физической стороны: мелкое частичное дрожаніе въ языкѣ и конечностяхъ. Контюнктивальныя рефлексы задней стѣнки зѣва ясно понижены. Былъ солитеръ, но, не смотря на его изгнаніе, бредъ остался.

Второй случай касается телеграфиста 26 лѣтъ, всегда отличавшагося перьястостью и мнительностью, не разъ слышавшаго массу разсказовъ о заплззаніи змѣй въ челоѵѣка во время сна или съ водою.

Послѣ неоднократнаго изгнанія глпствъ онъ внезапно почувствовалъ, что въ лѣвомъ боку изъ подѣ сердца проскользнула какъ бы топенная веревочка и скрылась гдѣ-то въ кишкахъ; дня черезъ два уже чувствовалъ, что кто-то ходитъ и шевелится въ желудкѣ, какой-то червякъ свивается колыдомъ. Рѣшилъ лечь въ больницу, наканунѣ ночью проснулся отъ сильной тошноты и ощущенія, что кто-то зашевелился въ лѣвомъ боку. Послѣ пріема лѣкарства вдругъ почувствовалъ у себя во рту запахъ змѣи, на основанія чего и пришелъ къ заключенію, что въ немъ находится змѣя. Дорогой случился припадокъ, закричалъ дикимъ голосомъ; изо рта вышелъ зеленый дымъ съ запахомъ змѣи; чувствовалъ какъ въ желудкѣ сильно билась змѣя, мягкая, толстая, какъ кашка. Въ больницѣ никакое леченіе не помогало, только когда бѣлъ лимонъ становилось легче, яѣкоторое облегченіе доставляли 2—3 рюмки спирта. На вопросъ, какамъ образомъ въ него могла попасть змѣя, III. объяснилъ, что, очевидно, змѣя попала въ него съ водою во время питья. Считаетъ себя тяжело больнымъ. Сильно мнителенъ, переоцѣниваетъ свои ощущенія, настроеніе временами удрученное. Съ физической стороны отмѣчено рѣзко

выраженная гипералгезія, распространяющаяся на лѣвую половину лица, лѣвую переднюю поверхность праваго предплечья. Механическая возбудимость нервовъ и мышцъ повышена, мышечный валикъ получается отчетливо. Конъюнктивальные рефлексъ отсутствуютъ, носовые и съ задней стѣнки глотки ясно ослаблены. По временамъ сердцебиеніе, аритмія. Принимаемая во вниманіе наличность въ обоихъ случаяхъ изолированного бреда вторичнаго происхожденія съ одной стороны и наличность цѣлаго ряда явленій, указывающихъ на истерическую почву съ другой, авторъ оба случая одержимости относитъ къ истерическимъ психоневрозамъ.

Совершенно съ своеобразной и діаметральной противоположной точки зрѣнія смотреть на состоянія одержимости д-ръ *С. А. Сухановъ*¹⁾. Въ статьѣ „По поводу нѣкоторыхъ своеобразныхъ случаевъ душевнаго разстройства параноіяльнаго и меланхолическаго характера“, авторъ, не соглашаясь съ взглядами на одержимость проф. *В. М. Бехтерева* и проф. *В. Н. Осипова*, какъ на истерическій психоневрозъ, рассматриваетъ состоянія одержимости, какъ параноіяльный синдромъ. Въ доказательство своего взгляда авторъ описываетъ 3 случая одержимости и 4-й случай состоянія тоски, развившейся на почвѣ постоянныхъ непріятныхъ ощущеній, идущихъ отъ сильно расшибленной верхней губы. Первый случай одержимости авторъ относитъ къ резонирующей формѣ первичнаго помѣшательства на томъ основаніи, что здѣсь имѣется бредъ односторонній, при чемъ онъ является рѣзко ограниченнымъ и представляетъ одну изъ мономаній прежнихъ авторовъ. Такого рода односторонній бредъ приходится наблюдать, по мнѣнію д-ра *Суханова*, при резонирующихъ формахъ первичнаго помѣшательства. 2-й случай, въ виду наличности, помимо бреда одержимости собаками, опредѣленныхъ бредовыхъ идей преслѣдованія, авторъ причисляетъ къ параноіѣ, вѣроятно хронической.

¹⁾ *С. А. Сухановъ*. По поводу нѣкоторыхъ своеобразныхъ случаевъ душевнаго разстройства параноіяльнаго и меланхолическаго характера.

3-й случай съ бредомъ перормальной и продолжительной беременности. На основаніи того, что бредъ сопровождался тоской, довольно рѣзко выраженной, авторъ склопается въ предположенію, что въ данномъ наблюденіи мы имѣемъ дѣло съ ажитированной формой меланхоліи. Сюда же относится и наблюдѣніе 4, гдѣ послѣ сильной травмы верхней губы, потребовавшей оперативнаго внимательства, несмотря на полное заживленіе остались въ высшей степени тягостныя ощущенія, на почвѣ которыхъ развилось тоскливое состояніе, настолько рѣзко выраженное, что больная приходила въ ужасъ отъ мысли, какъ же она будетъ жить дальше, говоря, что губа не даетъ ей покоя.

Намъ кажется, что такой взглядъ является малообоснованнымъ, потому что каждая форма первичнаго помѣшательства требуетъ наличия бреда первичнаго характера, тогда какъ во всѣхъ случаяхъ, описанныхъ проф. *В. М. Бехтеревымъ* и *В. П. Осиповымъ* и самимъ докторомъ *С. А. Сухановымъ* бредъ характера вторичнаго. Тоже самое можно сказать относительно ажитированной меланхоліи. Также какъ и паранойя меланхолія требуетъ тоски первичной, а не вторичной, каковую мы находимъ въ 3 и 4 случаяхъ д-ра *С. А. Суханова*. Наконецъ, нельзя по нашему мнѣнію, обойти молчаніемъ воть фактъ, что д-ръ *С. А. Сухановъ* не соглашаясь съ взглядомъ проф. *В. П. Осипова* на неважность въ нѣкоторыхъ случаяхъ обязательнаго присутствія физическихъ симптомовъ для діагноза истеріи, тѣмъ не менѣе ни словомъ не обмолвился при описаніи своихъ случаевъ не только про изслѣдованіе нервной системы, но и вообще о данныхъ соматическаго состоянія описываемыхъ больныхъ.

Въ виду такихъ разнородныхъ взглядовъ на сущность и на мѣсто въ классификаціи психозовъ состояній одержимости, мы считаемъ не лишнимъ описать два случая одержимости, которые намъ пришлось наблюдать въ Казанской Окружной Лечебницѣ и въ Казанской Земской Больницѣ.

Случай 1-й. К. 48 л., крестьянинъ Казанской губ., православнаго вѣровсповѣданія, женатъ, имѣетъ четверыхъ дѣтей, плоть умѣренно, hues отрицаетъ, въ роднѣ нервныхъ и душевно больныхъ не помнитъ, всѣ были здоровы. Поступилъ въ больницу 10 февраля 1903 г. О своей болѣзни сообщалъ, слѣдующее:

Никогда онъ ничѣмъ не болѣлъ, всегда отличался хорошимъ здоровьемъ и большою физической силой и вотъ 11 мѣсяцовъ тому назадъ, работая въ лѣсу, въ глубокомъ снѣгу, должно быть, простудился, почувствовалъ сильную слабость — не могъ даже работать. По пріѣздѣ домой почувствовалъ что подъ кожей обѣихъ нижнихъ конечностей, главнымъ образомъ икры, что то зашевелилось, ощущение очень похожее на то, что какъ подъ кожей шевелятся черви, но это не были черви. Эти ощущенія стали распространяться все выше и выше: прошли подъ кожу живота, груди, рукъ и дошли до лица. Во время чаепитія больной замѣтилъ что изъ всей поверхности тѣла выступилъ потъ, но не въ такомъ количествѣ, какъ обыкновенно бываетъ, а въ значительно большемъ. Тутъ онъ уже и догадался, что подъ кожей всего тѣла его находится масса холодной воды. Съ тѣхъ поръ и по настоящее время больной чувствуетъ присутствіе этой воды, чувствуетъ какъ она перебѣгаетъ съ одного мѣста на другое и эти ощущенія настолько тягостны для него, что работать онъ уже не въ состояніи. По совѣту окружающихъ сталъ дѣлать ванны и дѣйствительно только онѣ и помогаютъ, при этомъ ванна должна быть, по словамъ больного, средней температуры, если же сдѣлать горячую ванну, то холодная вода, находящаяся подъ кожей быстро нагрѣвается и начинаетъ, какъ огнемъ жечь все тѣло. Это облегченіе больной объясняетъ тѣмъ; что вода ванны вытягиваетъ воду изъ подъ кожи, а послѣ ванны вода сама уже выступить свободнѣе и иногда въ такомъ большомъ количествѣ, что, по словамъ больного, съ него вода, какъ ручей бѣжитъ. Одно время онъ рѣшилъ перетерпѣть и опять началъ работать, но дальше 8 сутокъ безъ ванны не вытерпѣлъ. Вода все время накапливалась, больной чувствовалъ какъ она распирала кожу и душила его. На 6 сутки за чашею воды накопилось такое множество что кожа не въ состояніи была удержать ее и она брызнула изъ лица на $\frac{1}{2}$ аршина, она собственно брызнула изъ всей поверхности тѣла, но тамъ ее удержала сорочка и не было видно ея, когда же изъ лица брызнула, то и окружа-

ющіе видѣли и удивились. Тутъ же онъ бросилъ все и поѣхалъ домой и тогда только успокоился, когда сѣлъ въ ванну. Больной отмѣчаетъ, что всякій разъ, какъ вода выходитъ изъ него, все тѣло становится грязнымъ—это по его мнѣнію, происходитъ оттого, что вода, проходя изъ кишекъ и желудка подъ кожу, увлекаетъ за собой и все содержимое внутренностей—весь навозъ, почему сидя въ ваннѣ онъ всегда больше, чѣмъ старательно, третъ все тѣло, смывая мнимый налетъ; этимъ же объясняетъ и постоянные заборы. Съ тѣхъ поръ онъ больше ничѣмъ и не занимается, какъ только беретъ ванны и пьетъ по совѣту фельдшера въ громадномъ количествѣ горячей чай—это тоже облегчаетъ его тяжелое состояніе. Обращался онъ ко многимъ за совѣтомъ, но большею частью ему не вѣрять, почему онъ послѣднее время старается даже скрывать свою болѣзнь, считая ее не излечимой и себя называя человекомъ погибшимъ. О чемъ либо подобномъ онъ никогда не слыхалъ.

Исслѣдованіе, произведенное въ больницѣ, дало слѣдующіе результаты:

Больной средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, нѣсколько пониженнаго питанія, окраска слизистыхъ оболочекъ блѣдновата. Кожная чувствительность сохранена, при уколѣ булавкой кровь не выступаетъ. Довольно рѣзко выраженный дермографизмъ. Слизистые рефлексъ, конъюнктивальный, носовой и глоточный рѣзко понижены, сухожильные оживлены. Во внутреннихъ органахъ ничего особеннаго. Кожа сухая. На правомъ предплечьѣ, лѣвомъ плечѣ, обоихъ коленныхъ суставахъ имѣютъ слѣды ранѣ бывшихъ фурункуловъ, изъ которыхъ, по словамъ больного, при выдавливаніи показалась тоже вода, а не гной.

Съ психической стороны необходимо отмѣтить нѣкоторую вялость, апатію, переопѣнку своихъ ощущеній, считаетъ себя тяжело и неизлѣчимо больнымъ, погибшимъ человекомъ, наличность быстро развившейся бредовой идеи, основанной на неправильно истолкованныхъ субъективныхъ ощущеніяхъ—парастезіяхъ.

Въ больницѣ больной находился очень не долго, всего 10 дней. Въ поведеніи за все время пребыванія въ больницѣ былъ крайне однообразенъ. Обычно молчаливый, необщительный, сразу оживляется, когда начинаетъ рассказывать про свою болѣзнь, замѣтно желаніе заинтересовать окружающихъ,

быть центромъ вниманія, услышать сочувствіе. Ежедневно требуетъ двѣ ванны—утромъ и вечеромъ, въ противномъ случаѣ дѣлается тревожнымъ, жалуется, что ему тяжело—вода подступаетъ къ горлу и душитъ. Спать только до полночи, засыпаетъ тотчасъ же послѣ ванны и часовъ въ 12—1 ч. ночи просыпается, потому что успокоившіяся было послѣ ванны ощущенія холодной воды подъ кожей снова начинаютъ тревожить больного подучалъ бромистые препараты. 21-го февраля объявилъ, что ему все равно ничто не поможетъ и выписался изъ больницы.

Съ перваго взгляда этотъ случай какъ бы не похожъ на всѣ вышеописанные случаи одержимости, но это различіе только внѣшнее: здѣсь фигурируютъ не жабы, змѣи и т. д., что мы видѣли въ вышеописанныхъ случаяхъ, а вода.

Здѣсь имѣется быстро развившаяся бредовая идея, которая завладѣваетъ всѣмъ вниманіемъ больного мѣшаетъ ему работать, заставляетъ думать о ней и дни и ночи, бредовая идея, сложившаяся благодаря ложно воспринимаемымъ ощущеніямъ, идущимъ изъ подъ кожи больного, что указываетъ на вторичное происхожденіе ея. Характеръ бреда, внезапное развитіе его, поведеніе больного, желаніе завоевать вниманіе окружающихъ, переоцѣнка своего положенія—больной считаетъ себя тяжело больнымъ, человѣкомъ погибшимъ, измѣнчивость настроенія и кромѣ того наличность цѣлаго ряда истерическихъ симптомовъ, какъ-то: пониженіе слезистыхъ и повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, *globus hystericus* даютъ намъ право отнести и этотъ случай къ истерическимъ психоневрозамъ.

Случай 2-й. Крестьянинъ 27 лѣтъ, женатый, изъ чувашъ. Указаній на наслѣдственность не имѣется. О своемъ заболѣваніи сообщилъ слѣдующее: До настоящаго заболѣванія больной никогда ничѣмъ не хворалъ. 7 мѣсяцевъ назадъ во время сѣнокоса, послѣ того какъ больной напился много воды и снова началъ косить, почувствовалъ, какъ изъ подвздошной ямки что-то поднялось вверхъ къ подложечной области, въ видѣ столба, вмѣстѣ съ тѣмъ во всемъ тѣлѣ появилась какая-то слабость, настолько сильная, что пришлось бросить косить

и идти домой. Такъ какъ слабость и ощущеніе присутствія столба, поднимавшагося изъ подвздошной ямки до подложечной области не прекращались въ теченіе нѣсколькихъ дней, то больной и пришелъ къ заключенію, что этотъ столбъ есть нечто иное, какъ партія глистовъ, которые до сего времени находились въ лѣвой подвздошной ямкѣ и нисколько его не тревожили. При этомъ больной думаетъ, что глисты живутъ у него въ животѣ, а можетъ быть и у большинства людей, отъ природы. Недѣля черезъ двѣ послѣ начала заболѣванія больной уже ясно чувствовалъ, что 4 или 5 глистовъ длиною по полторы четверти, обращенныя головами вверху, лежатъ спротоу бѣлой линіи; онъ ясно ощущаетъ ихъ головы, чувствуетъ каждое ихъ движеніе, чувствуетъ, какъ глисты ѣдятъ то, что онъ съѣлъ, пьютъ то, что онъ выпилъ. Съ тѣхъ поръ и по настоящее время эти ощущенія не даютъ ему покоя ни днемъ ни ночью; ослабъ настолько, что не въ состояніи работать. Больной не разъ совѣтовался съ односельчанами, и они давали ему различные совѣты, какъ избавиться отъ глистовъ. Такъ, вскорѣ послѣ заболѣванія больной по совѣту окружающихъ три дня ничего не ѣлъ, къ вечеру третьяго дня сразу выпилъ 2 фунта коноплянаго масла, надѣясь, что глисты вмѣстѣ съ масломъ выйдутъ черезъ ротъ, или же вмѣстѣ съ испражненіями. Но надежды его не оправдались—черезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ приѣма его вырвало, но только однимъ масломъ,—глисты остались въ животѣ. Затѣмъ уже на первый день Рождества больной тоже по совѣту однодеревенцевъ съѣлъ $\frac{1}{2}$ ф. коровьяго масла—больного снова вырвало,—а глисты не вышли.

Это явленіе еще болѣе убѣдило больного въ томъ, что у него въ животѣ глисты, потому что если бы ихъ не было, то онъ съѣлъ бы масла, сколько угодно—только давай—это они не принимаютъ. Дней пять спустя съѣлъ не менѣе фунта пиварнаго сѣмени съ медомъ—толку никакого; ходилъ въ больницу, давали порошокъ—не помогло; и, наконецъ, докторъ по совѣтовалъ ѣхать въ Казань, дѣлать операцію.

Исслѣдованіе дало слѣдующіе результаты: больной нѣсколько выше средняго роста, правильнаго, крѣпкаго тѣлосложенія, питаніе нѣсколько повышено, кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки за исключеніемъ конъюнктивы (conjunctivitis) блѣдны, подкожный жировой слой выраженъ слабо, мышечная система развита умеренно. Во внутрен-

нихъ органахъ отклоненій отъ нормы не обнаружено. Изъ признаковъ вырожденія имѣются; слабо выраженные, приращенныя ушные мочки, высокое, узкое, со слабо выраженнымъ валикомъ твердое небо. Кожная чувствительность не разстроена, сухожильные рефлексы оживлены, кожные еле получаютъ, точный пониженъ, колюпктивальный тоже, носовой отсутствуетъ. Механическая возбудимость мышцъ повышена, мышечный валикъ получается отчетливо. Поле зрѣнія не сужено, обоняніе и вкусъ не разстроены. Имѣется слабо выраженный дермографизмъ. Аппетитъ удовлетворительный. Испраженія ежедневны. Жалобъ на чувство давленія въ животѣ, чаще непостоянной локализаци; колюкообразныя боли, тошноты и рвоты; ухудшеніе самочувствія послѣ приѣмовъ той или иной пищи, запоры и поносы; развитіе анеміи; головокруженія, головныя боли и т. д. больной не предъявляетъ. „Всѣмъ здорово, только вотъ глисты замучаютъ“, говорить онъ.

Съ первыхъ же дней пребыванія въ больницѣ больной старался каждаго изъ окружающихъ по вѣтять въ свои ощущенія, при этомъ, заворотивъ рубашку, хлопалъ по обѣимъ сторонамъ живота, указывая на разницу звуковъ, получаемыхъ при похлопываніи правой и лѣвой сторонъ живота. Эта разница, по его мнѣнію, служить яснымъ доказательствомъ того что глисты находятся въ лѣвой сторонѣ, а никакъ не въ правой. Затѣмъ, обыкновенно, больной прикладываетъ пальцы обѣихъ рукъ къ лѣвой сторонѣ живота, тогда же подъ ребрами и начинаетъ усиленно сокращать мышцы брюшн. стѣнки, при этомъ получается нѣчто похожее на бульканіе, всплескиваніе воды; если же онъ то же самое дѣлаетъ на правой сторонѣ живота, то бульканія не получается. Это явленіе тоже, по словамъ больного, говоритъ за то, что, глисты въ лѣвой сторонѣ живота а не въ правой. Настроеніе больного все время подавленное, часто охаетъ, вздыхаетъ, считаетъ себя тяжело больнымъ. Все время прислушивается къ ощущеніямъ въ животѣ, ощупываетъ свой животъ и производитъ вышеописанныя движенія, дѣлая, по его словамъ, это для того, что бы отбѣснить глистовъ внизъ живота на прежнее мѣсто, но и это ему помогаетъ мало. Одна только надежда на операцію, о чемъ онъ настойчиво и проситъ.

Первое, что было сдѣлано въ смыслѣ леченія больного, это примѣненіе глистогонныхъ, но никакихъ глистовъ въ не-

пращеніяхъ не обнаружено. Больного это нисколько не разубѣдило въ наличности глистовъ. Бромистые препараты нѣсколько успокаивали больного, но обычно не надолго. По временамъ мнимые глисты настолько мучили его, что онъ готовъ былъ самъ разрѣзать себѣ животъ и вынуть невинистыхъ мучителей, въ виду чего и былъ переведенъ въ Казанскую Окружную Лечебницу. Здѣсь первые два—три дня поведеніе больного ничѣмъ не отличалось отъ вышеописаннаго, но вскорѣ онъ сталъ заявлять, что у него ничего нѣтъ, онъ поправился, глисты ушли внизъ живота на прежнее мѣсто и онъ желаетъ выписаться изъ лечебницы. Но когда ему въ этомъ было отказано, то на другой же день онъ снова началъ жаловаться на прежнія ощущенія, заявивъ, что онъ хотѣлъ обмануть окружающихъ и сказалъ, что глисты спустились внизъ, „никуда они не спускались, все время тутъ, нужно операцію дѣлать“. По временамъ больной дѣлается возбужденнымъ, начинаетъ бродить по отдѣленію, плакать, громко кричать, жаловаясь что глисты не даютъ ему покоя, стараются подняться выше и, если не сдѣлать операцію—они задуютъ его. Въ такомъ состояніи больной вскорѣ былъ взятъ родными изъ Лечебницы.

Такимъ образомъ, и здѣсь мы имѣемъ быстро развившуюся бредовую идею, возникшую на ложно истолкованныхъ ощущеніяхъ, идущихъ со стороны внутреннихъ органовъ подавленное настроеніе, при этомъ крайне измѣняемое, переоцѣнку своего положенія, стремленіе завладѣть вниманіемъ окружающихъ, услышать сочувствіе. Всѣ эти данныя, въ связи съ данными физическаго изслѣдованія, какъ пониженіе слизистыхъ рефлексовъ и повышеніе сухожильныхъ, дермографизмъ, даютъ достаточно основаній, чтобы отнести и этотъ случай къ психопевразамъ.

Три случая столбняка.¹⁾

В. П. Первушина.

Ассистента нервной клиники Казанскаго университета.

Въ виду сравнительной рѣдкости заболѣванія столбнякомъ въ вашей мѣстности, я нахожу возможнымъ подѣлиться съ товарищами свѣдѣніями о 3-хъ наблюдавшихся мною въ Казани случаяхъ tetanus'a за время съ 1896 по 1907 г.г.

I.

1-й случай относится къ Аняѣ М., 36 л., крестьянкѣ, по профессіи прислугѣ, находившейся въ Казанской нервной клиникѣ съ 8/ix по 4/x 1896 г., замужемъ 11 л.; 3 здоровыхъ дѣтей. Назадъ тому 11 л. получала per coitum lues, отъ котораго лечилась съ мѣсяцъ втираніями; черезъ 3 мѣсяца появились сифилитическіе узлы и язвы на правомъ локтѣ и голени.

28/vii 1896 послѣдніе роды; въ половинѣ августа почувствовала недомоганіе, ознобъ; вскорѣ присоединилось неловкость и затрудненіе при жеваніи, а затѣмъ боли въ спинѣ и шеѣ; въ 20-хъ числахъ августа появились легкія судороги въ конечностяхъ, перешедшія затѣмъ постепенно на туловище и дыхательныя мышцы. 30/viii сильное затрудненіе жеванія и сведеніе челюстей, все усиливающееся. 1/ix первый силь-

¹⁾ Сообщено въ засѣданіи 0-ва младшихъ преподавателей медицинскаго фак-та Импер. Каз. ун-ва. 17 января 1908 г.

ный припадокъ. trismus, упала на полъ, opisthotonus, тоническія судороги конечностей, туловища, затрудненіе дыханія и т. д. Съ тѣхъ поръ постоянныя, ежеминутныя судороги; ѣсть не можетъ, такъ какъ не въ состояніи раскрыть рта. Пробывъ съ 1 по 4 сентября въ губ. зем. б.—цѣ, поступила 8/ix въ клинику.

Status за первые дни въ клиникѣ. Больная средняго роста, нѣсколько слабого сложенія, съ слабо развитымъ подкожнымъ жировымъ слоемъ; на кожѣ праваго локтя и голени рубцы узловатаго сифилида; на правой голени неглубокое, съ серебряный рубль величиной изъязвленіе сифилитическаго происхожденія. Мускулатура развита хорошо, костякъ безъ измѣненій. — Сознаніе полное, ѣсть неохотно и съ трудомъ лишь жидкую пищу, такъ какъ челюсти сжаты и глотаніе затруднено; испраженія задержаны и вызываются клизмой; мочеиспусканіе произвольное, но рѣдко и съ затрудненіемъ; иногда во время сильнаго судорожнаго припадка непроизвольное мочеиспусканіе. Потоотдѣленіе сильно повышено, особенно во время и послѣ тяжелыхъ приступовъ судорогъ; тошноты нѣтъ, на голову не жалуются, болѣе нигдѣ не испытываетъ, за исключеніемъ приступовъ судорогъ, сопровождающихся сильной тянущей болью въ мускулатурѣ конечностей и туловища, остающихся и нѣкоторое время по окончаніи припадка. Моча безъ бѣлка; t° повышена (до 38° и выше), пульсъ 90—120 въ 1', сердце удовлетворительно, въ легкихъ явленія бронхита.

Двигательная сфера. Активная и пассивная подвижность нижней челюсти невозможна вслѣдствіе судорожнаго сведенія (trismus) жевательныхъ мышцъ (mm. masseter et temporalis сильно напряжены, временами ихъ напряженіе нѣсколько ослабляется). Мимическія движенія лица возможны, но затруднены вслѣдствіе тонической судороги лицевыхъ мышцъ; глотаніе нѣсколько затруднено; фонація ослаблена; языка не видно, вслѣдствіе сжатія челюстей; подниманіе надплечій удовлетворительно; движенія головы и шеи затруднены, такъ же какъ движенія туловища и конечностей, вслѣдствіе постоянной тонической судороги въ ихъ мускулатурѣ.

Сухожильные рефлексы верхнихъ и нижнихъ конечностей повышены; стопный клонусъ; кожные рефлексы повышены; зрачки равнобѣжны, слегка сужены и валло реагируютъ на свѣтъ; рефлексы со слизистыхъ оболочекъ нормальны; то-

нустъ мышцъ нижнихъ и верхнихъ конечностей и тыла шеи—повышенъ, при чемъ степень гипертоніи колеблется.

Чувствительная сфера уклоненій не представляетъ.

Непроизвольныя движенія. Больная не можетъ ни ходить, ни сидѣть и постоянно лежать на спинѣ, вытянувшись, съ головой, слегка откинутой назадъ, вытянутыми ногами, руки часто приведены къ туловищу, надплечья слегка приподняты, животъ б. ч. втянутъ, мышцы шеи (гл. образомъ тыльныя) напряжены, челюсти сильно сжаты; на лицѣ сардоническое выраженіе: всѣ лицевыя мышцы постоянно находятся въ нѣсколько сокращенномъ состояніи—глазныя щели сужены, на лбу не глубокиа поперечныя складки, брови нѣсколько приподняты и сближены, углы рта чуть отведены, носогубныя складки рѣзко обозначены. Попытки произвести пассивныя движенія въ конечностяхъ, шеѣ, нижней челюсти встрѣчаютъ непреодолимое сопротивленіе со стороны тонически напряженныхъ мышцъ. Впрочемъ, этотъ тоническій спазмъ мускулатуры нѣсколько колеблется въ своей интенсивности—въ обычное время онъ выраженъ слабѣе, позволяя въ ограниченныхъ предѣлахъ производство активныхъ и пассивныхъ движеній (исключая лишь движеніе челюсти), временами же, въ извѣстные періоды, выраженъ рѣзко, сильно, при чемъ мышцы всего тѣла представляются страшно напряженными, твердыми наощупь. Эти приступы судорожнаго состоянія, ночью бывающія въ общемъ рѣже, днемъ чаще, появляются очень часто—черезъ нѣсколько минутъ, продолжаясь по $\frac{1}{2}$ —1 минутѣ. По временамъ, сравнительно рѣдко—разъ 5—10 за день, наблюдаются наиболѣе сильныя судорожныя припадки, съ перерывами въ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —2—3 часа; при этомъ тоническій спазмъ достигаетъ максимальной степени, больная вытягивается, перегибается назадъ полу-дугообразно, съ нѣсколько запрокинутой головой, мускулатура туловища и конечностей очень сильно напряжена, дыханіе затрудняется, становится порывистымъ, частымъ и поверхностнымъ, мышцы лица напряжены, глазныя щели сильно сужены; всѣ мышцы, помимо тонического спазма, обнаруживаютъ очень незначительныя колебанія, почему все тѣло какъ бы слегка вздрагиваетъ; тѣло покрывается обильнымъ липкимъ потомъ, развивается ціанозъ—припадокъ довольно быстро заканчивается, мускулатура тѣла до извѣстной степени расслабляется (trismus всетаки остается,

хотя и слабѣе). Послѣ нѣкотораго перерыва судороги возобновляются въ большей или меньшей степени и т. д. Во время сильныхъ судорогъ иногда слышенъ скрипъ зубовъ, сильные стоны, однажды былъ прикушенъ языкъ; послѣ нихъ наступаетъ расслабленіе, почти протрація продолжительности припадка $\frac{1}{2}$ —1 минута.

Течение болѣзни. За время пребыванія въ клиникѣ съ 8/ix по 4/x въ состояніи больной можно было подмѣтить слѣдующія колебанія. Съ 13/ix появился сухой кашель, 14/ix голосъ хриплый, кашель усилился; 15/ix кашель сильнѣе; подѣ правой ключицей жесткое дыханіе и хрипы; t° утр. 40,2°; веч. 38,3°; 16/ix кашель меньше, отдѣленіе мокроты, t° 38°; самочувствіе лучше; затѣмъ постепенно кашель прошелъ.— Видимо, въ связи съ легочными явленіями колебалась и t° : будучи съ 8/ix по 37,8°—37,5°—38° по утрамъ и 38,1°—38,3° по вечерамъ, t° повысилась до 40,2° утромъ 15/ix, послѣ чего опять понизилась до первоначальныхъ размѣровъ, съ 18/ix стала ниже и съ 21/ix опустилась до 37°, около какового уровня и держалась до времени выписки.

Судороги, сильно выраженные и частыя въ первые дни, съ 14/ix становятся послабѣе и рѣже; 18/ix больная могла уже садиться въ постели; съ 20/ix дыханіе свободнѣе, судороги дыхательной мускулатуры менѣе выражены; съ 22/ix судороги еще рѣже и слабѣе, бывал, однако, много разъ днемъ и ночью; trismus еще держится, хотя и въ меньшей степени, такъ что съ 25/ix б. могла уже ѣсть впервые хлѣбъ; 28/ix судороги рѣдко и слабо, ротъ раскрывается свободно; 29/ix б. свободно двигается на постели и двигаетъ ногами, ходить однако, не можетъ; 30/ix ходитъ по комватѣ, судороги бываютъ раза 3—4 въ день; 4/x выписалась уже безъ судорогъ, окрѣпшей.

Состояніе больной бывало неодинаково въ разные періоды дня: становилось хуже днемъ и большей частью въ вечеру, иногда и ночью; сонъ наступалъ подѣ вліяніемъ морфія, длился иногда по нѣскольку часовъ—то ночью, то утромъ, иногда, впрочемъ, прерываясь судорогами. Первое время самочувствіе больной было очень тяжелое; оно ухудшилось подѣ вліяніемъ легочного процесса и повышенія t° , послѣ же разрѣшенія легочного процесса самочувствіе стало улучшаться и судороги постепенно ослаблялись (съ 16/ix).

Первое время больная питалась исключительно жидкой пищей—молоко, бульонъ, чай; лишь съ 25/ix могла ѣсть хлѣбъ (уменьшился тризмъ).

Лечение сводилось къ подкожнымъ впрыскиваніямъ солянокислаго морфія по 0,01 раза 2—4 въ день, и приѣмамъ внутрь chloral hydrati et kali bromati по 0,5—отъ 8 до 12 разъ въ день, смотря по степени судорожнаго состоянія. Иногда давалась *t. Valerianae aetherea*, ставились влизы; при кашлѣ—codein и отхаркивающія; съ 27/ix бромъ оставленъ, съ 28/ix оставленъ и морфій.

Въ данномъ, въ высшей степени типичномъ случаѣ tetanus'a, дѣло касалось женщины среднихъ лѣтъ, сифилитички. Въ качествѣ предшествовавшаго момента, слѣдуетъ отмѣтить роды, бывшіе 28/vi, т. е. недѣли за три до первыхъ, еще неясныхъ проявленій столбняка. Изъ поврежденій кожныхъ покрововъ слѣдуетъ указать на сифилитическое изъязвленіе на правой голени. При отсутствіи другихъ явныхъ травматическихъ поврежденій покрововъ тѣла, можно остановиться на предположеніи, что зараженіе могло произойти или черезъ упомянутую язву голени, или черезъ половые пути, недостаточно еще возстановившіеся послѣ родового акта, т. е., говорить о столбнякѣ послѣродовомъ или висцеральнаго происхожденія. Однако, при послѣднемъ процессъ течетъ очень бурно, быстро, заканчивается почти всегда смертью; картина нашего случая не соотвѣтствуетъ только-что описанной; поэтому можно предположить внѣдреніе инфекціи или черезъ упомянутую язву голени, или инымъ путемъ, черезъ незначительное поврежденіе кожи, своевременно даже и просмотрѣнное больной, что такъ возможно и часто наблюдается.

Въ данномъ случаѣ припадки *t.* нарастали медленно, исподволь, что въ прогностическомъ отношеніи является болѣе благопріятнымъ, и, дѣйствительно, случай кончился благополучно.

2-й случай tetanus'a, я наблюдалъ 7 февраля 1907 г. на дому, у одного молодого мусульманина Н., жителя г. Ка-

зани, торговца, 21 г., холостого. Недѣль за 6 передъ тѣмъ онъ отморозилъ себѣ пальцы рукъ и ради перевязокъ образовавшихся изъязвленій посѣщалъ за это время почти ежедневно амбулаторію городской больницы. За послѣдніе дни довольно сильно волновался при мысли о возможности операціи—ампутаціи частей пальцевъ, о чемъ онъ слышалъ отъ лечившаго врача черезъ переводчика; особенно нервно былъ поэтому настроенъ и 4/II. Въ этотъ день впервые появилось затрудненіе при жеваніи, чувство стѣсненія въ горлѣ и ощущеніе, точно челюсти стянуты. Врачъ, осмотрѣвъ „горло“ по просьбѣ больного, заявилъ, что тамъ нѣтъ ничего особеннаго; однако, упомянутыя ощущенія въ области челюстей и глѣза (глотки?) не только не прошли, а напротивъ, постепенно все усиливались; больной лишился аппетита, нервничалъ, но былъ на ногахъ и продолжалъ заниматься своимъ дѣломъ, бывалъ въ тоже время и на перевязкахъ въ больничной амбулаторіи¹⁾.

Типичная и полная картина tetanus'a разыгралась 7/II съ раннаго утра: проснувшись, онъ не могъ встать съ постели, такъ какъ испытывалъ и въ конечностяхъ, и въ спинѣ то же самое состояніе, что въ предыдущіе дни наблюдалъ лишь въ жевательныхъ и глоточныхъ мышцахъ,—чувство напряженія, стягиванія. Когда же товарищъ, желая ему помочь встать съ постели, началъ его поднимать, онъ упалъ назадъ при чемъ у него сильно свело взадъ спину и шею; обнаружился сильный trismus до невозможности раскрыть ротъ; больной лежалъ, не могъ ни встать, ни сидѣть, у него начали повторяться сильные болѣзненные приступы тоническихъ судорогъ въ конечностяхъ и туловищѣ; ѣсть не могъ и лишь съ трудомъ пилъ воду.

Status въ 11 час. веч. 7/II 1907. Больной хорошаго, крѣпкаго тѣлосложенія, съ хорошо развитой мускулатурой, находится въ полномъ сознаніи, лежитъ на полу на кошмѣ и подушкахъ. Всѣ мышцы лица въ напряженномъ состояніи: лобныя складки замѣтно выражены, брови чуть приподняты и сближены, глазныя щели сужены, углы рта нѣсколько оттянуты; кожа лица и шеи красна, покрыта обильнымъ потомъ, такъ же какъ туловище и конечности; выраженіе лица стра-

¹⁾ Окружающіе объясняли всѣ эти явленія нервнымъ состояніемъ больного, боявшагося, что ему придется подвергнуться операціи.

дальшее и въ то же время злобно-насмѣшливое („*risus sardonius*“); мышцы его обнаруживаютъ очень незначительную вибрацію...—Челюсти сильно сжаты, возможно лишь ничтожное ихъ активное раскрытіе (на $\frac{1}{2}$ —1 мм.); *mm. masseteres et temporales* сильно напряжены. Во время свободнаго отъ приступа судорогъ состоянія лежитъ покойно, при чемъ голова всетаки немного заведена назадъ, и тыльные мышцы шеи оказываются нѣсколько напряженными.—Сухожильные рефлексъ на верхнихъ конечностяхъ живые, коленные почти повышены, незначительный клонусъ стопъ; нормальная реакція зрачковъ, мочеиспусканіе съ нѣкоторымъ затрудненіемъ; симптома *Babinski*'а нѣтъ; параличей нѣтъ; говорить сквозь зубы, сознание полное. Сердце особенностей не представляетъ, тоны чисты, громки; пульсъ до 120 въ 1'. Животъ нѣсколько втянутъ, съжестъ, благодаря сокращенію брюшныхъ мышцъ. Съ трудомъ пьетъ воду, при чемъ голову поддерживаютъ сзади, иначе судороги усиливаются. Частое судорожное состояніе мускулатуры всего тѣла: ноги выпрямляются, туловище вытянуто, слегка перегнуто назадъ, затылокъ довольно сильно уклоняется назадъ, и голова углубляется въ подушку, все тѣло напряжено и точно вибрируетъ слегка, лицо синѣетъ, выступаетъ обильный потъ, дыханіе учащается, глазныя щели суживаются почти до полного закрытія глазъ; челюсти стиснуты, прорывается частое хриплое дыханіе и сдавленные стоны. Затѣмъ довольно быстро приступъ судорогъ ослабѣваетъ, наступаетъ нѣкоторое общее расслабленіе мускулатуры (тризмъ и ригидность тыльных мышцъ шеи не исчезаютъ), однако, механическія раздраженія (ударъ молоточкомъ по колену, толчекъ, прикосновеніе, питье воды и т. д.) вновь вызываютъ хотя и не продолжительное тоническое напряженіе въ мускулатурѣ; эти же раздраженія усиливаютъ уже имѣющійся приступъ.

У больного опредѣленъ *tetanus*, и назначенъ *chloralhydrat* и бромъ въ большихъ дозахъ съ *t. valer. aether.*, и, кромѣ того, морфій.

8/II 1907. Ночью спалъ часа 3—4; *status idem*, но судороги выражены еще сильнѣе. Въ 2 ч. дня констатировано: пульсъ 130, слабоватаго напряженія, сознание полное, челюсти сведены, голова откинута нѣсколько назадъ; сильно напряжены *masseter*'ы, тыльные мышцы шеи мало ригидны, рефлексъ какъ и вчера; кожная чувствительность не нарушена; тоническое сокращеніе лицевыхъ мышцъ сильнѣе вчерашняго;

подвижность лицевыхъ мышцъ нѣсколько ограничена (вслѣдствіе тонической судороги); говорить сквозь зубы. Часто повторяются типичныя приступы общихъ судорогъ, прерываемые короткими періодами сравнительнаго покоя. Пьетъ съ трудомъ.

Въ 3 часа дня введено 10 см. противостолбнячной сыворотки Park, Devis и С⁰ подъ кожу правой стороны живота; введенію сыворотки предшествовалъ сильный судорожный припадокъ; черезъ $\frac{1}{2}$ — 1 минуту по введеніи сыворотки повторился еще болѣе сильный припадокъ: тѣло все вытянуто, голова запрокинута назадъ, лицо покраснѣло, обильный потъ по тѣлу, дыханіе очень учащено... и вдругъ—судороги сразу прекратились, дыханіе прервалось, общее расслабленіе мускулатуры (отчасти и жевательной), видимо—безсознательное состояніе; на лицѣ быстро развивается сильнѣйшій ціанозъ и мертвенная блѣдность покрываетъ все тѣло и въ особенности лицо и конечности—*facies mortis*!. Быстро разжавъ (хотя и съ трудомъ) зубы съ помощью приготовленной заранее столовой ложки и прижавъ языкъ ко дну полости рта, я началъ производить ритмическія сильныя надавливанія на животъ (родные въ это время говорили: „кончалъ, кончалъ!“...); минуты черезъ двѣ появилось первое слабое дыхательное движеніе, повторилось черезъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ минуты и затѣмъ все чаще и чаще; обнаружались несильныя судороги, тривъзъ усилился, такъ что съ трудомъ удалось освободить ложку изъ рта, откуда показалась слюна, окрашенная кровью. Черезъ 2—3 минуты, вернулось сознаніе, окраска покрововъ стала болѣе жизненной, но еще долго оставалась ціанотично-блѣдной.

Въ 7 час. вечера того же дня больной скончался.

Столбнякъ въ данномъ случаѣ былъ вызванъ, очевидно, проникновеніемъ специфическаго микроорганизма черезъ поврежденные покровы рукъ,—черезъ изъязвленія, вызванныя отмороженіемъ пальцевъ. Первоначальныя явленія начались, какъ обычно, съ мускулатуры жевательной и глоточной, вызывая затрудненіе жеванія и глотанія, что дало поводъ заподозрить мѣстное пораженіе зѣва. Судорожныя приступы длились всего $1\frac{1}{2}$ сутокъ; общая продолжительность всего заболѣванія—4 сутокъ и нѣсколько часовъ; картина была въ выс-

шей степени типична, заболѣваніе тяжелое и кончилось смертью молодого, крѣпкаго субъекта.

3-й случай *retanus'a* наблюдался мной 24-го ноября 1907 г. въ Казанской акушерско-гинекологической клиникѣ ¹⁾.

Б. Юлія, 48 л., православная, занимается домашнимъ хозяйствомъ; замужемъ съ 21 года, за офицеромъ, имѣла 1 ребенка. Въ клинику поступила 11/хІ 1907 съ диагнозомъ: *cystoma glandularis cum degeneratione carcinomatosa ovarii dextri*.—При поступленіи отмѣчено: блѣдность покрововъ, среднее питаніе; со стороны органовъ дыханія, кровообращенія и пищеваренія отклоненія не констатировано.

16/хІ 1907 проф. В. С. Груздевымъ произведена операція. Попытки удалить опухоль черезъ передній и задній своды не увѣнчались успѣхомъ въ виду обнаружившагося распада опухоли и ея распространенности, почему перешли на лапаротомию; оказалась киста, перерожденная, повидимому, саркоматозно, распавшаяся; могла быть удалена лишь часть опухоли. Послѣоперационное теченіе особенностей не представляло; у больной дня 2—3 длилась икота, чувствовалось давленіе въ подложечной области, 20/хІ колющія боли подъ лѣвой грудью, 19/хІ смѣнены марлевые пласты, 21/хІ изъ влагища вынуты полоски марли; стѣнки ея некротизированы; введенъ тампонъ.

23/хІ на 8-й день послѣ операціи, больная проснулась въ 6 час. утра съ чувствомъ неловкости во рту (по ея словамъ, „языкъ высохъ, и слюна стала густая“), съ утра затрудненіе глотанія, все усиливающееся, такъ что днемъ оказалось невозможнымъ глотать даже воду; затрудненіе жеванія; днемъ—сведеніе челюстей неполное, затѣмъ усилившееся, до невозможности открыванія рта; замѣтно сузились глазныя щели, а въ груди къ вечеру появилось чувство легкаго стягиванія.—Въ 2 часа дня вынутъ тампонъ изъ брюшной раны, она смазана іодомъ и введенъ новый тампонъ; края раны воспалены и раздѣлены на отдѣльные пласты. *t*⁰ не повышена.

¹⁾ Пользуясь случаемъ, приношу проф. В. С. Груздеву признательность за разрѣшеніе использовать этотъ случай со стороны пораженія нервной системы.

Къ ночи явленія тризма усилились, послѣ инъекціи морфія (0,01) ослабли.

24/хІ. Спала послѣ морфія до 2 час. утра; къ утру обнаружилось сведеніе затылка. t° утромъ $37,9^{\circ}$; въ $10\frac{1}{2}$ час. у. $38,9^{\circ}$; въ 6 час. веч. $39,5^{\circ}$; $8\frac{1}{2}$ час. веч. $40,2^{\circ}$.

Въ $10\frac{1}{2}$ час. утра мною было констатировано у больной слѣдующее. — Сознаніе полное, п. 102, слабого напряженія; больная лежитъ въ постели и сѣсть не можетъ. Trismus, челюсти сведены, активное раскрытіе ихъ возможно до 0,5 cm.; дальнѣйшее раскрытіе ихъ (активное и пассивное) и движенія челюсти впередъ и въ стороны невозможны; mm. masseteres сильно напряжены: глотаніе невозможно (введенная въ ротъ жидкость не проглатывается). Risus sardonicus: вѣки замѣтно сжаты, на лбу и на щекахъ складки, углы рта нѣсколько оттянуты въ стороны; мышцы лица нѣсколько тонически напряжены, что затрудняетъ ихъ активную подвижность. Голова нѣсколько оттянута кзади, подвижность шеи (активно и пассивно) впередъ невозможна, назадъ и въ стороны сильно ограничена; движенія верхнихъ и нижнихъ конечностей вполнѣ возможны, незначительное трясеніе рукъ. Сильнѣйшая ригидность тыльных мышцъ шеи, напряженіе массетеровъ; пассивныя движенія конечностей свободны. Зрачки сужены; сухожильные рефлексы верхнихъ конечностей удовлетворительны (съ m. triceps sin. нѣсколько больше), коленные оживлены, намекъ на клонусъ стопъ. Иногда больная испытываетъ въ груди и рукахъ чувство стягиванія и вздрагиванія. Пототѣленіе повышено. Не пьетъ и не ѣстъ. Общая чувствительность не разстроена. Мочениспусканіе удовлетворительно.

Постепенно стали появляться судороги въ рукахъ (съ 2 час. дня) и въ ногахъ (часа въ 4); къ вечеру тризмъ ослабѣлъ, прошелъ, и нижняя челюсть отвисла. Въ $8\frac{1}{2}$ час. веч. $t. 39,5^{\circ}$, пульсъ пельзя сосчитать; общія судороги, opisthotonus; въ $10\frac{3}{4}$ часа веч. смерть при явленіяхъ асфиксіи. Больной введено подъ кожу 24/хІ: морфія въ растворѣ (по 0,01) нѣсколько разъ и въ 3 ч. дня 100 cc. антитетанической сыворотки Parke, Davis et Co. — Произведеннымъ бактериологическимъ изслѣдованіемъ выдѣлений брюшной раны клиническій діагнозъ tetanus'a былъ подтвержденъ (проф. И. Г. Савченко и д-ръ Бердниковъ).

Данный случай, касавшійся уже пожилой, интеллигентной женщины, начался обычными симптомами—легкимъ затрудненіемъ глотанія, жеванія, позднѣе усилившимися, къ чему черезъ нѣсколько часовъ присоединился тризмъ и легкое тоническое судорожное состояніе лицевыхъ мышцъ, въ 1-й же день обнаружилось чувство стягиванія въ груди; на слѣдующій день тризмъ усилился, присоединилась ригидность тыльных мышцъ шеи, легкое „вздрагиваніе“ въ груди и рукахъ, пульсъ участился, t° поднялась; къ вечеру появились тоническія судороги въ конечностяхъ, туловищѣ, t° еще больше повысилась, подѣ конецъ параличъ жевательныхъ мышцъ и наступила смерть—черезъ 41 часъ отъ появленія первыхъ неясныхъ еще признаковъ tetanus'a. Ясно выраженныя судорожныя приступы длились нѣсколько часовъ. Теченіе было такимъ образомъ быстрое; самое зараженіе, вѣроятно, произошло черезъ вызванную оперативнымъ вмѣшательствомъ рану живота или влагалища; т. е. этотъ случай можно причислить по его происхожденію къ „висцеральнымъ“.

II.

Клиническая картина только-что приведенныхъ случаевъ настолько опредѣленная, такъ типична именно для столбняка, что въ отношенія ихъ не приходится останавливаться на дифференціальномъ діагнозѣ (см. ниже).

Чтобы легче ориентироваться въ деталяхъ, сопоставимъ главные данныя, касающіяся нашихъ 3-хъ случаевъ, въ порядкѣ сдѣланнаго изложенія.

1. *Полъ*: 2 женщины (I и III) и 1 мужчина (II).
2. *Возрастъ*: 36 л. (I), 21 г. (II), 48 л. (III).
3. *Семейное положеніе*: 2 замужнихъ (I и III) и 1 холостой (II).
4. *Занятія*: прислуга (I), торговля (II), домашнее хозяйство (III).

5. *Заболѣваніе по времени относилось:* къ августу 1896 г. (I), февралю 1907 г. (II) и ноябрю 1907 г. (III).

6. *Предшествовавшее состояніе здоровья:*

I. Сифились, плохо леченный, ослабленіе питанія, роды за 2—3 недѣли до первыхъ признаковъ столбняка.

II. Совершенно здоровый субъектъ.

III. Neoplasma ovarii, ослабленіе питанія.

7. *Непосредственнымъ поводомъ къ зараженію tetanus'омъ могло послужить*

I. Послѣродовой періодъ. (?)

II. Отмороженіе пальцевъ рукъ (за 6 недѣль до появленія t.) съ послѣдующимъ омертвѣніемъ кожи, ради чего производились ежедневныя перевязки.

III. Серьезная гинекологическая операція за 7 дней до первыхъ признаковъ t.

8. *Продолжительность теченія столбняка и исходъ:*

I. Съ $\frac{1}{2}$ августа до 4 окт. 1896 г., т. е. $6-6\frac{1}{2}$ недѣль, при чемъ 1-й періодъ (начальныхъ симптомовъ) длился $1\frac{1}{2}-2$ недѣли (съ $\frac{1}{2}$ августа до 1/ix) и 2-й періодъ (судорожные приступы)—недѣли $2\frac{1}{2}$ сильно и недѣли 2 слабо. Исходъ—полное выздоровленіе.

II. Съ 4 по 8 февраля 1907 г., т. е. $4\frac{1}{2}$ сутокъ, при чемъ 1 періодъ длился 3 сутокъ (4/ii—7/ii), 2-й періодъ $1\frac{1}{2}$ сутокъ (7/ii—8/ii). Исходъ—смерть.

III. Съ 6 час. утра 23/xi 1907 г. по 11 час. веч. 24/xi 1907 г., т. е. 41 часъ, при чемъ 1-й періодъ длился около 32 часовъ (съ 6 ч. у. 23/xi до 2 час. дня 24/xi), а 2-й—8—9 часовъ (съ 2-хъ час. дня до 11 час. веч. 24/xi). Исходъ—смерть.

Въ отношеніи нашихъ 3-хъ случаевъ ясно, что tetanus не оказывалъ видимаго предпочтенія ни возрасту больныхъ, ни ихъ полу, ни семейному положенію, ни ихъ занятіямъ, ни времени года; не имѣло видимаго значенія и предшество-

вавшее состояніе здоровья. Что касается до непосредственныхъ поводовъ къ tetanus'у, то здѣсь отмѣчается полное сходство — въ II и III случаяхъ нарушеніе цѣлости кожныхъ покрововъ или слизистыхъ оболочекъ; въ I случаѣ связь tetanus'a съ послѣродовымъ періодомъ представляется также возможной, хотя клиническая картина не вполне отвѣчала проявленіямъ послѣродового столбняка. Очень интереснымъ представляется теченіе и исходъ всѣхъ случаевъ: въ I начальный періодъ тянулся долго, припадки tetanus'a нарастали медленно; онъ кончился выздоровленіемъ; II и III протекли быстро— $4\frac{1}{2}$ сутокъ и $1\frac{3}{4}$ сутокъ, симптомы нарастали очень скоро, общія судороги наступили въ I черезъ 3 дня, во II черезъ $1\frac{1}{4}$ сутокъ, тогда какъ въ I они появились лишь черезъ $1\frac{1}{2}$ —2 недѣли отъ начала заболѣванія; это указывало на бурный ходъ процесса во II и III случаяхъ, на сильную интоксикацію, послѣдствіемъ чего явилась смерть.

Симптоматологія всѣхъ 3-хъ случаевъ представляетъ большое сходство. Въ начальномъ періодѣ (до появленія судорогъ въ конечностяхъ) отмѣчается у всѣхъ больныхъ въ качествѣ первыхъ симптомовъ затрудненія жеванія (I, II, III), глотанія (I, II, III); чувство стягиванія въ горлѣ, неловкости во рту, ощущеніе сгущенія слюны и сухости языка (II и III), сведеніе челюстей, легкая тоническая судорога лицевыхъ мышцъ (III); изъ общихъ явленій—недомоганіе, нервозность, отсутствіе аппетита; въ I ознобъ, боли въ спинѣ и шеѣ; стягиванія и вздрагиванія; въ III боли подъ лѣвой грудью и давленіе подъ ложкой.

Проявленія 2 го періода—общихъ судорогъ—выражались также типично у всѣхъ больныхъ. Повышеніе t° тѣла, сильное учащеніе пульса, сильная потливость, особенно во время приступовъ судорогъ, когда наблюдается и синюха лица; затрудненіе жеванія и глотанія ad maximum; risus sardonicus; рѣзкій trismus, сведеніе тыльныхъ мышцъ шеи болѣе или менѣе рѣзкое, иногда и нижнихъ конечностей (I), рѣзкое на-

пряженіе жевательныхъ мышцъ. Сухожильные рефлексъ на рукахъ оживлены (въ I повышены), на ногахъ нѣсколько повышены, суженіе зрачковъ; мочеиспусканіе нѣсколько затруднено (во время сильныхъ судорогъ незначительное произвольное выдѣленіе мочи въ I). Чувствительность и сознаніе сохранены. Активная и пассивная подвижность нѣкоторыхъ мышечныхъ группъ, находящихся въ состояніи тонической судороги, ограничена или утрачена.—Неправильно-періодически приступы общихъ судорогъ всего тѣла до opisthotonus (въ 3 случая), съ затрудненіемъ дыханія, усиливающимся или вызывающимъ вышними раздраженіями (I больная при этомъ разъ прикусила языкъ, также, повидимому, и II-й). Эти приступы судорогъ иногда носятъ очень тяжелый характеръ, при рѣзкой степени асфиксіи; во II случаѣ пришлось наблюдать послѣ такого сильнѣйшаго приступа непродолжительный коллапсъ, который удалось прекратить искусственнымъ дыханіемъ. Продолжительность приступовъ сильныхъ судорогъ— $\frac{1}{2}$ — 1 минуты.

III.

Къ дифференціальному распознаванію столбняка.

Обращаясь къ симптоматологіи начального періода нашихъ случаевъ tetanus'a, видимъ какъ приходится быть осторожнымъ при оцѣнкѣ жалобъ больныхъ на общее недомоганіе, чувствъ неловкости и чувствъ стягиванія въ горлѣ, языкѣ, челюстяхъ, затрудненія жеванія и глотанія, чувство стягиванія и вздрагиванія въ конечностяхъ и туловищѣ и т. д. Иногда эти явленія приписываются ревматическому состоянію, нервозности субъектовъ и т. д., почему и не устанавливается своевременно ихъ истинное значеніе.

Тотъ періодъ болѣзни, когда имѣется явно выраженный тризмъ, тоническое напряженіе лицевыхъ мышцъ, типичныя приступы судорогъ, какъ было въ моихъ случаяхъ,—уже не представляетъ затрудненій для діагноза страданія. Однако,

нѣкоторыя болѣзненные состоянія могутъ до извѣстной степени напоминать по своимъ проявленіямъ tetanus, симулировать его; поэтому вполне уместно посвятить нѣсколько словъ дифференціальному распознаванію имѣя въ виду съ одной стороны tetanus, а съ другой—тетанію, острое воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, отравленіе стрихниномъ, истерію, острый бульбарный параличъ, водобоязнь.

1. *Тетанія*—инфекціонная болѣзнь, эндемически обнаруживающаяся въ извѣстной мѣстности, преимущественно, поздней осенью, въ началѣ зимы, ранней весной, длящаяся болѣею частью нѣсколько недѣль, и не рѣдко повторяющаяся у одного и того же больного по нѣскольку разъ. Она проявляется типичной тонической, двусторонней, перемежающейся судорогой длительною отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ и даже дней въ верхнихъ конечностяхъ, рѣже и въ нижнихъ, („акушерская рука“), *pes equino-varus*, признаками *Chvostek'a*, повышение механической возбудимости двигательныхъ нервовъ, напр., сокращеніе лицевыхъ мышцъ при ударѣ молоточкомъ по вѣтвямъ n. facialis), *Trousseau* (проявленіе тонической стереотипной судороги руки при сдавленіи нервно-сосудистаго пучка, напр., *in sulco bicipitali interno*), *Erb'a* (повышенная электровозбудимость нервно-мышечнаго аппарата, подверженнаго судорогѣ). При ней не наблюдается обыкновенно ни тризма, ни расстройства глотанія, ни такихъ распространенныхъ сильныхъ общихъ судорогъ, какъ при тетанусѣ, ни явленій асфиксіи. При перемежѣ обстановки, климата, улучшеній жизненныхъ условій, (квартира, питаніе, свѣтъ, тепло), а также иногда подъ вліяніемъ *thyreoidin'a*, *chinin'a*, тетанія проходитъ. Отсюда ясна вся разница между ней и столбнякомъ. Однако, въ тяжелыхъ случаяхъ тоническія судороги при тетаніи могутъ распространяться въ послѣдствіи на дыхательную и жевательную мускулатуру, на мышцы глотки, гортани, языка, туловища. Отличіемъ отъ столбняка служить типичное начало судорогъ при тетаніи съ пе-

риферическихъ отдѣловъ конечностей, при чемъ руки (главнымъ образомъ кисти) поражаются сильнѣе и раньше, чѣмъ ноги, и при томъ за долго до наступленія тризма, тогда какъ при столбнякѣ, наоборотъ, мышцы рукъ и кисти въ частности щадятся или вовлекаются въ участіе впоследствии лишь— и то рѣдко, тогда какъ тризмъ—наиболѣе ранній, стойкій и характерный симптомъ tetanus'a. Самый характеръ судорожнаго приступа неодинаковъ: онъ несравненно болѣе тяжелъ и продолжителенъ при столбнякѣ.

Тетанія, развивающаяся вслѣдствіе отсутствія или недостатка въ организмѣ секрета щитовидной железы (t. stru-
mipriva) или вслѣдствіе тяжелыхъ желудочно-кишечныхъ заболѣваній—рѣже острыхъ гастритовъ, перитифлитовъ, чаще—хроническихъ (напр., расширение желудка, глисты), въ зависимости отъ явленій аутоинтоксикаціи отъ токсическихъ явленій при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ и т. д., проявляется, въ общемъ аналогичными припадками.

2. Острое воспаленіе оболочекъ головного и спинного мозга въ различныхъ формахъ а. *Meningitis spinalis acuta* характеризуется помимо тугоподвижности позвоночника ригидности тыльных мышцъ шеи, opisthatonus'a, тонического напряжения мышцъ туловища симптомами со стороны чувствительной сферы: сильными болями въ спинѣ, стрѣляющими болями въ конечностяхъ, сильной болѣзненностью позвоночника, повышеніемъ кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ, гиперестезіей кожи, иногда очень сильной, признакомъ Керинга, общими тяжелыми явленіями (потрясающій ознобъ, лихорадка, бредъ, потери сознанія, рвота—иногда, головная боль и т. д. Процессъ протекаетъ остро и сопровождается позднѣе параличами, анестезіями, тазовыми расстройствами и т. д., если не закончится быстро смертию.

б. Обыкновенно эти случаи протекаютъ совмѣстно съ острымъ воспаленіемъ оболочекъ и головного мозга (*meningitis cerebro-spinalis acuta*), симптомы пораженія котораго вно-

сать въ клиническую картину свой элементъ, очень часто даже выступающей на первый планъ. Изъ общихъ симптомовъ при этомъ отмѣчается: головная боль, головокруженіе, отсутствіе аппетита, упадокъ силъ, мозговая рвота, лихорадочное состояніе, та или иная степень помраченія сознанія до его полной утраты, бредъ и т. д. Затѣмъ присовокупляются явленія раздраженія центральной нервной системы: сведеніе затылка, призывъ Керинга, мѣстныя или общія судороги клоническаго, рѣдко тоническаго характера, иногда тризмъ; послѣдующей стадіей служатъ явленія выпаденія двигательныхъ функций головного мозга (параличи черепныхъ нервовъ и конечностей); она, впрочемъ, можетъ появиться одновременно или даже раньше стадіи раздраженія. Процессъ—тяжелый, въ громадномъ большинствѣ случаевъ кончающійся смертію; обыкновенно существуетъ какой-либо источникъ для его происхожденія (острыя инфекціонныя заболѣванія, септицемія, піемія, абсцессы уха, черепныхъ костей, сосѣднихъ органовъ и т. д.).

с. Приблизительно такими же особенностями отличается и *meningitis ceresro-spinalis epidemica*, протекающей, однако, еще болѣе бурно—по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ. Довольно скоро наступаютъ сильнѣйшія явленія раздраженія въ видѣ опѣшенности затылка, затѣмъ челюстей, туловища и конечностей—до рѣзкихъ степеней тризма и опистотона; бывають и общія судороги. Участіе чувствительной сферы выражается пораженіемъ зрительнаго и слухового нервовъ, опоясывающими болями туловища, головы и т. д. Затѣмъ въ картинѣ болѣзни фигурируютъ параличи отдѣльных черепныхъ нервовъ или конечностей (моно-гемиплегія), высыпанія на кожѣ (особенно herpes), болышая или меньшая степень помраченія сознанія до полной комы, сильнѣйшая головная боль, рвота, лихорадочное состояніе и т. д. Около 60% случаевъ (въ среднемъ) оканчиваются смертію, въ остальныхъ случаяхъ—полное или неполное выздоровленіе съ дефектами ча-

сто на всю жизнь (слѣпота, глухонѣмота, параличи, судороги и т. д.). Причиной является специальная инфекция (*meningococcus intracellularis* Wechselbaum'a).

Изъ сказаннаго ясно, что случаи *tetanus*'а рѣзко отличаются отъ только-что описанныхъ формъ остраго менингита, не взирая на то, что и при послѣднихъ наблюдаются постоянно явленія раздраженія со стороны центральной нервной системы (судороги общія, тризмъ, опистотонъ): развитіе всей клинической картины, весь ходъ заболѣванія здѣсь развѣтятся другъ отъ друга, при столбнякѣ нѣтъ обыкновенно головныхъ болей, помраченія сознанія, рвоты, расстройствъ чувствительной сферы и т. д., что такъ характерно для остраго воспаления мозговыхъ оболочекъ.

3. При *остромъ бульбарномъ параличѣ* развивающемся на почвѣ кровоизліаній или размягченія въ *bulbus* или воспаления его сѣраго вещества, могутъ возникать явленія раздраженія въ двигательной сферѣ (*trismus*, общія судороги); однако, ясные анатомическіе признаки пораженія *bulbus* позволяютъ легко установить діагнозъ и исключить *tetanus* (своеобразное распредѣленіе параличей и анестезія, бульбарные симптомы и т. д., и, наконецъ, рѣдко наблюдаемое помраченіе сознанія до полной комы).

Тризмъ на почвѣ пораженія р. *Varoli*, базильныхъ узловъ и коры наблюдается не часто, обыкновенно сопровождается другими объективными данными, позволяющими установить діагнозъ.

4. При *отравленіи стрихниномъ* распознаваніе облегчается анамнестическими данными и явленіями общаго отравленія, сильно повышенной рефлексорной возбудимостью уже въ самомъ началѣ (при *t.*—обнаруживается поздно), отсутствіемъ тризма въ началѣ, быстрымъ развитіемъ картины судорогъ, отсутствіемъ продолжительнаго тризма.

5. Судорожныя явленія, наблюдаемыя при *истеріи*, иногда могутъ напоминать столбнякъ; такъ, при ней встрѣчается и

общій тоническій спазмъ мышцъ туловища и конечностей, и тризмъ, и опистотонусъ, и тоническая судорога (контрактура) отдѣльных мышечныхъ группъ и т. д. Распознаваніе устанавливается на основаніи цѣлаго ряда явленій, а именно: наличность другихъ признаковъ истеріи, вліяніе психической сферы на подобныя проявленія (въ смыслѣ ихъ происхожденія, усиленія, исчезновенія), полиморфность истерическихъ явленій, ихъ быстрая измѣнчивость, а иногда, наоборотъ, ихъ стойкость в теченіе многихъ недѣль, мѣсяцевъ и даже лѣтъ, отсутствіе колебаній t^0 и другихъ признаковъ инфекціоннаго заболѣванія и т. д. Опистотонъ, бывающій обычно лишь во время истерическихъ припадковъ, длится обыкновенно не долго, смѣняясь или сопровождаясь нерѣдко клоническими судорогами другихъ частей тѣла, возгласами, галлюцинаціями и т. д.; тризмъ иногда держится часами и днями, можетъ моментально исчезнуть и вновь появиться подъ вліяніемъ психическаго аффекта. Задержка дыханія не влечетъ за собой той сильной асфіксіи, которая иногда заканчивается смертью тетаника. Весь *habitus* истеричнаго субъекта, все проявленіе судорожнаго истерическаго припада, все теченіе его позволяютъ легко ориентироваться и отличать *tetanus* отъ истеріи въ особенности, если въ этому присоединить и свѣдѣнія анамнестическія.

По этому поводу не могу не привести случая, который мнѣ пришлось видѣть въ мартѣ 1907 г. въ одномъ изъ мѣстныхъ лечебныхъ заведеній.

У 17-ти лѣтн. юноши послѣ операціи удаленія полиппа изъ прямой кишки вскорѣ же (часа черезъ два) появилось судорожное сжатіе челюстей, невозможность глотать, страхъ, чрезвычайное нервное состояніе и т. д. Будучи приглашенъ вскорѣ же врачомъ, наблюдавшимъ больного, я распозналъ чисто истерическое состояніе, вызванное страхомъ операціи; подъ вліяніемъ бесѣды и внушенія больной быстро успокоился, получилъ возможность пить и тризмъ у него прошелъ, хотя въ началѣ былъ выраженъ сильно; аналогичныя явленія по-

вторились еще разѣ 3 въ болѣе слабой степени и затѣмъ все прошло.

6. *Водобоязнь* (hydrophobia) въ извѣстную стадію своего теченія проявляется припадками, имѣющими общее со столбнякомъ. Послѣ продромальныхъ явленій (безпокойное состояніе, недомоганіе, угнетенное настроеніе, легкое лихорадочное состояніе и т. п.). Обнаруживается (Gowers, Т. II) непріятное ощущеніе въ горлѣ, чувство давленія, легкое затрудненіе при глотаніи жидкостей и при попыткѣ пить—судороги въ глоткѣ, которыя въ нѣсколько часовъ увеличиваются и переходятъ на дыхательныя мышцы, вызывая короткія быстрыя выханія. Затѣмъ появляются сильныя вдыхательныя судороги при участіи вспомогательныхъ дыхательныхъ мышцъ. Весьма рѣдко первымъ симптомомъ служитъ сильная и внезапная судорога pharyngis. Подобный спазмъ наступаетъ все легче и легче—даже при простомъ прикосновеніи губъ къ водѣ, прикосновеніи въ кожѣ—благодаря кожной гиперестезіи. Не проглатывается часто и слюна, дѣлающаяся тягучей, густой; иногда рвота; судороги вызываются и усиливаются зрительными и слуховыми раздраженіями (видъ воды, звукъ падающихъ капель ея, свѣтъ и т. д.) благодаря гиперестезіи органовъ чувствъ. Ужасъ больныхъ возрастаетъ.

Судороги, первоначально ограничивавшіяся мышцами, участвующими въ актѣ глотанія и дыханія, распространяются на другія мышцы тѣла; судорожные приступы становятся общими; получается общее мышечное тетаническое напряженіе, съ опистотономъ, или нѣчто въ родѣ истерическихъ судорогъ. Кожные и сухожильные рефлексы повышены.

Душевное состояніе больныхъ все ухудшается, усиливается ихъ страхъ, появляются обманы органовъ чувствъ, маниакальное состояніе, бредъ; иногда они бросаются на окружающихъ, плюютъ на нихъ, пытаются кусать; временами наблюдается улучшеніе психическаго состоянія, затѣмъ смѣняющееся новымъ ожесточеніемъ. При усиленіи душевнаго раз-

стройства судороги глотательной и дыхательной мускулатуры, а также и судорожные приступы могут уменьшиться и совершенно исчезнуть; больной умирает затѣмъ отъ истощенія; смерти можетъ предшествовать развитіе парезовъ пораженной мускулатуры; смерть можетъ наступить и раньше вслѣдствіе асфиксіи или паралича сердца.

Водобоязнь — болѣзнь инфекціонная; инкубаціонный періодъ колеблется въ широкихъ предѣлахъ, въ среднемъ 6—7 недѣль, иногда меньше мѣсяца (самый короткій описанъ въ 12 дней), иногда больше—2—6—9—12—18 мѣсяцевъ и даже по авторамъ, больше. Исходъ вполне развитой болѣзни—смертельный.—Продолжительность болѣзни—отъ 12 часовъ до 10 дней (обыкновенно 2—4 дня).

При дифференціальномъ діагнозѣ между столбнякомъ и водобоязнью нужно имѣть, слѣдовательно, въ виду развитіе при водобоязни особаго психическаго состоянія, а позднѣе—разстройства, исходнымъ пунктомъ для котораго является своеобразное отношеніе больного къ водѣ, ея питью, ея виду и т. д. При столбнякѣ обыкновенно не бываетъ нарушенія психической сферы.—Далѣе, особые ощущенія—въ горлѣ и затрудненіе при глотаніи, бывающія въ начальной стадіи водобоязни и столбнякѣ, отличаются, однако, въ томъ и другомъ случаѣ извѣстными особенностями: при столбнякѣ помимо этихъ ощущеній, зависящихъ отъ начальной стадіи тояического спазма, одновременно съ тѣмъ или быстрѣе (черезъ нѣсколько часовъ, 1—2 дня) обнаруживается явная ригидность жевательныхъ мышцъ, тризмъ, держащійся уже потомъ очень долгое время, а вскорѣ же присоединяется ригидность шейныхъ мышцъ. При водобоязни обыкновенно затрудняется проглатываніе главнымъ образомъ жидкостей и при попыткахъ пить появляется судорога въ глоткѣ, переходящая и на дыхательныя мышцы (дыхательный спазмъ); къ водѣ больной чувствуетъ непреодолимый страхъ; при столбнякѣ глотаніе затруднено лишь въ силу судороги тояической мышцы и здѣсь

не играет никакой роли психический аффектъ, какъ при водобоязни. Тризмъ и ригидность затылка при столбнякѣ—одни изъ самыхъ раннихъ симптомовъ, тогда какъ при водобоязни въ самомъ началѣ выступаетъ дыхательная судорога при попыткахъ глотанія.

Впрочемъ, при одной разновидности столбняка, извѣстной подъ названіемъ „*tetanus hydrophobicus*“, наступающій за раненіями лица и головы, наблюдаются расстройства глотанія и дыхательныя судороги; однако, кромѣ того, можно тутъ же наблюдать судорогу, а затѣмъ и параличъ *n. facialis*, *trismus*, параличи глазныхъ мышцъ, и затѣмъ картину общаго *tetanus*'а.

Періодъ инкубаціи при столбнякѣ короче, чѣмъ при водобоязни; кромѣ того, свѣдѣнія анамнестическія и самый ходъ процесса играютъ не малую роль въ дифференціальной діагностикѣ.

7. Начальная стадія столбняка, характеризующаяся затрудненіемъ глотанія, затрудненіемъ движеній шеи, неподвижностью шеи и т. д., можетъ быть принята за поражение зѣва (*angina*), мышечный ревматизмъ, невралгіи и т. д.; однако, отсутствіе въ нихъ объективныхъ измѣненій въ зѣвѣ, болѣзненности мышцъ и нервныхъ стволовъ, а главное—быстро обнаруживающійся тризмъ, ригидность затылка и тетаническія судороги позволяютъ легко ориентироваться.

Въ заключеніе напомнимъ, что тамъ гдѣ это удобоисполнимо, бактериоскопическое изслѣдованіе является хорошимъ діагностическимъ приемомъ; помнить однако слѣдуетъ, что существуютъ сходныя формы микробовъ, могущія имитировать *bacillus tetani*, а именно: *b. pseudotetanicus sanfelice* b. *pseudotetanicus aerobus* Kruse, *b. Labinski*, *b. patrificus coli* Bienstock и др.; поэтому требуется тщательность изслѣдованія и несомнѣнная опытность изслѣдующаго.

IV.

Столбнякъ—инфекціонное заболѣваніе, при которомъ главнымъ образомъ поражается нервная система. Его обуславливаетъ особый микроорганизмъ, „барабанная палочка“, открытый въ 1884 г. въ землѣ *Nicolaïer*'омъ, обнаруженный впервые въ гною больного *tetanus*'омъ въ 1886 г. *Rosenbach*'омъ, а въ чистой культурѣ полученный *Kitasato* въ 1889 г.

Встрѣчаясь ¹⁾ чаще у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ (послѣдніе подвергаются вреднымъ вліяніямъ рѣже), при томъ въ любомъ возрастѣ (чаще между 10 и 40 годами), *t.* гораздо чаще наблюдается въ жаркихъ странахъ и у чернокожихъ расъ.—Инкубаціонный періодъ *t.*, имѣя въ виду время появленія его первыхъ симптомовъ послѣ травмы, измѣняется въ среднемъ 5—14 днями, рѣдко 3—4 недѣлями, иногда, напротивъ, даже часами (12—17 и даже будто бы меньше).

Исходомъ t. можетъ быть или полное выздоровленіе, или смерть; смертность очень высока: для *tetanus traumaticus* она около 90%, для *t. idiopathicus*—около 50%, для *t. neonatorum*—тоже около 90%, при *t. puerperalis* выздоровленій, по *Gowers*'у не наблюдалось. Смерть наступаетъ большею частью въ первые 5—6 дней, иногда въ первые 14 дней; по истеченіи двухъ недѣль *prognosis quo ad vitam* становится довольно благоприятнымъ.

Клинически различаютъ нѣсколько *разновидностей* столбняка.

T. traumaticus наблюдается послѣ нарушенія цѣлости кожныхъ покрововъ и слизистыхъ оболочекъ самаго разнообразнаго происхожденія и характера, чѣмъ облегчается возможность проникновенія въ ткани заразнаго начала; опасность заболѣванія усиливается для лицъ, у которыхъ раны могутъ

¹⁾ По *Gowers*'у, Ручов. къ болѣзнямъ нервной системы, т. II, 1896.

загрязниться пылью, землей, навозомъ и т. д., т. е. тѣми средами, гдѣ бациллы *t.* находятся въ природѣ.

T. idiopathicus s. rheumaticus, по описанію прежнихъ авторовъ, возникаетъ послѣ охлажденія тѣла, такъ наз. простуды, (появляясь черезъ нѣсколько часовъ, 1—2 дня), послѣ такихъ состояній, какъ опьяненіе, инсоляція, сильныя душевныя волненія, воспаленіе серозныхъ оболочекъ въ связи съ простудой. При этомъ поврежденій наружныхъ или вовсе нельзя было установить, или они, будучи при томъ незначительными, задолго предшествовали „простудѣ“ и столбняку (см. ниже).

T. puerperalis часто наблюдается въ жаркихъ странахъ и представляетъ, вѣроятно, самую страшную форму болѣзни; (въ Бомбей за три года умерло отъ нея 232 женщины); въ тропиковъ она встрѣчается весьма рѣдко (Gowers). Промежутокъ времени между выкидышемъ и первыми симптомами *t.* 5—13 дней, а между родами и *t.*—5—7 дней, иногда и нѣсколько больше.

T. neonatorum часто встрѣчается въ жаркихъ странахъ; наступаетъ между 3—7 днемъ, рѣдко позже двухъ недѣль.

T. hydrophobicus (см. ниже).

Симптоматологія. Съ клинической стороны tetanus проявляется вполне типично и довольно однообразно; разнообразіе вносятся или мѣстомъ первоначальнаго пораненія, или быстротой развитія припадковъ, и ихъ теченіемъ.

Первоначальные симптомы появляются въ теченіе первыхъ двухъ дней съ момента поврежденія, чаще—черезъ 5—10 дней или даже черезъ нѣсколько недѣль. Послѣ незначительныхъ общихъ явленій (иногда и мѣстныхъ—боли въ области epigastris или на мѣстѣ поврежденія) появляется чувство напряженія, одеревенѣнія въ мышцахъ челюстей и шеи, въ языкъ, затрудненіе при глотаніи, жеваніи; выступаетъ вскорѣ (нѣсколько часовъ 1—2 дня) ясное затрудненіе движенія челюсти вслѣдствіе тризма; присоединяется быстро сведеніе

мышцъ шеи, голова отклоняется взадъ; затѣмъ ригидность переходитъ на мышцы спины и туловища, которое принимаетъ разнообразное положеніе въ зависимости отъ преобладанія сокращенія тѣхъ или другихъ мышцъ (*opisthotonus* — позвоночникъ образуетъ дугу, выпуклостью впередъ, *emprosthotonus* дуга позвоночника обращена выпуклостью взадъ, *pleurothotonus* дуга позвоночника обращена выпуклостью въ бокъ, *orthotonus* позвоночникъ представляетъ одну прямую линію). Затѣмъ тоническій спазмъ переходитъ и на ноги (вытянуты) и лишь слабо—и не всегда—на руки (приводятся къ боковой части туловища); кисти обычно не участвуютъ).

Одновременно или нѣсколько позже развитіе тризма выступаетъ легкая тоническая судорога лицевыхъ мышцъ, подъ вліяніемъ чего лицо принимаетъ характерное выраженіе (*risus sardonicus*, см. наши случаи), по которому нерѣдко можно узнать тетаника съ перваго взгляда. Тризмъ усиливается настолько, что челюсти оказываются совершенно сведенными, такъ что разговоръ, пріемъ пищи становятся невозможными.

Болѣе или менѣе скоро наступають особые судорожные припадки продолжительностью въ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1—2 минуты, во время которыхъ описанное судорожное состояніе мускулатуры достигаетъ максимум'а и сопровождается рѣзкими явленіями удушья, во время чего можетъ наступить смерть; за сильнымъ приступомъ слѣдуетъ періодъ расслабленія мускулатуры, иногда состояніе общей простраціи, причемъ тризмъ всетаки не исчезаетъ (это — наиболѣе ранній и въ тоже время стойкій симптомъ). Нерѣдко наблюдаются запоры, затрудненное выведение мочи—до полной *retentio urinae*. Т^о нормальна или повышена (главнымъ образомъ подъ конецъ жизни); очень характернымъ является обильный потъ, особенно во время припадковъ; иногда *herpes zoster* на губахъ. Чувствительность и сознаніе обыкновенно сохранены; сухожильные рефлексъ оживлены или повышены.

Интересную разновидность представляет тетанус головы (*t. hydrophobicus*, *s. paralyticus*, *s. bulbaris*) ¹⁾. Возникая послѣ поврежденій лица или головы (каріоз. зубы, отитъ и т. д.), онъ проявляется вначалѣ судорогой (отдѣльныхъ) лицевыхъ мышцъ на сторонѣ поврежденія (иногда прямо параличемъ ихъ); затѣмъ тризмъ, судороги глотки, гортани, тыльныхъ мышцъ шеи, параличъ лицевыхъ мышцъ; могутъ присоединиться параличи глазныхъ мышцъ, судороги языка, саливація; повышенная рефлексорная возбудимость глотки вызываетъ судорогу при попыткахъ проглотить пищу, воду (что называется гидрофобію); дѣло можетъ дойти до полной дисфагіи, невозможности говорить и т. д. Наблюдается гиперэстезія или гипэстезія лица. — Явленія гипертоніи могутъ перейти далѣе на мускулатуру туловища и конечностей и дать картину общаго *tetanus*'a.

Этіологія и патогенезъ. Tetanus обуславливается проникновеніемъ спеціального микроба въ организмъ, причемъ клиническія явленія, стояція въ связи съ особымъ измѣненіемъ первой системы, зависятъ исключительно отъ вредоноснаго вліянія вырабатываемыхъ токсиновъ столбняка, въ высшей степени ядовитыхъ.

Среди этихъ токсическихъ продуктовъ отличаютъ ²⁾: *тетаноспазминъ*, вызывающій спеціальное пораженіе первво-мышечной системы и обуславливающій собственно тоническія судороги мускулатуры; *тетанолизинъ*, растворяющій красные кровяные шарики; изъ культуръ столбнячныхъ палочекъ былъ выдѣленъ *токсилъбуминъ*. Токсинъ *t.* очень нестоекъ въ отношеніи химическихъ и физическихъ вліяній и быстро утрачиваетъ при храненіи значительную часть первоначальной ядовитости; такъ вліяетъ разсѣянный свѣтъ въ присутствіи O

¹⁾ См. Oppenheim, 1905 г.

²⁾ Liberti, Centralb. f. Bacteriol., 1905; Вѣстн. общ. гігіены и т. д., 1905, іюнь.

воздуха; солнечный свѣтъ разрушаетъ ядъ *t.* въ 15—18 часовъ; очень чувствителенъ ядъ *t.* къ дѣйствию теплоты электричества, спирта, окислителей (въ томъ числѣ очень жидкихъ растворовъ *kalī hypermang.*), большинства кислотъ.

Bacillus tetani Nicolaiier'a—анаэробъ, хотя можетъ развиваться при доступѣ атмосфернаго кислорода. Его біологическія свойства и отношеніе къ организму весьма интересны и объясняютъ многія явленія, наблюдаемыя при столбнякѣ¹⁾. Введеніе живыхъ бациллъ или ихъ споръ, но безъ токсина, переносятся безнаказанно (*Vaillard*), и бациллы постепенно поглощаются фагоцитами, разрушаются и удаляются изъ тѣла, не успѣвъ образовать токсиновъ. Однако, при нарушеніи нормальныхъ защитительныхъ условій организма, при измѣненіи явленій фагоцитоза (напр., при введеніи бациллъ *t.* съ другими бациллами, съ молочной кислотой, при загрязненіи раны, при введеніи *chīnīnī* подъ кожу, при гипертерміи и т. д.) бациллы задерживаются въ тѣлѣ, образуютъ токсины и вызываютъ tetanus.

Попавъ въ тѣло черезъ пораненія покрововъ часто даже незамѣтнымъ для больного способомъ, бациллы довольно продолжительное (?) время могутъ тамъ оставаться, не проявляя себя замѣтнымъ образомъ; и лишь при наступленіи благоприятныхъ къ тому условій ихъ жизнеспособность повышается и въ результатѣ является картина столбняка; этому подтвержденіемъ служатъ случаи такъ наз. ревматическаго или идиопатическаго столбняка, столбняка послѣ дѣйствія сильнаго солнечнаго жара и т. д., которымъ не предшествуетъ непосредственное пораненіе. Сказанное подтверждается и опытами *Vincent'a* (1904 г.): если морской свинкѣ ввести подъ кожу тетаническіе бациллы безъ токсина и черезъ 30—60 дней видимаго здоровья подвергнуть ее гипертерміи въ термостатѣ при 40° С., при чемъ послѣ повышенія *t°* ея тѣла до 42—

¹⁾ *Габричевскій. Медицинская бактеріологія, изд. 1907 г.*

42,5° С. опытъ прекращаютъ, то нѣсколько дней спустя развивается острый почти молніеносный tetanus, при чемъ бациллы оказываются во всѣхъ органахъ.

Не слѣдуетъ забывать также и того, что въ кишечникѣ человека бациллы tetanus'a обнаружены были въ 5%, и у животныхъ даже въ 50% всѣхъ случаевъ; возможно что появленіе столбняка иногда обусловливается именно проникновениемъ въ организмъ бациллъ изъ кишечника; съ другой стороны введеніе культуръ и токсиновъ tetanus'a черезъ нормальный желудочно-кишечный каналъ не вызываетъ заболѣванія (Konsom, 1898).

Введеніе тетаническаго токсина подъ кожу и въ особенности въ нервный стволъ влечетъ за собой развитіе столбняка.

Интересно отношеніе токсина t. къ различнымъ тканямъ организма и химическимъ веществамъ: оказывается, что онъ связывается и отчасти нейтрализуется (обезвреживается), будучи соединенъ механически съ центральной нервной системой (особенно головнымъ мозгомъ), тканью селезенки, печени, легкихъ, далѣе,—съ холестириномъ, лецитиномъ, антипириномъ, невриномъ, бетайномъ, анилиновыми красками. Это дѣйствіе примѣсей зависитъ не отъ разрушающаго вліянія ихъ на токсинъ, а скорѣе отъ другихъ причинъ (замедленіе всасыванія, усиленіе фагоцитоза и т. д.). Такъ, введеніе смѣси эмульсіи изъ головного мозга съ 3—10 смертельной дозой t. токсина не вызываетъ у морской свинки tetanus'a, но онъ является при раздѣльномъ впрыскиваніи обоихъ веществъ; въ подобной эмульсіи токсинъ не разрушается и можетъ быть выдѣленъ изъ нея въ неизмѣненномъ видѣ.

По общепринятымъ воззрѣніямъ, ядъ t. распространяется главнымъ образомъ по периферическимъ (двигательнымъ) нервамъ къ ц. нервной системѣ. При этомъ периферическіе нервы не подвергаются замѣтнымъ измѣненіямъ, они являются лишь проводниками для токсина тетануса, благодаря какому-то особому средству токсина къ нервной ткани; такимъ образомъ,

здѣсь можно говорить о токсической проводимости нерва, по аналогіи съ микробной проводимостью нерва для *virus rabies*, при которомъ также строеніе нервнаго ствола не нарушается и почти никогда не нарушаются и его функціи, не смотря на то, что ядъ отъ мѣста укуса восходитъ втеченіе продолжительнаго времени вдоль периферическихъ нервовъ до нервныхъ центровъ. Поэтому подобное состояніе слѣдуетъ строго отличать отъ такъ наз. восходящаго неврита, главнымъ образомъ послѣ травматическаго происхожденія, при чемъ нервъ такъ или иначе грубо повреждается; въ немъ подъ влияніемъ попутной инфекціи возникаетъ воспалительный процессъ, выполняющій типично и опредѣленно протекающій въ клиническомъ и гистологическомъ отношеніи.

Очень интересенъ вопросъ о судьбѣ столбнячнаго яда въ организмѣ и объ его отношеніи къ нервной системѣ ¹⁾. Если ввести токсинъ *t.* подъ кожу воспримчиваго животнаго, то большая часть его переходитъ въ лимфатическіе сосуды и затѣмъ въ кровь довольно быстро, а меньшая часть „всасывается“, вбирается нервными окончаніями и по нервнымъ волокнамъ проводится къ соответствующимъ нервнымъ центрамъ; при этомъ проведеніе яда къ центрамъ происходитъ не по лимфатическимъ путямъ нервовъ, а въ плазмѣ нервныхъ волоконцевъ осевого цилиндра; для подобнаго „воспріятія и проведенія“ токсина необходима цѣлость осевого цилиндра. Если впрыснуть токсинъ въ *мышцу*, то онъ появляется сначала въ омывающей ее лимфѣ, а затѣмъ, всасываясь нервными окончаніями, проводится по нервамъ къ соответствующимъ центрамъ; ядъ, введенный въ мышцы икры морской свинки, обнаруживается въ крови черезъ 10 минутъ, въ сѣдалищномъ же нервѣ лишь черезъ 1½ часа. При впрыскиваніи яда *t.* въ паренхиму *нервовъ* достаточно очень малыхъ дозъ его для вы-

¹⁾ *N. Liberti*. Centralbl. f. Bacteriologie, 1905, реф. Вѣстн. обществ. гигиены и т. д., 1905, р. 904.

зова тяжелыхъ явленій *t.*, тогда такъ при введеніи подъ кожу или въ особенности въ кровь требуются гораздо большія количества токсина и наблюдается болѣе продолжительная инкубація. Введеніе токсина въ нервъ послѣ предварительнаго впрыскиванія въ него антитоксина не вызываетъ явленій *tetanus'a*. Если ввести токсинъ въ нервный стволъ и нарушить цѣлость спинного мозга на опредѣленномъ мѣстѣ, дѣйствіе яда ограничится только соотвѣтствующимъ отдѣломъ мозга, не распространяясь на выше лежащія области. При впрыскиваніи токсина въ *спинной мозгъ*, картина столбняка (*t. doloresus*) развивается быстро. При введеніи яда въ *кровь* получается тетавическое сведеніе всѣхъ мышцъ—благодаря одновременному проведенію токсина по нервнымъ вѣтвямъ къ центрамъ.

V.

Состояніе центральной нервной системы представляетъ наибольшій интересъ при рѣшеніи вопроса о патогенезѣ столбняка; въ этомъ отношеніи мы располагаемъ какъ данными эксперимента, такъ и клиникой, которыя въ общемъ оказываются сходными. Изъ опытовъ явствуетъ, что на введеніе въ организмъ токсина *t.* первая клѣтка реагируетъ довольно быстро и опредѣленно явленіями хроматолиза, болѣе или менее рѣзко выраженными, при чемъ раньше и полнѣе эти измѣненія выступаютъ въ клѣткахъ переднихъ роговъ спинного мозга. Изъ патолого-анатомическихъ наблюденій приведу результаты изслѣдованія *В. Н. Доловымъ* (по Nissl'ю) спинного мозга человѣка, скончавшагося послѣ травматическаго тетавуса (раненіе 20/v, тризмъ 27/v, смерть 1/vi)¹⁾: „въ общемъ клѣтки содержатъ различное количество хромофильнаго вещества, но во всякомъ случаѣ меньше, чѣмъ въ нормальныхъ клѣткахъ. Присутствующія хромофилы представля-

¹⁾ См. Неврологич. Вѣстн., т. VIII, в. 2, стр. 99.

ются у большинства клѣтокъ въ тоже время и меньшихъ размѣровъ. Кроме того, въ клѣткахъ среди хромофилей видѣнъ пигментъ въ видѣ желтыхъ мелкихъ зеренъ, расположенныхъ чаще кучками. Мало сравнительно клѣтокъ, содержащихъ хромофилы въ видѣ мельчайшей синей пыли, и еще меньше совершенно лишенныхъ хромофильнаго вещества или содержащихъ вакуоли. По методу Golgi въ спинномъ мозгу уклоненій отъ нормальной картины не замѣчено. „Уклоненія замѣчены не только въ крупныхъ клѣткахъ передняго рога, но также въ другихъ нервныхъ клѣткахъ передняго и задняго рога. Измѣненные клѣтки встрѣчаются не по всему срѣзу одинаково; иногда рядомъ съ сильно измѣненной клѣткой лежатъ мало измѣненная или почти нормальная. Видимой правильности или избирательности пораженія опредѣленныхъ клѣточныхъ группъ или опредѣленныхъ частей мозга констатировать нельзя“.

Съ этимъ описаніемъ согласуется и обобщеніе, дѣлаемое В. П. Осиповымъ по отношенію къ вліянію токсина т. на нервную систему ¹⁾: „пораженіе неопредѣленной локализациі, разсѣянаго характера; часто въ переднихъ рогахъ сп. мозга и въ области ц. сѣраго вещества поражены лишь отдѣльныя нервныя клѣтки... и при томъ неодинаково; пораженные клѣтки находятся и въ корѣ мозговой; отмѣчено отсутствіе параллелизма между степенью пораженія нервныхъ элементовъ и тяжестью клиническихъ симптомовъ“.

Это отсутствіе соответствія между клиническими явленіями и патолого-анатомическими измѣненіями (нерѣдко, хотя и не всегда) обнаруженное какъ при изслѣдованіи мозговъ лицъ, умершихъ отъ tetanus'a, такъ и при экспериментальныхъ наблюденіяхъ, не взиралъ на полную тождественность

¹⁾ В. П. Осиповъ. Вліяніе токсина ботулизма на ц. нервн. систему по сравненію съ вліяніемъ нѣкоторыхъ другихъ токсиновъ. Неврол. Вѣстн. т. XIV, в. 1, стр. 1.

обстановки опытовъ, пытаются объяснить (*E. Sjövall*) ¹⁾ — неодинаковой вирулентностью вводимыхъ культуръ т. и различнымъ отношеніемъ животныхъ къ яду (выносливость, сопротивляемость нервной клѣтки).

При рѣзкомъ измѣненіи хромофильнаго вещества нервофибрилярная сѣть двигательныхъ клѣтокъ спинного мозга животныхъ въ экспериментахъ *N. Liberti* оказалась неизмѣненной или лишь слабо измѣненной (легкое сгущеніе нервофибриллъ) ²⁾ въ противоположность заявленію *Marinesco*, который обнаружилъ при столбнякѣ значительныя измѣненія нервофибриллъ.

И. Кронъ ³⁾ сообщаетъ результаты изслѣдованія нервной системы въ одномъ типичномъ случаѣ бульбарнаго тетануса. Периферическіе отрѣзки нервовъ III и VIII паръ (по *Van Gieson*'у и *Magchi*) не обнаруживаютъ никакихъ патологическихъ измѣненій. Головной и спинной мозгъ и внутр. органы гиперемированы. Въ клѣткахъ ядеръ (начиная отъ III—XII) болѣе или менѣе ясныя измѣненія; хотя и неодинаково выраженные: клѣтки то какъ бы запылены, другія — набухшія, въ иныхъ замѣтны пигментно-жировое перерожденіе; ядро лежитъ экцентрично или смѣщено къ полюсу, иногда оно совсѣмъ не замѣтно; хроматоллизъ по преимуществу перинуклеарный. Аналогичныя измѣненія (слабѣе) и въ шейномъ отдѣлѣ спинного мозга; клѣтки остальныхъ частей сп. мозга, а также и центральныхъ извилинъ нормальнаго типа.

VI.

Глава о леченіи столбняка представляется и въ настоящее время далеко не законченной, такъ какъ специфическое

¹⁾ *E. Sjövall*, *Neurolog. Centralbl.*, 1904 № 11.

²⁾ *N. Liberti*, реф. по Обзорнію психіатріи, неврологіи и т. д., 1905, р. 53.

³⁾ *И. Кронъ*. Случай бульбарнаго столбняка съ аутопсией, Журналъ невропат. и психіатріи имени С. С. Корсакова, 1905, кн. 6, р. 59.

лечение сывороткой не оправдало возлагавшихся на него ожиданий и самое большее, повидимому, на что можно здѣсь рассчитывать, это на предохранительное дѣйствіе сыворотки, обнаруживающееся на протяженіи 3—6 недѣль со времени ея примѣненія. „Неудовлетворительное вліяніе ¹⁾ сыворотки при развитомъ тетанусѣ объясняется тѣмъ, что уже въ этотъ моментъ при начальной стадіи болѣзни существуетъ распространенное и глубокое отравленіе нервной системы—измѣненіе нервныхъ клѣтокъ; антитоксинъ введенный подъ кожу или въ вену, не скоро обнаруживается въ нервныхъ стволахъ и ц. нервной системѣ и не въ состояніи предотвратить губительное вліяніе на нее токсина. Сыворотка, быстро нейтрализуя токсинъ въ крови и внутреннихъ органахъ, не достигаетъ въ достаточномъ количествѣ до ц. нервной системы“....

Различными способами авторы пытались усилить дѣйствіе антитоксина и иногда, повидимому, съ успѣхомъ: такъ *Mista* (1898) достигъ выздоровленія 11 лѣтн. мальчика, которому въ теченіе 11 дней было введено 3400 сс. сыворотки (изъ нихъ 2 раза въ вену по 480 сс.). Далѣе, предложено было введеніе сыворотки подъ оболочки головного мозга, въ спинномозговой каналъ при посредствѣ поясничнаго прокола, подлѣ мѣста зараженія и т. д. Со времени введенія въ терапію столбняка сыворотки (въ 1890 г.—кровяная сыворотка *Behring'a*; затѣмъ *antitoxin Tizzoni*) навопилося много работъ относительно ея примѣненія: переносится она хорошо; относительно терапевтическаго вліянія ея мнѣнія рѣзко расходятся, за послѣднее же время они, за немногими исключеніями, носятъ отрицательный характеръ. Наиболѣе рѣзко это отношеніе выразилось въ застѣданіи 1 мая 1907 г. *Société de Chirurgie* (Paris). Лишь *Lucas-Championnière* высказывался въ пользу нѣкотораго лечебнаго значенія сыворотки, будучи убѣжденнымъ сторонникомъ ея предохранительнаго значенія (онираясь на

¹⁾ Габричевскій.

клиническія наблюденія и факты изъ ветеринаріи—профилактическія вырыскиванія при кастраціи лошадей оказываются очень убѣдительными). Въ пользу профилактическаго же вліянія сыворотки высказывались *Routier*, *Buzo*, *Sieur*; нѣсколько скептически настроены въ этомъ отношеніи *Beurnier* и *Mang-laire*, хотя и пользуются этимъ приѣмомъ въ виду его безвредности и, видимо извѣстнаго положительнаго значенія. Отрицательное отношеніе къ сывороткѣ высказано было *Regnier* и особенно *Thierry*. 1-й наблюдалъ случаи т. и при прививкахъ предохранительныхъ, и безъ нихъ почти одинаково часто (такъ, въ 41 случаѣ развился т. не взирая на одну или нѣсколько предохранительныхъ прививокъ); данныя медицины нельзя сравнивать съ фактами изъ ветеринаріи—у животныхъ прививки дѣлаются непосредственно или даже до раненія (кастрація), а у человѣка—черезъ нѣсколько часовъ и дней спустя.

Thierry категорически заявилъ, что вопросъ о цѣлебной силѣ сыворотки рѣшенъ отрицательно, она—нуль; предохранительное значеніе ея очень сомнительно и не доказано; со времени ея введенія въ Парижѣ случаи т. не стали рѣже; въ своихъ палатахъ онъ не прибѣгаетъ къ предохр. прививкамъ и случаевъ т. не видѣлъ у себя (его предшественникъ *Demoulin* отсутствіе у себя случаевъ т. ставитъ наоборотъ въ связь съ профилактической серотерапіей). *Tuffier* и *Rieffler* наблюдали послѣ каждой инъекціи сыворотки даже ухудшеніе больныхъ т.

Всѣ участвовавшіе въ препіяхъ подчеркивали необходимость строжайшей асептики по отношенію ко всякаго рода ранамъ.

Изъ сказаннаго позволительно сдѣлать такое заключеніе: противустолбнячная сыворотка въ случаяхъ подозрительныхъ должна быть примѣнена какъ можно раньше въ цѣляхъ профилактическихъ; въ случаяхъ явно выраженнаго tetanus'a при-

мѣненіе ея также показано въ первые 30 часовъ, хотя надежда на успѣхъ отъ сыворотки при этомъ очень слаба.

Въ виду неудовлетворительности сывороточнаго леченія приходится прибѣгать къ приѣмамъ прежней терапіи, *изолируя больного* и создавая ему необходимую покойную обстановку; при тризмѣ—*питаніе черезъ зондъ*, введенный черезъ ность, или черезъ отверстие между передними зубами; *питательныя клизмы*; во время приступовъ удушья—*искусственное дыханіе*. Рекомендуются усиливать *потоотдѣленіе и мочеотдѣленіе* (обильное питье, діафоретика), ванны.

Изъ средствъ *лекарственныхъ* на первомъ планѣ стоятъ наркотическія—*морфій* подъ кожу въ большихъ дозахъ (ослабляетъ судороги въ частности и тризмъ, даетъ сонъ); одновременно съ нимъ *chloral-hydrat* до 12,0—15,0 pro die; кромѣ того, предлагались *амилнитритъ*, *кураре*, *калобарскій бобъ*, *хлороформъ*. *Baccelli* предлагалъ введеніе подъ кожу 2—3% sol. ac. carbolicі по 1,0 cc. черезъ 2—3 часа (за сутки 8—10 разъ, всего до 0,3 pro die) одновременно съ сывороткой. Необходимо пользоваться и возбуждающими сердечную дѣятельность средствами (*Valerian*, *coffein*, *strophantus* и др.).

На основаніи установленнаго фактами особеннаго отношенія токсина тетануса къ нѣкоторымъ веществамъ, съ которыми онъ вступаетъ въ связь и отчасти по этому нейтрализуется (см. выше), было предложено (*Wassermann* и *Takani*) подкожное введеніе *эмульсии изъ головного мозга* здороваго животнаго (обыкновенно кролика); нѣкоторыя клиническія наблюденія какъ будто говорили въ пользу этого приѣма.

Приверженцемъ его, между другими, является *А. Krokiewicz*¹⁾ Изъ приводимыхъ имъ 16 случаевъ (4—его) травмы столбняка (изъ коихъ 8 тяжелыхъ), леченныхъ подкож. впрыс-

¹⁾ *А. Krokiewicz*. Примѣненіе подкож. впрыскиваній мозговой эмульсии въ случаяхъ травмат. столбняка. *Gazeta lekarska* 1903, № 4, реф. въ *Обзорнѣи психіатріи и неврологіи*, 1903, стр. 222.

живаніями эмульсіи изъ кроличьяго мозга, лишь 3 кончилися смертью; предварительное фармацевтическое леченіе оказывалось безрезультатнымъ въ случаяхъ автора и выздоровленіе въ 3 своихъ случаяхъ онъ приписываетъ именно эмульсіи. Для каждой инъекціи (ежедневно или черезъ нѣсколько дней, переносились хорошо) бралась эмульсія б. ч. изъ цѣлаго мозга.

*В. П. Карцевъ*¹⁾ приводитъ случай травматическаго тегануса, гдѣ кромѣ горячихъ ваннъ, пребыванія въ теченіе 2 дней въ жаркой банѣ, помимо брома, морфія, хлораль-гидрата, на 6-й день болѣзни была впрыснута эмульсія изъ 15 граммъ голов. мозга молодого (18 дн.) поросенка (смѣсь мозга съ физиолог. растворомъ NaCl, всего до 50 cc.); впрыскиванія дѣлались еще 2 дня (отъ 15 до 20 grm. мозга). Быстрое улучшеніе и выздоровленіе.

Въ 1905 г. *Blake* предложилъ при теганусѣ спинномозговья инъекціи *сѣрноокислой магнезій* (согласно указаніямъ *Meltzer'a* и *Auer'a*, предложившихъ этотъ пріемъ для спинальной анестезіи). Къ 1907 г. было описано 7 случаевъ т., при которыхъ этотъ методъ примѣнялся; изъ нихъ 4 кончились смертью, 3—выздоровленіемъ; у большинства больныхъ судороги послѣ инъекціи прекращались на нѣкоторое время; поэтому описываемый пріемъ, если и не оказывается по отношенію къ т. цѣлебнымъ, показанъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ судороги угрожаютъ жизни больного. Примѣнялся 25% водный растворъ сѣрноокислой магнезій въ количествѣ отъ 1 до 4 cc. на впрыскиваніе, коихъ производилось не болѣе 3-хъ.

За послѣдніе годы большимъ вниманіемъ пользуется примѣненіе при т. *холестерина*—опять таки на основаніи указаннаго выше его отношенія къ токсину т.; его дѣйствіе приравниваютъ дѣйствію аптитоксина (связываетъ токсины т.); хотя это не совсѣмъ правильное толкованіе. Опубликованы

¹⁾ Практ. Врачъ 1905 г., № 18.

²⁾ La Semaine medicale, 1907, p. 456.

случаѣ, протекшія благопріятно при подкожныхъ впрыскиваніяхъ холестерина.

Въ засѣданіяхъ Société de biologie (Paris) 7, 14, и 24 декабря 1907 г. *Vincent* изложилъ результаты своихъ наблюденій надъ дѣйствіемъ желчи живогныхъ и человѣка на токсинъ t., который она нейтрализуетъ; изъ ея составныхъ частей наибольшей антитоксической силой обладаютъ холестеринъ и особенно мыла; однако, дѣлебными или предохранительными въ отношеніи тетануса свойствами желчь не обладаетъ (дѣйствіе ея in vivo, слѣдовательно, не то, что in vitro).

Bockenheimer на 36-мъ конгрессѣ нѣмецкаго хирургическаго общества въ Берлинѣ (3—6 апр. 1907 г.) высказался за наружное примѣненіе при раненіяхъ *перувианскаго бальзама*, ссылаясь на примѣры японцевъ, у которыхъ благодаря этому приему смертность въ арміи отъ столбняка уменьшилась въ противоположность тому, что наблюдалось въ русскихъ госпиталяхъ. В. peruvianum нѣсколько антисептиченъ и обладаетъ до извѣстной степени бактерицидными свойствами. Примѣняя при раненіяхъ антикоксинъ противустолбнячный вмѣстѣ съ бальзамомъ и аналогичными продуктами, мѣняя часто повязки, *Bockenheimer* доволенъ получаемыми результатами. *Suter* (тамъ же) подтвердилъ хорошее значеніе пер. бальзама въ хирургіи, не наблюдая при этомъ никакихъ осложнений—при условіи пользованія доброкачественнымъ продуктомъ. *Borchard* (ibidem) наблюдалъ 4 случая тяжелаго нефрита при пользованіи пер. бальзамомъ; послѣдній часто фальсифицируется.

Упомянутый методъ *Backelli* при леченіи столбняка имѣетъ много приверженцевъ и въ настоящее время, причѣмъ послѣдніе высказываютъ даже удивленіе по поводу его малой распространенности; предлагаются повышенные дозы ас. sagbol. Въ ліонской работѣ *René Chretien*'а (1901 г.), посвященной „леченію t. карболовыми впрыскиваніями“¹⁾, сообщ-

¹⁾ Обзоръ психіатріи, неврологіи, 1903, р. 57, реф.

щается, что на 77 литературных случаев приходится всего 12—13% смертности при лечении т. по способу *Basselli*; поэтому имъ слѣдуетъ пользоваться при первыхъ же явленіяхъ столбняка. *Ch. Talamón* ¹⁾, описывая „случай тетануса, леченнаго по методу *Basselli*“, сообщаетъ ходъ леченія 31 лѣтней больной: съ 5 дня заболѣванія начали примѣнять *ac. carbolicum crystall.* въ видѣ 2% воднаго раствора по 0,2 *pro dosi*; при этомъ въ первые 5 дней введено подъ кожу 2,6 *grm.* *ac. carbolicum*; въ слѣдующіе 5 дней еще 2,0—(тризвъ рѣзко ослабѣлъ), въ слѣдующіе 3 дня по 0,4 *pro die*, и еще 6 дней по 0,2; 12 дней спустя полное выздоровленіе. За все время леченія (19 дней) введено 7,2 *grm.* *ac. carbolicum*—безъ всякихъ осложненій (лишь послѣ введенія 4,0 *grm.* были боли въ кишечникѣ и темная окраска мочи).

Galliard въ *Société médicale des Hopitaux* (S. 31 мая 1907 г.) ²⁾ сообщаетъ о случаѣ женщины 45 л., у которой, не взирая на ежедневную дозу *choral'a* въ 10,0 *grm.* и ежедневныя инъекціи по 20 *cc.* антитетанической сыворотки, явленія т. усиливались, при *t°* выше 40°. Къ упомянутому леченію присоединены были подкожныя инъекціи карболовой кислоты по 0,6 *grm.* *pro die*, произволившіяся 6 дней безъ явленій интоксикаціи. Выздоровленіе.

Постараемся, насколько возможно, разобраться въ достоинствахъ того большого и разнообразнаго терапевтическаго матеріала, который примѣнялся и примѣняется у постели больныхъ столбнякомъ; многочисленность и разнородность этихъ лечебныхъ средствъ и приѣмовъ говоритъ за ихъ малую дѣйствительность, за то, что при т. мы еще не располагаемъ такими терапевтическими приѣмами, которые навѣрняка гарантировали бы успѣхъ въ каждомъ данномъ случаѣ, было бы „однако, несправедливымъ отрицать всякое значеніе нашихъ

¹⁾ La médecine moderne, 1906, № 43.

²⁾ La Sem. médicale 1907, p. 274.

лечебныхъ процедуръ при т.: можно съ увѣренностью сказать, что мы тутъ ужъ не такъ безпомощны, какъ могло бы казаться съ перваго взгляда, и, разумно пользуясь рекомендуемыми приемами, можемъ не только облегчать состояніе больныхъ, но и способствовать ихъ выздоровленію.

Леченіе столбняка распадается на профилактическое леченіе и терапію уже развитаго заболѣванія.

Въ отношеніи личной *профилактики* столбняка должно имѣть въ виду слѣдующее.

Путемъ тщательной стерелизациі матеріаловъ, инструментовъ, рукъ оператора устраняется возможность запесенія инфецці столбняка, а также и другихъ микробовъ въ раны. Сама рана должна быть тщательно освобождена отъ постороннихъ предметовъ (куски дерева, бѣлья, одежды, земли, сора и т. д.), отъ обломковъ костей, обрывковъ тканей, сгустковъ крови, а кровотеченіе должно быть тщательно остановлено; самое леченіе раны должно строго сообразоваться съ требованіями хирургіи. Подобный педантизмъ, помимо общихъ основаній, имѣетъ и спеціальныя показанія именно по отношенію къ столбняку.

Извѣстно, что бациллы столбняка, попавшія въ ткань тѣла безъ токсина, подвергаясь обычному воздѣйствію фагоцитовъ, обезвреживаются, разрушаются, не успѣвъ проявить своей жизнедѣятельности; для ихъ развитія требуются особыя благопріятныя условія, нарушающія въ тоже время нормальную дѣятельность лейкоцитовъ въ смыслѣ ослабленія или уничтоженія ихъ защитительной фагоцитарной способности. Этими условіями будутъ (см. выше): случайно сопутствующія инфецці раны, инородныя тѣла въ ней, гипертермія тѣла, общія инфецціи и интоксикаціи организма и т. д.—словомъ, все то, что „создаетъ барьеръ между микробами и фагоцитами“, по образному выраженію *Krafft'a*.

Vincent ¹⁾ на основаніи эксперимента и анализа клинических наблюденій приходитъ къ выводу, что кровяные сгустки ранъ, куда проникли бациллы *t.*, представляютъ также благоприятное условіе для ихъ развитія, служа для нихъ хорошей питательной средой и ослабляя вмѣшательство лейкоцитовъ (если ввести споры *t.* безъ токсина въ искусственно вызванную небольшую подкожную гематому, или выпрыснуть смѣсь свѣжей стерильной крови со спорами *t.* подъ кожу, въ мышцы, или внутр. органы, то почти неизбѣжно, медленно или остро, разовьется *t.* Культуры *t.* на крови заключаютъ гораздо больше токсина, чѣмъ культуры на другихъ средахъ). Поэтому *Vincent* рекомендуетъ тщательную очистку ранъ и остановку кровотеченія, особенно въ подозрительныхъ случаяхъ.

Въ профилактическомъ смыслѣ можетъ имѣть извѣстное значеніе и предлагаемый *Wockenheimer*'омъ *перувианскій бальзамъ* при леченіи ранъ.

Помимо тщательнаго ухода за ранами и поврежденіями кожи и слизистыхъ оболочекъ, многіе авторы высказываются категорически, вопреки мнѣнію скептиковъ, за важное значеніе и обязательность въ цѣляхъ профилактики въ подозрительныхъ случаяхъ *своевременнаго и настойчиваго примѣненія противустолбнячной сыворотки*. Отрицательное отношеніе скептиковъ къ ней они объясняютъ недостаточно вдумчивымъ анализомъ фактовъ клиники и лабораторіи, тѣмъ, что не принимаются въ расчетъ всѣ тѣ условія, которые неблагоприятно вліяютъ на леченіе; такъ, не придается должнаго значенія предшествующему состоянію здоровья паціентовъ, ихъ общему состоянію, случайнымъ общимъ инфекціямъ и интоксикаціямъ, характеру раны, времени примѣненія сыворотки и т. д. Сторонники примѣненія сыворотки, напротивъ, заявляютъ, что въ неуспѣшности примѣненія сыворотки повиненъ не столько самый методъ, сколько условія, въ которыхъ имъ пользуются;

¹⁾ La Semaine médicale, 1907, p. 504.

что превентивныя инъекціи сыворотки безспорно полезны, но должны производиться непосредственно или какъ можно скорѣе вслѣдъ за раненіемъ, въ 2 или 3 приѣма съ 8-ю часовыми интервалами (*Vincent*, I. с.), а въ случаѣ появленія нагноенія они должны быть повторяемы; раны должны быть тщательно очищены, и дезинфицированы и лечимы тщательнымъ образомъ ¹⁾).

Изъ опытовъ *Vincent*'а надъ гипертерміей морскихъ свинокъ, инокулированныхъ спорами t. безъ токсина, ²⁾ слѣдуетъ, что иммунизация достигается почти всегда лишь тогда, когда производится предохранительная инъекція сыворотки за 1—2 часа до инокуляціи споръ и нагрѣванія животнаго. Однако, этотъ иммунитетъ оказывается неполнымъ, если животные были уже ослаблены введеніемъ различныхъ токсиновъ (дифтерія, тифа, стрептококка и т. д.). Поэтому и о результатахъ профилактической серотерапіи у человѣка можно судить съ большою осторожностью, принимая во вниманіе все неблагопріятныя сопутствующія условія, которыя могутъ свести на нѣтъ защитительную силу сыворотки.

Не могутъ поколебать предохранительнаго значенія сыворотки и тѣ цифры смертности отъ столбняка въ Парижѣ, которыя относятся къ разнымъ періодамъ леченія t. (до введенія сыворотки и послѣ введенія ея): такъ, за время 1886—1890 были 135 смертныхъ случаевъ; 1891—1895 было 128 сл., 1896—1900 было 176 сл., 1900—1905 было 153. (Сообщено въ *Société de chirurgie*, въ Парижѣ 24/iv 1907 *Delcet* омъ, сторонникомъ превентивныхъ инъекцій сыворотки).

На основаніи приведенныхъ соображеній слѣдуетъ въ подозрительныхъ случаяхъ пользоваться сывороткой въ цѣляхъ профилактическихъ.

¹⁾ *Krafft*, XIX Congrès de l'Association française de Chirurgie, Paris, 1—6 octobr 1906, *Revue neurolog.*, 1907, № 1.

²⁾ *La Semaine médicale*, 1907, p. 323.

Лечение развитого столбняка. Здѣсь положительное значеніе сыворотки, какъ было указано выше, допускается лишь немногими; но въ виду ея безвредности для организма примѣнять ее слѣдуетъ, тѣмъ болѣе, что случаи т. не всѣ сопровождаются одинаково сильными измѣненіями центр. нервной системы, что нѣтъ параллелизма между тяжестью клинической картины т. и измѣненіями ц. нерв. системы, и что поэтому можно надѣяться на ослабленіе вліянія токсина съ помощью антитоксической сыворотки.

Авторы нерѣдко пытаются усилить дѣйствіе сыворотки введеніемъ ея подъ *dura mater cerebri* и въ субарахноидальное пространство спинного мозга, а также вблизи мѣстъ раненія. (Первый приемъ, да отчасти и второй, повидимому, не безразличны для интересовъ паціента).

Далѣе авторы нерѣдко соединяютъ серотерапію съ какимъ-либо инымъ приемомъ, напр., съ впрыскиваніями подкожными карболовой кислоты по *Bacelli*, холестерина, сѣрно-кислой магнезій (въ спинномозговое субарахноидальное пространство). Нѣкоторые предпочитаютъ впрыскиванія мозговой эмульсіи подъ кожу. Всѣ эти приемы вполнѣ уместны (особенно примѣненіе ас carbolicі и эмульсіи).

Что касается до фармацевтическихъ средствъ, то тутъ можно бы ограничиться морфіемъ, хлораль-гидратомъ, бромомъ, возбуждающими дѣятельность сердца.

Очень важенъ уходъ за больными т., при тризмѣ—искусственное питаніе ихъ черезъ зондъ, а порой и производство искусственнаго дыханія.

Въ профилактическомъ отношеніи слѣдуетъ еще помнить о *неблагопріятномъ вліяніи*, которыя оказываютъ *подкожныя впрыскиванія хинина* у лицъ съ скрыто проникающимъ tetanus'омъ: отмѣченъ рядъ случаевъ т. въ литературѣ вслѣдъ за подобнымъ терапевтическимъ приемомъ, назначаемымъ въ виду указаній на малярію. При этомъ не было допущено никакой погрѣшности со стороны техники впрыскиваній. Лабо-

раторными опытами ¹⁾ было доказано своеобразное и въ высшей степени интересное отношеніе хинина къ микробу *t.*: вводя хининъ подъ кожу животнымъ или вмѣстѣ съ палочками *t.*, или раздѣльно, но въ одно и тоже мѣсто, или даже въ разные мѣста и при томъ въ разное время,—наблюдаютъ болѣе или менѣе быстрое развитіе столбняка при отсутствіи его у контрольных животныхъ; при введеніи культуры *t.* и хинина въ разные мѣста находятъ палочки *t.* не на мѣстѣ прививки споръ, а на противоположной сторонѣ — на мѣстѣ инъекціи хинина: послѣдній вызвалъ подъ кожей мѣсто съ ослабленнымъ питаніемъ, нарушеніе дѣятельности фагоцитовъ, что и дало возможность размножиться палочкамъ (аналогично ихъ развитію въ гематомахъ). Кромѣ того, хининъ оказываетъ на лейкоцитовъ вообще парализующее дѣйствіе и обладаетъ отрицательнымъ хемотаксисомъ.—Пріемы хинина внутрь оказываются совершенно безвредными въ этомъ отношеніи. Изъ сказаннаго ясно, какъ нужно быть осторожнымъ при назначеніи хинина подъ кожу при маляріи и т. п., если у больного имѣется загрязненная рана или ссадина. Сказанное, конечно, касается главнымъ образомъ тѣхъ мѣстностей, гдѣ столбнякъ вообще встрѣчается часто.

¹⁾ Vincent, Annales de l'Institut. Pasteur, 1904, XII.

Рефераты.

Анатомія.

Prof. G. Marinesco und I. Minea. О микроскопических симпатических гипоспинальных узлахъ. — *Neurologisches Centralblatt*. 1908 № 4.

Случайно, во время изслѣдованія спинальных ганглиевъ авторы открыли по сосѣдству субганглионарной части спинальных нервовъ, (вблизи отъ соответствующихъ спинальных ганглиевъ), маленькіе симпатическіе узлы недоступные невооруженному глазу и видимые лишь въ микроскопическихъ срѣзахъ. Для отысканія этихъ узловъ необходимы нѣкоторыя техническія предосторожности. Обыкновенно эти узелки расположены кнаружи и внизу отъ соответствующихъ спинальных ганглиевъ и никогда—выше ихъ или въ интраарахноидальной части спинномозговыхъ корешковъ. Иногда эти ганглии можно было видѣть простымъ глазомъ, и они могутъ достигать величины просяного зерна. Форма ихъ шарообразная, иногда продолговатая, яйцеобразная, даже веретенообразная. Довольно часто можно констатировать на нихъ *ramus communicans*. Эти соединительныя нити то длиннѣе, то короче настолько, что самый узелокъ представляется расположеннымъ между волокнами субганглионарной части спинномозговыхъ нервовъ или онъ сидитъ на уровнѣ нижняго полюса спинальнаго узла. Въ другихъ случаяхъ эти узелки находятся въ непосредственной связи съ *ramus communicans* соответствующаго ганглія симпатическаго ствола. При микроскопическомъ изслѣдованіи ганглиевъ, въ нихъ можно констатировать всѣ типы клѣтокъ настоящихъ симпатическихъ узловъ (какъ описаны Сажа'емъ). Авторы находили клѣтки съ короткими дендритами и однимъ осевоцилиндрическимъ отросткомъ; съ

длинными дендритами и смѣшаннаго типа съ длинными и короткими дендритами. Клѣтки перваго типа различной величины; ихъ главный отличительный признакъ тотъ, что всѣ дендриты коротки и оканчиваются внутри капсуль. Клѣтки и ихъ отростки заключены какъ бы въ мѣшокъ. У клѣтокъ второго типа съ длинными дендритами, эти послѣдніе вилообразно раздѣляются и отличаются этимъ отъ осевоцилиндрическихъ отростковъ. Клѣтки эти полигональны, круглыя или веретенообразныя походятъ на клѣтки цереброспинальныя и отличаются большей величиной. Клѣтки третьяго типа, частью съ длинными экстракапсулярными, частью съ короткими интракапсулярными дендритами представляютъ переходную форму между двумя первыми. Протоплазматическіе отростки иногда представляютъ древовидное развѣтвленіе. Клѣтки второго типа менѣе многочисленны. Что касается эмбриологическаго происхожденія этихъ ганглиевъ, то оно такое же, какъ у ганглиевъ симпатическаго ствола, но только они остаются въ тѣсной связи съ соотвѣтствующими спинальными гангліями и нервами въ противоположность узламъ симпатическаго ствола. Гораздо труднѣе съ точностью опредѣлить направленіе выходящихъ изъ этихъ ганглиевъ волоконъ и соединяются ли они съ симпатическимъ превертебральнымъ стволомъ. Авторы утверждаютъ, что можетъ быть нѣкоторые авторы и констатировали эти гангліи, но никто не описалъ ихъ и не опредѣлилъ ихъ природы, какъ симпатическихъ узловъ.

Веселитскій.

Физиологія.

Paul Flechsig. Замѣчанія относительно слуховыхъ центровъ человѣческаго головного мозга. *Neurologisches Centralblatt* 1908 г.—№№ 1 и 2 (Статья была предметомъ доклада, читаннаго въ обществѣ средненѣмецкихъ психіатровъ и неврологовъ 26 октября 1907 года).

Carl Wernike на основаніи клиническихъ наблюденій вывелъ общепринятое, извѣстное заключеніе о близкомъ соотношеніи первой височной извилины со слуховой сферой. Несмотря на то, что эта область названа его именемъ, самъ Wernike всетаки далекъ былъ отъ мысли приписывать исклю-

чительно этой извилинѣ (какъ единственному центру) всѣ слуховыя функціи и скорѣе склоненъ былъ думать, что всѣ наружныя височныя извилины нѣсколько заинтересованы въ этомъ отношеніи. Такая мысль поддерживается и Munk'омъ, Monakow'ымъ. Авторъ съ самаго начала въ этомъ вопросѣ держится особнякомъ и отстаиваетъ нѣсколько другіе взгляды, несогласные съ общепринятыми. По его мнѣнію и его наблюденіямъ рассматриваемый центръ долженъ быть расположенъ не на поверхности мозга, а нѣсколько глубже—именно, въ глубинѣ fossae Sylvii, въ скрытой внутренней передней поперечной извилинѣ височной доли. Первая височная извилина по автору, заинтересована, въ этомъ сравнительно немного. Въ позднѣйшихъ работахъ своихъ и наблюденіяхъ онъ идетъ даже гораздо дальше и думаетъ, что во всей наружной поверхности височной доли едва 2 кв. сантим. могутъ быть причислены къ центральной мозговой слуховой сферѣ. Методы изслѣдованія, которыми при этомъ пользовался авторъ и рекомендуемые имъ, какъ наиболѣе надежныя, онъ называетъ міелогенетическими. Они состоятъ въ прослѣживаніи на плодахъ разной величины образованія обкладки міелиномъ разныхъ волоконъ. Въ этомъ методѣ онъ видитъ много преимуществъ сравнительно съ изслѣдованіемъ распространенія вторичнаго нерожденія. Процессъ этой обкладки міелиномъ, міелинизациі, совершается въ разныхъ частяхъ далеко не одинаково и имѣетъ нѣкоторую тенденцію къ избирательности, нѣсколько согласованной съ однозначностью въ функціональномъ отношеніи разныхъ частей. Последнее особенно важно для доказательности той или другой локализациі функцій головного мозга. Такъ, двигательные пути отъ продолговатаго мозга къ спинному облачаются міелиномъ прежде чувствительныхъ, что можно наблюдать у плода въ 21 сантим. длины. Въ противоположность этому, въ сферѣ высшихъ чувствъ кортикопетальные пути въ міелинизациі всегда опережаютъ кортикофугальные. Дифференцированіе гангліозныхъ клѣтокъ и различныхъ слоевъ въ корковыхъ поляхъ опять происходитъ въ нѣсколько другомъ порядкѣ. У плода въ 27 сантим. въ обонятельной сферѣ uncus'a и Аммонова рога гангліозныя клѣтки по формѣ, положенію и числу не представляютъ никакого различія отъ вполне зрѣлаго органа въ то время, какъ въ центральной извилинѣ окончательное диф-

ференцирование, расчленение еще только совершается. Таким образом, полная готовность, внутренняя архитекtonика и дифференцирование ганглиозныхъ кліточныхъ формъ слѣдуютъ другому закону, чѣмъ процессъ мієлиновой обкладки. Височная доля у человѣка представляетъ нѣсколько областей извилины, изъ коихъ передняя поперечная извилина позднѣе, чѣмъ всѣ прочія сферы чувствъ, и въ особенности зрительная, получаетъ волокна, обложенныя мієлиномъ. Проекціонная система волоконъ передней поперечной извилины должна представлять самое верхнее звено въ проекціонной системѣ слуховой сферы. Авторъ предупреждаетъ, что не слѣдуетъ считать данный участокъ коры, какъ самое главное мѣсто образованія всѣхъ слуховыхъ ощущеній и воспріятій, но только какъ представляющій анатомическую особенность, какъ мѣсто входа опредѣленныхъ проводящихъ путей къ корѣ. Разграниченіе въ этомъ смыслѣ сферъ высшихъ чувствъ представляетъ, по его мнѣнію, относительно разрѣшимую задачу, но точное опредѣленіе всѣхъ психическихъ процессовъ, связанныхъ съ извѣстными отдѣлами коры, едва ли можетъ быть проведено. Сравненіе многочисленныхъ плодовъ одного возраста даетъ возможность убѣдиться, что слуховая радіація волоконъ всегда ограничивается областью передней поперечной извилины, которая посправедливости и должна быть разсматриваема, какъ настоящій слуховой центръ. Область эта представляетъ нѣкоторые анатомическіе особенности. Heschl статистическимъ матеріаломъ доказалъ, что эта извилина самая постоянная изъ всѣхъ височныхъ извилинъ и наименѣе подверженная варіантамъ. Нѣкоторыя различія въ этой извилинѣ наблюдаются анатомически на правой и лѣвой половинѣ мозга. Лѣвая поперечная передняя извилина ограничивается взади особой бороздкой, которая справа встрѣчается въ пять разъ рѣже. Микроскопическое строеніе слуховой области представляетъ также нѣкоторыя особенности, главнымъ образомъ, относительно числа (до 10 по автору) и толщины слоевъ, которые, кромѣ того, у взрослыхъ не такъ рѣзко ограничены, какъ въ зрительной сферѣ. У новорожденныхъ прямо бросается въ глаза значительная толщина коркового слоя слуховой сферы, превышающая почти вдвое окружающія сосѣднія части. Особенныхъ элементовъ, свойственныхъ только этой области до сихъ поръ не найдено. Специфическія по Ramon

у Саiaл'ю вѣтки великаны въ корѣ слуховой сферы распростираются такъ далеко за предѣлы этой области, что связывать присутствіе ихъ съ акустической памятью, по автору болѣе, чѣмъ гипотетично. Волокна слуховой радіаціи расположены не такъ правильно и не такъ параллельно, какъ въ зрительной сферѣ, скорѣе, они переплетаются и въ такомъ спутанномъ видѣ входятъ въ кору, гдѣ ихъ мѣлиновыя обкладки можно прослѣдить до 4-го слоя. У взрослыхъ выступает большое число горизонтальныхъ сплетеній, мѣлиномъ обложенныхъ волоконъ, какъ нигдѣ въ другомъ мѣстѣ. Гистологически, такимъ образомъ, эта сфера представляетъ также нѣкоторыя особенности, которыя всего лучше устанавливаются мѣлогенетически. Такимъ путемъ слуховая сфера, по автору, можетъ быть фактически отождествлена съ передней поперечной извилиной Brod-шаппа полагаетъ, что извилины и борозды вообще не могутъ служить мѣриломъ для разграниченія разныхъ корковыхъ областей и что въ данномъ случаѣ на первомъ планѣ должно быть расчлененіе скорѣе функциональное чѣмъ анатомическое. Десати лѣтъ извѣстна особая структура *fissurae calcarinae*, при чемъ не подозревали, что эта область имѣетъ отношеніе къ зрительной сферѣ. Передней поперечной извилиной еще и потому можно приписать характеръ особаго органа, что она, повидимому, имѣетъ свой двигательный путь. Перерожденіе Тюрк'овскаго пучка авторъ наблюдалъ только при полномъ разрушеніи этой области. Клинически болѣзненные измѣненія области лѣвой передней поперечной извилины вызываютъ извѣстный афазическій симптомокомплексъ, такъ что и съ этой стороны можно видѣть по автору, подтвержденіе его положенія и взгляда на эту область. Въ заключеніе онъ думаетъ, что распространенное, общепринятое ученіе объ афазіи далеко не безупречно и требуетъ пересмотра по отношенію къ локализациі этихъ функцій въ головномъ мозгу.

Весселетскій.

A. Lourie О движеніи глазныхъ яблоковъ при раздраженіяхъ мозжечка. Berlin. Neurologisches Centralblatt. 1908. № 3.

Авторъ сообщаетъ результаты опытовъ, произведенныхъ на животныхъ (собакахъ) въ физиологическомъ институтѣ ко-

ролевской высшей ветеринарной школы въ Берлинѣ. Еще раньше онъ имѣлъ случай производить работы подобнаго рода надъ раздраженіемъ мозжечка и анализировать наблюдаемыя при этомъ явленія. Какъ изъ прежнихъ опытовъ, такъ и изъ настоящихъ онъ составилъ себѣ определенное убѣжденіе, что въ мозжечкѣ совсѣмъ нѣтъ какихъ-либо центровъ для движенія глазъ и мускулатуры лица, какъ это утверждаетъ Ferrier. Всѣ работавшіе поэтому предмету и въ этой области, кромѣ Munk'a, какъ Renzi, Lewandowsky, Pruse и въ особенности Ferrier, находили, что при раздраженіяхъ разныхъ частей мозжечка у разныхъ животныхъ получались разные движенія глазъ, а иногда и другихъ частей тѣла, какъ уши, крылья носа. Со стороны глазъ наблюдался нистагмъ, вращеніе глазъ, расширеніе зрачка, exophthalmus. Опыты производились авторомъ при широкомъ открытіи задней части черепной крышки, чтобы по возможности сдѣлать доступной всю поверхность мозжечка. При операціи было довольно обильное кровотеченіе, требующее продолжительной тампонады. Производилось униполярное раздраженіе электрическимъ токомъ. Примѣнялись самыя слабыя токи, чтобы избѣгнуть раздраженія сосѣднихъ частей мозга. Приведено нѣсколько протоколовъ опытовъ. Изъ опытовъ оказалось, что никогда не получалось, какъ при раздраженіи центровъ полушарій большого мозга, быстрыхъ, немедленныхъ послѣдствій раздраженія, въ видѣ движеній въ той или другой области. Получалось очень медленное вращеніе одного глаза при раздраженіи одного пункта, гдѣ тотчасъ подъ нимъ должны находиться: *n. trochlearis*, четверохолміе съ Сильвиевымъ водопроводомъ и дно четвертаго желудочка. По мѣрѣ удаленія отъ этого пункта движенія не получалось. Наблюдаемое явленіе движенія глаза, авторъ склоненъ объяснить раздраженіемъ отвѣтвляющейся петлей тока упомянутыхъ областей, а не раздраженіемъ именно того пункта, на которое наносилось раздраженіе. При раздраженіи области *flocculus*, получались мигательныя движенія, т. е. движенія въ области *n. facialis*. Какъ разъ подъ ключкомъ и лежитъ именно стволъ *n. facialis*, слѣдовательно, и здѣсь имѣлось дѣло ни съ чѣмъ инымъ, какъ съ раздраженіемъ этого нерва отвѣтвляющейся петлей тока. При удаленіи отъ этого пункта движеній вѣкъ не получалось. При усиленіи тока наблюдаемый двигательный эффектъ не увеличивался, какъ бы то слѣдовало,

если бы имѣлось дѣло съ опредѣленными центрами. Медленное вращеніе глазъ получалось не съ опредѣленнаго пункта, а на всей почти поверхности *gyritemilunaris superioris*. Ни разу не наблюдались при опытахъ *nystagmus*, *strabismus*, *exophthalmus*. Полученные результаты вполне согласуются съ наблюденіями Н. Мунк'а, которому даже удалось въ своихъ опытахъ удалить весь мозжечекъ, при чемъ никакихъ разстройствъ со стороны глазъ не послѣдовало; въ этомъ авторъ видитъ лучшее доказательство, что въ мозжечкѣ не имѣется какихъ-либо центровъ для движенія глазъ и лица.

Весслитский.

Патологическая анатомія.

Dr. Schima изъ Японіи. Къ вопросу объ измѣненіяхъ центральной нервной системы подѣ влияніемъ адреналина. *Neurologisches Centralblatt*. 1908. № 4.

Подѣ впечатлѣніемъ находки Erb'a младшаго, авторомъ были предприняты систематическія изслѣдованія на кроликахъ для изученія измѣненій центральной нервной системы подѣ влияніемъ инъекцій адреналина (Takamime). Опыты производились на молодыхъ животныхъ. Впрыскивалось отъ 0,1 до 0,5 адреналина, при чемъ животныя или умирали, или были убиваемы. Изслѣдованія дали слѣдующіе результаты:

1. Паренхиматозныя измѣненія въ клѣткахъ чаще всего состояли въ сморщиванія тѣхъ изъ нихъ, которыя имѣли дендриты на подобіе пробочника.

2. Измѣненія въ сосудахъ представляли дегенераціи, утолщеніе стѣнокъ, умѣренное скопленіе периваскулярно-круглыхъ клѣтокъ, геморрагіи, присутствіе *Plasmazellen*.

3. Всего замѣчательнѣе — разрощеніе эпандимы желудочковъ.

4. Въ *pia mater* — мѣстами умѣренное продуктивное воспаление; нижележащая *glia* рѣзко выступала, число гліозныхъ клѣтокъ увеличено, *glia* представляетъ подобіе щеткообразной обшивки (*Bürstenbesatz*).

Особенности этихъ находокъ, которыя можно признать за хроническое воспаленіе, во многомъ напоминаютъ измѣне-

нія (въ послѣднее время описанныя Spielmeyer'омъ) при экспериментально вызванной сонной болѣзни (Trypanosomeninfection). (Подробная статья имѣетъ быть въ Bd. XIV der „Arbeiten aus dem Wiener neurolog. Institut.“).

Веселитскій.

Dr. Otto Schütz. Анатомо-патологическія измѣненія въ спинномъ мозгѣ одной морфинистки (Изъ патолого-гигиеническаго института въ Хемницѣ). *Neurologisches Centralblatt.* 1908. № 4.

Въ Хемницкомъ патологическомъ институтѣ обычно во всѣхъ случаяхъ хроническаго артрита изслѣдуется при вскрытіи спинной мозгъ, при чемъ неоднократно получались совсѣмъ неожиданныя находки. Такъ было и при вскрытіи трупа одной 23-лѣтней дѣвушки, у которой констатированы три явленія *arthritis deformans*. Въ спинномъ мозгу обнаружены были измѣненія, которыя по первому взгляду говорили за центральное происхожденіе артропатій. Въ шейной части позвоночника макроскопически можно было видѣть, что задніе столбы нѣсколько сѣровой окраски и представляются запавшими. Микроскопическое изслѣдованіе показало на высотѣ между 1 и 2 шейными нервами значительную дегенерацію нервныхъ волоконъ во всей области заднихъ столбовъ, мозжечковомъ пучкѣ, въ видѣ кругловатыхъ, глыбчатыхъ, кольцеобразныхъ черныхъ пятенъ (на препаратахъ по Marchi). На препаратахъ по Weigert-Pal'ю въ заднихъ столбахъ, также въ краевыхъ областяхъ боковыхъ столбовъ оказались фокусы дегенераціи нервныхъ волоконъ, маленькіе, разсѣянные, не находящіеся въ связи съ кровеносными сосудами. На срѣзахъ различной высоты, окрашенныхъ пикрокарминомъ, нигрозиномъ и Намалаун-ван Гисеп'овскимъ препаратомъ, можно видѣть въ голлевскихъ столбахъ совпадающее съ этой дегенераціей увеличеніе гліи и ядеръ. Сосуды не измѣнены. Сѣрое вещество и въ особенности клѣточные элементы не затронуты. Измѣненія эти можно прослѣдить въ грудной и поясничной части спинного мозга, постепенно уменьшающіяся по направленію сверху внизъ. Подобнымъ же образомъ дегенерированы передніе и задніе корешки и отчасти периферическіе нервные стволы. Мышечныя волокна не измѣнены. Такимъ образомъ, дегенерація зад-

нихъ и боковыхъ столбовъ почти по всему протяженію и разрушеніе нервныхъ волоконъ въ видѣ склероза легкой формы въ разсѣянныхъ фокусахъ. Подозрѣнія табической формы заболѣванія въ данномъ случаѣ не оправдываются анатомически и, главнымъ образомъ, клинически не было въ наличности ни одного симптома этого заболѣванія у больной никогда не страдавшей сифилисомъ. Вообще, артропатія никоимъ образомъ не могла быть поставлена въ причинную зависимость отъ пораженія спинного мозга, такъ какъ обнаружилась задолго до послѣдняго. Анемія, кахексія, диабетъ исключались вполнѣ, какъ этиологическій моментъ пораженія спинного мозга. Такимъ образомъ, почти приходилось отказаться отъ какого-нибудь удовлетворительнаго объясненія анатоми патологическихъ находокъ въ спинномъ мозгу въ этомъ случаѣ, если бы въ анамнезѣ не было другой хронической интоксикаціи. Покойная, вслѣдствіе длительныхъ артропатій, сдѣлалась морфинисткой. За годъ до смерти съ ея стороны была попытка къ отравленію морфіемъ въ капляхъ. Смерть больной тоже должна быть отнесена на счетъ этого отравленія (coma, miosis, cyanosis). Относительно дѣйствія морфія на нервную систему, имѣются экспериментальныя работы Чижа, Sarbo, Сарачева, Frankel'я, результаты которыхъ очень противорѣчивы. Что касается измѣненій нервной системы у человѣка при хроническомъ морфинизмѣ, то сообщеній такого рода не имѣется. Авторъ думаетъ, что не лишнее было бы при вскрытіяхъ морфинистовъ уделять большее вниманіе нервной системѣ и ея измѣненіямъ. Ему кажется замѣчательнымъ нѣкоторое сходство въ измѣненіяхъ нервной системы съ таковыми при хроническомъ алкоголизмѣ, какъ недавно описалъ Nonne.

Вессилетскій.

Общая патологія.

Плетневъ и Цитронъ. Серодіагностика сифилиса. (Медицин. обозр. № 2. 1908).

Сущность метода, съ которымъ работали авторы, — есть явленіе фиксаціи комплемента, по иной терминологіи, отклоненія комплемента.

Въ началѣ работы мы находимъ общія соображенія изъ области ученія объ иммунитетѣ. Какъ мы знаемъ, живой организмъ способенъ реагировать на поступающія въ него извнѣ вещества кѣлочнаго происхожденія („антигены“) выработкой извѣстныхъ началъ — „противотѣлъ“. Далѣе, нагреваніемъ при 56°C сыворотка иммунизированныхъ животныхъ, какъ извѣстно, теряетъ свою нейтрализующую по отношенію къ антигенамъ силу (свой „комплементъ“). Но прибавленіемъ свѣжей сыворотки нормальной крови, содержащей не специфическій „комплементъ“, мы вновь возвращаемъ ей эту силу, именно, въ неразрушаемому нагреваніемъ въ нашей опытной сывороткѣ, специфическому „амбоцептору“ добавляемъ недостающій комплементъ.

Для цѣлей метода, важенъ фактъ, отмѣченный Bordet и Gengou, что „антигенъ въ соединеніи со своимъ специфическимъ амбоцепторомъ обладаетъ большимъ сродствомъ къ комплементу, тогда какъ сродство одного амбоцептора или антигена къ комплементу незначительно“.

Конкретно, въ примѣненіи къ серодіагностикѣ сифилиса, авторы поступали такъ. — Въ качествѣ антигена они употребляли водный экстрактъ печени завѣдомо сифилит. мертворожденныхъ или свѣжеумершихъ маленькихъ дѣтей. Комплементъ получали изъ сыворотки крови только что убитой морской свинки. Амбоцепторъ-же получали изъ сыворотки крови больныхъ, инактивируя ее нагреваніемъ и уничтожая такимъ способомъ ненужный комплементъ. Кроме того, для серодіагноза употребляли амбоцепторъ выдѣленный изъ сыворотки крови кролика, которому ранѣе вспрыскивались промытые эритроциты барана. Наконецъ, соотвѣтственно этому амбоцептору, — авторы приготовляли 5% разведеніе эритроцитовъ барана. Въ пробирки разливались въ извѣстныхъ количественныхъ отношеніяхъ вмѣстѣ первые три раствора, — затѣмъ онѣ ставились на часъ въ термостатъ при t° въ 37° . Послѣ этого, прибавлялись туда остальные два раствора, и пробирки вновь помѣщались въ термостатъ.

Согласно вышеприведенному закону Bordet и Gengou, — при наличности сифилит. инфекціи въ испытуемомъ случаѣ, гемолиза не происходило: комплементъ цѣликомъ уходилъ на то, чтобы, при посредствѣ специфическаго амбоцептора связаться съ сифилит. антигеномъ. Наоборотъ, наличность гемолиза

говорила за то что сифилис въ данный моментъ не имѣлось. Эти конечные выводы однако не такъ прямолинейны. Возможны, въ весьма незначительномъ числѣ случаевъ, отступленія отъ общаго правила, — иногда, при сифилисѣ въ анамнезѣ, сывороточная реакція была выражена слабо или вовсе не получалась, что, можетъ быть, стояло въ связи со слабостью инфекціи или съ вѣроятнымъ излеченіемъ больного.

Всѣхъ опытовъ было произведено болѣе 800.

Изъ нихъ у всѣхъ прогрессивныхъ паралитиковъ (100%) реакція оказалась положительной, — у табиковъ же — въ 87%, хотя изъ оставшихся 13% сифилисъ у нѣкоторыхъ въ анамнезѣ имѣлся.

Этотъ фактъ заставляетъ авторовъ склониться къ утверженію Erb'a, что „tabes развивается обычно у людей, перенесшихъ легкую, слабо протекающую форму сифилиса, а потому и мало лѣченную.

И. Жилинъ.

Невропатологія.

Kurt Mendel. Къ казуистикѣ сакральной формы множественнаго склероза. *Neurologisches Centralblatt*—1908—№ 3.

Авторъ обогащаетъ казуистическій матеріалъ этой недавно выдвинутой формы Sclerosis disseminata двумя случаями, наблюдаемыми у женщинъ. Въ обоихъ случаяхъ на ряду съ симптомами, несомнѣнно указывающими на пораженіе самаго нижняго отдѣла спинного мозга—*conus medullaris*, наблюдались явленія совершенно ему несвойственныя, какъ, повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, отсутствіе брюшнаго рефлекса, спастическія явленія, феноменъ Babinsk'аго, нистагмъ измѣненіе глазного дна и въ дальнѣйшемъ теченіи появленіе даже замедленной, скандированной рѣчи и небольшого интенціоннаго дрожанія. Діагностика въ обоихъ случаяхъ не представляла сомнѣній, но только примѣсь симптомовъ пораженія *conus'a* заставляла локализовать самый процессъ именно въ этой части спинного мозга. Въ обоихъ случаяхъ небыло никакихъ подозрѣній на сифилисъ. Авторъ высказываетъ мнѣніе, что

въ случаяхъ, гдѣ не имѣется никакихъ подозрѣній на *lues* и встрѣчается комбинація съ одной стороны симптомовъ пораженія *corpus'a*, а съ другой такія явленія, какъ повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, отсутствіе брюшныхъ, нистагмъ, измѣненія глазного дна и проч.—всегда есть большое основаніе подозрѣвать, что вся эта картина представляетъ ничто иное, какъ *sclerosis disseminata* особой локализациі.

Веселитскій.

Проф. W. Stoltzner. Спазмофилія и обмѣнъ кальцій содержащихъ веществъ, (изъ университетской поликлиники дѣтскихъ болѣзней въ Галле). *Neurologisches Centralblatt* № 2—1908.

На основаніи клиническихъ и экспериментальныхъ наблюденій надъ спазмофіліей у дѣтей, при которой иногда кормленіе коровьимъ молокомъ и введеніе препаратовъ кальція, повышаетъ значительно гальваническую возбудимость периферическихъ нервовъ, авторъ предложилъ свою собственную гипотезу сущности спазмофіліи, заключающуюся въ допущеніи певормальнаго застоя соединеній кальція въ тканевыхъ жидкостяхъ. Гипотеза эта вызвала горячія возраженія и нападки со стороны нѣкоторыхъ клиницистовъ и экспериментаторовъ. Авторъ предполагаетъ, что такой застой въ тканевыхъ жидкостяхъ соединеній кальція именно и представляетъ вредоносное начало, повышающее возбудимость нервной системы. Благопріятствующими моментами со стороны организма должны быть признаны: нарушенное известковое (отрицательное) равновѣсіе въ костной ткани, какъ главномъ складочномъ мѣстѣ кальціевыхъ соединеній и недостаточность выдѣлительной функціи кишечника; а внѣ организма—повышенное, увеличенное введеніе кальціевыхъ соединеній съ пищей. Своей гипотезой кальціеваго застоя въ тканевыхъ жидкостяхъ авторъ думаетъ вполне удовлетворительно объяснить многое, если не все, касающееся спазмофіліи. Ему кажется понятнымъ по этой гипотезѣ предрасположеніе къ спазмофіліи искусственно вскармливаемыхъ дѣтей, рахитиковъ, страдающихъ кишечными расстройствами и проч. Этой же гипотезой, по

мнѣнію автора, легко объясняются странныя на первый взгляд явленія, что въ однихъ случаяхъ обильное введеніе коровьяго молока вызываетъ спазмофилю, въ другихъ спазмофилія наблюдается и безъ вскармливанія коровьимъ молокомъ; въ однихъ случаяхъ, при прекращеніи вскармливанія коровьимъ молокомъ повышенная возбудимость нервовъ замѣтно уменьшается, въ другихъ,—при тѣхъ же условіяхъ этого не наблюдается и проч. Ею же объясняется будто бы успѣхъ леченія спазмофиліи рыбьимъ жиромъ съ фосфоромъ и внезапные случаи смерти отъ ларингоспазма, (подробности относительно этого смотри: *Die Kindertetanie, als Calciumvergiftung. Jahrbuch f. Kinderheilkunde LXIII—1906—Hft—6.*).

Теоретическія обоснованія гипотезы автора сводятся къ слѣдующему. Каждый здоровый грудной ребенокъ ежедневно вводитъ въ организмъ немалое количество соеиненій кальція съ пищей, гораздо больше, чѣмъ онъ выдѣляетъ. Остатокъ этотъ удерживается почти исключительно костной тканью и только въ самыхъ незначительныхъ количествахъ, которыми можно пренебречь,—другими органами; но никакимъ образомъ не можетъ скопляться въ тканевыхъ жидкостяхъ безъ вреда для организма, что доказывается опытами. При экспериментальномъ введеніи въ кровь животнаго 0,02% хлористаго кальція значительно усиливаются сердечныя сокращенія включительно до опасности внезапной смерти отъ тонической остановки сердца въ систолѣ. Тѣмъ же должно угрожать и ребенку скопленіе кальціевыхъ соединеній въ тканевыхъ жидкостяхъ. Новообразующаяся костная ткань можетъ необходима известковыя соединенія, которыя ею импрегнируются, извлекать изъ циркулирующихъ тканевыхъ жидкостей. Чѣмъ больше будетъ перевѣсъ на сторонѣ новообразования тканей, способныхъ обызвествляться надъ тканями обызвествляющими (доставляющими Са—соединенія), тѣмъ дѣятельнѣе, энергичнѣе будетъ совершаться процессъ задержанія кальція и тѣмъ сильнѣе будетъ напряженіе, уклонъ паденія, какъ выражается авторъ, кальціевыхъ соединеній по направленію отъ жидкостей къ костной ткани. Такое соотношеніе представляетъ наиболѣе благоприятное условіе (положительное равновѣсіе кальціевыхъ соединеній по автору) для полного использованія циркулирующаго съ жидкостями кальція. Пока ткани, потребля-

ющія кальціевыя соединенія въ относительномъ избыткѣ, опасности скопленія кальція въ жидкостяхъ быть не можетъ и нельзя ожидать спазмофилии, если гипотеза вѣрна. При обратномъ соотношеніи между ростомъ тканей способныхъ къ обызвествленію и тканей обызвествляющихъ условія рѣзко измѣняются въ неблагопріятную сторону. Если при этомъ выдѣлительная функція кишечника достаточна, чтобы выровнять это нарушеніе равновѣсія, то опасный избытокъ кальціевыхъ соединеній можетъ быть еще удаленъ. При недостаточности выдѣлительной функціи кишечника создаются условія, при которыхъ напряженіе кальціевыхъ соединеній повысится въ жидкостяхъ тканевыхъ, получится то, что авторъ называетъ застоємъ (Stauung) кальція, отрицательное равновѣсіе. При подобныхъ именно условіяхъ наступаетъ опасность спазмофилии при рахитизмѣ, когда потребление кальціевыхъ соединеній ничтожно. Такая же опасность можетъ наступить, если кальціевое равновѣсіе собственно ненарушено, ткани способны къ обызвествленію только немного будутъ превышать притокъ со стороны обызвествляющихъ тканей, но этотъ притокъ искусственно увеличится обильнымъ введеніемъ съ пищей соединеній кальція, при чемъ выдѣлительная функція кишечника будетъ не въ состояніи справиться съ избыткомъ. Положенія своей гипотезы авторъ старается подтвердить опытами надъ большими, между прочимъ, произведенными другимъ экспериментаторомъ Цибульскимъ въ Бреславльской клиникѣ; но опыты эти самимъ экспериментаторомъ толкуются не въ пользу гипотезы. Приводятся нѣсколько опытовъ на животныхъ, тоже вызывающихъ нѣсколько разнорѣчивыя толкованія. Между противниками гипотезы автора Weigert, Perguet и друг. Netter выдвигаетъ свое собственное объясненіе явленій спазмофилии, по которому она происходитъ тогда, когда содержаніе кальція въ крови падаетъ и когда оно повышается. Въ первомъ случаѣ введеніе кальція съ пищей полезно, во второмъ—вредно. Въ общемъ обоснованія гипотезы автора представляются нелишенными оригинальности и убѣдительности.

Веселитскій.

Albert Adamkiewicz. Hemiplegia pseudohysterica. Neurologisches Centralblatt. 1908. № 3.

Авторъ приводитъ весьма обстоятельно обследованный случай гемиплегіи, представляющій на первый взглядъ всѣ характерные для истерическаго паралича признаки и, тѣмъ не менѣе, по мнѣнію его, оказавшійся гемиплегіей церебральной, очаговой. Для дифференцированія этого заболѣванія отъ истерическаго авторъ прибѣгаетъ къ оригинальному методу, имѣ самому изобрѣтенному, такъ называемой *sinapiskopii*, нѣсколько аналогичной и похожей на явленіе „*Transfert'a*“, при приложеніи нѣкоторыхъ металловъ къ анестезированнымъ областямъ, въ опытахъ практикуемыхъ въ 70-хъ годахъ прошлаго столѣтія Шарко. Для объясненія явленій своей *sinapiskopii* онъ вводитъ допущеніе для дѣятельности нѣкоторыхъ аппаратовъ двухсторонней функціи при раздраженіяхъ (*bilaterale funktion*). Распознаваніе и дифференцированіе подобныхъ случаевъ важно не только въ научномъ, но и въ прогностическомъ отношеніи. Дѣло идетъ о женщинѣ 50 лѣтъ, занимающейся торговымъ предпріятіемъ, весьма дѣятельной, которая вдругъ послѣ крупной непріятности съ кредиторомъ пришла въ крайнее возбужденіе, дала волю негодованію и тутъ же почувствовала, что еѣ какъ будто пронизалъ электрическій токъ отъ головы до лѣвой стопы. Вся лѣвая половина тѣла похолодѣла, онѣмѣла и ослабѣла. Больная должна была присѣсть, а послѣ ее принуждены были перенести въ постель: лѣвая рука и лѣвая нога парализовались. Новое, гораздо большее несчастіе уже не поразило ее, а вернуло ей полный разсудокъ и она могла распорядиться своими дѣлами. На другой день послѣ апсульты увидѣлъ ее авторъ. Это полная, почти цѣлѣющая женщина, вполне владѣющая своими умственными способностями, такъ что всѣ подробности заболѣванія сама больная могла сообщить съ достаточной обстоятельностью. Со стороны глазъ, зрачковъ и всѣхъ черепныхъ нервовъ никакихъ расстройствъ движеній не оказалось. Подвижность головы влѣво немного ограничена. Лѣвая рука и нога представляютъ только слѣды подвижности въ плечевомъ и бедренномъ суставахъ. Легкая ригидность. Колѣнный рефлексъ повышенъ. Клонусъ стопы слѣва. Почти полная потеря болевой, тактильной и температурной чувствительности на всей лѣвой половинѣ тѣла, нача-

ная съ головы и лица до лѣвой стопы включительно. Граница довольно рѣзкая, соответствуетъ средней линіи. Способъ происхожденія гемиплегіи и полная геміанестезія говорили за истерію; отсутствіе hemianopsi'a, hemiaugeusi'a, hemianosmi'a, такъ часто сопровождающихъ истерическую геміанестезію, были не въ пользу признанія истеріи. Не въ пользу органической гемиплегіи, кромѣ полной рѣзко ограниченной анестезіи, представляющей рѣдкость для такихъ гемиплегій, говорило отсутствіе какихъ-либо общихъ мозговыхъ явленій, незатронутость п. facialis и hypoglossi. Больная не была истерична. Оди́нъ братъ ея гемиплеги́къ. Всѣ эти соображенія автору кажутся недостаточными, и онъ прибѣгаетъ въ данномъ случаѣ къ упомянутому уже своему мету изслѣдованія чувствительности sinapiskopi'eй, состоящему въ томъ, что при приложеніи горчичнаго тѣста къ какой-нибудь части тѣла, пораженной анестезіей истерическаго характера, чувствительность въ данномъ мѣстѣ до нѣкоторой степени восстанавливается, а на соответствующей части другой половины тѣла она, напротивъ, понижается, исчезаетъ въ той или другой степени, т. е., происходитъ то, что называется „Transfert'омъ“. Авторъ, на основаніи этихъ опытовъ, подтвержденныхъ его учениками (Ader и Asch), примѣняетъ съ успѣхомъ горчичное тѣсто при истерическихъ анестезіяхъ какъ діагностическое и какъ лечебное средство. При изслѣдованіи этимъ способомъ настоящей больной оказалось, что подъ влияніемъ раздраженія горчичнымъ тѣстомъ анестезія нѣсколько уменьшалась, но никакихъ слѣдовъ трансферта не наблюдалось, почему авторъ считаетъ вполне возможнымъ исключить въ этомъ случаѣ гемиплегію истерическую и останавливается на геморрагіи въ вещество праваго полушарія. На основаніи наблюдаемыхъ явленій у больной онъ старается опредѣлить точно локализацию геморрагическаго фокуса. Въ виду того, что у больной на ряду съ двигательными расстройствами были и расстройства чувствительности, онъ предполагаетъ, что фокусъ долженъ находиться въ такомъ мѣстѣ, гдѣ двигательные и чувствительные пути проходятъ въ ближайшемъ сосѣдствѣ и, кромѣ того, быть довольно ограниченнымъ, такъ какъ расстройства чувствительности относительно неполныя и улучшались при раздраженіи горчичнымъ тѣстомъ. Такимъ мѣстомъ, по его мнѣнію, могла быть внутренняя треть внутренней капсулы

по сосѣдству съ такъ называемымъ французскими авторами „Carrefour“, при чемъ этотъ послѣдній (гдѣ главнымъ образомъ проходятъ чувствительные пути) только сдавленъ, а не разрушенъ. Дѣло шло, вѣроятно, о разрывѣ очень маленькой вѣточки arteriae fossae Sylvii, или вѣрнѣе сидящей на этой вѣточкѣ маленькой аневризмы, именно—arteriae lenticulo opticae. Дальнѣйшее теченіе подтвердило діагнозъ. Чувствительность выравнилась, а двигательная способность улучшилась только отчасти. Походка осталась ясно гемиплегической, а въ лѣвой рукѣ—небольшая контрактура.

Достойны упоминанія теоретическія разсужденія автора, объясняющія его методъ изслѣдованія *sinapiskopii*. Въ этихъ явленіяхъ, какъ и въ трансфертѣ, онъ видитъ особую физиологическую функцію нѣкоторыхъ аппаратовъ (особенно изъ сферы органовъ растительной жизни), которую онъ называетъ двухсторонней функціей. Всѣ эти двустороннія функціи представляютъ ту особенность, что какъ бы онѣ не возбуждались, съ центра или съ периферіи, физическимъ или психическимъ раздраженіемъ, всегда онѣ приводятъ въ дѣятельное состояніе органы съ обѣихъ сторонъ. Сюда авторъ относитъ дѣятельность нѣкоторыхъ железъ: потовыхъ, слюнныхъ, слезныхъ; нѣкоторые виды кожной чувствительности; функціи эти раздѣляются на двѣ категоріи: въ одномъ случаѣ онѣ проявляются синергически на обѣихъ сторонахъ тѣла, а въ другомъ, напротивъ, обѣ стороны функціонируютъ, какъ антагонисты: т. е., на одной сторонѣ функція органа падаетъ, а на другой она достаточна или повышается, но всегда функція двухсторонняя. Въ дѣятельности нѣкоторыхъ железъ авторъ тоже признаетъ эту двухсторонность подъ вліяніемъ разнаго рода раздраженій, особенно психическихъ. Авторъ увѣряетъ, что никогда не плачетъ одинъ глазъ и не выдѣляетъ слюну одна железа. Къ такой же категоріи двухстороннихъ функцій онъ относитъ и свои опыты съ раздраженіемъ кожи (кожныхъ нервовъ) горчичнымъ тѣстомъ—свою *sinapiskopii*.

Всеслитскій.

Н. Curschman. Къ вопросу о сакральной формѣ множественнаго склероза и диссоціаціи разстройствъ половой способности. *Neurologisches Centralblatt*. 1908—№ 3.

Первый указавшій на эту форму *sclerosis disseminata* былъ Oppenheim (*Neurologisches Centralblatt* 1907, № 23). Подъ вліяніемъ этого сообщенія авторъ съ своей стороны предлагаетъ вниманію случай, наблюдавшагося имъ несомнѣннаго *sclerosis disseminata*, гдѣ процессъ локализовался въ самыхъ нижнихъ частяхъ спинного мозга—въ *conus terminalis*. Такая локализациа процесса очень рѣдка, на что указываютъ Oppenheim и Mendel. Въ довольно большомъ матеріалѣ Гейдельбергской и Тюбингенской клиники между 50 случаями *sclerosis disseminata*—только одинъ съ подобной локализацией. Помимо казуистическаго интереса случай автора достоинъ вниманія со стороны патологической физиологіи половой функціи.

Совершенно здоровый, крѣпкій мужчина 40 лѣтъ болѣе года испытываетъ умѣренныя боли въ нижнихъ конечностяхъ, особенно въ лѣвой; неуверенность походки, уменьшеніе гибкости ногъ, что въ послѣднее время вызвало невозможность ходить безъ палки по гладкому полу безъ опасенія упасть. Временами не можетъ удерживать мочу, особенно, послѣ пива легко обмачиваетъ платье; испражненія, особенно нѣсколько жидкія, также не можетъ удерживать. Со стороны половой способности: уменьшеніе *libido sexualis*, недостаточная эрекция, хотя *immissio penis* еще возможно, продолжительность *coitus'a* вслѣдствіе замедленія *ejaculationis*; иногда невозможность довести половой актъ до его физиологическаго конца; полное отсутствіе оргазма. Никакихъ указаній и слѣдовъ *lues'a*. Легкій *strabismus convergens dexter*. При крайнемъ положеніи глазныхъ яблоковъ вправо *nystagmus*. Зрачки равномѣрны, реакціи ихъ нормальны. Походка медленная, спастическая. Отчетливо выраженныхъ парезовъ нѣтъ. Ригидность умѣренная. Въ лежачемъ положеніи никакой атаксіи. Со стороны чувствительности—полная анестезія перисакральной области. около *anus*, мошонки, промежности и на задней поверхности бедеръ, въ видѣ узкой полосы. Распространеніе анестезіи соответствуетъ такъ наз. „*Reithosenform*“. Разстроено болѣе термическое чувство (ощущеніе тепла) и очень мало тактильное и болевое. Сухожильные рефлексы всѣ повышены, кромѣ

ахилловыхъ, которые ослаблены, особенно лѣвый. Брюшной рефлексъ ослабленъ; съ cremaster'a нормаленъ. На лѣвой ногѣ ясный феноменъ Babinsk'аго, справа—намежъ. Анальный рефлексъ очень ослабленъ. При катетеризаціи—никакихъ ощущений. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзненные явленія представляли рѣзкую измѣнячивость и колебанія, то ухудшеніе, то уменьшеніе, доходившее почти до нормы. Въ послѣднее время появились довольно характерные симптомы. Поблѣднѣніе обѣихъ височныхъ сегментовъ глазного дна съ ослабленіемъ зрѣнія. Походка черезъ годъ была уже ясно спастически-атактическая. Параличей и атрофій не было. Рефлексъ Babinsk'аго на обѣихъ ногахъ ясный. Исслѣдованіе черепно-мозговой жидкости не обнаружило лимфоцитоза. Сначала діагнозъ латентнаго случая былъ нѣсколько неувѣренный не ясный, во дальнѣйшее теченіе болѣзни съ рѣзкими черемънами, ремиссіями и ухудшеніями; повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, кромѣ рефлексовъ съ ахиллова сухожилія; явленія со стороны глазного дна, nystagmus; спастическіе симптомы въ конечностяхъ, ригидность и паличность феномена Babinsk'аго, нистагмъ, поблѣднѣніе височныхъ сегментовъ зрительныхъ сосновъ, склоняли діагностику въ сторону sclerosis disseminata. Отсутствіе лимфоцитоза дѣлало мало вѣроятнымъ предположеніе о lues spinalis. Характерныя разстройства тазовыхъ органовъ и чувствительности при ослабленіи рефлексовъ съ ахиллова сухожилія указывали на локализацію процесса въ *conus terminalis*. Пораженіе caudae equinae можно исключить по отсутствіи болей, диссоцірованности разстройства чувствительности и симметричности ея. Въ заключеніе авторъ останавливаетъ свое вниманіе на диссоціаціи разстройства половой функціи. Функцію эту можно расчлениить на нѣсколько компонентовъ, пови-димому, съ различною локализаціей, во находящихся въ рефлекторной зависимости, такъ что выпаденіе одного не можетъ остаться безъ вліянія на другія, хотя каждое въ отдѣльности можетъ пострадать въ различной степени. Libido—психорефлексъ, скорѣе церебральный; механизмы эрекціи и эякуляціи, orgasmus зависятъ, преимущественно, отъ пенарушенности чувствительныхъ путей спинного мозга; диссоціація разстройства половой функціи наблюдается въ особенно характеристичной формѣ только при пораженіяхъ *conus'a*. Особенно поучительны въ этомъ отношеніи наблюденія Muller'a при

травматическихъ пораженіяхъ. Наблюдались случаи сохраненной эрекции при замедленіи эякуляціи; отсутствіе оргазма при относительно сносной эрекции и эякуляціи. Авторъ приводитъ свой случай травмы изъ Тюбингенской клиники, гдѣ libido было нормально, эрекция удовлетворительная, очень замедленная эякуляція и отсутствіе оргазма.

Веселитскій.

Dr. Schroeder. Къ казуистикѣ мозжечковыхъ геморрагій. *Neurologisches Centralblatt.* 1908 № 4.

Безъ сомнѣнія, самое излюбленное мѣсто апоплексій находится въ области arteriae fassae Sylvii. Наипчаще разрываются вѣточки именно этой артеріи, въ особенности отходящія подѣ прямымъ угломъ отъ arteria cerebri media и идущія черезъ чечевичное тѣло, внутреннюю капсулу къ nucleus capsulatus и thalamus opticus. Гораздо рѣже наблюдаются кровоизліянія въ варолиевъ мостъ и мозжечекъ. Авторъ оспариваетъ взглядъ Wernicke, что мозжечковыя кровоизліянія встрѣчаются чаще, чѣмъ это принято считать, и старается подтвердить цифрами относительную рѣдкость такихъ кровоизліяній. На основаніи этихъ соображеній онъ считаетъ не лишнимъ сообщить свой случай, въ которомъ имѣлась возможность получить и результаты секціи. Дѣло идетъ объ очень престарѣлой женщинѣ (80 л.), представившей несомнѣнные признаки dementiae senilis. Пациентка помѣщалась въ спеціальному заведенію по поводу психоза. Сестра ея тоже находилась на такомъ попеченіи. Больная средняго роста, умѣреннаго питанія. Въ формѣ черепа никакихъ особенностей. Ушные мочки приращены. Зрачки одинаковы, слабо реагируютъ. Языкъ не отклоняется. На шеѣ твердая struma. Въ сердцѣ систолическій шумъ. Пупочная грыжа. Чувствительность, повидимому, нормальна. На шестой годъ пребыванія больной въ заведеніи послѣдовало ущемленіе пупочной грыжи, потребовавшее оперативнаго вмѣшательства. Операция увѣнчалась успѣхомъ; больная совершенно оправилась и представляла только по прежнему дефекты психической сферы. Черезъ восемь мѣсяцевъ внезапно послѣ неопредѣленныхъ жалобъ, больная лишилась чувствъ, появилась кома, ціанозъ. Рвоты,

судорогъ не было. Правый уголь рта скосило внизъ. Наступившая кома отнимала всякую возможность изслѣдованія двигательной функціи другихъ членовъ. Въ тотъ же день exitus. Авторомъ приводится подробный протоколъ произведеннаго вскрытія. Анатомо-патологическій діагнозъ таковъ: утолщеніе diploe черепной крышки. Hydrocephalus externus et internus. Leptomeningitis chronica. Atrophia corticis cerebri. Apoplexia cerebelli duplex. Артеріосклерозъ сосудовъ основанія мозга. Arteriosclerosis aortae. Struma parenchymatosa съ геморрагіями и частичнымъ обызвествленіемъ. Hernia umbilicalis. Insufficiencia valvulae mitralis. Insufficiencia et stenosis valvulae aortae. Hypertrophia ventriculi sinistri. Myocarditis fibrosa. Perisplenitis circumscripta. Nephritis chronica interstitialis duplex. Облитерація желчнаго пузыря. Cholelithiasis. Hepar adiposum. — Микроскопическое изслѣдованіе головного мозга показало обширное разроженіе гліи и уменьшеніе нервныхъ клѣточныхъ элементовъ; сохранившіяся нервныя клѣтки измѣнены, сморщены. Въ мозжечкѣ обнаружено истонченіе молекулярнаго и зернистаго слоевъ умѣренной степени. Гліозныя клѣтки замѣтно увеличены сравнительно съ клѣтками Purkinje, ясно уменьшенными и измѣненными качественно. Данныя вскрытія и микроскопическаго изслѣдованія показали, что при значительномъ артеріосклерозѣ имѣлось дѣло съ двухстороннимъ кровоизліяніемъ въ мозжечекъ, которое и повело за собой exitus letalis. Микроскопическія измѣненія, обнаруженныя въ головномъ мозгу, совершенно соотвѣтствовали обычной картинѣ dementiae senilis. Особенный интересъ съ клинической стороны представляетъ этотъ случай, вслѣдствіе отсутствія рвоты и какихъ либо судорогъ, столь нерѣдкихъ при церебелларныхъ пораженіяхъ, и правосторонняго пареза n. facialis, очень рѣдко встрѣчающагося при подобныхъ пораженіяхъ. Причину этого паралича авторъ склоненъ приписать непосредственному давленію кровоизліянія на нервный стволъ. Кровоизліяніе послѣдовало изъ arteria corporis dentati, представляющей тутъ наиболѣе значительную по величинѣ артерію. Прямую причинную зависимость кровоизліянія установить не удалось. Можетъ быть, въ данномъ случаѣ не осталась безъ вліянія гипертрофія лѣваго желудочка сердца.

Веселитскій.

Anglade et Jaquin О такъ называемой сердечно-сосудистой формѣ эпилепсiи. (*Annales Médico-Psychologiques*. 1908. Janv.—Fev.).

Многіе авторы склонны называть *epilepsia tardiva* форму, возникающую послѣ 30 л. у мужчины и 25 л. у женщины; но Féré формы эпилепсiи могутъ встрѣчаться во всѣхъ возрастахъ. Патолого-анатомически слѣдуетъ различать два рода эпилепсiи, одна съ диффузнымъ церебросклерозомъ эластичнаго и твердаго мозга; другой съ тѣмъ же анатомическимъ характеромъ, но съ прибавкой видимыхъ лакунъ.

Наблюдение I. Вдова Р. 33 л. поступила въ Chateau-Picon въ 1896 г. Отецъ алкоголикъ, мужъ какъ и ея дѣти, умеръ отъ чахотки. Слегка покашливаетъ; при регулахъ 3—4 эпилептическихъ приступа съ меланхолическимъ настроеніемъ послѣ нихъ. Попытки къ самоубійству. Сердечные перебои, систолическій шумъ; аортальное бiеніе подъ грудной костью; пульсъ малый 106; диспноэ въ 1905 и бронхиальные хрипы. 1906 г. сердечные шумы, диспноэ, похолодѣніе рукъ и ногъ, общее тяжелое состояніе. 15 октября 1906 г. умерла. Autopsia. Двойной застарѣлый плевритъ; правая верхушка: казеозный солитарный туберкулъ. Сердце: расширено, гипертрофировано, v. tricuspidalis и mitralis склерозированы бляшками. Insufficiencia mitralis. Печень мускатная. Dura mater утолщена бляшками; мозгъ плотенъ; шероховатый видъ бѣлаго вещества двигательной области справа. Лакунарныя расширенія въ чечевичномъ узлѣ и бѣломъ веществѣ затылочной области въ обоихъ полушаріяхъ.

Наблюдение II. Вдова В. 63 л. поступила 5 Іюня 1903 г. Отецъ алкоголикъ. Имѣла 6 дѣтей: 5 умерло въ маломъ возрастѣ, сынъ 42 л. Menopausa въ 55 л; въ 33 г. первый эпилептический приступъ; petit mal; потеря сознанія, бредъ, безсвязность идей, приступы буйства, идеи преслѣдованія, попытки къ самоубійству; галлюцинаціи: пламя, похороны; въ мѣсяцъ 3—4 приступа эпилепсiи. Характеръ тяжелый, сварливый. 1907 г. 2 марта сильное диспноэ, въ легкихъ мелкіе хрипы, малый пульсъ; отеки лодыжекъ; 9 марта умерла. Autopsia. Легкія: Справа пневмоническій очагъ. Сердце: правый желудочекъ расширенъ; митральный бляшковый атероматозъ, недостаточность; атероматозъ аорты; печень мускатна. Почки скле-

розированы. Нервная система: dura приращена къ сволу; артеріи мозга атероматозны; мозгъ плотенъ эластиченъ. Правая половина: два очага размягченія въ височной и затылочной областяхъ. Лѣвая половина: размягченія въ затылочной и теменной областяхъ; лакуны нѣтъ. Мозжечекъ: очагъ размягченія въ задней части лѣваго полушарія.

Gelineau указываетъ на склонность къ меланхоліи и самоубійству эпилептиковъ съ сердечными недостатками. Мозговые нарушенія въ этихъ двухъ наблюденіяхъ сводятся подъ микроскопомъ къ комбинаціи лакунарнаго церебро склерознаго процесса съ атрофическимъ воспалительнымъ мозговымъ склерозомъ. По авторамъ оба склерозныхъ процесса суть только двѣ различныхъ степени одного заболѣванія. Alzheimer отдѣляетъ отъ старческой атероматозной формы эпилепсіи съ сердечными измѣненіями-форму съ атеріосклеротическими очагами, близкую джексоновской эпилепсіи. Кортикальныя лакуны, сообразно ихъ локализациі, обусловливаютъ слабоуміе или конвульсіи; лакуны области зрительнаго бугра даютъ двигательныя или чувствительныя измѣненія. Авторы придаютъ большое значеніе именно бляшковому атероматозу митральнаго клапана, опредѣляющему послѣдовательное за эмболіями мозговое размягченіе съ энцефалитомъ сосѣднихъ участковъ. Они склонны къ гипотезѣ параллельнаго развитія атеріосклеротическаго процесса въ сердцѣ, сосудахъ и мозгѣ; т. о. не бываетъ эпилепсіи сердечно-сосудистой, но только эпилепсіи вслѣдствіе лакунарнаго церебро-склероза съ атероматозомъ сердца и сосудовъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ діагнозъ эпилепсіи, по Joffroy, не ставится безъ присутствія особаго наследственнаго или пріобрѣтеннаго расположенія къ конвульсіямъ.

А. Х.

Прив.-доц. Климовъ. Случай множественнаго склероза въ дѣтскомъ возрастѣ. Врач. Газета. № 6. 1908.

Описываемый авторомъ случай имѣетъ тѣмъ большее значеніе, что вопросъ о возможности множеств. склероза въ дѣтскомъ возрастѣ окончательно выясненнымъ считается не можетъ. Подъ наблюденіемъ автора состояла больная 8 лѣтъ съ явленіями, типичными для даннаго заболѣванія: такъ, мож-

но было констатировать интенціонное дрожаніе, спастически-атактическую походку, скандированную рѣчь и нистагмъ,—кромѣ того, было ослабленіе умственныхъ способностей и повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ.

Болезнь началась немного болѣе года назадъ: большая впала въ безсознательное состояніе при высокой температурѣ, послѣ чего отнялась правая нога и ослабѣла правая же рука,—въ дальнѣйшемъ гемиплегическія явленія смѣшались развивающейся картиной множественнаго склероза. Этіологическій моментъ настоящаго заболѣванія авторъ готовъ отнести на счетъ инфекціи: и на самомъ дѣлѣ, въ анамнезѣ больной имѣются брюшной тифъ и корь,—какая-нибудь изъ этихъ болезней или обѣ вмѣстѣ могли сыграть роль причиннаго момента“.

И. Жилинъ.

Вабжинъ. „Случай акроасфиксіи у 14 лѣтней дѣвочки“. Врачеб. Газета, № 9, 1908 г.

Описывается случай „acroasphyxiae hyperaestheticae“, съ пораженіемъ верхнихъ конечностей. Кисти рукъ были синюшно—окрашены и отечны, пальцы—веретенообразны. Назначены были бромиды, глицерофосфаты, теплыя ванны и фарадизація кистей. Можно было констатировать значительное улучшеніе. При разборѣ случая приведена подробно литература вопроса.

И. Жилинъ.

Проф. Eulenburg. Basedow'a болѣзнь съ современной теоретической и практической точки зрѣнія. Совр. Клиника и Терапія. № 1. 1908.

Съ теоретической стороны авторъ даетъ подробный критическій обзоръ воззрѣній, трактующихъ о сущности Базедовой болѣзни. Такъ, опъ разсматриваетъ и послѣдовательно отвергаетъ, въ виду существенныхъ недостатковъ, теоріи; гематогенную, полагающую сущность страданія въ „непормальномъ смѣшеніи крови по аналогіи съ хлороанемическимъ смѣшеніемъ“,—нейрогенную, симпатическую и бульбарную, какъ приводящія къ явнымъ противорѣчіямъ или не дающія несом-

нѣнныхъ результатовъ,—и теорію неврововъ, какъ „заключающую въ себѣ не всю правду“ и оставляющую неизвѣстнымъ патогенный агентъ, подѣйствовавшій на нервную систему въ данномъ направленіи.

Самъ авторъ рѣшительно сочувствуетъ теоріи тиреогенной, удачно примиряющей въ себѣ уже упомянутыя теоріи: именно, неизвѣстныя пока, первичныя измѣненія состава крови дѣйствуютъ раздражающимъ образомъ на железу, которая отвѣчаетъ на это выработкой секрета, уже измѣненнаго качественно и способнаго оказывать патологическое вліяніе на организмъ; этимъ вреднымъ вліяніемъ секретъ обязанъ присутствію въ немъ ядовитаго тиреопропейда, который, благодаря значительному разрушенію обезвреживающихъ секретъ лимфатическихъ путей, поступаетъ непосредственно въ кровь и вслѣдствіе этого обнаруживаетъ свое токсическое дѣйствіе, отражающееся, главнымъ образомъ, на нервной системѣ.

Съ практической стороны авторъ подвергаетъ сравнительной оцѣнкѣ существующіе методы лѣченія Базедовой болѣзни; интересъ представляетъ лишь консервативно—отрицательный взглядъ автора на органотерапію и оперативный методъ, который авторъ рекомендуетъ, скрѣпя сердце, примѣнять „только въ самыхъ крайнихъ случаяхъ“.

И. Жилинъ.

Н. Е. Осокина. Кожевниковская эпилепсія. (Медицинское Обозр. № 1, 1908 г.).

Авторъ описываетъ два случая кожевниковской эпилепсін, пользовавшиеся въ клиникѣ проф. Дарешевича.

Въ одномъ изъ нихъ—на ряду съ эпилептическими припадками характера Джексоновской эпилепсін—существовали постоянныя клоническія судороги въ верхней и нижней конечностяхъ правой стороны. Какъ осложненія, на лицо были правосторонніе гемипарезъ и полная гемипарестезія (въ началѣ болѣзни—также и моторная афазія). При топической діагностики процессъ былъ локализованъ въ сосѣдствѣ извилины Вроса и Роландовой борозды.

Во второмъ случаѣ—вмѣстѣ съ эпилептическими припадками—наблюдались непрерывныя клоническія судороги лица, правой руки, надплечья и спины. Кромѣ того, имѣлось огра-

нвченіе движенія до 9²/₁₀ въ правомъ плечѣ,—также контрактуры въ локтевомъ и фаланговыхъ сочлененіяхъ правой руки. Похуданія мышцъ, измѣненія электровозбудимости не отмѣчено. Проф. Разумовскимъ была произведена операція по Ногсley'ю, состоявшая въ удаленіи части сѣраго вещества изъ области центра руки.

Въ результатѣ, судороги значительно ослабѣли,—установилась возможность активныхъ и пассивныхъ движеній въ плечѣ и локтѣ,—и пассивныхъ въ лучезапястномъ и пальцевыхъ сочлененіяхъ.

Микроскопическое изслѣдованіе показало, прежде всего, со стороны мягкой оболочки картину хроническаго воспаленія.

Затѣмъ, клѣтки коры обнаружены были сплошь въ состояніи рѣзкаго хроматолиза, при чемъ вокругъ нихъ и въ нихъ самихъ оказались мелкоклѣтчатковые элементы.

Слѣдовательно, въ основѣ этого случая кожевниковской эпилепсін лежить ограниченный хроническій менинго-энцефалитъ.

И. Жилинъ.

Eiselsberg und Frankl—Hochwart. Über operative Behandlung der Tumoren der Hypophysisgegend. Neurologisches Centralblatt. 1907. № 21.

Исторія болѣзни описываемаго больного сводится къ слѣдующему. Съ 1899 г. больной сталъ жаловаться на головную боль, появляющуюся въ видѣ приступовъ раза два въ недѣлю. Вслѣдъ за болью наступала рвота. Боли главнымъ образомъ въ передней части головы то съ лѣвой, то съ правой стороны. Больной хорошо учится въ школѣ, обладаетъ хорошей памятью. Никакихъ слѣдовъ нервности или истеріи, никакихъ заболѣваній, предшествующихъ давнему, никакой травмы. Зрѣніе нормально. Тазовые резервуары работаютъ правильно. Въ 1901 г. появились болѣе серьезныя жалобы. Больной, который до тѣхъ поръ былъ очень худощавъ, вдругъ началъ быстро увеличиваться въ вѣсѣ. Въ лѣвомъ глазу больной замѣтилъ ослабленіе зрѣнія. Головные боли стали болѣе жестокими. Къ концу 1901 г. больной совершенно ослѣпъ на лѣвый глазъ, въ правомъ глазу зрѣніе также значительно ослабло. Изслѣдованіе глазного дна показало атрофію лѣваго зрительнаго

верва. Въ правомъ глазу темпоральная геміанопсія. Нивакихъ разстройствъ вкуса, слуха и чувствительности лица. Интеллектъ и рѣчь вполне нормальны. Больной, такъ быстро пополнившій, вѣсилъ 54 kgr., тогда какъ мальчики его возраста и соответствующаго роста вѣсятъ отъ 39 до 40 kg. Пальцы больного пухлые, руки представляютъ собою какъ бы жировыя подушки, но особенно много жира отложено на туловищѣ, на животѣ и около genitalia, благодаря чему половые органы, которые въ общемъ нормальны, представляются похожими на женскіе. Въ области грудныхъ железъ встрѣчается также огромное скопленіе жира. Въ подмышечныхъ впадинахъ замѣчается отсутствіе волосъ. На половыхъ органахъ встрѣчаются только отдѣльные волоски. На черепѣ волосы очень рѣдки, ломки, легко выпадаютъ. Кожа черепа суха, мѣстами лупится. На туловищѣ она вмѣстѣ съ подлежащимъ жировымъ слоемъ свѣшивается въ видѣ складокъ. На основаніи этихъ данныхъ былъ поставленъ діагнозъ опухоли hypophysis'a.

10 іюня 1907 г. больной поступилъ въ хирургическую клинику. При изслѣдованіи найдено слѣдующее. Интеллектъ больного не представляетъ какихъ-либо дефектовъ. Больной средняго роста, дѣтско-женскаго сложенія, безъ растительности на лицѣ, съ двойнымъ подбородкомъ и съ легкимъ exophthalmus'омъ. Правый глазъ фиксированъ, лѣвый отклоненъ кнаружи. Справа зрачокъ реагируетъ на свѣтъ удовлетворительно, палѣво реакціи нѣтъ. Офтальмоскопическое изслѣдованіе показало: въ правомъ глазу атрофію темпоральной части сосочка, въ лѣвомъ глазу полную атрофію. Правымъ глазомъ считаетъ пальцы на $2\frac{1}{2}$ м., въ лѣвомъ полный амаурозъ. Въ полѣ зрѣнія праваго глаза пострадала темпоральная часть, назальная сохранена. Вкусъ, обоняніе, чувствительность нормальны. Двигательная сфера не разстроена. Ни атаксіи, ни *Romberg'a*. Сухожильные и кожные рефлексы нормальны. Внутренніе органы безъ особенныхъ измѣненій. Бѣлка и сахару въ мочѣ нѣтъ. Вѣсъ тѣла 65,20 kg.

Изслѣдованіе Рентгеномъ обнаружило деструктивныя измѣненія въ спинкѣ турецкаго сѣдла. Было примѣнено оперативное вмѣшательство. Операция была совершена черезъ носовые ходы. Была найдена карцинома *hypophysis'a*. Послѣ операции общее состояніе больного стало замѣтно измѣняться.

Въ всѣхъ началъ падать. Головные боли почти исчезли, зрѣніе значительно улучшилось.

Г. Маркеловъ.

Проф. Н. Oppenheim. Къ учению о періодичности нѣкоторыхъ симптомовъ при нервныхъ заболѣваніяхъ. *Neurologisches Centralblatt* № 1—1908) ¹⁾.

Авторъ обращаетъ вниманіе на общеизвѣстный фактъ, что нервныя заболѣванія разныхъ видовъ имѣютъ тенденцію періодически и иногда съ замѣчательною правильностью, въ опредѣленные болѣе или менѣе промежутки времени выступать съ особой интенсивностью. Фактъ этотъ нѣсколько лѣтъ уже интересуетъ автора и онъ старается выдвинуть его, поставить на очередь для разработки и обсужденія, не пытаясь съ своей стороны предложить какую либо теорію или гипотезу для объясненія. Не останавливаясь на невралгіяхъ, которыя занимаютъ нѣсколько особое положеніе въ ряду нервныхъ заболѣваній, онъ отмѣчаетъ, что нерѣдко нѣкоторые приступы проявляются съ удивительной точностью въ опредѣленные часы: находятся иногда въ отношеніи ко времени сна, пробужденія (періодичность гемикраніи, эпилепсія, нѣкоторыхъ такъ называемыхъ интермиттирующихъ параличей), пожалуй, еще болѣе это бросается въ глаза въ области психозовъ, какъ можно уже видѣть по однимъ названіямъ: періодическое помѣшательство, циклическое, циркулярное помѣшательство. Нерѣдкость то же явленіе при нейрастеніи. Есть больные, которые каждый, напр., понедѣльникъ, пятницу страдаютъ головной болью, астмой. Авторъ приводитъ такого рода собственные случаи: напримѣръ, больной въ теченіе 20 лѣтъ черезъ каждые 5—6 дней страдалъ дурнотой, тошнотой, при чемъ такое состояніе продолжается только день. По наблюденіямъ автора такого рода больные имѣютъ свои хорошіе и дурные дни. Въ одномъ случаѣ наблюдаемомъ вмѣстѣ съ

¹⁾ Статья была предметомъ доклада въ Обществѣ Психіатріи и Неврологіи 9 ноября 1907 года.

Thomsen'омъ, больная люэтичка представляла два рода явлений: постоянныя, длительныя и временныя, наступающія через каждые 24 часа. Къ первымъ принадлежали: рефлекторная неподвижность зрачка, лѣвосторонній гемипарезъ и геміанѣстезія. Эти явленія длились очень долго, были привычны, и не были предметомъ жалобъ больной. Кромѣ нихъ, у больной наблюдалась правильная смѣна дней хорошихъ и дурныхъ. Въ хорошій день больная ни на что не жаловалась; на слѣдующій, дурной,—она сонлива, стонетъ, мечется въ постели, чувствуетъ боли въ затылкѣ, во всей лѣвой половинѣ тѣла, головокруженіе, страхъ, страдаетъ рвотой, зрѣніе, слухъ ухудшается, анестезія съ лѣвой половины тѣла распространяется и на правую. Все продолжается только одинъ день. Диагностировано *lues cerebri* и *hysteria*. Въ другомъ случаѣ у больной съ *atrophia n. optici*, при полной слѣпотѣ, одинъ день передъ глазами свѣтлое сіяніе, другой—темная тѣнь. У больного съ явленіями *lues cerebrospinalis* главные и постоянные симптомы составляютъ: головная боль, рвота, *diplopia*, правосторонній гемипарезъ, разстройство пузыря. Послѣ энергическаго антилюэтическаго леченія остались только спастическій парапарезъ и неподвижность зрачка. Съ самаго начала болѣзни, опять наблюдаются дни хорошіе и дурные; послѣдніе съ жестокими болями головы, спины, общей слабостью, депрессивнымъ состояніемъ, потерей аппетита, жаждой, запоромъ. Въ продолженіе одного часа картина у больного совершенно мѣняется на относительно хорошее самочувствіе. Наконецъ приводится случай одной больной, наблюдаемой съ Olshausen'омъ. Дама 48 лѣтъ, замужемъ за несомнѣннымъ сифилитикомъ; сама явленій *lues'a* а не представляла; въ 32 года получаетъ апоплектический испускъ съ лѣвостороннимъ гемипарезомъ, и геміанѣстезіей, которые представляютъ у нея постоянное явленіе. Кромѣ того, опять одинъ день хорошій и слѣдующій—дурной. Въ дурной день уже съ ранняго утра, съ 3—5 часовъ,—жестокія боли въ лѣвой абдоминально-пахово-бедреной области, которыя на высотѣ пароксизма распространяются на всю половину тѣла. Длится это 24 часа и быстро переходитъ въ состояніе относительнаго благополучія. Больная объѣздила весь свѣтъ, консультировала у многихъ знаменитостей и нигдѣ не нашла помощи. Авторъ примѣнялъ внушеніе, но безъ всякой пользы. Анализируя наблюдаемые случаи, авторъ скло-

нень, предположить, что какъ будто здѣсь имѣется дѣло съ самовнушеніемъ. Ему кажется достойнымъ особаго вниманія, что явленія подобнаго рода обыкновенно не уступаютъ никакому леченію, не исключая и внушенія и что въ основѣ ихъ въ большинствѣ случаевъ лежитъ органическое заболѣваніе и при томъ, большею частію, сифилитической или метасифилитической натуры. Авторъ не отрицаетъ, что, можетъ быть, не послѣднюю роль играетъ тутъ и истерія, но въ тоже время высказываетъ взглядъ, что, можетъ быть, въ самой организаціи нервной системы у нѣкоторыхъ субъектовъ лежитъ какое-то предрасположеніе къ періодическимъ, ритмическимъ проявленіямъ, которое до нѣкотораго времени находится въ латентномъ состояніи и пробуждается при какомъ нибудь органическомъ (очаговомъ) заболѣваніи... Авторъ сознается, что относительно этихъ явленій не имѣется яснаго представленія, которое бы объяснило такую періодичность, и указываетъ въ заключеніе на нѣкоторую аналогію въ физиологической и паталогической сферѣ: въ ритмѣ сна и бодрствованія, правильности менструацій, въ нѣкоторыхъ формахъ пейралгій и душевныхъ заболѣваній.

І. А. Веселитскій.

Dr. Franz F. Krusius. О бинокулярномъ пупиллометрѣ. (Изъ университетской глазной клиники въ Марбургѣ). Докладъ съ демонстраціей аппарата на 34 собраніи офтальмологическаго общества въ Гейдельбергѣ. *Neurologisches Centralblatt*. 1908. № 4.

Авторъ предлагаетъ изобрѣтенный имъ особый аппаратъ, приспособленный къ экспериментально-научнымъ и клиническимъ изслѣдованіямъ зрачковой реакціи и состоянія зрачковъ, позволяющій съ большей объективностью и точностью опѣнивать измѣненія зрачка и даже выражать ихъ цифрой, мѣрой. Аппаратъ по виду немного напоминаетъ стереоскопъ, состоитъ изъ двухъ совершенно раздѣленныхъ камеръ для каждаго глаза, плотно прилаживающихся къ глазницѣ и совершенно не пропускающихъ внутрь свѣта снаружи. Камеры эти могутъ быть освѣщаемы внутри находящимися маленькими лампочка-

ми накаливанія при чемъ освѣщеніе это по произволу можетъ быть увеличиваемо или уменьшаемо въ той или другой камерѣ отдѣльно и сразу вмѣстѣ. Прямо противъ зрачка обѣ камеры открываются круглыми отверстіями, въ которыхъ вѣданы двѣ трубки (сдвигающіяся и раздвигающіяся) съ линзами 7,5D. для глазъ наблюдателя. На противоположномъ концѣ этихъ трубокъ, обращенныхъ къ глазамъ изслѣдуемаго, на стеклянной пластинкѣ выгравированы дѣленія въ миллиметрахъ, позволяющія точно измѣрять наблюдаемый зрачекъ. Аппаратъ соединенъ съ особымъ электрическимъ выключателемъ и релостатомъ, которые позволяютъ по желанію усиливать или уменьшать освѣщеніе въ томъ или другомъ глазу изслѣдуемаго или вовсе выключая освѣщеніе. Заключенные въ боковыхъ частяхъ аппарата въ особыхъ маленькихъ камерахъ лампочки накаливанія отдѣлены отъ глазъ испытуемаго молочнымъ стекломъ, чтобы избѣжать нежелательнаго пагрѣванія. Аппаратъ позволяетъ примѣнять три степени освѣщенія, точно измѣривши по фотометру Prof. Weber'a. При употребленіи аппарата укрѣпляется посредствомъ широкой эластической повязки вокругъ головы. Аппаратъ позволяетъ изслѣдовать прямую реакцію, сочувственную при яркомъ освѣщеніи другого глаза и реакцію на конвергенцію, для чего нужно только заставить изслѣдуемаго смотрѣть на его собственный палецъ, помѣщенный близко къ глазамъ между трубочками. (Такимъ же способомъ изслѣдуется обыкновенно реакція зрачковъ на конвергенцію у слѣпыхъ). Очень удобно съ этимъ аппаратомъ, по автору, наблюдать вліяніе психическихъ и чувствительныхъ раздраженій на зрачковую реакцію. Авторъ отклоняетъ упреки по адресу своего аппарата, что онъ можетъ очень ослѣплять глазъ изслѣдуемаго, или производить нежелательное тепловое раздраженіе. Для избѣжанія возможности примѣшанія наружнаго свѣта къ внутреннему освѣщенію глазъ изслѣдуемаго лампочками, авторъ совѣтуетъ производить эти изслѣдованія въ темной комнатѣ или покрываясь чернымъ сукномъ, какъ это дѣлаютъ фотографы. Привозимыя возраженія, что прикрѣпленіе аппарата изслѣдуемому можетъ имѣть неблагоприятное психическое вліяніе и оказывать чувствительное раздраженіе, кажутся автору скорѣе теоретическими, такъ какъ они могутъ имѣть мѣсто вообще при всякихъ изслѣдованіяхъ какими либо инструментами и аппаратами. Из-

бѣжать этого раздраженія ему кажется легко, если аппаратъ нѣкоторое время оставить на изслѣдуемомъ и нѣсколько по-временить съ изслѣдованіемъ, пока больной успокоится. Авторъ думаетъ, что его аппаратъ могъ бы быть не бесполезнымъ для психіатровъ, неврологовъ и глазныхъ врачей, благодаря легкой техникѣ и простотѣ наблюденій при его помощи и вмѣстѣ съ тѣмъ постоянству и точности результатовъ изслѣдованія.

Веселитскій.

Meeus. Claudication intermittente d'origine cerebrale. Revue Neurologique. 1907. № 18.

Dejerine въ 1894 и 1906 г.г. описалъ нѣсколько случаевъ claudication intermittente спинномозгового происхожденія. Сущность этого заболѣванія сводится въ общихъ чертахъ къ слѣдующему. Во время ходьбы въ одной ногѣ появляются парестезіи, ощущенія тяжести и вмѣстѣ съ тѣмъ слабости. Черезъ нѣкоторое время больной совершенно безпрепятственно можетъ идти дальше; спустя короткое время снова наступаютъ тѣ же явленія. Вмѣстѣ съ тѣмъ наблюдаются расстройства мочеиспусканія въ смыслѣ частыхъ позывовъ и даже расстройствъ со стороны половыхъ органовъ. Объективно въ состояніи междуприпадочномъ констатируется нѣкоторое повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ. Во время припадка наблюдается очень рѣзкое повышеніе ихъ, клонусъ стопы и симптомъ *Va-binsk'аго*. Вмѣстѣ съ тѣмъ никакихъ расстройствъ чувствительности, никакихъ возмоторныхъ расстройствъ. Патолого-анатомическія явленія, по *Dejerine'у* сводятся къ измѣненіямъ артерій въ спинномъ мозгу. Антисифилитическое лѣченіе оказываетъ громадное вліяніе, почти всегда давая благопріятные результаты.

Подобнаго рода функціональныя расстройства, вызываемыя въ пирамидныхъ путяхъ ишеміей, по мнѣнію *Meeus'а*, могутъ тянуться на всемъ протяженіи спинного мозга, могутъ обнаружиться даже гораздо выше, даже въ корковыхъ центрахъ. Авторъ приводитъ случай, гдѣ у больного въ теченіи нѣсколькихъ недѣль наблюдались необычныя симптомы, которые наступали въ видѣ неправильныхъ интерваловъ. По вре-

мевамъ, когда больной сидѣлъ и въ особенности, когда больной ходилъ или занимался какимъ-нибудь дѣломъ, онъ блѣднѣлъ. Если онъ сидѣлъ, то онъ въ это время перегибался на правый бокъ и правая нога его висѣла совершенно инертно. Если же онъ ходилъ, онъ перевѣшивался вправо, но не падалъ. Онъ ронялъ предметъ, который держалъ въ правой рукѣ, и переставалъ на нѣкоторое время ходить. Затѣмъ снова медленно двигался, волоча правую ногу. Языкъ былъ въ паретическомъ состояніи. Глотаніе было затруднено. Иногда этому параличу всей правой половины тѣла предшествовало нѣсколько быстрыхъ произвольныхъ движеній въ пальцахъ правой руки. Иногда у больного помрачалось сознаніе. Такое состояніе продолжалось обыкновенно нѣсколько мгновеній, нѣсколько минутъ и лишь въ видѣ исключенія четверть часа. Блѣдность исчезала, возвращалась конечностямъ ихъ подвижность и больной, какъ ни въ чемъ не бывало, продолжалъ свой путь.

Діагностика подобныхъ случаевъ не представляетъ особенныхъ затрудненій. Блѣдность лица, обычный гемиплегическій симптомокомплексъ, т. е. параличъ языка, дисфагія, параличъ правыхъ конечностей сразу устраняетъ мысль о *claudication intermittente* типа *Charcot* и *Dejerine*'а. Чтобы подкрѣпить діагностику, авторъ указываетъ еще случайную наличность кловическихъ явленій въ пальцахъ ощущенія онѣмѣнія. Последніе симптомы, не будучи постоянными, указываютъ на корковое происхожденіе. Принимая подобную локализацию, довольно легко объяснить весь симптомокомплексъ перемежающейся ишеміей кортикальныхъ центровъ.

Г. Маркеловъ.

Lejonne et Oppert. Paralyse unilaterale de nerfs craniens multiples. *Revue Neurologique*. 1907. № 13.

Односторонніе множественные параличи черепныхъ нервовъ далеко не частое явленіе. И особенно рѣдкими представляются тѣ случаи, гдѣ на ряду съ множественнымъ поражениемъ черепныхъ нервовъ остаются неподаженными глазодвигательные нервы. Подобный случай наблюдали авторы. Дѣло идетъ о женщинѣ 27 лѣтъ, у которой во время энтерита про-

изошелъ параличъ всѣхъ вѣтвей лѣваго лицевого нерва, жевательной вѣтви *n. trigemini*, *hypoglossi*, *olfactorii*, 1-й вѣтви *n. trigemini* и *glossopharyngei*. Изслѣдованіе электрическимъ токомъ показало паличность реакціи перерожденія въ области всего лицевого нерва. Пояснительный проколъ не далъ никакихъ указаній на форменные элементы. На основаніи своего изслѣдованія авторы склонны вѣлѣть въ данномъ случаѣ полиневритическій процессъ, вызванный патогенными микроорганизмами кишечника или ихъ токсинами.

Г. Маркеловъ.

Психіатрія

Rosenfeld. О психическихъ разстройствахъ при афазіи. Centralblatt für Nervenheilkunde. 1906. 15 Juni.

Если просматривать исторіи болѣзни афазиковъ, въ особенности въ болѣе старой литературѣ, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ можно найти лишь очень скудныя указанія на состояніе общей душевной дѣятельности, на состояніе интеллекта больного. Причина этого кроется главнымъ образомъ въ томъ, что изслѣдованіе интеллекта подобныхъ больныхъ связано съ большими затрудненіями, въ особенности тамъ, гдѣ имѣется дѣло съ сенсорной афазіей или парафазіей. Сплошь и рядомъ въ случаяхъ подобнаго рода дефекты интеллекта скрываются за вышеупомянутыми рѣчевыми разстройствами. Многими тонкими наблюдателями давно уже, правда, отмѣчалось, что духовная жизнь афазиковъ часто, даже почти всегда, отклоняется отъ нормы. Уже *Kussmaul* дѣлалъ опредѣленные указанія на отношенія словесной амнезіи къ интеллекту. По мнѣнію *Lichtheim*'а амнестическая афазія есть только частичное явленіе общей слабости памяти. *Naunyn* постоянно отмѣчалъ общія психическія разстройства у афазиковъ.

Съ другой стороны, наблюденія, что при помощи гипноза можно вызывать разнаго рода разстройства рѣчи, напр. афазію или алексію, что подъ вліяніемъ интоксикаціи алкоголемъ или хлороформомъ могутъ наступить извѣстнаго рода дефекты въ пониманіи рѣчи, явленія словесной амнезіи и

асимболии вообще, показывают, что общія, разлитыя измѣненія въ центральной нервной системѣ въ отдѣльных случаяхъ могутъ имѣть большое значеніе для тѣхъ или иныхъ афазическихъ или асимволическихъ явленій. Въ литературѣ имѣется цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ клиническія явленія говорили за строго ограниченное пораженіе головного мозга, между тѣмъ какъ на вскрытіи находили диффузныя измѣненія. На значеніе подобнаго рода фактовъ обратилъ вниманіе *Heilbronner* въ недавно вышедшей работѣ о дементности при афазіи. По его мнѣнію, мы не можемъ судить, поскольку клиническую картину приходится относить на счетъ грубыхъ, чисто очаговыхъ измѣненій, и поскольку на счетъ вторичныхъ, диффузныхъ измѣненій всего мозга. Это заставляетъ насъ быть болѣе осторожными, когда мы хотимъ объяснить однимъ анатомическимъ очагомъ цѣлый рядъ клиническихъ явленій. Съ этимъ особенно приходится считаться, когда мы пытаемся объяснить психическія расстройства, какъ очаговыя явленія.

Какого же рода психическія расстройства наблюдаются при афазіи? Какія измѣненія душевной дѣятельности говорятъ за пониженіе интеллекта? (рѣчь идетъ о взросломъ человѣкѣ съ ограниченнымъ пораженіемъ въ рѣчевой области). На первомъ планѣ стоитъ индифферентное отношеніе къ своей болѣзни, ослабленіе интереса къ окружающему, уменьшеніе интереса къ своему дѣлу, къ своему призванію. Пониманіе больнымъ устной рѣчи рѣзко расстроено, но афазикъ никогда не смущается своими отвѣтами, даже въ томъ случаѣ, если онъ совершенно не попалъ заданнаго ему вопроса. Онъ отвѣчаетъ совершенно случайно и сплошь и рядомъ въ совсѣмъ неподходящей формѣ. Только что сказанныя имъ или слышанныя слова почти не оставляютъ никакихъ слѣдовъ въ памяти больного. Многими авторами отмѣчалось далѣе, какъ сопутствующіе афазіи симптомы: слабость сужденія, пониженіе остроты мысли и логической послѣдовательности. По мнѣнію *Monakow*'а психическія расстройства при афазіи весьма различны и зависятъ отъ цѣлаго ряда условій, но во всякомъ случаѣ при афазіи съ словесной глухотой вслѣдствіе органическаго пораженія они всегда на лицо. По *Bastian*'у даже въ случаяхъ съ строго ограниченнымъ пораженіемъ при афазіи наблюдаются душевныя расстройства, тогда какъ послѣднихъ никогда не бываетъ при афеміи. При моторной афазіи понятія, какъ таковыя, порядковъ идей, сила способности сужденія

не разстраиваются или же лишь въ незначительной степени, а общія душевныя отправления, которыя выполняются безъ словъ, напр. обычный трудъ, игра совершаются довольно гладко, между тѣмъ какъ пораженія тѣхъ мозговыхъ участковъ, которые содержатъ главнымъ образомъ перцептивныя компоненты рѣчи, именно височныя доли, несомнѣнно сказываются на общихъ психическихъ функціяхъ.

Авторъ произвелъ нѣсколько детальнѣхъ изслѣдованій большыхъ съ афазіей. При изслѣдованіи авторъ пользовался схемами *Kieger*'а для опредѣленія степени интеллекта и схемами для опредѣленія способности ориентировки, способности ассоціаціи и счета по *Sommer*'у. Какъ аномаліи душевной жизни афазиковъ легко скрываются въ обыденной жизни и совершенно не бросаются въ глаза, показываетъ слѣдующее наблюденіе. У интеллигентной 42-хъ лѣтней женщины съ стенозомъ v. mitralis совершенно неожиданно при обычныхъ церебральныхъ симптомахъ наступила утрата рѣчи безъ какихъ-либо другихъ очаговыхъ явленій. При первомъ изслѣдованіи можно было констатировать затрудненіе словообразованія, расстройство памяти словъ и парафазію. Болѣе детальное изученіе дало слѣдующее. Перцептивныя и апперцептивныя способности оказались ненарушенными. Способность зрительныхъ и слуховыхъ воспріятій уменьшена. Счисленіе, въ особенности умноженіе и сложеніе, рѣзко расстроено. Предѣлы памяти при четырехъзначныхъ числахъ. Теченіе представленій, связанныхъ чисто внутренней ассоціаціей, представляетъ значительные дефекты. Больная не можетъ въ правильномъ порядкѣ повторить алфавитъ. Не можетъ повторить пѣнія или свиста. Въ общемъ же больная совершенно свободно ориентруется въ мѣстѣ и времени, занимается домашнимъ хозяйствомъ, дѣлаетъ покупки, ведетъ себя совершенно нормально и при поверхностномъ взглядѣ на нее не проявляетъ никакихъ аномалій душевной жизни. Авторъ приводитъ далѣе еще нѣсколько подобнаго рода изслѣдованій афазиковъ. Не дѣлая какихъ-либо опредѣленныхъ выводовъ и обобщеній, авторъ лишь подчеркиваетъ, что подобнаго рода точный анализъ психическихъ расстройствъ можетъ оказать громадную услугу въ дѣлѣ изученія органическихъ поражений головного мозга вообще и афазического симптомокомплекса въ частности.

Г. Маркеловъ.

L. Marchand et Nouet. Epilepsie et Paralyse generale. (Annales Med. Psych. Janv. -Fevr. 1908).

Въ докладѣ, сдѣланомъ 28 октября 1907 г. въ медико психологическомъ обществѣ, авторы указываютъ на сообщенія Toulouse и Pelz'a, противорѣчащія классическому положенію о несовмѣстимости прогрессивнаго паралича съ неврозами и описывающія развитіе этой формы у эпилептиковъ, изъ чего авторы заключаютъ, что менинго-энцефалитъ, развиваясь крайне медленно, можетъ переходить сначала въ эпилепсію, а затѣмъ въ паралитическій симптомокомплексъ. Falret, Billod, Baillarger указываютъ на факты смѣшиванія истинной эпилепсіи съ прогрессивнымъ параличемъ. Въ новѣйшее время Hillen-berg, Séglas, Francais, Voisin и Marchand въ рядѣ работъ настаивали на отличительныхъ признакахъ деменціи паралитической и эпилептической; но въ послѣднее время пояснич- ный проколъ легко выясняетъ діагнозъ, давая лимфопитозъ и бѣлокъ въ спинно-мозговой жидкости у паралитиковъ и отсут- ствіе этихъ данныхъ у эпилептиковъ.

Наблюденія авторовъ. Д. 37 л., бакалейщикъ поступилъ въ пріемъ Blois 30 апрѣля 1907 г. Отецъ и мать здоровы. Среди семьи есть душевно-больные. Болѣзней въ дѣтствѣ не было; нѣтъ алкоголизма; жепать съ 1900 г. У жены были преждевременные роды и одно здоровое дитя. Съ 1893 г. эпилептическіе кризы; но судорожные приступы съ 1900 г. по 1905 г. отсутствовали. Безпамятство; затѣмъ начались же- стокіе приступы съ пораненіями головы. Жена намекала на бывшіе у мужа сифилисы, а парижскіе врачи назначили двуіодистую ртуть. Съ 1906 г. бредъ богатства, величія, пре- слѣдованія; угрозы, бессонница, агрессивные поступки, сканде- рованная рѣчь, неравенство зрачковъ, дрожаніе языка, руб- цы на лицѣ и волосистой части головы; нѣтъ на губахъ и языкѣ. На пріемѣ бунтъ безсмысленъ. Питается достаточно. 2 мая имѣлъ 3 эпилептическихъ криза, затѣмъ 2 часа дли- лась кома, t° 39,1. Поясничный проколъ далъ лимфоцитозъ и бѣлокъ. При прогрессивныхъ явленіяхъ возбужденія боль- ной умеръ 11 мая. Аутопсія: Dura m. очень утолщена; pia m. утолщена, съ молочными полосками, приращена къ мозго- вой корѣ; грануляціи эпендимы желудочковъ боковыхъ и чет- вертаго. Подъ микроскопомъ: развитой подострый менинго-

энцефалитъ. Инфильтрація оболочекъ эмбриональными клѣтками, періартеріитъ. Разраженіе нейрогліи въ молекулярномъ слѣѣ. Лимфоциты въ периваскулярныхъ пространствахъ; гліиновыя тѣльца. Инфильтрація оболочекъ мозжечка. Склерозированы пирамиды; разлитой менингитъ оболочекъ bulb. Грануляціи съ пучками нейрогліиныхъ фибриллъ на днѣ 4 желудка. Авторъ предполагаетъ, что дѣло идетъ о сифилитической эпилепсіи, по Fournier, въ виду того, что эпилептические кризы исчезали на 5 лѣтъ до развитія прогрессивнаго паралича; симптоматическую же форму кризовъ первоначально обуславливали хроническія кортикальныя измѣненія. Рѣдкость такого факта авторы ставятъ въ зависимость отъ рѣдкости сифилиса у женатыхъ.

Пренія: Passet, соглашаясь съ мнѣніемъ авторовъ, рѣдкость діагноза разбираемыхъ случаевъ приписываетъ медленности теченія процесса и недостаточной полнотѣ анамнеза. Briand, Marchand и Arnaud придаютъ сифилису значеніе въ этиологій заболѣванія. Vallon требуетъ изученія такихъ случаевъ въ заведеніяхъ для эпилептиковъ, а не въ общихъ лечебницахъ, гдѣ этихъ больныхъ мало.

А. Х.

„Современная психіатрія“, январь, 1908 г.

Д-ръ Сухановъ въ статьѣ „О конституціональных психопатіяхъ и психозахъ“ даетъ раздѣленіе видовъ прирожденной перво психической организаціи, различая психоастеническую, истерическую, эпилептическую и патолого-резонерскую конституціи. Психоастенія свойственъ тревожно-мнительный характеръ, на почвѣ котораго обнаруживаются извѣстныя навязчивыя психическія состоянія.

Истерія развивается обыкновенно, какъ страданіе съ самаго начала врожденное, — на основѣ соотвѣтственной конституціи. Весьма вѣроятно также, что эпилептическій судорожный припадокъ есть лишь частный и необязательный симптомъ конституціи эпилептической, проявляющейся опредѣленными чертами характера. Патологическое резонерство типично для такого рода духовной организаціи, на почвѣ которой, въ дальнѣйшемъ, можетъ развится тотъ или иной видъ раганіае. изъ формъ резонирующихъ. Всѣ указанныя „конституціи“

могут перейти границу просто „характера“ и стать „психопатіями“.

Д-ръ *Образцовъ* въ статьѣ „къ симптоматологіи алкоголизма“ рассматриваетъ четыре случая изъ своей практики, когда—согласно даннымъ *Rodiet* и *Gans'a*—замѣчалось любопытное и еще малоизвѣстное явленіе, именно, неодинаковость тактильных воспріятій на различныхъ половинахъ глазныхъ яблокъ. Явленіе это, можетъ быть, стоитъ въ связи съ состояніемъ кровообращенія въ лицѣ.

Д-ръ *Гаккебушъ* въ отдѣлѣ „Корреспонденція“, предлагаетъ, на основаніи принципа децентрализаціи, свой планъ обслуживанія психіатрической помощью населенія Харьковской губерніи.

И. Жилинъ.

Т е р а п і я.

Dr. Felix Mendel. Лѣченіе фибролизиномъ и его результаты. „Новое въ Медицинѣ“. №№ 1, 2, 3. 1908.

Фибролизинъ представляетъ собой двойное соединеніе тіозинамина и салициловаго натрія, легко растворимое въ водѣ. Область примѣненія фибролизина—заболѣванія, сопровождающіяся развитіемъ фиброзной, интерстиціальной ткани. Въ этихъ случаяхъ фибролизинъ вызываетъ „разрыхленіе плотныхъ воспалительныхъ тяжей и размягченіе отложившихся патологическихъ продуктовъ, благодаря которому облегчается ихъ рассасываніе“. Примѣняется фибролизинъ въ формѣ внутримышечныхъ инъекцій, совершенно безболѣзненныхъ, — возможны также подкожныя и внутривенныя впрыскиванія. Доза для взрослыхъ—2,3 раств. фибролизина, для дѣтей—не меньше половины этой дозы; число инъекцій колеблется, смотря по случаю, между 5-ью и 50-ью. Побочныхъ дѣйствій почти не наблюдается. Длинный перечень заболѣваній, пользованныхъ съ успѣхомъ фибролизиномъ, закончивается указаніемъ на „привосходный результатъ“, достигнутый при лѣченіи инъекціями фибролизина хроническихъ невритовъ, обусловленныхъ патолого-анатомически хроническимъ периневритомъ и уже не подававшихся другимъ способамъ терапіи.

И. Жилинъ.

Sicard et Descomps. Неуспѣшность хирургическаго леченія Torticollis Mentale de Brissaud. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. № 6—1907),

Брѣвнѣй мужчина 44 л. послѣ удручающихъ семейныхъ непріятностей получилъ кривошею, которую онъ могъ исправить нажиманіемъ лѣвой руки на затылочную область. По словамъ проф. Brissaud „это актъ спасительной вѣры, потому что воля не могла никогда достаточно воздерживаться, чтобы оставить для мускуловъ аянтагонистовъ свободу взаимно побѣждаться“. Къ torticollis mentalis присоединяются спазмодическія отбрасыванія головы назадъ. По настоянію больного примѣняютъ; гипсовый шлемъ, затѣмъ впрыскиваніе 90° алкоголя въ стволъ наружной вѣтви N. spinalis, но чрезъ три недѣли улучшенія присоединилось retrocollis съ сильнымъ запрокидываніемъ головы. Больной поступилъ въ госпиталь Boucicaud для операціи сѣченія мускуловъ шеи, но послѣ неудачнаго исхода возвратился въ Hôtel Dieu къ пр. Brissaud, гдѣ было при изслѣдованіи найдено; слабость сухожильныхъ рефлексовъ, отсутствіе указаній на поврежденія пирамиднаго пучка, сильный retrocollis съ пассивнымъ паденіемъ головы назадъ. Примѣнено упражненіе мускуловъ головы и шеи по методу Brissaud чѣмъ надѣются исправить оперативные промахи.

А. Х.

Рецензіи.

Проф. Щербакъ. О патологическомъ значеніи Trichosephalus dispar. Изд. „Практ. Медиц.“. 1908 г.

Монотрофія проф. Щербакъ имѣетъ въ виду, главнымъ образомъ, выяснить роль trichosephali, какъ болѣзнетворнаго агента при нѣкоторыхъ нервныхъ заболѣваніяхъ.

Этотъ паразитъ, долго считавшійся невиннымъ, при болѣе внимательномъ разслѣдованіи оказался этиологически замѣшаннымъ не только въ заболѣваніяхъ кишекъ, но и въ разнообразныхъ невросахъ—и при томъ настолько, что въ послѣднемъ случаѣ „среди другихъ этиологическихъ моментовъ необходимо всегда имѣть въ виду „trichosephalus“.

Такъ, вервные симптомы при trichoscephaliasis'ѣ „даютъ картину то псевдоменингита, то различныхъ судорожныхъ формъ, въ видѣ истерическихъ, хорейческихъ судорогъ, то истерико-неврастеническихъ и неврастеническихъ состояній или-же гемикраніи и cephalea“,—часто случается, что этотъ паразитъ является прямой причинной эпилептоидныхъ приступовъ.

Во всѣхъ случаяхъ trichoscephaliasis'a съ обычнымъ успѣхомъ примѣнялся тимолъ.

И. Ж.

Отчетъ о защитѣ диссертациа д-ромъ Н. П. Алферьевымъ.
21 января 1908 г.

Диссертантъ окончилъ университетскій курсъ въ 1884 году, затѣмъ 7 лѣтъ служилъ въ земствѣ, а послѣ того — уѣзднымъ врачомъ въ г. Спаскѣ, Казан. губ. Ученыхъ трудовъ,—кромя диссертациа, не имѣеть.

Диспутъ открылся, по обычаю, рѣчью самого диссертанта. Н. П. Алферьевъ указалъ причины, побудившія его приняться за данную работу. Имъ руководило желаніе внести больше свѣта въ туманную и сбивчивую классификацію тѣлесныхъ поврежденій и сознаніе необходимости указать обществу на матеріально-тяжелое положеніе судебного врача, ограничивающее продуктивность его работы. Обращаясь къ оппонентамъ, диссертантъ указалъ на неблагоприятную для научныхъ занятій обстановку, въ которой ему пришлось писать свой трудъ: въ этомъ—„обстоятельство, смягчающее его вину“ въ пробѣлахъ диссертациа.

Изъ представителей факультета первымъ говорилъ проф. Н. А. Геркенъ. Прежде всего указалъ, что работа **издача** крайне небрежно, вся пестритъ опечатками,—написана такимъ тяжеловѣснымъ стилемъ, такими безграничными періодами, что чтеніе ея становится утомительнымъ трудомъ: „читать ее будутъ мало“... Не удовлетворяетъ оппонента и умозрительный методъ, котораго держался авторъ въ своихъ выводахъ. Не безукоризненны и тѣ послыки, съ которыхъ авторъ началъ свои построения: въ результатъ, мѣсто фактовъ заняли понятія, исключительныя возможности, умозрѣніе. Такой методъ изслѣдованія—методъ не научный. Въ своихъ ошибкахъ, ав-

торъ, — „жертва умозрительнаго изслѣдованія вопроса“. Авторъ придаетъ мало значенія авторитетному заключенію врача-спеціалиста. Допущена неточность въ формулировкѣ понятія „поврежденія“: его необходимымъ атрибутомъ не является обязательное механическое нарушеніе цѣлости тканей. Упреки русскому суду въ пренебреженіи приобрѣтеніями судебной медицины — не основательны. Авторъ заблуждается, придавая индивидуальности потерпѣвшаго исключительное значеніе въ оцѣнкѣ степени поврежденія: на единичныхъ, возможныхъ случаяхъ нельзя дѣлать массоваго вывода „Достоинство труда — рѣшимость указать на „невозможное положеніе судебныхъ врачей“. Умалитъ его цѣнность — умозрительный методъ.

Проф. В. П. Осиповъ представилъ свои воззрѣнія на IX главу диссертации. Согласившись съ авторомъ о необходимости подвести подъ рубрику травматическихъ поврежденій не только механическую, но и психическую травму, проф. Осиповъ указалъ на то, что законъ принимаетъ въ числѣ причинъ поврежденій и другія средства, подъ которыми въ данномъ случаѣ и можно разумѣть „психическую травму“. Авторъ слишкомъ односторонне остановился на вазомоторныхъ расстройствахъ, какъ на причинѣ и сущности психозовъ, — не мало случася, въ которыхъ вліяніе этихъ расстройствъ отступаетъ на задній планъ, а первое мѣсто принадлежитъ аутоинтоксикаціи или интоксикаціи организма (психозы послѣ кастраціи, — экстирпаціи щитовидной железы, алкогольные психозы и др.). Авторъ придавъ послѣдственности значеніе непрѣмннаго, начального момента въ этиологіи психозовъ при ихъ судебно-медицинской оцѣнкѣ, умалая тѣмъ явно значеніе другихъ моментовъ. Эти ошибки какъ нельзя болѣе иллюстрируютъ мнѣніе предыдущаго оппонента, что авторъ весьма сжато обходится безъ заключеній „свѣдущихъ людей“ въ трудныхъ для него случаяхъ; но вѣдь, естественно, „судебный врачъ не можетъ быть энциклопедистомъ“.

Диссертантъ выказалъ также нѣкоторую научную отсталость тѣмъ, что до сихъ поръ пользуется еще устарѣлымъ терминомъ „однопредметное помѣшательство“ для опредѣленія *paranoïae chron.*; въ распознаваніи и постановкѣ предсказанія при травматическомъ психозѣ авторъ обнаружилъ свою неосвѣдомленность, что, можетъ быть, объясняется скуднымъ запасомъ литературы по психіатріи, какимъ пользовался авторъ,

Въ тезисахъ, приложенныхъ къ диссертациі, авторъ, при всей его несклонности пользоваться услугами врачей-спеціалистовъ, впадаетъ въ противорѣчіе съ самимъ собой, отдавая „дѣло охраны народнаго здоровья въ уѣздѣ“ — въ руки „особыхъ врачей гигиенистовъ“, которые должны взять на себя санитарныя обязанности судебныхъ врачей.

Проф. *Неболюбовъ* началъ свои возраженія тѣми же ударами по поводу небрежности изданій работы, что и проф. Геркенъ. Затѣмъ отмѣтилъ излишнюю привязанность автора къ извѣстнымъ научнымъ источникамъ: въ частности, на работѣ отразилось вліяніе взглядовъ Никитина. Въ числѣ причинъ неудовлетворительности экспертизы судебныхъ врачей упущены нѣкоторыя, вытекающія изъ особенностей тѣхъ реальныхъ условій, при которыхъ судебный врачъ вынуждается давать свои показанія. Дѣленіе тѣлесныхъ поврежденій на „тяжкія“ и „легкія“ кладетъ рѣзкую границу субъективности оцѣнки судебного врача, и тѣмъ самымъ заслуживаетъ предпочтенія предъ другими, многостепенными дѣленіями, въ которыхъ могъ бы теряться судебный врачъ: „при большей подробности дается болѣе большой просторъ субъективности“. Авторъ смѣшиваетъ виды поврежденій съ ихъ степенями. Предсказаніе измѣчивости поврежденія, оцѣнка „опасности“ его, — не входятъ въ задачи судебной медицины. Затѣмъ, проф. *Неболюбовъ* указалъ на нѣкоторую несообразность отдѣльныхъ выводовъ автора примѣнительно къ судебной казуистикѣ. Въ общемъ же, призналъ, что диссертантъ обнаружилъ въ своемъ трудѣ „наблюдательность, вдумчивость, умѣнье критически разобраться въ литературѣ и громадный практический опытъ“.

Изъ присутствовавшей на защитѣ диссертациі публики выступилъ въ качествѣ неофициальнаго оппонента товарищъ-прокурора Казанскаго Окружнаго Суда *Хейфицъ*. По его словамъ, огульное обвиненіе юристовъ въ незнакомствѣ съ судебной медициной грѣшитъ противъ истины. Кроме того, авторъ, оцѣнивая послѣдствія поврежденія также и съ точки зрѣнія умысла, тѣмъ самымъ вналъ въ извѣстную ошибку: „экспертовъ не спрашиваютъ объ умыслѣ“...

Диссертантъ защищался энергично, даже перебивалъ оппонентовъ, торопливо забрасывая ихъ своими доводами.

По поводу языка своей работы, сознался, что она написана „протокольнымъ языкомъ“, но что „подобные періоды

въ его время считались шедеврами"... На умозрительномъ методѣ остановился потому, что „статистическій ничего не даетъ". Умозрительный методъ,—„судебный методъ"... Врачи спеціалисты, въ роли судебныхъ медиковъ, ненадежны потому, что ихъ прямымъ и обычнымъ дѣломъ является дѣченіе болѣзней, а не судебная экспертиза... Въ той своей главѣ, которая касается отчасти душевныхъ болѣзней, авторъ строго держался Крафтъ-Эбинга... „Опасныхъ" поврежденій, какъ отдѣльнаго вида ихъ, дѣйствительно, нѣтъ, — но опасность, тѣмъ не менѣе, можетъ служить критеріемъ для оцѣнки степени тяжести поврежденія...

Защита диссертациі была, въ заключеніе, признана удовлетворительной, и Н. И. Алферьевъ былъ удостоенъ степени доктора медицины.

И. Жилинг.

Письмо въ редакцію

Редакціей получено изъ Правленія Общества Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова слѣдующее письмо за подписью предсѣдателя и секретаря.

*Милостивый Государь
Господинъ Редакторъ!*

Правленіе Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова проситъ Васъ напечатать прилагаемое заявленіе съ проектомъ устава постоянного суда чести при Пироговскомъ Обществѣ.

X Пироговскій съѣздъ врачей поручилъ Правленію „избрать комиссію, въ которую привлечь также товарищей по желанію, для разработки вопроса о судахъ чести и выработанный проектъ внести на утвержденіе XI Пироговскаго съѣзда". Комиссія, въ которой приняли участіе юристы, закончила свою работу и представляетъ настоящій проектъ вниманію врачей, приглашая ихъ высказать свои соображенія какъ общаго характера о постоянномъ судѣ чести, такъ и объ отдѣльныхъ статьяхъ настоящаго проекта. Всѣ замѣчанія и отзывы должны направляться до 1 октября 1908 года въ Правленіе Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пиро-

гова (Москва, Арбатъ, Денежный пер., д. 28, кв. 5); согласно этимъ отзывамъ проектъ будетъ снова пересмотренъ комиссіей и внесенъ на утвержденіе предстоящаго XI Пироговскаго съѣзда.

Приводимъ текстъ проекта:

Проектъ устава Постояннаго Суда Чести при Всероссійскомъ Обществѣ врачей въ память Н. И. Пирогова.

§ 1. При Всероссійскомъ Обществѣ врачей въ память Н. И. Пирогова учреждается Постоянный Судъ Чести.

Прим. По мѣрѣ образованія мѣстныхъ отдѣленій Общества, учреждаются и мѣстные суды (автономные, избираемые на общихъ собраніяхъ членовъ мѣстныхъ отдѣленій Общества), которые руководствуются основаніями настоящаго устава.

§ 2. Постоянный Судъ исполняетъ функціи:

- 1) судовъ чести;
- 2) третейскихъ судовъ въ тѣхъ случаяхъ, если организація обычнаго третейскаго суда по выбору тяжущихся почему либо не могла быть осуществлена.

§ 3. Въ кругъ компетенціи Постояннаго Суда входятъ:

- 1) дѣла, возникающія по заявленіямъ указанныхъ въ § 4 п. а различныхъ врачебныхъ группъ и организацій о нарушеніяхъ врачами-членами или не-членами Общества — врачебной этики.

- 2) споры и недоразумѣнія:

- а) между членами Всероссійскаго Общества врачей;
- б) между членами Общества, съ одной стороны, и врачами, но не членами Общества, съ другой;
- в) между членами Общества, съ одной стороны, и лицами, не принадлежащими къ сословію врачей, съ другой.

§ 4. Въ Постоянномъ Судѣ дѣло возбуждается:

- а) по заявленію различныхъ врачебныхъ группъ (§ 3, пунктъ 1) какъ организованныхъ (больничные совѣты, медицинскія общества, санитарные совѣты и т. д.), такъ и неорганизованныхъ (5 и больше человекъ);

- б) по заявленію обѣихъ сторонъ, указанныхъ въ § 3 п. 2—а, б, в;

- в) по заявленію кого либо изъ лицъ, указанныхъ въ § 3 п. 2—а, в;

г) по заявленію только членовъ Общества въ случаяхъ, указанныхъ въ § 3 п. 2—б.

§ 5. Постоянный Судъ состоитъ изъ 20 человекъ (членовъ суда).

§ 6. Члены Постояннаго Суда избираются на общихъ собраніяхъ членовъ Общества, при чемъ 15 изъ нихъ должны быть изъ числа Московскихъ членовъ Общества, а 5 — изъ числа иногороднихъ; слѣдующіе 10 — по большинству голосовъ за избранными въ члены Постояннаго Суда — считаются кандидатами.

§ 7. На каждомъ общемъ собраніи членовъ Общества половина членовъ Постояннаго Суда выбываетъ (въ первый разъ по жребію); выбывшіе члены не лишаются права быть вновь избранными.

§ 8. Постоянный Судъ можетъ отказаться отъ разбирательства дѣла:

а) по формальнымъ основаніямъ (см. §§ 3, 4);

б) по недостаточности поводовъ для возбужденія дѣла въ порядкѣ, предусмотрѣнномъ § 19 (п. 2, а).

§ 9. Число членовъ Постояннаго Суда въ судебномъ засѣданіи должно быть нечетнымъ и во всякомъ случаѣ не меньше трехъ; всякія рѣшенія въ судебномъ засѣданіи принимаются простымъ большинствомъ голосовъ.

Примѣч. Въ случаѣ необходимости выѣзда на мѣста, судебное разбирательство можетъ быть организовано такимъ образомъ, что изъ состава Постояннаго Суда выѣзжаетъ на мѣсто только одинъ членъ, двое же другихъ судей избираются тяжущимися сторонами съ согласія Постояннаго Суда изъ мѣстныхъ врачей.

§ 10. Члены Постояннаго Суда — при имѣющихъ на то у кого либо изъ нихъ основанія — отводить себя отъ участія въ томъ или иномъ дѣлѣ.

§ 11. Тяжущимся сторонамъ предъявляется очередной списокъ судей, назначенныхъ для даннаго дѣла, въ количествѣ 5 человекъ, и каждой изъ сторонъ представляется право вычеркнуть изъ этого списка одного судью.

§ 12. Засѣданія Постояннаго Суда могутъ быть закрыты при желаніи обѣихъ сторонъ.

§ 13. Въ своемъ постановленіи Постоянный Судъ:

а) приводить мотивированную квалификацію бывшихъ на его разсмотрѣніи фактовъ;

б) если находитъ нужнымъ, устанавливаетъ обязательность для тяжущихся сторонъ тѣхъ или другихъ практическихъ шаговъ, вытекающихъ изъ этой квалификаціи;

в) какъ крайнюю мѣру Судъ можетъ примѣнить исключеніе изъ числа членовъ Общества въ порядкѣ, предусмотрѣнномъ § 19 (п. 2, б).

§ 14. Если та или другая сторона не подчиняется рѣшенію Постояннаго Суда, то этотъ случай разсматривается въ порядкѣ, предусмотрѣнномъ § 19 (п. 2, в).

§ 15. Если дѣло возникаетъ по жалобѣ противъ врача, не состоящаго членомъ Общества, или противъ лица, не принадлежащаго къ сословію врачей (см. § 3 пунктъ 1 и пунктъ 2 б и в), то Постоянный Судъ:

а) входитъ въ сношенія со стороною, на которую подана жалоба, съ цѣлью выясненія вопроса о способѣ разрѣшенія возникшаго дѣла;

б) въ случаѣ отказа стороны въ этомъ, выносить свое заключеніе на основаніи поступившихъ въ его распоряженіе и собранныхъ имъ матеріаловъ.

§ 16. Рѣшенія Постояннаго Суда окончательныя и апелляціи не подлежатъ.

§ 17. Рѣшенія Постояннаго Суда печатаются въ „Журналѣ“ Общества, кромѣ тѣхъ случаевъ, когда того не желаютъ обѣ стороны.

Прим. Рѣшенія Постояннаго Суда могутъ печататься сторонами и въ другихъ изданіяхъ.

§ 18. Расходы по процессу (выѣздъ на мѣста въ пѣкоторыхъ случаяхъ, расходы по письмоводству и печатанію рѣшеній) оплачиваются сторонами: расходы исчисляются самимъ Постояннымъ Судомъ и вносятся впередъ обѣими сторонами.

Прим. 1. При исчисленіи расходовъ въ случаѣ выѣзда на мѣста проѣздъ судей разсчитывается по 2-му классу; кромѣ того, назначаются суточные деньги въ размѣрѣ 3—5 руб., въ зависимости отъ мѣстныхъ условій.

Прим. 2. На случай возможныхъ расходовъ въ распоряженіе Постояннаго Суда общимъ Собраніемъ членовъ Общества дѣлается ежегодное смѣтное назначеніе въ размѣрѣ 200 рублей.

§ 19. Пленарное засѣданіе Постояннаго Суда:

1) а) выбираетъ изъ своей среды бюро Постояннаго Суда (предсѣдатель, секретарь и проч.);

б) устанавливаетъ наказъ, опредѣляющій общій порядокъ дѣятельности Постояннаго Суда: распредѣленіе очередей, созывъ пленарныхъ засѣданій, вопросы о направленіи судебныхъ дѣлъ, объ отчетности, о денежныхъ расходахъ и т. под.;

2) рассматриваетъ и рѣшаетъ дѣла:

а) объ отказѣ въ принятіи дѣла къ производству (§ 2, пунктъ б);

б) объ исключеніи изъ числа членовъ Общества (§ 13);

в) о неподчиненіи рѣшеніямъ Суда (§ 14);

г) все дѣла, вносимыя на его рѣшеніе очереднымъ составомъ Постояннаго Суда.

§ 20. Постоянный Судъ имѣетъ свою печать съ надписью: „Печать Постояннаго Суда Чести при Всероссійскомъ Обществѣ врачей въ память Н. И. Пирогова.“

§ 21. Постоянный Судъ печатаетъ ежегодный отчетъ о своей дѣятельности.

Отчетъ о дѣятельности Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ за 1907 годъ.

Секретаря В. В. Николаова.

Отчетный годъ представляется шестнадцатымъ годомъ дѣятельности О—ва, которое въ 1907 году имѣло 8 научныхъ засѣданій, въ которыхъ было сдѣлано 13 сообщеній:

1) Д-ръ *А. С. Шоломовичъ*.—Къ вопросу о психотерапіи въ акушерствѣ. Случай тяжкаго hyperemesis gravidarum, излѣченный внушеніемъ.

2) Проф. *Д. О. Даркшевичъ*.—Къ казуистикѣ извращеній полового влеченія.

3) Д-ръ *Н. А. Глушковъ* демонстрировалъ мозгъ идіота.

4) Д-ръ *В. П. Первушинъ* представилъ больного, перенесшаго туберкулезный спондилитъ.

5) Д-ръ *А. М. Зайцевъ* и д-ръ *А. Н. Ивановъ*.—Къ симптоматологіи бѣлой горячки (съ демонстраціей больного).

6) Д-ръ *А. С. Шоломовичъ*.—Къ вопросу о возникновеніи психозовъ подъ вліяніемъ политическихъ событій.

7) Д-ръ *Г. А. Клячкинъ* демонстрировалъ микроскопическіе препараты, на которыхъ было видно возстановленіе твердой мозговой оболочки послѣ вырѣзыванія частей ея.

8) Д-ръ *Н. А. Глушковъ*.—Ислѣдованіе вкуса и обонянія у эпилептиковъ.

9) Д-ръ *А. В. Оваторскій*.—Къ вопросу о лумбальной пунѣціи при нервныхъ болѣзняхъ.

10) Проф. *В. П. Осиповъ*.—Своеобразное разстройство акта чтенія у душевно-больного.

11) Проф. *И. М. Догель*.—Взаимодѣйствіе хлороформа и кокаина и обратно: кокаина и хлороформа на животный организмъ.

12) Д-ръ *В. П. Первушинъ*.—Случай poliomyelitis anterior acuta adultorum (съ демонстраціей больныхъ).

13) Д-ръ *Ф. Я. Китасовъ*.—Инверсія пищевода.

Число членовъ О—ва пополнилось выборомъ новыхъ членовъ въ лицѣ проф. *В. Ф. Орловскаго*, д-ра *Н. А. Глушкова*, д-ра *В. Н. Осиповой*, д-ра *Е. М. Идельсона*, д-ра *Т. С. Гликина*, д-ра *А. С. Шоломовича*, такимъ образомъ число членовъ Общества достигло къ 1908 году 73 человекъ, за выбытіемъ 4 человекъ на основаніи § 38 и умершаго проф. *А. Г. Ге*.

Бюро О—ва состояло изъ предсѣдателя проф. *Л. О. Даркшенича*, товарища-предсѣдателя проф. *В. П. Осипова*, мѣстнаго редактора журнала „Неврологическаго Вѣстника“ проф. *Н. А. Миславскаго*, секретарей *В. В. Николаева* и *Н. А. Донскова*, бібліотекаря *А. С. Сегеля*, казначея *В. С. Болдырева*, членовъ Совѣта: проф. *К. А. Арнштейна*, проф. *И. М. Догеля* и *А. Ф. Геберга*, членовъ ревизіонной комиссіи *Д. В. Полумордвинова*, *В. И. Разумовскаго* и *Д. А. Тимоеева*. Иногороднимъ редакторомъ журнала состояли проф. *В. М. Бехтеревъ* и проф. *Н. М. Поповъ*.

П Р И Х О Д Ъ.

29 подписокъ на журналъ	167 р. 70 к.
8 ¹ / ₂ членскихъ взносов	51 р. —
с ₀ 0 ₀ съ капитала	122 р. 60 к.
с ₀ 0 ₀ по сберегательной книжкѣ	54 р. 26 к.
Итого	395 р. 56 к.

РАСХОДЪ.

Рефераты	90 р. —
Расходы редакціи	48 р. 72 к.
Рисунки	31 р. 25 к.
Расходы библіотеки	15 р. —
Храненіе $\frac{1}{2}$ бумагъ	2 р. 5 к.
Наградныя служителю	20 р. —
Расходы казначея	5 р. 15 к.
Печатаніе „Невролог. Вѣстн.“	365 р. 75 к.
Телеграммы	3 р. 45 к.
Итого	581 р. 37 к.

Такимъ образомъ за истекшій годъ получился дефицитъ въ суммѣ (581 р. 37 к.—395 р. 56 к.) 185 р. 81 коп. Дефицитъ этотъ образовался потому, что обычно своевременно ассигнуемая субсидія отъ Министерства Народнаго Просвѣщенія въ размѣрѣ 300 руб. до сихъ поръ еще не поступила въ кассу Общества ¹⁾).

Библіотека Общества по прежнему пополнялась пожертвованіями, приобрѣтеніями и обмѣномъ на журналъ „Неврологическій Вѣстникъ“, такъ что количество номеровъ библіотеки достигло цифры 2891, при чемъ кромѣ поврежденных изданій поступило 90 книгъ и брошюръ.

¹⁾ Упомянутая субсидія была получена вскорѣ послѣ составленія отчета.

Хроника и смѣсь.

— 3 февраля состоялось торжественное открытіе новаго ученаго и высшаго учебнаго заведенія псих-неврологическаго института. Открывая засѣданіе, президентъ института, проф. В. М. Бехтеревъ передалъ предсѣдательствованіе М. М. Ковалевскому и произнесъ рѣчь о задачахъ института. Первоначальныя предположенія объ учрежденіи института возникли въ 1893 г.; вслѣдъ за тѣмъ поступило крупное пожертвованіе семьи Алафузовыхъ, которое позволило перейти къ практическому осуществленію этихъ предположеній. Была организована при обществѣ нормальной и патологической психологіи особая коммиссія, выработавшая уставъ новаго учрежденія. 9 іюня 1907 г. уставъ былъ утвержденъ. Институтъ, по уставу, является одновременно и ученымъ, и учебнымъ заведеніемъ и имѣетъ право устраивать ученыя собранія, курсы, популярныя лекціи—какъ въ Петербургѣ, такъ и въ провинціи. Нынѣ организація учрежденія уже закончена, и начнутся ученыя засѣданія института, изъ которыхъ первое будетъ посвящено памяти Мореля, одного изъ основателей современной науки о мозгѣ. Слѣдующее засѣданіе будетъ посвящено сообщенію результатовъ изслѣдованія мозга Менделѣва. Съ 4 февраля въ біологической лабораторіи начнутся занятія на курсахъ института. Возникшій самостоятельно въ Россіи психо-неврологическій институтъ отвѣчаетъ тѣмъ же задачамъ изученія мозга и его функцій, которыя преслѣдуются международными институтами, создаваемыми международной ассоціаціей академій. Цѣль его — пополнить пробѣлъ въ высшей школѣ. Обращаясь къ обзору

отдѣльных дисциплинъ, охватываемыхъ институтомъ, ораторъ остановился прежде всего на социальной психологіи и психологіи народовъ, изученіе которой дало бы возможность предугадывать народныя движенія и ихъ исходъ. Далѣе, педагогическая психологія дѣтскаго возраста весьма мало разработанная и практическая важность которой не подлежитъ сомнѣнію, будетъ предметомъ особенно тщательнаго изученія въ институтѣ. Въ этомъ учрежденіи, съ интернатомъ для малолѣтнихъ питомцевъ, осуществленномъ благодаря пожертвованію Зимины будетъ изучаться психологія дѣтскаго возраста и примѣняться педагогическія мѣры, имѣющія цѣлью предотвратить развитіе нежелательныхъ способностей.

Далѣе, криминальная антропологія и психологія—область научнаго знанія, для ознакомленія съ которой въ Россіи не имѣется ни одного учрежденія. А между тѣмъ для насъ, русскихъ, эта область представляетъ самый жгучій интересъ, такъ какъ у насъ до сихъ поръ въ области борьбы съ преступностью не придумали ничего, кромѣ мѣръ крайней репрессіи. Криминальная психологія входитъ въ кругъ наукъ, изучаемыхъ на курсахъ института, а кромѣ того предполагается устройство особаго криминологическаго учрежденія, по образцу существующаго въ Аргентинѣ и имѣющаго задачей всестороннее изученіе преступности, психологіи преступника и мѣръ борьбы съ преступностью.

Несомнѣнная потребность для врачей въ усовершенствованіи своихъ знаній въ области психіатріи у насъ такъ ощутительна, что многіе ѣдутъ за границу. Въ этомъ отношеніи институтъ идетъ на встрѣчу несомнѣнно назрѣвшей потребности.

Предметы, входящіе въ программу института, раздѣляются на основныя и спеціальныя. Основныя читаются на первыхъ двухъ годовыхъ курсахъ и дѣлятся на четыре секціи—психологическую, педагогическую, криминальную и психіатрическую.

Одновременно съ этимъ будутъ вестись спеціальныя курсы по различнымъ научнымъ областямъ.

Заключивъ свою рѣчь, ораторъ указалъ на утилитарный характеръ нашей высшей школы, готовящей только спеціалистовъ и забывающей самого человѣка.

Послѣ В. М. Бехтерева проф. В. А. Вагнеръ произнесъ рѣчь «Сравнительная психологія и ея задачи,» Де-Роберти—«О задачахъ соціологіи» и, наконецъ, М. М. Ковалевскій—«Задачи сравнительной исторіи учреждений».

Наибольшій интересъ представляла рѣчь М. М. Ковалевскаго, котораго громадная аудиторія встрѣтила громовыми аплодисментами.

Въ сжатой и яркой рѣчи ораторъ прекрасно обрисовалъ значеніе своей науки, которая даетъ соціологіи матеріалъ для построенія теоріи прогресса—двусторонняго процесса, сводящагося къ замѣнѣ гражданскаго неравенства—равенствомъ съ одной стороны, и къ замѣнѣ вѣншей опеки—личной и общественной самодѣятельностью. Установленіе наличности такого процесса у всего человѣчества задача сравнительной исторіи учреждений, а выводы ея служатъ стимуломъ, равно воздерживающимъ отъ квіетизма, пассивнаго подчиненія существующему и отъ стремительныхъ порываній къ далекому и въ даніе время неосуществимому идеалу.

— Повторительные курсы по психіатріи при центральномъ приѣмномъ покоѣ для душевно-больныхъ въ Москвѣ открылись съ 7-го января текущаго года; записалось на курсы—17 товарищей, изъ которыхъ большая часть не-москвичи. Въ одной изъ ближайшихъ книжекъ «Современной Психіатріи» появится подробная корреспонденція о ходѣ занятій на этихъ курсахъ.

— Намъ сообщаютъ, что «Харьковское Губернское объ Обществахъ Присутствіе отказалось утвердить Уставъ Харьковскаго Общества невропатологовъ и психіатровъ. Причиной неутвержденія выставлено: 1) отсутствіе въ Уставѣ нѣкоторыхъ обязательныхъ для всякаго Общества, о закрытіи и т. д.); 2) допущеніе въ засѣданіе Общества не-членовъ, что можетъ угрожать общественному спокойствію и 3) предоставленіе Обществу правъ ученыхъ Обществъ, которые не вправе разрѣшать Губернское объ Обществахъ присутствіе».

— Намъ пишутъ, что Одесская Городская Управа продолжаетъ сокращать Психіатрическую больницу. «На этотъ разъ ея

дѣйствія носятъ болѣе опредѣленный характеръ. 22 (XI-07) управа постановила уволить, въ 7-ми дневный срокъ, смотрителя Психіатрической Лечебницы В. Н. Сваричевского, прослужившаго на городской службѣ около 15 лѣтъ. Этому предшествовали слѣдующія обстоятельства: Управа, для сокращенія расходовъ, постановила уволить 90 служителей, предупредивъ кандидатовъ объ увольненіи. Для управы это оказалось достаточнымъ поводомъ для увольненія смотрителя («Одесскій Листъ.» 24 (XI-07) Городской Голова, считая необходимымъ производство предварительнаго дознанія, припостановилъ собственною властію приведеніе этого постановленія. Но тутъ произошло странное совпаденіе. Въ ночь на 6-ое декабря у смотрителя произведенъ обыскъ; и, хотя ничего не нашли, но его арестовали. Въ эту же ночь произведенъ обыскъ у надзирательницы Психіатрической лечебницы, В. В. Томашевской, служащей въ больницѣ 19 лѣтъ. Чтобы проникнуть къ надзирательницѣ, полиція, не заявивши объ этомъ никому изъ дежурившихъ, вошла въ женское безпокойное отдѣленіе и расставила тамъ своихъ стражниковъ. Обыскъ длился 3 часа за это время городовые и околоточные ходили по отдѣленію и вызвали, конечно, среди больныхъ не бывалое возбужденіе. У надзирательницы ничего не нашли и ея не арестовали. Особенно обидно то, что душою психіатрическихъ «реформъ» является врачъ—новый членъ Управы И. П. Стѣнkevичъ-Корчакъ.

— Н. П. Лебедевъ, въ своей статьѣ «Срочная и исправительная тюрьмы Берлина въ гигиеническомъ отношеніи» (см. «Вѣстникъ общественной гігіены», 1907, ноября), въ одномъ изъ положеній (10-мъ) говоритъ слѣдующее: «Больной и жгучій вопросъ о душевно-больныхъ арестантахъ, далеко не разрѣшенный въ западно-европейскихъ государствахъ, ждетъ своей участи и у насъ. Больные неизлѣчимыми хроническими формами должны направляться въ общія психіатрическія больницы или пріюты для неизлѣчимыхъ (послѣ наблюденія и заключенія комиссіи). Острые заболѣванія должны лѣчиться въ больницахъ. Будутъ случаи, которые не подойдутъ вполне ни подъ ту, ни подъ другую категорию—это люди съ разными дефектами умственной дѣятельности; такіа лица по отбытіи наказанія должны помѣщаться въ ко-

ловии для надзора или безъ отбытія наказанія поступать туда». — Сложный и важный вопросъ о душевно больныхъ арестантахъ требуетъ, конечно, спеціального изслѣдованія; то, что находимъ въ положеніяхъ Н. Н. Лебедева, слишкомъ схематично, нуждается въ разъясненіи, мѣжду тѣмъ какъ въ самой статьѣ, выше упомянутой, нѣтъ достаточныхъ соотвѣствующихъ поясненій.

— Какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости», Нижегородское Земское Собраніе въ декабрьской сессіи рассматривало вопросъ, возбужденный по предложенію Губернатора, объ усиленіи надзора за больными арестантами, помѣщенными въ Губернскую Земскую больницу. Губернское Собраніе, признавъ единогласно, что Губернская Земская больница, преслѣдуя исключительно лѣчебныя цѣли, не можетъ принять на себя полицейскія функціи, постановило ходатайствовать о томъ чтобы душевно больные арестанты препровождались въ окружныя лечебницы, соматическіе больные помѣщались въ тюремныхъ больницахъ, которыя должны быть упорядочены.

— «Новое Время» сообщаетъ, 19 декабря прошлаго 1907 года въ русскомъ общ. охраненія народнаго здравія состоялось, при участіи членовъ Г. Совѣта г. Череванскаго и Г. Думы — г. Ключева, предварительное обсужденіе проекта комиссіи о законодательныхъ и общихъ мѣрахъ борьбы съ алкоголизмомъ, который предположено опубликовать и разослать членамъ Г. Думы и Совѣта. Проф. Н. Е. Введенскій (докладчикъ фізіологической части) указалъ, что алкоголь долженъ быть поставленъ на ряду съ такими ядами, какъ хлороформъ и опій. В. И. Покровский (докладчикъ статистической части) подтвердилъ, что населеніе Россіи ежегодно затрачиваетъ на водку, пиво и вино третью часть своего дохода отъ полеводства въ урожайные годы, а въ слабо-урожайные $\frac{2}{3}$; средняя семья расходуетъ въ Россіи на алкоголь ежегодно 35 руб., а въ городахъ и торгово-промышленныхъ пунктахъ — 100 руб. и болѣе. Д-ръ И. В. Сажинъ, въ ряду общихъ спеціальныхъ мѣръ, отмѣтилъ необходимость полнаго прекращенія продажи спирта (за исключеніемъ денатурированнаго) и пониженія крепости водки до 30°. При обмѣнѣ мѣ-

ніа выяснился тотъ характерный фактъ, что въ одной мѣстности Россіи, гдѣ крестьянинъ трезвенникъ ведетъ пропаганду изданій общества трезвости, акцизное управленіе, испуганное пониженіемъ казенной продажи вина, обратило вниманіе департамента полиціи на эту пропаганду и департаментъ поспѣшилъ потребовать отъ Петербургскаго Общества трезвости всѣ его изданія для обозрѣнія. Ближайшее засѣданіе комиссіи борьбы съ алкоголизмомъ обѣщаетъ представить особый интересъ въ виду заявленнаго профессорами Данилевскимъ, Шидловскимъ и Розенбахомъ желанія принять участіе въ обсужденіи представленнаго профессоромъ Н. Е. Введенскимъ доклада по фізіологической части вопроса борьбы съ алкоголизмомъ.

— Директоръ Московской окружной лечебницы для душевнобольныхъ внесъ въ Окружный Судъ заявленіе о желательности и даже необходимости имѣть подъ рукою экспертизы, слѣдственное производство о лицахъ, направляемыхъ судомъ въ названную лечебницу на испытаніе. Передача слѣдственного производства экспертизъ практикуется въ Подольской губ., гдѣ Винницкая окружная лечебница обслуживаетъ въ этомъ смыслѣ три окружныхъ суда Каменецъ-Подольскій, Луцкій и Житомирскій («Нашъ понедѣльникъ»).

— 27/хп 1907 состоялось официальное открытіе Ставропольской Психіатрической больницы въ свей; рѣчи на торжественномъ собраніи, И. О. Зубовъ, новый завѣдующій больницей, указалъ на то, что теперь положено «основаніе для правильного призрѣнія и лѣченія душевно-больныхъ въ Ставропольской губерніи», гдѣ до этого положеніе душевно-больныхъ напоминало средніе вѣка и гдѣ еще теперь приходится врачу снимать съ поступающихъ больныхъ кандалы.

И. О. Зубовъ ходатайствуетъ предъ Министерствомъ Внутреннихъ Дѣлъ о расширеніи Ставропольской Психіатрической больницы: хотя по штатамъ больницы и рассчитана на 100 человекъ, но въ ней безъ всякаго ущерба для дѣла, можетъ пользоваться лѣченіемъ 150 человекъ, и расходъ по содержанію добавочныхъ 50 мѣстъ будетъ сравнительно не великъ.

— Въ отчетѣ въ Покровской Психіатрической больницы Московскаго Губернскаго Земства за 1906 годъ указывается на то, что «слѣдуетъ немедленно приступить къ производству второй переписи душевно-больныхъ Моск. губ.», такъ какъ нельзя составить пѣлесообразный планъ расширенія психіатрическаго дѣла безъ новыхъ статистическихъ данныхъ и такъ какъ пользоваться данными первой переписи, бывшей 15 лѣтъ тому назадъ, въ настоящее время, по мнѣнію составителей отчета, уже рискованно. Къ этому мы можемъ прибавить, что дѣло приближенія психіатрической помощи населенію въ Московской губерніи, для своей правильной постановки нуждается не въ одной только новой переписи; необходимо, повидимому, пересмотрѣть снова и нѣкоторыя изъ основъ общаго плана этого дѣла.

— Въ отчетѣ по Орловской Психіатрической больницы за 1906—07 г. отмѣчается рѣзкое увеличеніе числа поступленія душевно-больныхъ за послѣдніе годы (со времени русской-японской войны) что ставится составителемъ отчета, И. С. Германомъ, въ связь съ переживаемымъ тяжелымъ, беспокойнымъ революціоннымъ временемъ.

— Изъ того же отчета видно, что въ Орловской Психіатрической больницы, во всѣхъ отдѣленіяхъ мужскихъ, за исключеніемъ одного на 35 человекъ, имѣется уже женская прислуга; и только тамъ оставлено по одному служителю, гдѣ много работающихъ мужчинъ, и этотъ служитель ходитъ съ ними на работы. Составитель отчета говоритъ, что трехлѣтній опытъ показалъ, что «женская прислуга прекрасно управляется въ мужскихъ отдѣленіяхъ». — Интересный опытъ организаціи низшаго женскаго персонала въ мужскихъ отдѣленіяхъ большой психіатрической больницы заслуживаетъ особеннаго вниманія.

— Въ отчетѣ по Бұрашевской колоніи за 1906 годъ Р. Н. Вановскій отмѣчаетъ «значительныя измѣненія во врачебномъ составѣ колоніи» и въ надзирательскомъ персоналѣ. «Все это, говоритъ онъ далѣе, въ связи съ общимъ политическимъ движеніемъ, пережитымъ всей страной и отразившимся также на здоровомъ

населеніи Бурашевской колоніи, конечно, не могло не отразиться на больничномъ дѣлѣ, до извѣсной степени разстроить дезорганизовать его и если Бурашевская колонія смогла пережить это тяжелое время безъ особенно резкихъ потрясеній и если она, какъ позволительно думать, въ настоящее время сравнительно легко вошла въ колею нормальной больничной жизни, то объясняется это особенной прочностью и правильностью организациі, приданной ей ея основателемъ, д-ромъ Литвиновымъ, и тѣмъ изъ его пріемниковъ, которые поддерживали идеи, положенныя въ основу этой организациі». У насъ возникаетъ, однако, вопросъ какъ согласовать эти успокоительныя строки съ тѣмъ, что еще такъ недавно печатолось на страницахъ «Практическаго Врача».

— Управленіе Главнаго Врачебнаго Инспектора на свободныя мѣста ординаторовъ въ Московской Окружной лѣчебницѣ предложило двухъ своихъ стипендіатовъ, получившихъ лѣкарскій дипломъ въ послѣднемъ выпускѣ Женскаго Медицинскаго Института. Конференція врачей лѣчебницы высказалась противъ такого предложенія.

— Б. И. Мальшинъ, получившій большинство голосовъ во Врачебномъ Совѣтѣ при Московской Городской Управѣ, утвержденъ послѣднею въ должности директора Алексѣевской Психіатрической лѣчебницы; вторымъ кандидатомъ въ Управѣ былъ представленъ С. А. Сухановъ.

— Б. І. Будревичъ поступилъ ординаторомъ въ Ставропольскую Психіатрическую больницу.

— А. А. Виноградовъ поступилъ ординаторомъ въ Московскую Окружную лѣчебницу для душевно-больныхъ.

— А. Б. Качкачевъ оставилъ службу въ Московской Окружной лѣчебницѣ для душевно-больныхъ.

— Германія обогатилась научнымъ обществомъ, поставившимъ себѣ цѣлью всестороннюю разработку вопросовъ невропатологіи и получившимъ названіе Gesellschaft deutschen Nervenärzte.

Первое годовичное засѣданіе этого общества состоялось 14 и 15 сентября 1907 года въ Дрезденѣ. Число собравшихся участниковъ достигло 139. Засѣданіе въ первый день происходило подъ предсѣдательствомъ Oppenheim'a; во второй—Erb'a. Профессоръ Oppenheim обратился къ собравшимся съ привѣтственной рѣчью, призывая горячо къ совместной дружной работѣ въ области, которая такъ разрослась, что стала не по силамъ отдѣльнымъ единицамъ. Ораторъ съ особенной яркостью отгѣнилъ то высокое и почетное положеніе, которое невропатологія завоевала себѣ въ ряду другихъ медицинскихъ дисциплинъ.

Первымъ предсѣдателемъ общества избранъ Erb; вторымъ—Oppenheim. Почетнымъ членомъ выбранъ Victor Horsley; членами корреспондентами—Eiselsberg, Scherington, Petre-Marie, Dejerine и Henschen.

Въ теченіе двухъ засѣданій сдѣлано 22 доклада. 8 марта 1908 года состоялось во Франкфуртѣ на Майнѣ засѣданіе бюро общества подъ предсѣдательствомъ Erb'a, для подготовительныхъ работъ для слѣдующаго засѣданія, назначеннаго въ Гейдельбергѣ на 3 и 4 октября сего года. (Сообщено д-ромъ Веселитскимъ).

— Редакціей получены слѣдующія свѣдѣнія о XVI международномъ медицинскомъ Конгрессѣ, имѣющемъ быть въ Будапештѣ 29 авг.—4 сент. 1906 г.

Первый циркуляръ:

Милостивые Государи и Уважаемые Товарищи!

Имѣемъ честь довести до вашего свѣдѣнія, что согласно постановленію Лиссабонскаго Конгресса отъ 26 апр. 1906 г. XVI Конгрессъ по медицинѣ долженъ состояться въ Будапештѣ 29 авг.—4 сент. 1909 г.

Его Величество Императоръ Францъ-Иосифъ удостоилъ принять этотъ Конгрессъ подъ свое высокое покровительство. Императорское Венгерское правительство и муниципалитетъ Будапешта предлагаютъ Конгрессу свое широкое гостепріимство; отъ имени исполнительнаго комитета Конгресса, мы обращаемся къ Вамъ съ просьбой принять дѣятельное участіе въ Конгрессѣ.

Къ извѣстнымъ специалистамъ, имена которыхъ перечислены въ программѣ, присоединятся кромѣ венгерскихъ ученыхъ многочисленныя лица изъ всѣхъ странъ, обѣщавшія намъ свое цѣнное сотрудничество. Мы надѣемся, Милостивый Государь и уважаемый товарищъ, что Вы также присоединитесь къ нашему научному предпріятію, что Вы также принесете плоды Вашихъ опытовъ, результаты Вашего труда. Что касается насъ, то мы съ помощью всѣхъ нашихъ венгерскихъ товарищей не пощадимъ никакихъ усилій, чтобы XVI международный медицинскій Конгрессъ былъ достоинъ во всѣхъ отношеніяхъ своихъ предшественниковъ, мы сдѣлаемъ все возможное, чтобы наши гости вынесли самое пріятное воспоминаніе о посѣщеніи Будапешта.

2) Правила XVI международного Конгресса по медицинѣ въ Будапештѣ отъ 29 авг. по 4 сент. 1909 г.:

1. XVI медиц. Конгрессъ находится подъ Высочайшимъ покровительствомъ Его Величества Императора Франца - Иосифа. 2. Согласно установленному порядку, Конгрессъ откроется 29 авг. и закроется 4 сент. 1909 г. 3. Цѣль Конгресса исключительно научная. 4. Членами Конгресса являются: а) Дипломированные врачи, подавшіе заявленіе и уплатившіе нижеуказанный взносъ. б) Ученые, представленные національными комитетами или исполнительнымъ комитетомъ и уплатившіе тотъ же взносъ. 5. Членскій взносъ установленъ въ размѣрѣ 25 австро-венгерскихъ кронъ *). Жены и дочери членовъ Конгресса, желающія пользоваться установленными льготами, уплачиваютъ половину членскаго взноса. Взносы посылаются казначею Конгресса (A. M. Le Tresorie du XVI Congrès international de Medecine. Budapest VIII. Esterhazyutca 7) съ указаніемъ секціи, куда желаютъ записаться. Одновременно просятъ выслать визитную карточку съ обозначеніемъ званія и адреса. Измѣненія адреса должны быть сообщены немедленно. Бюро Конгресса вышлетъ членскіе билеты черезъ 8 дней по полученіи членскаго взноса. 6. Члены конгресса пользуются преимуществами полученія отчета Конгресса и трудовъ

*) Крона—около 40 коп.

избранной ими секцій. 7. Конгрессъ раздѣленъ на слѣдующія секціи:

I. Анатомія. II. Физиологія. III. Общая и экспериментальная патологія. IV. Бактеріологія и патологич. анатомія. V. Терапія: Фармакологія, фізіотерапія, бальнеологія. VI. Внутренняя медицина. VII. Хирургія. VIII. Акушерство и гинекологія. IX. Офтальмологія. X. Педиатрія. XI. Невропатологія. XII. Психіатрія. XIII. Кожныя и венерическія болѣзни. XIV. Урологія. XV. Рино и ларингологія. XVI. Отологія (одновременно VIII Конгрессъ по отологіи. XVII. Стоматологія (одинтологія). XVIII. Гигіена и профилактика. XIX. Судебная медицина. XX. Военная и морская санитарія. XXI. Морская медицина и тропическія болѣзни.

8. Конгрессъ устраивается Организационной Коммиссіей и исполнительнымъ комитетомъ. 9. Конгрессъ будетъ имѣть два торжественныхъ засѣданія: открытіе и закрытіе. Въ этихъ засѣданіяхъ получаютъ право голоса лишь представители странъ, которые имѣютъ быть приглашенными Организационной Коммиссіей *ad hoc*. На открытіи Конгресса будутъ провозглашены Организационной Коммиссіей имена почетныхъ президентовъ Конгресса. Въ заключительномъ засѣданіи будетъ назначенъ городъ для слѣдующаго Конгресса. Этотъ городъ будетъ намѣченъ собраніемъ, которое созывается въ третій день Конгресса и состоитъ изъ слѣдующихъ членовъ: предсѣдателя и секретаря національных комитетовъ, предсѣдатель и главный секретарь XVI-го Конгресса; секціи выберутъ предсѣдателей въ первыя засѣданія. 10. Научныя занятія Конгресса будутъ происходить: а) въ общихъ засѣданіяхъ, б) въ засѣданіяхъ, с) въ соединенныхъ засѣданіяхъ нѣсколькихъ секцій. 11. Число общихъ засѣданій и число ораторовъ опредѣлено исполнит. комитетомъ. Преній не будетъ. Секціи заслушиваютъ доклады и сообщенія свободно избранныя членами секцій: программа докладовъ будетъ опубликована до 1 дек. 1908 г. Рукописи докладовъ должны быть отосланы въ Бюро Конгресса до 31 янв. 1909 г. (последній срокъ) и члены секцій получаютъ проспекты до 31 іюля.

Рукописи и проспекты должны быть написаны четко.

Сообщения на свободно избранная темы должны быть заявляемы в Бюро до 30 апр. 1909 г.; заявленные позже будут допущены только послѣ прений по заявленнымъ сообщениямъ.

2 или нѣсколько секцій могутъ имѣть соединенныя засѣданія. Программа такихъ засѣданій будетъ опубликована до 31 дек. 1908 г. 12. Члены Конгресса могутъ участвовать и въ занятіяхъ секцій, гдѣ они не саисаны. 13. Пренія и доклады печататься *in extenso*; сообщенія на свободно избранная темы будутъ печататься только въ томъ видѣ, въ какомъ дадутъ ихъ авторы съ одобренія исполнить комитета послѣ принятія бюро секции. 14. Сообщение должно длиться не болѣе 20 минутъ, оратору въ преніяхъ по докладу дается не больше 10 минутъ, въ преніяхъ по сообщенію не больше 5 минутъ. Докладчикамъ дается на общій отвѣтъ 10 минутъ. 15. Рукописи рѣчей для торжественныхъ засѣданій должны быть присланы въ секретаріатъ, Рукописи сообщений и рѣчей въ секціяхъ присылаются въ тотъ же день секретарю секции. 16. Для междунар. сношеній Бюро пользуется франц., нѣмецкимъ и англійскимъ языкомъ, также въ торжеств. засѣданіяхъ. Въ секціяхъ могутъ быть и другіе языки, если одинъ изъ присутствующихъ членовъ переводитъ рѣчи на одинъ изъ 3 указ. языковъ. 17. Вся корреспонденція должна быть адресована въ Бюро Конгресса по слѣдующему адресу: «An Bureau du XVI Congrès international de Medecine Budapest VIII Esterhazy-utczat. На конвертахъ писемъ, относящихся къ научнымъ занятіямъ секцій, должно быть обозначено куда письмо направлено; эти пакеты немедленно передаются секретарямъ секцій. 18. Предложенія относящіяся къ организациі Конгресса, должны быть присланы до 31 дек. 1908 г. не позже. 19. Программы празднествъ и дружескихъ собесѣдованій, свѣдѣнія о скидкахъ съ тарифа желѣзныхъ дорогъ, наконецъ, справки относительно квартиръ и экскурсій будутъ опубликованы до 37 апр. 1909 г.

Организаціонный комитетъ. Бюро: почетный президентъ проф. Koranyi. Президентъ проф. C. Müller. Генеральный секретарь проф. Grósz. Казначей проф. I. de Elischer. Товарищъ генер. секретаря д-ръ L. Vermes. Секретари: д-ръ Bassa и д-ръ de Lie-

bermann младшій. Члены: д-ръ О. de Babarczy-Schwartz, графъ L. Batthyány, д-ръ de Bárczy, проф. de Bókay, д-ръ de Chyzer, графъ A. Csekonics, графъ L. Edelsheim-Gynlay, K. Fülepp, проф. Fh. Hutyna, проф. L. de Hossay, графъ E. Karácsonyi, д-ръ I. Keres, проф. C. de Ketly, проф. M. de Lenhossek, д-ръ Myrdacz, проф. Purjesz изъ Kolozsvár, проф. de Reczey, д-ръ Samuel, проф. G. Tauffer, проф. C. de Than, д-ръ L. de Toth. Въ секции XI—невропатологии. Предсѣдатель проф. E. Jendrassik. Секретарь д-ръ C. Schaffer. Въ секции XII—психіатрія: предсѣдатель проф. E. Moravcsik. Секретарь д-ръ C. Hudovernig. Национальные комитеты: нѣмецкій: предсѣдатель проф. Waldeyer, Берлинъ. Секрет. проф. C. Rosner, Берлинъ. Американскіе соедин. штаты: предсѣдатель проф. I. Musser, Филадельфія, Аргентинская республика. Предсѣд. проф. Mendez Буэнос-Айресъ. Секрет. д-ръ Speroni. Австрія. Предсѣд. проф. Baron v. Eiselsberg, Вѣна. Секр. д-ръ Karstner, Вѣна. Польскій комитетъ: Предсѣд. проф. Wischerkiewitsch, Краковъ. Чешскій комитетъ: Предсѣд. проф. Hlava. Секр. проф. Neveghosch—Прага. Бельгійскій: Предсѣд. проф. Firket. Льежъ. Боснія-Герцеговина: Предсѣд. д-ръ Koblerc Сарајево. Бразилія: Предсѣд. prof. A. A. de Azevedo Sodre, Rio-de-janeiro. Секр. prof. I. Moreira Dr. A. Ramos, Rio-de-janeiro. Болгарія: Предсѣд. dr. Rousseff, Софія. Секу. dr. Hadji-Ivanoff, Софія. Чили: Prés. prof. C. A. Gutierrez, Santiago. Колумбія. Предсѣд. dr. L. Barreto, Bogota. Куба: Предсѣд. prof. S. Casuso, Гаванна. Секр. dr. J. E. Casuso, Гаванна. Данія: Предсѣд. prof. O. Bloch, Копенгагенъ. Доминиканская республика: Предсѣд. dr. Julio Lyon. Санъ-Доминго. Египетъ: Предсѣд. prof. A. Ruffer, Александрія. Испанія: Предсѣд. prof. I. Calleja y Sanchez Мадридъ. Секр. dr. E. Salcedo Ginestal, Мадридъ. Франція: Предсѣд. prof. Landouzy. Парижъ. Секр. dr. R. Blondel, Парижъ. Великобританія: Предсѣд. F. W. Pavy, M. D. Лондонъ. Секр. dr. Power. Австралія. Предсѣд. dr. Crivelli, Мельбургъ. Канада. Предсѣд. prof. A. Mc. Phedra, Торонто. Греція: Предсѣд. prof. Kailiontzis, Афины. Гаити: Предсѣд. prof. Roche Grellier, Портъ-Принцъ. Унгары (см. организац. комитетъ). Крoація-Славонія: Предсѣд. dr. I. Kosirnik, Загребъ. Секр. dr. D. de Masék, Загребъ. Италія. Предсѣд.

prof. G. Basselia, Римъ. Японія. Предсѣд. prof. S. Kitasato, Токио. Люксембургъ: Секр. dr. G. Funck, Люксембургъ. Секр. dr. Prautz, Люксембургъ. Норвегія. Предсѣд. dr. M. Holmboe, Христианія. Нидерландъ. Предсѣд. prof. P. K. Pel, Амстердамъ. Секр. dr. Musterdan, Амстерданъ. Португалія. Предсѣд. prof. M. Bombarda, Лиссбоннъ. Румынія: Предсѣд. prof. T. Ionesco, Бухарестъ. Россія. Предсѣд. проф. Салазкинъ, Петербургъ. Секр. dr. Д. Лангъ, Петербургъ. Финляндія: Предсѣд. prof. E. A. Homen, Гельсингфорсъ. Секр. dr. A. Wallgren, Гельсингфорсъ. Сербія: Предсѣд. dr. V. Soubrbotić, Бѣлградъ. Швеція: Предсѣд. prof. S. E. Henschen, Стокгольмъ. Секр. prof. E. Holmgren, Стокгольмъ. Швейцарія: Предсѣд. prof. T. Kocher, Бернъ. Турція: Предсѣд. dr. Zambaco-Pacha, Константинополь. Уругвай: Предсѣд. prof. L. Jacinto de Leon, Монтевидео. Секр. dr. J. Pou Orfila, Монтевидео. Венецуэла: Предсѣд. prof. L. Razetti, Каракасъ. Секр. E. Torr, Каракасъ. Предполагаемая программа. XI секція. Невропатологія. Доклады: Bianchi (Неаполь).—Функція лобныхъ долей. Dana (Нью-Йоркъ).—Локалізація афазіи. Erdheim (Вѣна).—О патологич. анатоміи и гистологіи гипофиза (демонстрація). Enlenburg (Берлинъ).—Терапія Базедовой болѣзни. Frankl-Hochwart (Вѣна).—Патологія гипофиза. Head (Лондонъ).—Чувствит. волокна. Hanschen (Стокгольмъ).—Объ организаціи зрительнаго центра. Higier (Варшава).—Патологія изслѣдств. болѣзней. Homen (Гельсингфорсъ).—Роль бактерій въ патологіи болѣзней центр. нервной системы, Lugazо (Мессина).—Функція нервной клѣтки. Maginesso (Бухарестъ).—Патогенезъ Базедовой болѣзни. Monakow. (Цюрихъ).—Афазія гл. обр. съ точки зрѣнія локалізаціи. Obersteiner. (Вѣна).—Функція нервной клѣтки. Oppenheim (Берлинъ).—Діагнозъ и леченіе опухоли въ спинно-мозговомъ каналѣ. Raymond et Lejonne (Парижъ).—Отдаленныя послѣдствія острыхъ cerebro-спинальных менингитовъ. Rogъ (Москва).—Псевдо-бульбарные параличи. Sachs (Нью-Йоркъ).—Патологія. Sicard (Парижъ).—О лицевыхъ невралгіяхъ. Strümpell (Бреславль).—Патологія полиневритовъ и ея отношеніе къ полимієлиту. Сообщенія. Abundo (Катанія). Aubertan (Брестъ). Bach (Марбургъ). Brissaud (Парижъ). Catsaras (Аѣины). Darkschewitsch (Казань). Haskowec (Прага). Konindju (Парижъ). Kühne (Cottbus). Lazarus (Бер-

линъ). Lenoble (Брестъ). Marina (Триестъ). Minor (Москва). Müller (Бреславль). Robinowitsch (Нью-Йоркъ). Sano (Анверсъ). Seanger (Гамбургъ). Sewill (Лондонъ). Wogt (Франкфуртъ. М.). Секція XII. Психіатрія. Доклады. Ballet (Парижъ).—Классификація болѣзней подбородка. Bresler (Люблиницъ).—Номенклатура и классификація психозовъ. Gramer (Гёттингенъ).—Нервные и душевные болѣзни при аттеріосклерозѣ. Keraul (Нейли на Марнѣ).—Классификація душевныхъ болѣзней Moreira. (Ріо-де-Жанейро).—Нервные и душевные расстройства при артеріосклерозѣ. Roubinowitsch (Парижъ).—Имбецильность съ тройкой точки зрѣнія: клинической, соціальной точки зрѣнія и судебно-медицинской. Sérieux (Нейли на Марнѣ).—О паранойѣ. Sommer (Гиссенъ).—Имбецильность съ клинической и судебно-медицинской точекъ зрѣнія. Чижъ (Юрьевъ).—Нервные и душевные расстройства при артеріосклерозѣ. Wagner von Jauregg (Вѣна).—Вопросъ о паранойѣ. Weugandt (Вюрцбургъ).—Имбецильность съ клинической и судебно-мед. точекъ зрѣнія. Сообщенія. Claude (Парижъ). Stocq (Брюссель). Hebold (Вульгартенъ). Heilbronner (Утрехтъ). Mingazzini (Римъ). Moreira (Ріо-де-Жанейро).—Piek (Пара).—Schloss (Kierling). Van Deventer (Амстердамъ).—Zichen (Берлинъ). Путешествіе. Исполнительный Комитетъ позаботился облегчить гг. членамъ Конгресса поѣздку въ Будапештъ, выхлопотавъ скидку съ пассажирскихъ цѣнъ на билеты для поѣзда по венгерскимъ и иностраннымъ желѣзнымъ дорогамъ и по различнымъ воднымъ путямъ. Ближайшій циркуляръ, содержащій подробныя свѣдѣнія по этому предмету будетъ разосланъ всѣмъ врачамъ, выразившимъ свое желаніе получить его. Квартиры: Свѣдѣнія, необходимыя для обезпеченія квартиръ для гг. членовъ Конгресса въ Будапештѣ будутъ доставлены особымъ циркуляромъ, который будетъ опубликованъ не позже 30 апр. 1909 года. Языкъ. Согласно настойчивымъ желаніямъ нѣкоторыхъ итальянскихъ товарищей, ссылавшимся на опытъ Мадридскаго, Парижскаго и др. Конгрессовъ Исполнит. Комитетъ призналъ (въ дополненіи § 16 правилъ Конгресса). Итальянскій языкъ равноправнымъ съ французскимъ, нѣмецкимъ и англійскимъ для употребленія какъ въ общихъ такъ и въ секціонныхъ засѣда-

нияхъ. Общія засѣданія. Исполнит. Комитетъ пригласилъ нѣсколько знаменитыхъ дѣятелей медицины, которые должны произнести рѣчи въ общихъ собраніяхъ Конгресса; Исполнит. Комитетъ надѣется на исполненіе ихъ обѣщаній. Одно изъ общихъ собраній будетъ посвящено изученію прогресса медицинскихъ знаній въ различныхъ крупныхъ странахъ міра. Сообщенія. Въ виду большого числа официальныхъ сообщеній, имѣя въ виду облегченіе ихъ печатанія. Исп. Комитетъ обращается съ просьбой къ г.г. референтамъ прислать свои сообщенія не дожидаясь формальнаго срока—какъ только они будутъ готовы, въ генер. секретаріатъ Конгресса. Съ этой же цѣлью Исп. Комитетъ проситъ по возможности сократить текстъ рефератовъ, таблицы и рисунки. Таблицы и рисунки должны быть помѣщены вмѣстѣ съ текстомъ сообщеній и должны быть тщательно обозначены, чтобы не спутать ихъ съ другими. Подсекція ортопедіи. Не имѣя возможности исполнить изъ различныхъ мѣстъ просьбы объ устройствѣ секціи ортопедіи, въ виду огромнаго количества секціи ортопедіи въ виду огромнаго количества секцій, Исп. Комитетъ ограничивается учрежденіемъ при VII секціи (хирургіи) подсекціи ортопедіи при условіи если достаточное число членовъ Конгресса запишутся въ эту подсекцію въ своихъ заявленіяхъ. Объявленія. Г.г. члены Конгресса получаютъ бесплатно: 1. До Конгресса: сообщенія секціи въ которую они запишутся; записавшійся въ въ нѣсколько секцій получить сообщенія той секціи въ которую онъ записался раньше (въ первомъ своемъ заявленіи). 2. При открытіи Конгресса во время его—различныя объявленія и изданія. 3. Послѣ конгресса: общій отчетъ засѣданій его секціи; записавшійся въ нѣсколько секцій получить отчеты всѣхъ секцій Конгресса за 150 кронъ, или за отчетъ секціи. Въ виду ограниченнаго выпуска просятъ высылааь подписныя деньги вмѣстѣ съ платой за членскій билетъ до 31 марта 1909 года. Международный Комитетъ научно-медицинскихъ поѣздокъ устраиваетъ во время Конгресса общее собраніе своихъ членовъ. Празднества и дружескія собесѣдованія. Экскурсіи. Программа развлеченій во время Конгресса будетъ опубликована не позже 30 апр. 1909 года.

ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ
ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

Засѣданіе 22 октября 1907 г.

Пренія по докладу д-ра А. В. Фаворскаго: къ вопросу о люмбальной пункции при нервныхъ болѣзняхъ.

Проф. В. П. Осиповъ демонстрировалъ приборъ Kroenig'a, которымъ онъ пользовался въ лабораторіи Munk'a, работая надъ люмбальной пункцией; помощью простого приспособленія изслѣдователь можетъ нѣсколько разъ во время пункции изслѣдовать давленіе жидкости и тѣмъ самымъ получить важныя и точныя сравнительно данныя относительно давленія, которыхъ докладчикъ получить не могъ. Работа д-ра Фаворскаго несомнѣнно чрезвычайно важна и съ теоретической, и съ практической точки зрѣнія для діагностики и терапіи. Оппонентъ отмѣтилъ также техническое улучшеніе внесенное докладчикомъ—закругленіе острія иглы.

Д-ръ В. П. Первушинъ въ пространной рѣчи изложилъ результаты своихъ наблюденій надъ больными, изслѣдованными докладчикомъ. Онъ находитъ, что при полной безопасности поясничной пункции для здоровья больного вообще—надо считать несущественными и скоропреходящими возникающія осложненія, какъ головную боль, рвоту и т. п. Указываетъ на случаи внезапнаго повышенія давленія въ желудочкахъ, при которыхъ пункция является необходимой. Останавливаетъ свое вниманіе на вопросѣ о діагностическомъ значеніи пункции.

Д-ръ Н. А. Глушковъ считалъ бы полезнымъ для установки понятія лимфоцитоза болѣе точный подсчетъ съ помощью счетной камеры.

Д-ръ А. С. Шоломовичъ отмѣтилъ примѣненіе французскими авторами пункции, при эпилепсiи (*status epilepticus*), указавъ на работу Pichent и Gastin.

Д-ръ Г. А. Любенецкій на основаніи 15 произведенныхъ имъ пункций заключаетъ, что въ случаяхъ съ повышеннымъ давленіемъ жидкости можно безъ риска выпускать болѣе 20 к. с.,

такъ, въ одномъ случаѣ цереброспинальнаго менингита онъ произвелъ 6 пункций, выпуская 30—50 к. с. низведя давленіе съ 300 до 120. Больной поправился.

Прив.-доц. В. В. Николаевъ, остановившись на исторіи поясничной пункции, считаетъ, что въ виду отсутствія свѣдѣній относительно способовъ пополненія цереброспинальной жидкости необходимо отказаться отъ ея примѣненія внѣ клиникъ.

Докладчикъ отвѣтилъ на вопросы, поставленные въ преніяхъ: діагностическое значеніе пункции сводится пока къ установленію полинуклеоза при острыхъ инфекціяхъ, лимфоцитоза, при хроническихъ. При сухоткѣ спинного мозга, при сифилисѣ—смѣшанная картина съ преобладаніемъ лимфоцитоза, который выраженъ не такъ ясно при опухоляхъ мозга; лимфоцитозъ объясняется, видимо, раздраженіемъ мезодермы; понятіе лимфоцитоза, хотя и безъ помощи счетной камеры, но установлено довольно точно; докладчикъ считаетъ небезопаснымъ выпускать болѣе 8—12 к. с. жидкости.

Предсѣдатель проф. Л. О. Даркшевичъ въ резюмѣ преній отмѣтилъ, что благодаря работамъ докладчика въ заграничныхъ лабораторіяхъ, Казанская нервная клиника имѣетъ теперь возможность изучить столь важный вопросъ—люмбальную пункцию.

Докладъ проф. В. П. Осипова: Своеобразное растройство акта чтенія у душевно-больного (напечатанъ въ настоящемъ № журнала).

Протоколъ засѣданія 30 января 1908 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ; присутствовали гг. дѣйствительные члены: В. П. Осиповъ, Н. А. Миславскій, В. Ф. Орловскій, Д. А. Тимошеевъ, Н. А. Донсковъ, Г. А. Клячкинъ, В. С. Болдыревъ, Павленко, К. А. Ариштейнъ, А. С. Шоломовичъ, В. П. Первушинъ, Е. М. Идельсонъ и гости: д-ра Фофановъ, Кузнецовъ, Горяевъ, Никольская, Эскинъ, Шибковъ, Трубина, Бекъ, Любенецкій, Дубровина, Исакинъ и человекъ около 15 публики.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Д-ромъ Л. Л. Фофановымъ сдѣлано сообщеніе «Къ физиологіи п. depressoris».

По поводу доклада послѣдоваль обменъ мнѣній между профессорами Осиповымъ, Даркшевичемъ и Миславскимъ, при чемъ отмѣчено было, что среди кривыхъ, представленныхъ докладчикомъ, особенную цѣнность имѣютъ тѣ, на которыхъ можно видѣть, что сосуды языка подъ вліяніемъ раздраженія п. depressor'a начинали распространяться раньше, чѣмъ—гдѣ-либо въ другихъ мѣстахъ организма; результаты докладчика даютъ право ставить вопросъ объ активномъ сосудорасширеніи; далѣе, возможно предполагать въ стволѣ п. sympatricі волокна какъ сосудосуживающія, такъ и сосудорасширяющія.

Въ дебатахъ былъ затронутъ вопросъ о локализациі рефлекторной дуги и о вліяніи коры на сосудистые рефлексы.

Въ административномъ засѣданіи передъ выборами г. председателемъ было предложено въ интересахъ дѣла избрать не одного, а двухъ мѣстныхъ редакторовъ «Неврологическаго Вѣстника» и, кромѣ двухъ секретарей, еще третьяго—для веденія дѣла по изданію журнала. Также присутствующихъ г. председатель предупредилъ о томъ, что д-ръ В. В. Николаевъ проситъ на новый годъ секретаремъ его не избирать.

За многолѣтнее участіе въ качествѣ члена бюро присутствовавшіе, по предложенію г. председателя, благодарили д-ра В. В. Николаева.

Въ члены бюро на 1908 годъ оказались избранными: председателемъ Л. О. Даркшевичъ; тов. председателя В. П. Осиповъ, редакторами Н. А. Миславскій и В. П. Осиповъ, секретарями Н. А. Донсковъ, В. П. Первушинъ и А. С. Цоломовичъ, кассиромъ В. С. Болдыревъ, библіотекаремъ А. С. Сегель, членами Совѣта: К. А. Арнштейнъ, И. М. Догель, Д. А. Тимофеевъ, членами ревизіонной комиссіи: В. И. Левчаткинъ, Д. В. Полумордвиновъ и В. И. Разумовскій.

Заслушана просьба студентовъ о высылкѣ одного экземпляра журнала «Неврологическій Вѣстникъ» въ студенческую библиотеку въ 1908 г.

Постановлено: доставивъ экземпляръ Неврологическаго Вѣстника за 1907 г., высылать журналъ бесплатно и въ 1908 г.

Протоколъ очереднаго засѣданія 27 февраля 1908 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ, при секретарѣ д-рѣ В. П. Первушинѣ, Присутствовали гг. дѣйствительные члены: профф. В. П. Осиповъ, Д. А. Тимофеевъ, д-ра В. В. Николаевъ, Н. А. Донсковъ, В. Н. Осипова, Е. М. Идельсонъ, А. С. Шоломовичъ, А. В. Фаворскій, Болдыревъ, Павленко, Сорокиниковъ, Глушковъ; гости: д-ра Жилинъ, Веселитскій, Болбергъ, Леманъ, Чалусовъ, Исакинъ, Дубровина и до 20 чело-вѣкъ публики.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ засѣданія 30 января 1908 г.

I. Д. членъ Общества д-ръ Н. А. Донсковъ сдѣлалъ сообщение «Объ одержимости» (больной, вслѣдствіе его отказа пріѣхать изъ окружной лечебницы на засѣданіе, не былъ демонстрированъ).

Взглядъ на сущность и на мѣсто въ классификаціи состояній различныхъ видовъ одержимости до сихъ поръ еще не можетъ считаться твердо установленнымъ. Такъ, проф. В. М. Бехтеревъ, проф. В. П. Осиповъ и д-ръ Никитинъ полагаютъ, что состоянія одержимости развиваются въ большинствѣ случаевъ на истерической почвѣ, тогда какъ д-ръ Краинскій, работавшій надъ вопросомъ о кликушествѣ, относитъ настоящее кликушество къ проявленіямъ сомнабулизма. Д-ръ Сухановъ же, не соглашаясь съ доводами вышеприведенныхъ авторовъ по вопросу одержимости, относитъ послѣднюю къ резонирующей формѣ паранойи, а случаи, сопровождающіеся рѣзкой депрессіей, къ меланхоли. Описываемые два случая одержимости, одинъ водой, а другой глистами, въ виду быстро развившейся вторично бредовой идеи, въ виду рѣзкой переоцѣнки больными своего положе-

нія, измѣнчивости настроенія, сопровождаясь въ тоже время физическими стигматами истеріи, даютъ возможность отнести ихъ къ проявленіямъ истеріи.

Въ преніяхъ по поводу доклада приняли участіе слѣдующія лица.

Проф. В. П. Осиповъ. Приведенныя докладчикомъ случаи, не будучи новыми въ литературѣ, интересны въ казуистическомъ отношеніи, въ особенности первый гдѣ имѣется одержимость водой (вода ходитъ по тѣлу, подступаетъ къ горлу, брызжетъ и т. д.). Опубликованіе ихъ полезно, ибо пока еще въ наукѣ не установился опредѣленный взглядъ на такія явленія: одни авторы видятъ тутъ истерическій психо-неврозъ, другіе—паранойальный синдромъ и т. д. Подобный бредъ бываетъ при различныхъ заболѣваніяхъ; существенно необходимо отличать тѣ состоянія, при которыхъ эти бредовыя явленія захватываютъ субъекта цѣликомъ, а не являются лишь симптомомъ другихъ заболѣваній. Въ описанныхъ случаяхъ имѣются явленія, говорящія за ихъ истерическую натуру (явленія психическія и физическія), что лишній разъ говоритъ въ пользу отнесенія подобныхъ формъ къ категоріи истерическихъ психо-неврозовъ.

Проф. Л. О. Даркшевичъ также примыкаетъ къ точкѣ зрѣнія докладчика на истерическую натуру подобныхъ явленій.

П. Д. членъ проф. В. П. Осиповъ сдѣлалъ краткое сообщеніе: «Къ казуистикѣ очаговыхъ пораженій головного мозга», причемъ продемонстрировалъ и самый объектъ на разрѣзахъ, и микроскопическій препаратъ новообразованія изъ области *c. striati* лѣваго полушарія.

(Ауторефератъ). Въ Казанскую Губ. Земскую больницу была доставлена 11 января 1908 г. женщина 39 л., въ безсознательномъ состояніи; изъ свѣдѣній о развитіи болѣзни было извѣстно только, что болѣзнь развилась сразу. Симптомы: *hemiparesis sinistra*, *hemihypaesthesia sin.*, *hemiatetosis sin.*; *hemitonia sin.*; сухожильные рефлексы слѣва выражены рѣзче, нежели справа; клонусъ стопы, рефлексъ Бабинскаго, зубы крѣпко стиснуты, ротъ раскрывается или рефлекторно, или съ трудомъ насиль-

ственно, не смотря на то, что через нѣкоторый промежутокъ времени сознание проявилось и больная, видимо, понимала предложенные ей вопросы; рѣзкое повышение челюстного рефлекса; параличъ движеній языка; проглатываніе только жидкой пищи съ большимъ трудомъ; анатрія и афонія. На основаніи явленій лѣвосторонняго гемипареза съ симптомами раздраженія функции и на основаніи симптомовъ ложнаго бульбарнаго паралича былъ предположенъ очагъ пораженія по сосѣдству съ внутренней капсулой въ области *nuclei lenticularis dextri*. На 18-й день больная скончалась при явленіяхъ ослабленія сердечной дѣятельности.— Аутопсія обнаружила очагъ пораженія въ области *n. lenticularis d.* — Помимо точности установленія локализациі пораженія, случай представляетъ интересъ съ точки зрѣнія выясненія происхожденія атетоза (теорія Vopnhoeffer'a и др.), но эта сторона вопроса можетъ быть выяснена лишь послѣ изслѣдованія хода вторичныхъ перерожденій отъ очага пораженія, послѣ микроскопическаго изученія демонстрированнаго мозга.

Пренія.

А. В. Фаворскій. Случай представляетъ глубокой интересъ тѣмъ болѣе, что нѣкоторыя явленія не укладываются въ рамки современныхъ знаній. Хотя вскрытіе не обнаружило грубаго измѣненія *thalamі opt.*, тѣмъ не менѣе діагнозъ пораженія зрительнаго бугра казался мнѣ лично болѣе подходящимъ (*hemiparesis, hemianaesthesia, hemiathetosis*). Афазія моторная не вяжется съ нашими представленіями о пораженіи *capsulae ext. d.*,—въ этихъ случаяхъ, по Р. Marie, часто встрѣчается только дизортія. Представляется страннымъ объяснить наличность геміанестезіа пораненіемъ *n. lenticularis*—вѣроятно, Вы придерживаетесь воззрѣній проф. Бехтерева на отношеніе петли къ *n. lenticularis*?

В. II. Осиповъ. Устанавливая локализациі, я не заявлялъ категорически, что очагъ долженъ ограничиваться областью *n. lenticularis*; далѣе, я не вижу основаній для предпочтенія здѣсь діагноза пораженія *th. optici*; явленія двигательнаго раздраженія вязались съ пораженіемъ *n. lenticularis*. Пораженіе жевательныхъ

мышцъ говорило за поврежденіе передняго отдѣла *p. lenticularis*. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ я производилъ экспериментальное изслѣдованіе (неопубликовано) на собакахъ ради выясненія вопроса о значеніи *p. caudati*; послѣ разрушенія *p. caudati* и *p. lenticularis* я получалъ или параличъ, или гипертоніи жевательныхъ мышцъ.—Пораженіе чувствительности я не ограничивалъ областью *p. lenticularis*: быть можетъ есть и другіе очаги, *capsula interna* [тоже, вѣдь, пострадала. На отсутствіе рѣчи я смотрю какъ на анартрію, а не какъ на афазію: больная не двигала языкомъ, почему и не говорила; глотаніе было затруднено; т. к. были явленія ложно-бульбарнаго паралича. Нужно добавить, что *capsula ext.*, видимо, тоже затронута.

А. В. Озаворскій. Анартрики обыкновенно звуки могутъ издавать, Ваша же больная при отсутствіи движеній языка была лишена этой возможности.

В. П. Осиповъ. Я предполагаю, что это зависѣло отъ пораженія проводниковъ, идущихъ къ гортани.

А. В. Озаворскій. Не было-ли насильственного смѣха у больной?

В. П. Осиповъ. Нѣтъ.

А. В. Озаворскій. Наличие симптомовъ могла говорить за *thalamus opticus*.—Для дифференціального діагноза между *lues cerebri* и *paralysis progressiva* 1. можно всетаки пользоваться, нѣкоторыми явленіями при микроскопическомъ изслѣдованіи отличающимися оба состоянія другъ отъ друга. На изслѣдованія Муратова, какъ старыя, опираться при дифференцированіи нельзя.

В. П. Осиповъ. Со временемъ, можетъ быть, будутъ иначе дифференцировать случаи *lues cerebri* и *paral. progressiva*; какъ микроскопически, картина бываетъ различна, такъ и клинически случаи прогрессивнаго паралича могутъ протекать разнообразно.

1. А. Веселитскій. При дифференціальномъ діагнозѣ слѣдуетъ помнить, что нерѣдко диффузные мозговые заболѣванія протекаютъ подъ видомъ ограниченныхъ (такъ описаны именно случаи менингитовъ, саркоматоза, карциноматоза, энцефалита и

особенно гидроцефалии), поэтому въ выводахъ требуется осторожность, что иллюстрируется и даннымъ случаемъ.

В. П. Осиповъ. Когда имѣють дѣло съ больнымъ, то оперируютъ со всѣмъ тѣмъ матеріаломъ, который можно получить въ данномъ случаѣ, опираясь на современное состояніе знаній; свойство человѣческаго ума требуетъ высказаться на основаніи такого рода данныхъ касательно конкретнаго случая, но изложить все ясно, безъ утайки.

Л. О. Даркшевичъ. Если нѣкоторыя измѣненія, найденныя при секціи, можно принять за сифилитическія, то не будетъ ли глумомъ очагъ въ п. lenticularis? Если исключить пораженіе capsulae int., то «быть можетъ, параличи (согласно воззрѣнію старыхъ авторовъ) зависятъ отъ пораженія п. lenticularis; нѣтъ ли, однако, и другихъ фокусовъ, не обнаруженныхъ на сдѣланныхъ разрѣзахъ? Чѣмъ объяснить разстройство чувствительности—сдавленіемъ задняго бедра внутренней капсулы? Былъ ли у больной полный мутизмъ? Подобные больные всетаки въ состояніи издавать звуки.

В. П. Осиповъ. Вполнѣ возможно, что при подробномъ изслѣдованіи мозга обнаружатся и другіе очаги; Orgerheim, напр., описываетъ диффузную картину пораженія при ложно-бульбарномъ параличѣ. Полнаго мутизма у больной не было. Въ своихъ заключеніяхъ по поводу случая и исходилъ отчасти изъ своихъ экспериментовъ.

Л. О. Даркшевичъ указалъ на интересъ случая, выразилъ пожеланіе, чтобы В. П. Осиповъ подѣлился съ Обществомъ результатами своихъ дальнѣйшихъ изслѣдованій демонстрированнаго мозга.

Въ административной части засѣданія: I. председатель доложилъ, что 11 февраля была отправлена въ Петербургъ на имя академика В. М. Бехтерева приветственная телеграмма по поводу открытія психо-неврологическаго института слѣдующаго содержания: «Петербургъ, Боткинская, 9, академикъ Владиміру Михайловичу Бехтереву. Казанское Общество невропатологовъ и психіатровъ, приветствуя открытіе психо-неврологическаго института, желаетъ прощѣтанія успѣха молодому учрежденію. Председа-

гѣль Даркшевичъ, товарищъ прѣсѣдателя Осиповъ, секретарь Первушинъ».

II. В. II. Первушинъ внесъ слѣдующія 3 предложенія: 1) «Объ обязательности представленія лицами, дѣлающими сообщенія въ засѣданіяхъ Общества, авторефератовъ своихъ докладовъ не позже 2 недѣль со времени сдѣланнаго сообщенія— для своевременнаго помѣщенія ихъ въ протоколы, печатаемые въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ».— Это предложеніе вызывается тѣмъ, что въ отчетахъ секретаря положенія докладовъ могутъ быть переданы неточно, неправильно самые же доклады иногда не появляются въ печати или долгое время или даже совсѣмъ; въ протоколахъ засѣданій нерѣдко приводятся лишь названія иногда передаются довольно подробно, что является ненормальнымъ и, конечно, не удовлетворяетъ читателя. Авторефераты оставляютъ крупный слѣдъ въ дѣятельности Общества и его трудахъ ими можно будетъ свободно пользоваться и при подборѣ литературныхъ данныхъ. Подобное нововведеніе не можетъ затруднить докладчиковъ, интересъ же членовъ Общества и читателей его журнала безспорно выиграютъ; аналогичный примѣръ мы видимъ въ «журналѣ невропатологій и психіатріи имени С. С. Корсакова» гдѣ помѣщаются въ протоколахъ Московскаго Общества невропатологовъ и психіатровъ помимо преній и авторефераты докладовъ.

2) «О разработкѣ совмѣстными трудами членовъ Общества различныхъ программныхъ темъ по выбору Общества, затрагивающихъ животрепещущіе вопросы (теоретическіе и практическіе) невропатологій и психіатріи».

Весьма почтенная дѣятельность Общества, давшая много матеріала для его членовъ, для читателей его журнала, для посетителей его засѣданій, выражается въ докладахъ, демонстраціяхъ больныхъ, препаратовъ и инструментовъ въ засѣданіяхъ Общества (7—8 втеченіе года), въ изданіи спеціальнаго органа. Доклады носятъ характеръ отдѣльныхъ сообщеній; нѣкоторые вопросы разрабатывались въ особыхъ комиссіяхъ, а затѣмъ были предметомъ обсужденія на общихъ засѣданіяхъ—иногда при учас-

тіи представителей другихъ знаній (напр., съюристами). Ученому Обществу, въ которомъ специалисты объединяются для общей, совмѣстной, дружной работы, помимо дѣятельности только что указанной, очень бы соответствовали совмѣстныя усилія его членовъ разработки разнаго рода животрепещущихъ вопросовъ своей специальности. При такой работѣ возможно было бы рядъ вопросовъ освѣтить разносторонне, почти исчерпывающимъ образомъ.—Установивъ рядъ программныхъ вопросовъ, можно распределить между членами Общества разработку отдѣльныхъ частей того или другого вопроса для составленія докладовъ къ какому-либо сроку.—Введеніе подобнаго приѣма оживитъ Общество, будетъ способствовать должному освѣщенію нѣкоторыхъ вопросовъ текущаго момента, и, кромѣ того, привлечетъ къ болѣе энергичному участию въ работахъ дѣятельности Общества и тѣхъ его членовъ, которые по своему спеціальному образованію стоятъ въ сторонѣ отъ его обычной дѣятельности и принимаютъ въ ней лишь случайное участіе (хирурги, акушеры и т. д.).

3) О желательности систематическаго представленія ежегодныхъ обзоровъ спеціальной литературы членами Общества какъ мѣстными, такъ и иногородними при возможномъ участіи этой сложной работы и членовъ аналогическихъ иногороднихъ Обществъ, и другихъ лицъ. Путемъ распределенія матеріала между взявшимися за это дѣло учеными Обществами и отдѣльными лицами въ его разработкѣ, существенно облегчатъ задачи ознакомленія съ обширнѣйшимъ литературнымъ матеріаломъ, изложеннымъ въ извѣстной системѣ и подвергнутымъ извѣстной критической оцѣнкѣ.

Послѣ нѣкоторыхъ дебатовъ собраніе приняло приведенныя только что предложенія В. П. Первушина и постановило особымъ циркулярномъ письмомъ извѣстить о томъ членовъ Общества и просимъ ихъ: 1) высказаться о практическомъ осуществленіи 2 и 3 предложенія и 2) сообщить какіе вопросы, въ качествѣ вопросовъ программныхъ изъ области неврологіи казались бы оповѣщаемому члену наиболѣе подходящей для совмѣстной разработкѣ членами Общества; при этомъ могутъ быть указаны и вопросы, тѣсно соприкасающіеся съ другими отдѣлами медицин-

скихъ наукъ, представители которыхъ входятъ въ составъ членовъ Общества. Отвѣтъ направить въ секретаріатъ Общества— въ 2 -хъ недѣльной срокъ.

III. А. В. Фаворскій просилъ позволенія внести въ протоколъ засѣданія Общества 19 февраля 1907 г. нѣкоторыя поправки въ свои замѣчанія, высказанныя имъ во время по докладу В. П. Первушина «случай polymyelitis anterior acuta adultorum» нечто и получилъ согласіе.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическій Вѣстникъ за 1908 годъ.

Д-ръ Н. А. Глушковъ. Случай душевнаго разстройства при отравленіи спороньей.

Д-ръ мед. Н. Н. Реформатскій. Призрѣніе душевно-больныхъ въ Берлинѣ, Лондонѣ, Парижѣ и Вѣнѣ. СПб. 1908 г.

А. Н. Алексѣевъ и Н. И. Яковлевъ.

Исторія московскаго военнаго госпиталя Москва 1907 г.

Д-дръ мед. А. М. Виршбускій
Еврейское законодательство о разводѣ у душевно-больныхъ. Вильно. 1907 г.

Д-ръ Н. А. Донсковъ. Случай истеріи съ длительными самопроизвольно возмнкающіе периодами каталепсін.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

1908 годъ

Пятнадцатый годъ изданія.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЪ

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“.

Органъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

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

Въ 1908 году «Неврологическій Вѣстникъ» будетъ издаваться Обществомъ по прежней программѣ и выходить по прежнему періодически четырьмя 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.

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

1908 г. ОТКРЫВАЕТСЯ ПОДПИСКА Годъ II.

НА ЖУРНАЛЪ

„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)

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

Журналъ 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.

Издание К. Л. Ривкера, въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., 14.

Открыта подписка на 1908 годъ

(Тринадцатый годъ изданія).

ОБОЗРѢНІЕ ПСИХІАТРІИ, НЕВРОЛОГІИ

И

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГІИ.

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 своевременное ознакомленіе его читателей съ успѣхами и развитіемъ этихъ отраслей знанія. Всѣмъ вопросамъ, имѣющимъ важное практическое значеніе и между прочимъ терапіи нервныхъ и душевныхъ болѣзней, будетъ отведено въ «Обозрѣніи» надлежащее мѣсто.

Журналъ выходитъ по слѣдующей программѣ:

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

Статьи (въ заказныхъ бандероляхъ) покорнѣйше просятъ адресовать на имя редактора журнала проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская сторона, Клиника душевныхъ болѣзней). Для личныхъ переговоровъ редація открыта по вторникамъ и пятницамъ, съ 11—12 ч. дня. Письма, касающіяся благоустройства неврологическxъ и психіатрическихъ учреждений и корреспонденціи бытового характера, какъ матеріалъ для хроники покорнѣйше просятъ адресовать на имя секретаря редакціи, д-ра П. А. Останкова (Спб. Wyb. ., 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 напечатано заявленіе въ одномъ изъ ближайшихъ номеровъ журнала. По всѣмъ хозяйственнымъ вопросамъ (высылка гонорара, отдѣльныхъ оттисковъ, неполученныхъ ММ, пріемъ объявленій и т. п.), слѣдуетъ обращаться исключительно къ издателю.

Подписка принимается въ Петербургѣ въ книжномъ магазинѣ К. Л. Риккера, Невскій 14, и въ другихъ городахъ у всѣхъ извѣстныхъ книгопродавцевъ. Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, такъ и съ доставкой въ Петербургъ—9 руб.; на полгода—4 руб. 50 коп.; на 3 мѣсяца—2 руб. 25 коп. Экземпляры «Обозрѣнія» за 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902 и 1903 года можно пріобрѣтать у издателя по 5 рублей въ годъ.

Редакторъ Акад. В. М. Бехтеревъ.

Секретарь д-ръ П. А. Останковъ.

1908 г.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

Годъ VIII.

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

издаваемый Обществомъ Невропатологовъ и Психіатровъ при Московскомъ Университетѣ подъ редакціей:

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

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) Ресфераты статей изъ русской и иностранной литературы. 4) Корреспонденція и отчеты засѣданій ученыхъ обществъ и съѣздовъ. 5) Отчеты клиникъ и больницъ. 6) Рецензіи книгъ. 7) Біографіи и некрологи.

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

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

ЖУРНАЛЪ ОБЩЕСТВА РУССКИХЪ ВРАЧЕЙ

въ память Н. И. Пирогова,

издаваемый Правленіемъ Общества,

въ 1908 году (XIII-й годъ изданія) будетъ выходить книжками—отъ 5-ти до 8-ми листовъ каждая—восемь разъ въ годъ, а именно въ февралѣ, мартѣ, апрѣлѣ, маѣ, сентябрѣ, октябрѣ и декабрѣ.

Въ «Журналѣ», согласно программѣ его, помѣщаются, кромѣ протоколовъ засѣданій исполнительныхъ органовъ Общества и съѣздовъ и состоящихъ при Обществѣ комиссій, статьи и замѣтки по всемъ 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», «Свои» и проч., по примѣру прежнихъ лѣтъ, составятъ приложенія къ «Журналу».

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

Члены Общества получаютъ право приобретать печатающійся «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 приложеніями (для не-членовъ Общества) пять рублей.

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

Объявленія принимаются по слѣдующей цѣнѣ: за 1 страницу 20 руб., за $\frac{1}{2}$ стр. и менѣе 10 руб. за одинъ разъ.

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

- формѣ множественнаго склероза и диссоціаціи разстройства половой способности. *Neurologisches Centralblatt*. 1908—№ 3. 154.—Dr. Schroeder. Къ казуистикѣ мозжечковыхъ геморрагій. *Neurologisches Centralblatt*. 1908 № 2. 156.—Anglade et Jaquin. О такъ называемой сердечно-сосудистой формѣ эпилепсін. (*Annales Médico-Psychologiques*. 1908. Janv.—Fevr.). 153.—Прив.-доц. Климовъ. Случай множественнаго склероза въ дѣтскомъ возрастѣ. *Врач. Газета*. № 6. 1907. 159.—Вавилинъ. «Случай акроасфиксін у 14 лѣтней дѣвочки». *Врачеб. Газета*, № 9, 1908 г. 160.—Проф. Eulenb. Basedowa болѣзнь съ современной теоретической и практической точки зрѣнія. *Совр. Клиника и Терапія*. № 1. 1908. 160.—П. Е. Осюкина. Кожевниковская эпилепсія. (*Медицинское Обозр.* № 1, 1908 г.). 161.—Eiselsberg und Frankl—Hochwart. Über operative Behandlung der Tumoren der Hypophysisgegend. *Neurologisches Centralblatt*. 1907. № 21. 162.—Проф. Н. Oppenheim. Къ учению о періодичности некоторыхъ симптомовъ при нервныхъ заболѣваніяхъ. *Neurologisches Centralblatt* № 1—1908). 164.—Dr. Franz F. Krusius. О бинокулярномъ пупиллометрѣ. (Изъ университетской глазной клиники въ Марбургѣ). Докладъ съ демонстраціей аппарата на 34 собраніи офтальмологическаго общества въ Гейдельбергѣ. *Neurologisches Centralblatt*. 1908 № 4. 166.—Meens. Claudication intermittente d'origine cerebrale. *Revue Neurologique*. 1907. № 18. 168.—Lejonne et Oppert. Paralyse unilaterale de nerfs craniens multiples. *Revue Neurologique*. 1907. № 13. 169.—Психіатрія. Resenfeld. О психическихъ разстройствахъ при афазіи. *Centralblatt für Nervenheilkunde*. 1906. Juni. 170.—L. Marchand et Nouet. Epilepsie et Paralyse generale. (*Annales Med. Psych. Janv.—Fevr.* 1908). 173.—«Современная психіатрія», январь, 1908 г. 174.—Dr. Felix Mendel. Лѣченіе фибролизиномъ и его результаты. «Новое въ Медицинѣ». №№ 1, 2, 3. 1908. 175.—Sicard et Descomps. Неуспѣхъ хирургическаго леченія Torticollis mentale de Brissaud. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* № 6—1907). 176.—Рецензія. Проф. Щербакъ. О патологическомъ значеніи Trichosephalus dispar. Изд. «Практ. Медіц.». 1908 г. 176.—Отчетъ о защитѣ диссертациі докторъ Н. П. Алферьевымъ 21 января 1908 г. 177.
 Письмо въ редакцію 180.
 Отчетъ о дѣятельности О—ва за 1907 годъ 183.
 Хроника и смѣсь 188.
 Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 204.
 Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала «Неврологическій Вѣстникъ» за 1908 г. 214.
 Объясненія.

„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. Писса, проф.
Н. А. Миславскаго и проф. В. П. Осипова.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ періодически четырьмя книжками въ общемъ объемѣ до 60 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками въ табл. и въ текстѣ. *Подписная цѣна на годъ 6 руб. Отдельныя книжки по 2 руб.* Журналъ посвящается невропатологіи и психіатріи съ судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологіи и эмбриологіи нервной системы, нервной фізіологіи и психологіи.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всемъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературные обзоры, рефераты и рецензії, 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-фізіологическая лабораторія) и во всехъ известныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всеми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльныхъ выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по пріему помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться въ *редакцію* (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ» просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. Н. А. Миславскаго (Казань), проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней), проф. Н. М. Писова (Одесса) и проф. В. П. Осипова (Казань). 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 представителя Общества. Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ необходимости, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распределеніе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условий, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи получаютъ 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. Доисковъ.