

# НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

профессора В. М. БЕХТЕРЕВА (С.-Петербургъ)

и

профессора Н. М. ПОПОВА (Казань).

Томъ **X**, вып. **2**.

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

**С. А. Сухановъ.** Профессоръ Алексѣй Яковлевичъ Кожевниковъ. (Краткій очеркъ его жизни и дѣятельности).

**М. М. Мерингъ.** О такъ называемомъ «возвращающемся параличѣ глазодвигательнаго нерва». (Окончаніе).

**Н. М. Поповъ.** Мышьяковый параличъ.

**М. Лаппинскій.** Объ угнетеніи рефлекторныхъ актовъ въ парализованной части тѣла при сдавленіяхъ спинного мозга въ верхнихъ отдѣлахъ его. (Окончаніе).

**П. А. Викторовеичъ.** Объ отношеніи истеріи къ цирровой или такъ называемой круглой прободящей явѣ желудка.

**В. И. Рудновъ.** Атетозъ съ эпилепсіей.

**Л. М. Пусецъ.** Измѣненія въ спинномъ мозгѣ подлѣ вліяніемъ сдавленія или перевязки брюшной аорты.

**В. Нарбутъ.** Электрическая возбуждимость мышцъ у новорожденныхъ въ связи со строеніемъ мышцъ и нервныхъ волоконъ.

**В. И. Воротынеичъ.** Медико-хозяйственный отчетъ по Психіатрическому Отдѣленію (съ колоніей) Одесской Городской больницы за 1901 годъ.

Критика и библиографія.

Рефераты по психіатріи и неврологіи.

Хроника и смѣсь.

Протоколы Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и бібліотеку О-ва.

Объявленія.

Казань.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета

1902.

# ОГЛАВЛЕНІЕ.

## ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Стр.

<b>С. А. Сухановъ.</b> Профессоръ Алексѣй Яковлевичъ Кожевніковъ. (Краткій очеркъ его жизни и дѣятельности) . . . . .	I—XXII.
<b>М. М. Мерингъ.</b> О такъ называемомъ «возвращающемся параличѣ» глазодвигательнаго нерва». (Окончаніе). . . . .	1.
<b>Н. М. Поповъ.</b> Мышьяковый параличъ. . . . .	20.
<b>М. Ланинскій.</b> Объ угнетеніи рефлекторныхъ актовъ въ парализованной части тѣла при сдавленіи спинного мозга въ верхнихъ отдѣлахъ его. (Окончаніе). . . . .	41.
<b>П. А. Викторовскій.</b> Объ отношеніи истеріи къ циррозной или такъ называемой круглой, прободающей язвѣ желудка . . . . .	66.
<b>В. И. Рудневъ.</b> Атетозъ съ эпилепсіей. . . . .	76.
<b>Л. М. Пуссепъ.</b> Измѣненія въ спинномъ мозгѣ подъ вліяніемъ сдавленія или перевязки брюшной аорты . . . . .	83.
<b>В. Нарбутъ.</b> Электрическая возбудимость мышцъ у новорожденныхъ въ связи со строеніемъ мышцъ и нервныхъ волоконъ . . . . .	147.
<b>В. И. Воротынскій.</b> Медико-хозяйственный отчетъ по Психіатрическому отдѣленію (съ колопіей) Одесской Городской больницы за 1901 годъ . . . . .	183.

## КРИТИКА И БИБЛІОГРАФІЯ.

Проф. А. Е. Щербакъ. Клиническія лекціи по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ . . . . .	202.
---	------

Посвящается памяти

Ивана Михайловича Балинского,  
первого русского профессора психиатрии.



ПРОФЕССОРЪ  
АЛЕКСѢЙ ЯКОВЛЕВИЧЪ КОЖЕВНИКОВЪ.

(Краткій очеркъ его жизни и дѣятельности).

С. А. Суханова,

приватъ-доцента Московскаго Университета.

10-го января 1902 года, въ день закрытія VIII-го Пироговскаго Съѣзда, скончался въ Москвѣ на 65-мъ году жизни знаменитый профессоръ Московскаго Университета Алексѣй Яковлевичъ Кожевниковъ.

Онъ погибъ отъ тяжелой и мучительной болѣзни. Тревожные слухи о состояніи его здоровья постепенно усиливались и нарастали, но еще незадолго до своей кончины А. Я. отправилъ участникамъ секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней упомянутаго Съѣзда врачей телеграмму съ выраженіемъ своей благодарности въ отвѣтъ на посланное ему 4-го января привѣтствіе. Смерть такихъ выдающихся людей, къ какимъ принадлежалъ А. Я., оставляетъ послѣ себя не легко и не скоро заполняемую пустоту; такіе люди являются не часто, они—незаурядное явленіе и жизнь ихъ представляетъ поучительный и назидательный примѣръ для окружающихъ. Въ этомъ краткомъ и неполномъ очеркѣ мы



постараемся набросать интеллектуальный и нравственный облик А. Я. Кожевникова и показать, как развивался и вырос такой крупный общественный деятель и ученый.

А. Я. Кожевниковъ родился въ Рязани въ 1836 году; отецъ его былъ чиновникомъ мѣстной Казенной Палаты, а мать—дочерью рязанскаго купца. А. Я. былъ любимцемъ семьи, которая была довольно многочисленна. Съ ранняго дѣтства онъ отличался кроткимъ нравомъ и любознательностью; самоучкой выучился читать. Хотя отецъ и думалъ ограничить ученіе своего сына лишь уѣзднымъ училищемъ, но одинъ изъ учителей послѣдняго, оцѣнивъ по достоинству способности и любознательность А. Я., взялся готовить мальчика въ гимназію. Будучи въ рязанской гимназіи, А. Я. съ успѣхомъ переходилъ изъ класса въ классъ, кончилъ курсъ съ серебряною медалью и былъ записанъ на мраморную доску. Болѣе любимыми предметами его были физика и математика; что касается иностранныхъ языковъ, то въ гимназіи А. Я. могъ усвоить основательно лишь латинскій языкъ и вышелъ изъ нея съ плохимъ знаніемъ новыхъ языковъ, что было и немудрено, если, напр. учителемъ французскаго языка въ гимназіи былъ тогда отставной барабанщикъ Наполеоновской арміи. Въ 1853 году А. Я. поступилъ на медицинскій факультетъ Московскаго Университета. Его товарищъ—однокурсникъ по университету, *А. Х. Репманъ*<sup>1)</sup> помнитъ А. Я. съ первыхъ лекцій перваго академическаго года; помнитъ, напр., какъ внимательно и съ какимъ серьезнымъ видомъ студентъ Кожевниковъ слушалъ лекцію Фишеръ-фонъ Вальдгейма, читавшаго на латинскомъ языкѣ, а потомъ объяснялъ ее своимъ товарищамъ, не понявшимъ лекцію профессора, чѣмъ онъ не только не тяготился, но находилъ даже удовольствіе въ томъ, что его слушали. *А. Х. Репманъ* говорить: „Я, какъ сейчасъ

---

<sup>1)</sup> *А. Х. Репманъ*. Рѣчь произнесенная въ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ 15 января 1892 года.

вижу, какъ эта маленькая пчелка, собирала мѣдъ, порхала изъ стараго университета въ новый, въ Екатерининскую больницу, въ клиники, но ни разу не могу припомнить его на нашихъ пиршествахъ и кутежахъ“. Несомнѣнно, А. Я. много, усердно и серьезно занимался во время прохожденія университетскаго курса, чѣмъ среди своихъ товарищей онъ приобрѣлъ себѣ уваженіе. По окончаніи университета (1858) А. Я. занимался внутренними болѣзнями; въ слѣдующемъ году онъ получилъ еще званіе акушера; вскорѣ онъ началъ заниматься въ госпитальной терапевтической клиникѣ проф. Варвинскаго (при Ново-Екатерининской больницѣ), но, работая въ клиникѣ внутреннихъ болѣзней, А. Я. съ особеннымъ вниманіемъ и интересомъ останавливался на болѣзняхъ нервной системы. Когда прошло 3 года университетской службы при клиникѣ, А. Я. былъ оставленъ еще при университетѣ, а въ 1865 году защитилъ диссертацию на степень доктора медицины подъ заглавіемъ: „*Bolzniz, opisannaja Djuzennomъ podъ imenomъ ataxie locomotrice progressive*“. Послѣ защиты диссертации А. Я. былъ вынужденъ поѣхать для поправленія здоровья на Кавказъ, такъ какъ у него обнаружился скорбутъ; но и по возвращеніи съ Кавказа онъ долгое время былъ очень худъ. Въ 1866 году (въ апрѣлѣ) состоялся бракъ А. Я. съ Надеждой Егоровной Томилиной, а вскорѣ онъ съ женою уѣхалъ за-границу, куда былъ командированъ для изученія нервныхъ и душевныхъ болѣзней,—предмета, только-что выдѣленнаго въ самостоятельную кафедру, независимую отъ частной патологіи и терапіи. Три года (1866—1869), проведенные за-границей, оказали несомнѣнно огромное вліяніе на послѣдующее медицинское развитіе А. Я.; онъ тамъ усердно учился, многому слызнова, посѣщалъ клиники и занимался въ лабораторіяхъ. Поѣхавъ за-границу, онъ прежде всего остановился въ Берлинѣ; потомъ А. Я. занимался въ Вюрцбургѣ, въ Вѣнѣ, Парижѣ и недолгое время въ Англіи. Въ іюль 1869 года А. Я. вернулся въ Россію. За границую онъ занимался анатоміей, гистологіей и фізіологіей нервной

системы, нервными и душевными болѣзнями и осмотромъ и изученіемъ устройства психіатрическихъ заведеній. Пребываніе за-границей дало А. Я. возможность написать нѣсколько капитальныхъ работъ; напр., ему удалось доказать связь нервныхъ клѣтокъ мозговой коры и мозжечка съ нервными волокнами; этому вопросу посвящены двѣ работы А. Я. 1) Axencylinderfortsatz der Nervenzellen im Kleinen Hirn des Kalbes (Schultze's Archiv für microscopische Anatomie, 1869) и 2) Axencylinderfortsatz der Nervenzellen aus des Grosshirnrinde der Menschen (тамъ-же). Въ „Университетскихъ извѣстіяхъ“ 1867 года А. Я. напечаталъ описаніе, тогда только-что построеннаго, парижскаго заведенія для душевно-больныхъ, извѣстнаго подъ именемъ „Asile S-te Anne“. По возвращеніи изъ за-границы А. Я. былъ назначенъ штатнымъ доцентомъ по кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней, и онъ является въ Московскомъ Университетѣ первымъ профессоромъ по названной кафедрѣ, которую ему приходилось создавать самому; онъ заботился о развитіи клинической стороны дѣла и объ организации всего, что касалось улучшенія преподаванія и самостоятельныхъ научныхъ работъ. Нужно замѣтить еще, что съ 1871 года по 1874 г. А. Я., по порученію медицинскаго факультета, читалъ также и курсъ частной патологии и терапіи. Сдѣлавшись профессоромъ, А. Я. быстро сталъ приобретать среди университетскихъ дѣятелей и въ обществѣ авторитетность и извѣстность, онъ много, однако, работалъ надъ собой, умѣлъ собрать вокругъ себя лицъ, преданныхъ наукѣ, талантливыхъ работниковъ; онъ сумѣлъ привлечь интересъ общества по отношенію къ той наукѣ, представителемъ которой онъ является въ Московскомъ Университетѣ.

Въ его сознаніи зарождались широкіе планы, онъ съ необыкновенною настойчивостью и выдержанностью стремился къ выполненію ихъ. „Алексѣй Яковлевичъ, говоритъ *В. П. Сербскій*<sup>1)</sup>, не только любилъ науку, отдавалъ ей безъ счета

<sup>1)</sup> *В. П. Сербскій*. Памяти А. Я. Кожевникова. Засѣданіе Общества невропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ 15 января 1902 года.

и трудъ, и время, и силы, но умѣлъ вселить уваженіе и довѣріе къ ней и въ окружающемъ обществѣ, всегда отзывчивомъ на добрыя начинанія, разъ они исходятъ отъ сильныхъ нравственнаго лица. Высокій научный и нравственный авторитетъ Алексѣя Яковлевича обусловилъ щедрое пожертвованіе *В. А. Морозовой*, и ставшее благодаря этому возможнымъ устройство психіатрической клиники послужило краеугольнымъ камнемъ всей клинической организаціи при Московскомъ Университетѣ“. Такимъ образомъ, возникновеніе всего „Клиническаго городка“ въ Москвѣ тѣсно связано съ именемъ проф. А. Я. Кожевникова. Въ постройкѣ психіатрической клиники А. Я. принималъ самое близкое и живое участіе; онъ вникалъ во всѣ мелочи при ея постройкѣ и организаціи, обдумывалъ все самъ, заинтересовалъ другихъ, привлекалъ для обсужденія важныхъ вопросовъ лицъ, нужныхъ для этого. И если въ постройкѣ Московской психіатрической клиники оказались потомъ какія-либо недостатки, то они обусловливались не тѣмъ, что А. Я. упустилъ что-нибудь изъ виду и не обдумалъ, а тѣмъ, что взглядъ на организацію психіатрическихъ заведеній нѣсколько измѣнился впоследствии. При устройствѣ психіатрической клиники, А. Я. позаботился и объ организаціи ея научнаго отдѣла; онъ сдѣлалъ первый шагъ для устройства психологической лабораторіи, приобрѣтя нѣсколько необходимыхъ инструментовъ для экспериментальныхъ психологическихъ изслѣдованій; онъ положилъ начало библіотекѣ при психіатрической клиникѣ, лабораторіи для микроскопическихъ занятій и т. д. „И въ настоящее время, говоритъ *В. П. Сербскій*, мы только продолжаемъ, развиваемъ дальше тѣ начала внутренней организаціи, существенныя черты которой всецѣло даны ея основателемъ“. Завѣдываніе психіатрической клиникой, послѣ ея открытія, чтеніе лекцій по клинической психіатріи, требовало отъ А. Я. большого напряженія его умственныхъ и нравственныхъ силъ; онъ поражалъ своихъ помощниковъ своею энергіей и неутомимостью. Кромѣ того, въ то-же время онъ

завѣдывалъ отдѣленіемъ нервныхъ болѣзней при Ново-Екатерининской больницѣ, гдѣ читалъ курсъ нервныхъ болѣзней. Нужно принять во вниманіе, что трудность стоять въ главѣ психіатрическаго учрежденія, да еще такого, какъ московская психіатрическая клиника, увеличивалась для А. Я. еще тѣмъ, что такое дѣло было для него новымъ. И не смотря на всѣ трудности новаго для него дѣла, онъ справился съ нимъ съ честью для себя. Психіатрическая клиника была открыта въ 1867 году, и къ этому времени появилось „Описаніе психіатрической Клиники имени Абрама Абрамовича Морозова при Московскомъ Университетѣ“, слѣланное А. Я. Въ слѣдующемъ году начались новыя клиническія постройки на Дѣвичьемъ полѣ, и въ 1890 году была открыта, близъ психіатрической клиники, клиника нервныхъ болѣзней; понятно, что въ выработкѣ плана и организаціи этой клиники А. Я. принималъ также ближайшее и живое участіе. Послѣ возникновенія клиники нервныхъ болѣзней А. Я. отказался отъ завѣдыванія психіатрической клиникой и чтенія лекцій по психіатріи, что передано было московскимъ медицинскимъ факультетомъ покойному С. С. Корсакову, который былъ тогда приватъ-доцентомъ. До полученія С. С. Корсаковымъ званія профессора, А. Я. оставался лишь официальнымъ директоромъ психіатрической клиники.

Въ качествѣ директора новой клиники нервныхъ болѣзней А. Я. заботился постоянно о развитіи ея научныхъ и лечебныхъ приспособленій. Какъ необходимое дополненіе къ клиникѣ нервныхъ болѣзней, возникъ, благодаря его старанію и энергіи, *пріютъ для хроническихъ нервно-больныхъ*, соединенный съ клиникой теплымъ корридоромъ. Устройство этого *пріюта* давало возможность долго держать нѣкоторыхъ больныхъ, которые не могли оставаться въ клиникѣ, закрывавшейся на лѣто. Открытіе этого пріюта, составляющаго одно нераздѣльное цѣлое съ клиникой, состоялось въ октябрѣ 1891 года. Но откуда-же взялись средства на устройство этого учрежденія? Опять тотъ-же „высокій научный и нравствен-



ный авторитетъ Алексѣя Яковлевича“ служилъ источникомъ крупныхъ пожертвованій и на это дѣло.

Послѣ устройства клиники нервныхъ болѣзней сталъ возникать постепенно неврологическій музей, носящій въ настоящее время названіе: „*неврологическій музей имени профессора А. Я. Кожевникова*“. По идеѣ, положенной въ основаніе этого учрежденія, пишетъ *Г. И. Прибытковъ*<sup>1)</sup>, цѣль его доставить необходимый матеріаль для всесторонняго изученія нервной системы, какъ въ нормальномъ, такъ и патологическомъ состояніи, и онъ долженъ интересоваться не только врачей, но и лицъ другихъ специальностей—антропологовъ, психологовъ, криминалистовъ и т. п. и служить средствомъ единенія между различными науками, которыя имѣютъ отношеніе къ нервной системѣ чловѣка“. Въ музей этотъ, при основаніи, поступила соотвѣтствующая коллекція, принадлежащая А. Я. Благодаря лишь личной энергіи А. Я., проявленной въ организаціи этого дѣла, музей увеличивался и разрастался; для процвѣтанія *неврологическаго музея* А. Я. не щадилъ ни силъ, ни времени; въ устройство его онъ вложилъ довольно много и личныхъ средствъ. Въ 1897 году, ко времени XII международнаго сѣзда врачей, бывшаго въ Москвѣ, А. Я. Кожевниковъ, вмѣстѣ съ *Г. И. Прибытковымъ*, издалъ описаніе *неврологическаго музея* съ прекрасными рисунками, причемъ текстъ составленъ на двухъ языкахъ (русскомъ и французскомъ); но еще при основаніи музея А. Я. мечталъ о томъ, что это учрежденіе должно превратиться въ учрежденіе болѣе широкое—въ *Неврологическій Институтъ*. Итакъ, выше мы указали на то, что съ именемъ А. Я., связаны четыре учрежденія: 1) психиатрическая клиника, 2) клиника нервныхъ болѣзней, 3) пріютъ для хроническихъ нервно-больныхъ и 4) неврологическій музей.

<sup>1)</sup> *Г. И. Прибытковъ*, А. Я. Кожевниковъ. Медицинское обозрѣніе, 1902 № 4, стр. 344.

### VIII

Въ октябрѣ 1890 года было устроено первое торжественное публичное засѣданіе Московскаго Общества невропатологовъ и психіатровъ, гдѣ А. Я. произнесъ рѣчь „о задачахъ Общества и объ исторіи его учрежденія“. А. Я. былъ избранъ предсѣдателемъ Общества невропатологовъ и психіатровъ, въ какой-либо должности онъ и состоялъ до конца своей жизни. Еще ранѣе официальнаго открытія Общества въ квартирѣ А. Я. собирався въ теченіе нѣсколькихъ послѣднихъ лѣтъ кружокъ лицъ, научно интересовавшихся невропатологіей и психіатріей; въ этомъ кружкѣ А. Я. являлся центромъ, вокругъ котораго сгруппировались научныя силы; въ этомъ кружкѣ окрѣпли и приобрѣла новую силу московская школа невропатологовъ и психіатровъ; здѣсь сплотилось дружное общество и сблизились между собой всѣ участники этого кружка. Со времени открытія Общества А. Я. принималъ въ немъ самое дѣятельное и живое участіе; до тѣхъ поръ, пока А. Я. появлялся въ общественныхъ мѣстахъ, пока онъ по болѣзни не прекратилъ своихъ общественныхъ занятій, онъ не пропустилъ ни одного засѣданія Общества въ теченіе 1890—1899 г.г. А. Я. на засѣданія Общества являлся всегда оккуратно, много раньше другихъ членовъ Общества. Во время засѣданія, онъ внимательно выслушивалъ всѣ доклады, не отвлекаясь при этомъ ничѣмъ постороннимъ; во время преній онъ являлся образцовымъ руководителемъ и предсѣдателемъ. Въ обсужденіе научныхъ вопросовъ онъ мастерски вносилъ элементъ объективности и сдержанности. А. Я., слѣдя за преніями самымъ внимательнымъ образомъ, умѣлъ искусно направлять ихъ, пояснять, гдѣ нужно недостаточно ясно выраженныя мысли другихъ, во время опредѣлялъ, когда вопросъ уже былъ достаточно исчерпанъ. Дѣлая свое заключеніе по поводу выслушеннаго, онъ обнаруживалъ при этомъ, съ какимъ вниманіемъ онъ слушалъ и слѣдилъ за всѣмъ, что говорилось. А. Я. создавалъ атмосферу, наиболѣе пригодную для истинно-научнаго изслѣдованія затронутыхъ вопро-

совъ, онъ не спѣшили никогда поскорѣе закончить засѣданіе и прекратить занятія.

Когда во время болѣзни А. Я. прислалъ въ Общество письмо, въ которомъ онъ, выражалъ сожалѣніе по поводу невозможности присутствовать на публичномъ засѣданіи (1899 года) и отказался отъ должности предсѣдателя, которую онъ не можетъ болѣе нести по болѣзни, Общество единогласно избрало его своимъ предсѣдателемъ, что повторялось и въ слѣдующіе два года. Общество не могло помириться съ мыслью не считать А. Я. своимъ предсѣдателемъ, пока онъ живъ. Несмотря на свою тяжелую болѣзнь, не смотря на свое тягостное физическое состояніе А. Я. живо интересовался дѣлами Общества, и можно сказать, что до конца его жизни связь Общества съ его необыкновеннымъ и выдающимся предсѣдателемъ не прерывалась.

Въ организациі нѣкоторыхъ психіатрическихъ заведеній А. Я. сыгралъ весьма большую роль. Онъ принималъ дѣятельное участіе въ обсужденіи вопроса объ организациі призрѣнія земствомъ душевно-больныхъ въ Московской губерніи. При устройствѣ Алексѣевской больницы на Канатчиковой дачѣ А. Я. участвовалъ, по приглашенію Московской городской Управы, въ выборѣ мѣста и въ созданіи плановъ для построекъ и т. д. Въ качествѣ члена Общества невропатологовъ и психіатровъ А. Я. участвовалъ въ коммиссіяхъ, занимавшихся разсмотрѣніемъ плановъ и проэктвъ постройки психіатрическихъ лѣчебницъ Курскаго, Харьковскаго и Орловскаго земства, Самарской земской лѣчебницы для алкоголиковъ, Центрального полицейскаго пріёмнаго покоя для душевно больныхъ въ г. Москвѣ и т. д. Съ своимъ авторитетнымъ и вѣскимъ словомъ онъ выступалъ также и на сѣздѣ земскихъ врачей Московской губерніи по вопросу объ изслѣдованіи алкоголизма въ названной губерніи.

Какъ преподаватель, А. Я. Кожевниковъ былъ также выдающимся профессоромъ по своему умѣнію и мастерству чтенія лекцій; онъ тщательно готовился къ послѣднимъ; свои

лекціи онъ располагалъ въ строго опредѣленномъ порядкѣ; онъ точно зналъ, что именно онъ будетъ говорить. Онъ спокойно входилъ въ аудиторію, подавляя въ себѣ малѣйшее волненіе. Говорилъ онъ необыкновенно ясно, отчетливо, никогда не спѣшилъ. Его рѣчь, проникнутая дѣловою торжественностью, приковывала вниманіе слушателей; онъ умѣлъ заинтересовать предметомъ слушателей и внушать и поддерживать въ нихъ духъ серьезнаго, вдумчиваго и строго научнаго изслѣдованія. Слушатели весьма охотно посѣщали лекціи своего профессора, имѣвшаго въ ихъ глазахъ столь высокій научный авторитетъ. Если слушатели шли съ охотою на его теорическія лекціи, то, конечно, клиническія лекціи, читавшіяся имъ пятому курсу студентовъ, привлекали еще больше вниманія и слушались съ еще бѣльшимъ интересомъ. А. Я. отличался особеннымъ умѣніемъ демонстрировать на лекціи больныхъ; онъ обладалъ необыкновенною способностью показать больного такъ, что получалось цѣльное и, какъ-бы художественное впечатлѣніе; видѣнные на клиническихъ лекціяхъ А. Я. больные надолго оставались въ памяти его слушателей такими, какъ онъ ихъ показывалъ. Съ университетской кафедры, какъ и вездѣ въ общественныхъ собраніяхъ, А. Я. говорилъ только то, что хорошо зналъ; онъ избѣгалъ громкихъ фразъ, избѣгалъ говорить о вопросахъ, не изученныхъ имъ всесторонне. Лекціи А. Я. производили огромное впечатлѣніе на слушателей строгою послѣдовательностію изложенія и логичностью выводовъ, въ его голосѣ и манерѣ держаться спокойно звучала искренняя убѣжденность въ вѣрность и точность того, что онъ говорилъ; его мысль не шаталась изъ стороны въ сторону, а текла по опредѣленному направленію и къ опредѣленной цѣли.

Только что указанныя качества ума проявлялись и въ научныхъ работахъ А. Я., который, по словамъ *В. К. Рота*<sup>1)</sup>, „былъ образцомъ добросовѣстнаго научнаго работника для

<sup>1)</sup> Русскія Вѣдомости, 1902, № 12 января.

своихъ учениковъ. Замѣчательно, что при множествѣ противорѣчивыхъ изслѣдованій по одному и тому-же предмету, характеризующемъ современную медицинскую литературу, едва-ли найдется хоть одна изъ работъ проф. Кожевникова, которая не была бы прочнымъ вкладомъ въ науку, не внесла-бы въ нее положительнаго факта или вывода и была-бы кѣмъ-нибудь впослѣдствіи опровергнута“. Въ спискѣ его научныхъ работъ преобладаютъ изслѣдованія по клинической невропатологіи; сюда относятся слѣдующія работы А. Я.: 1) „Афазія и центральный органъ рѣчи“ (Врачебный Вѣстникъ, 1874 г.); 2) „Cas de sclérose latérale amyotrophique (dégénérescence des faisceaux pyramidaux se propageant a travers tout l'encéphale“ (Archives de Neurologie, 1883); 3) „случай амиотрофическаго склероза. Перерожденіе пирамидальныхъ путей на всемъ ихъ протяженіи, а также и мозговой коры въ соответствующихъ мѣстахъ“ (Вѣстникъ Психіатріи, 1885 г.). 4) „Ophthalmoplegia nuclearis“ (Медицинское Обзорѣніе, 1887 г. и Progrès Médical, 1887 г.); 5) „Объ алкагольномъ параличѣ“ (Вѣстникъ Психіатріи, 1891); 6) „Acromegalia“ (Медицинское Обзорѣніе, 1893), 7) „Латиризмъ“ (Вѣстникъ Психіатріи, 1894); 8) „Два случая ophthalmoplegiae nuclearis“ (Медицинское Обзорѣніе, 1894); 9) „Особая форма эпилепсiи. „Epilepsia partiales continua“ (Медицинское Обзорѣніе 1894); 10) „Diplegia spastica progressiva familiaris“ (Медицинское Обзорѣніе, 1895); 11) „О вліяніи психической дѣятельности на нервныя болѣзни“. (Рѣчь и отчетъ Московскаго Унверситета, 12 января 1895 г.); 12) „Случай выздоровленія отъ сикоза“ (Медицинское Обзорѣніе, 1895); 13) „Астеническій бульбарный параличъ“ (Медицинское обзорѣніе, 1896 г.); 14) „Zwei Fälle von asthenischer Bulbärparalyse (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1896 г.); 15) „Астеническій бульбарный параличъ. Дальнѣйшее наблюденіе ранѣе представленнаго случая“ (Протоколы Общества невропатологовъ и психіатровъ, 1897 г.); 16) „Изслѣдованіе алкоголизма въ Московской губерніи, 1898 г.); (Труды съѣзда земскихъ вра-



чей Московской губерніи, 1898), 17) „Разстройство кровообращенія подъ вліяніемъ душевныхъ болѣзней“ (Рѣчь, произнесенная въ годичномъ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ въ октябрѣ 1898 г.).

Этотъ длинный рядъ обстоятельныхъ клиническихъ работъ показываетъ, какъ глубоко интересовала А. Я. научная клиническая невропатологія; какое значеніе имѣли изслѣдованія А. Я., достаточно указать, напр., что „особая форма картикальной эпилепсїи“ носитъ даже названіе „*Кожевниковская эпилепсїя*“. Читатель припомнитъ, конечно, какую бурю возраженій и замѣчаній вызвало его изслѣдованіе по поводу выздоровленія отъ сикоза, подтвердившееся аналогичными описаніями, которыя показали, что А. Я. въ своей работѣ не допустилъ никакой ошибки. Многія изъ работъ А. Я. можно-бы назвать классическими въ смыслѣ образцоваго и строго научнаго изложенія предмета, о которомъ онъ говоритъ. Кромѣ неврологіи, невропатологіи и психіатріи, А. Я. интересовался зоологіей, сравнительной анатоміей, антропологіей и археологіей (и въ частности археологическими раскопками).

Какъ высоко ученики А. Я. цѣнили его, какъ научнаго дѣятеля, образцоваго организатора и руководителя, сказалось между прочимъ въ томъ, что въ 1890 году ему былъ посвященъ солидный „Сборникъ статей по невропатологіи и психіатріи“, въ составъ котораго вошли около 20 самостоятельныхъ научныхъ работъ его учениковъ и почитателей; это событіе было приурочено къ двадцатипятилѣтію, протекшему со времени докторскаго диспута А. Я. Кожевникова.

Особенною торжественностью отличалось празднованіе 6 марта 1894 года 25-лѣтняго юбилея преподавательской дѣятельности А. Я. Кожевникова въ публичномъ засѣданіи Московскаго Общества невропатологовъ и психіатровъ; здѣсь огромныя заслуги А. Я., какъ профессора, ученаго и общественнаго дѣятеля, получили справедливую оцѣнку.

Многочисленныя ученія Общества, самыя разнообразныя медицинскія учрежденія, отдѣльныя лица привѣтствовали сер-

дечно въ этотъ знаменательный въ исторіи русской невропатологіи и психіатріи день Алексѣя Яковлевича Кожевникова. Описание этого торжества имѣется въ отдѣльномъ изданіи <sup>1)</sup>. Московское Общество невропатологовъ и психіатровъ, сдѣлавъ прекрасную оцѣнку научной и общественной дѣятельности А. Я., объявило въ своемъ адресѣ объ учрежденіи преміи его имени за ученые работы по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ и избрало его своимъ почетнымъ членомъ. Общество психіатровъ въ С.-Петербургѣ, Казанское Общество психіатровъ и невропатологовъ, Московское психологическое, Общество любителей естествознанія, антропологіи и этнографіи, Тамбовское медицинское Общество, Виленское медицинское Общество избрали А. Я. Кожевникова въ свои почетные члены.

Трогательные по содержанію адреса поднесены были, между прочимъ, 6-го марта 1895 года отъ созданныхъ имъ психіатрической клиники и клиники нервныхъ болѣзней, а также отъ студентовъ-медиковъ IV и V курсовъ. „Еще будучи Вашими учениками, говорилось въ адресѣ отъ студентовъ V-го курса, мы живѣе другихъ находимся подъ впечатлѣніемъ Вашихъ высоко-талантливыхъ и строго-научныхъ лекцій. Точный и тонкій анализъ болѣзненныхъ явленій вмѣстѣ съ постояннымъ стремленіемъ найти въ этомъ средство къ познаванію сложныхъ фізіологическихъ законовъ нервной системы доставляли Вашимъ слушателямъ глубокое удовольствіе и пользу.

Въ адресѣ отъ студентовъ IV-го курса говорилось: „Великое Вамъ спасибо, дорогой наставникъ, за Ваши сильныя своею яркостью изложенія, за Ваше стараніе сдѣлать свои лекціи, какъ можно было демонстративными. Вы не жалѣли своихъ

---

<sup>1)</sup> Отчетъ о публичномъ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 6-го Марта 1894 года, посвященномъ чествованію 25-лѣтней преподавательской дѣятельности профессора Алексѣя Яковлевича Кожевникова. Москва 1894.

силъ для того, чтобы научить насъ! Но еще болѣе спасибо, дорогой Алексѣй Яковлевичъ, за то доброе сердечное отношеніе къ намъ студентамъ, за ту горячую готовность, съ которой Вы брались за защиту нашихъ нуждъ и интересовъ. Это Ваше простое, сердечное отношеніе къ намъ заставляло не разъ вспоминать о лучшихъ временахъ университетской жизни, когда профессора и студенты составляли одну семью, жившую общимъ интересомъ, общою любовью къ наукѣ, къ идеаламъ добра и справедливости и, вѣроятно, не разъ еще въ будущемъ, когда мы выступимъ на практическую дѣятельность, въ тяжкія минуты жизни Ваша нравственная личность будетъ служить намъ поддержкой на тяжеломъ и отвѣтственномъ посту врача“.

Торжественное юбилейное чествованіе Алексѣя Яковлевича Кожевникова не заставило, конечно, его почить на лаврахъ, и онъ съ прежнею, если не съ болѣею еще, энергіей продолжалъ свои обычныя дѣла и занятія, завѣдывалъ клиникомъ нервныхъ болѣзней, прилагалъ всѣ усилія къ ея процвѣтанію, устраивалъ и расширялъ неврологическій музей, также тщательно, какъ и прежде, готовился къ своимъ лекціямъ, предсѣдательствовалъ въ каждомъ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ и участвовалъ въ его многочисленныхъ комиссіяхъ. При устройствѣ XII международнаго Съезда врачей, бывшаго въ Москвѣ въ 1897 году, А. Я. принималъ дѣятельное участіе въ подготовительныхъ работахъ этого съезда, состоя товарищемъ предсѣдателя исполнительнаго комитета и однимъ изъ завѣдующихъ секціей нервныхъ и душевныхъ болѣзней. Нечего и говорить о томъ, сколько труда и энергіи потратилъ на это дѣло А. Я., при его крайней добросовѣстности при исполненіи имъ своихъ обязанностей и того, что онъ считалъ своимъ долгомъ. За послѣдніе года четыре здоровье А. Я. замѣтно пошатнулось; онъ и прежде не отличался крѣпкимъ здоровьемъ, былъ на видъ худъ, рано состарился, уже давно-давно посѣдѣлъ, а тутъ сталъ еще худѣе, еще больше постарѣлъ физически,

сохраняя въ полномъ разцвѣтѣ свои умственныя силы и нравственную энергію. „Насколько Алексѣй Яковлевичъ не щадилъ себя, пишетъ *Г. И. Прибытковъ*<sup>1)</sup>, а всецѣло отдавался служенію своему кумиру—наукѣ, это мы видѣли, когда начали появляться первые признаки болѣзни, сведшей его въ могилу: не смотря на недомоганіе, часто на сильныя боли, его мучившія, онъ, тщательно сказывая свои страданія, продолжалъ обычныя занятія, обходилъ палаты въ клиникѣ и пріютѣ, тщательно изучалъ больныхъ, всегда съ неослабнымъ вниманіемъ относился къ нимъ, читалъ лекціи, велъ практическія занятія со студентами, сидѣлъ въ лабораторіи или въ своемъ кабинетѣ надъ микроскопомъ“. Не смотря на развившуюся болѣзнь, которая сопровождалась мучительными симптомами, А. Я. по прежнему продолжалъ бывать на засѣданіяхъ Общества и предсѣдательствовалъ на нихъ. Духъ его былъ все также бодръ, хотя всѣ видѣли, что физическое здоровье А. Я. постепенно подаетъ все больше и больше. Затѣмъ болѣзнь заставила его отказаться отъ занятій въ общественныхъ мѣстахъ; наконецъ, она приковала его къ постели. Во время болѣзни онъ подвергался хирургической операціи, произведенной проф. Московскаго Университета А. А. Бобровымъ. Но ничто ему не помогало, и организмъ его все больше и больше разрушался. Только морфіемъ облегчались мучительныя боли. Еще и при жизни А. Я. высказывалось предположеніе о томъ, что онъ страдаетъ канкрознымъ процессомъ въ уро-генитальныхъ органахъ. Аутопсія подтвердила это предположеніе и констатировала раковое новообразование въ области простаты и мочевого пузыря съ метастазами въ другіе органы. Онъ самъ пожелалъ, чтобы послѣ смерти было произведено вскрытіе; онъ заранѣе позаботился о томъ, чтобы изслѣдованіе его органовъ пошло на пользу наукѣ. А. Я. распредѣлил самъ заблаговременно, въ какое учрежденіе и какіе изъ его органовъ должны быть переданы. Уже и въ

<sup>1)</sup> Медицинское Обозрѣніе, 1902, № 2, стр. 188.

этомъ предсмертномъ желаніи А. Я. сказывается его преданность и любовь къ наукѣ, забота о томъ, чтобы наблюденіе и изслѣдованіе его многими врачами при жизни было пополнено патолого-анатомическими изслѣдованіями. Почти до самой своей кончины А. Я. сохранялъ ясность сознанія; онъ зналъ о Пироговскомъ Съѣздѣ, обмѣнялся привѣтствіями съ секціей нервныхъ и душевныхъ болѣзней, интересовался до послѣднихъ дней Обществомъ, его „Журналомъ“, своимъ „Неврологическимъ Музеемъ“ и всѣмъ, что было ему близко и дорого.

10-го Января 1902 г. не стало А. Я. Кожевникова. Онъ скончался въ указанный день, вечеромъ, въ одиннадцатомъ часу. 12-го января, въ годовщину Московскаго Университета, появился первый некрологъ покойнаго, составленный проф. *В. К. Ротомъ* и напечатаннымъ въ „Русскихъ Вѣдомостяхъ“. „Мы лишились, говоритъ проф. *В. К. Ротъ*, выдающагося убѣжденнаго общественнаго дѣятеля, стойкаго члена факультета и совѣта, составлявшаго гордость Московскаго Университета. Любовь къ истинѣ—въ наукѣ и жизни,—эта основная черта въ его характерѣ, опредѣляли его дѣятельность, всегда обдуманную, его отношеніе къ людямъ, всегда справедливое и гуманное. Высокое уваженіе всѣхъ знавшихъ его было ему наградою и облечало ему выполненіе всѣхъ начинаній, а вѣра въ его дѣло привлекала къ нему помощниковъ и сотрудниковъ“.

14 января состоялось погребеніе А. Я. Кожевникова на кладбищѣ Алексѣевскаго монастыря въ Москвѣ; его могила находится недалеко отъ мѣста вѣчнаго покоя проф. *С. С. Корсакова* и *А. А. Токарскаго*. Надъ еще не засыпанной могилой А. Я. Кожевникова *Г. И. Прибытковъ*<sup>1)</sup> произнесъ прочувствованную рѣчь о покойномъ, въ которой говорилось, между прочимъ слѣдующее: „Онъ на одрѣ болѣзни, измощенный страданіями, не переставалъ интересоваться любимой

<sup>1)</sup> Русское Слово, 15 Января 1902 г.



имъ наукой и пользовался каждымъ моментомъ облегченія, чтобы работать. Даже въ самыя тяжелыя минуты страданій онъ оживалъ и укрѣплялся духомъ, когда заходила рѣчь о научныхъ вопросахъ и дорогихъ его сердцу основанныхъ имъ научныхъ учрежденій“.

15 января состоялось экстренное засѣданіе Московскаго Общества невропатологовъ и психіатровъ по случаю кончины почетнаго члена и предсѣдателя проф. А. Я. Кожевникова, на которомъ были произнесены нѣсколькими лицами рѣчи, посвященныя памяти покойнаго и характеризующія его сложную психическую личность съ различныхъ сторонъ. *В. К. Ротъ* говорилъ о томъ, что А. Я. мучился и страдалъ во время своей болѣзни больше всего отъ сознанія собственнаго физическаго безсилія, невозможности служить тому, чему онъ былъ предавъ всею душою,—наукѣ, клиникѣ, неврологическому музею, обществу невропатологовъ и психіатровъ, которому онъ былъ такъ преданъ; на порогѣ смерти онъ просилъ показать ему послѣднюю книгу „Журнала имени С. С. Корсакова“, издаваемого Обществомъ и хотѣлъ было читать, по силы оставили его; это былъ „нашъ учитель и духовный отецъ“, за которымъ всѣ ученики шли охотно, какъ сыновья. *А. Х. Гепманъ*, университетскій товарищъ А. Я., вспомнилъ о студенческихъ годахъ покойнаго, о томъ, какъ они познакомились, какъ А. Я. всегда сочувственно и съ интересомъ помогалъ другимъ въ ихъ научныхъ занятіяхъ и работахъ. *И. В. Константиновскій* отмѣтилъ, между прочимъ, что А. Я. „внесъ въ дѣло преподаванія присущія ему очень важныя качества: строгій критическій анализъ явленій и осторожность выводовъ... Его личныя качества, мягкое обращеніе со всѣми, беззащитная преданность наукѣ, основательность доводовъ, задуманнаго имъ предпріятія,—вызывали къ нему довѣріе со стороны общества и желаніе придти на помощь своими пожертвованіями“. *В. П. Сербскій*, вспоминая объ А. Я., какъ основателѣ и первомъ директорѣ московской психіатрической клиники, говоритъ, что въ этомъ единичномъ фактѣ

„во всей полнотѣ проявились тѣ высокія качества научныя и нравственныя, которыя создали ему почетную извѣстность далеко за предѣлами Москвы. Изъ этихъ завидныхъ и рѣдкихъ качествъ на первомъ мѣстѣ безспорно стоятъ беззаветная преданность наукѣ и неуклонное исполненіе того, что онъ считалъ своимъ долгомъ“. Отмѣчая участіе, которое пришлось принимать А. Я. въ обсужденіи построекъ и организація многихъ психіатрическихъ лѣчебницъ, *В. П. Сербскій* заключаетъ, что „мы потеряли одного изъ наиболѣе крупныхъ и серьезныхъ дѣятелей на почвѣ общественной психіатріи, не мало содѣйствовавшаго развитію и процвѣтанію дорогого для насъ дѣла“. *Л. С. Миноръ* указалъ на тотъ „высокій тонъ“, который далъ Алексѣй Яковлевичъ Обществу, какъ предсѣдатель, и на его необыкновенныя организаторскія способности, однако невольно вспоминается рядомъ съ А. Я. и другой дѣятель Общества *С. С. Корсаковъ*. Ихъ совмѣстная дѣятельность была чрезвычайно плодотворна для Общества; эти два лица дополняли другъ друга и дѣятельность одного изъ нихъ нельзя представить безъ дѣятельности другого. Ихъ совмѣстная работа напоминаетъ собою мудрый образъ Сократа, въ которомъ уживаются словно два человѣка съ качествами характера не совсѣмъ одинаковыми. *Г. И. Прибытковъ* называетъ А. Я. Кожевникова „собирателемъ“ московской школы невропатологовъ и психіатровъ. „Его значеніе главнымъ образомъ въ томъ, что онъ обладалъ умѣніемъ выбирать себѣ помощниковъ, пріохочивать къ научной работѣ, умѣлъ окружать себя энергичными и любящими науку людьми, что онъ обладалъ такими свойствами, при которыхъ эти люди ютились около него и до конца дней его оставались вѣрными ему и сохранили къ нему доброе расположеніе“. *А. А. Корниловъ* считаетъ А. Я. учителемъ, рядомъ съ которымъ едва многихъ можно поставить; въ дѣлахъ Общества А. Я. работалъ надъ каждымъ самымъ мелочнымъ дѣломъ; когда требовалось рѣшить что-нибудь отъ имени Общества, А. Я. „не жалѣлъ ни своего труда, ни времени, ни силъ“. Несом-

вѣрно, что послѣ клиникъ засѣданія Общества являлись „главною лабораторіей невропатологической и психіатрической мысли Москвы“; что касается личной работы А. Я., то всегда „удивляла въ ней одна характерная черта—эта какъ-бы *неспѣшность* ея..... никогда и никуда онъ не торопился. Но вотъ подходитъ время, когда нужно работѣ появиться на свѣтъ, и оказывается, что она давнымъ давно готова, провѣрена, исправлена“. А. Я. тщательно провѣрялъ свои работы, и, повидимому, дѣло доходило здѣсь до крайней щепетильности; то, что онъ написалъ было всегда вѣрно. „Фактъ, описанный А. Я., никогда не могъ внушить ни тѣни сомнѣнія ни въ вѣрности наблюденія, ни въ обдуманности заключеній“. На томъ знамени, съ которымъ онъ шелъ въ жизни, были начертаны слова: *наука и долгъ*.

Въ засѣданіи 15 января 1902 г. въ Московскомъ Обществѣ невропатологовъ и психіатровъ обсуждался вопросъ объ увѣковѣченіи памяти профессора Алексѣя Яковлевича Кожевникова, причемъ было высказано нѣсколько предложеній по этому вопросу. Наиболѣе желательнымъ является, главнымъ образомъ, если найдутся достаточныя средства, устройство отдѣльнаго зданія въ которомъ могъ бы помѣщаться „Неврологическій Музей (впослѣдствіи Институтъ) имени проф. А. Я. Кожевникова“ и при немъ различнаго рода лабораторіи. Вѣроятно найдутся и средства на осуществленіе идеи неврологическаго института, столь смѣло и широко задуманнаго еще самимъ А. Я.

Личность А. Я. является весьма сложной, это цѣльная и богато одаренная натура. Характеристика А. Я. со стороны одного человѣка была-бы не полна и односторонняя; въ біографическомъ очеркѣ такихъ выдающихся общественныхъ и научныхъ дѣятелей необходимо всегда приводить освѣщеніе ихъ психическаго склада различными лицами. Поэтому, мы и старались познакомить читателя съ тѣмъ, какъ смотрѣли на А. Я. люди его близко знавшіе и имѣвшіе съ

нимъ дѣло въ разныхъ областяхъ. *В. Ф. Стримонъ*<sup>1)</sup> пишетъ: „и съ кончиной его Россія лишилась едва-ли не лучшаго своего невролога, Московскій университетъ—замѣчательнаго профессора, Московскіе врачи—превосходнаго, незамѣнимаго консультанта, больные—добраго и авторитетнаго совѣтника“. *В. В. Муравьевъ*<sup>2)</sup>, вспоминая отдѣльные факты изъ жизни А. Я., отмѣчаетъ его превосходныя качества, какъ профессора: „въ точномъ прозрачно-ясномъ изложеніи развертываются передъ слушателями симптомы данной болѣзни, ея патогенезъ и лѣченіе. Въ изложеніе строго продумано; всѣ части его хорошо сложены; никакихъ противорѣчій“. Демонстрируя больныхъ на лекціяхъ, А. Я. дѣлалъ то „очень наглядно, съ большимъ искусствомъ“; онъ умѣлъ „наиболѣе характерныя черты болѣзни представить особенно выпукло, обратить на нихъ особенное вниманіе“. Какъ предсѣдатель Общества, А. Я. умѣлъ придать засѣданіямъ „характеръ особенной серьезности и даже нѣкоторой торжественности.... всякій проникался сознаниемъ отвѣтственности за все, имъ сказанное, и поэтому не разъ подумаетъ, прежде чѣмъ выступить съ своимъ мнѣніемъ.... Основной чертой А. Я. было строгое критическое отношеніе ко всему, что онъ говорилъ и дѣлалъ. Всякое его слово имѣло свой смыслъ и свое значеніе, всякое его дѣйствіе было строго обдуманно и согласовано съ обстоятельствами“. А. Я. все дѣлалъ, какъ слѣдуетъ и ничего не дѣлалъ кое-какъ. Къ своимъ лекціямъ онъ готовился очень тщательно; онъ заботился, чтобы отъ его лекціи получалось наиболѣе цѣльное и полное впечатлѣніе; больные, приготовляемые для лекціи, изслѣдовались со скрупулезною подробностью; его лекціи иллюстрировались соотвѣтствующими препаратами и рисунками; къ своимъ лекціямъ готовился не онъ одинъ, и помощникамъ-врачамъ приходилось принимать ближайшее участіе въ томъ, чтобы не-

<sup>1)</sup> Медицинское Обозрѣніе 1902, № 2, стр. 183.

<sup>2)</sup> Тамъ же, стр. 184—185.

бходимыя для лекціи демонстраціи вышли наиболѣе удачными, и перѣдко ихъ трудъ въ этомъ отношеніи былъ довольно большой; но этого ни въ какомъ случаѣ нельзя, конечно, поставить въ вину А. Я.; онъ заботился не о своемъ личномъ успѣхѣ, а требованія его были связаны съ успѣхами преподаванія и общаго дѣла. Ту же самую черту, стремленіе заставить и другихъ принять участіе въ общей работѣ иногда исполненіемъ какого-нибудь скучнаго порученія, можно было наблюдать у А. Я. и при организаціи неврологическаго музея и въ совмѣстной клинической работѣ. При этомъ онъ самъ являлся для всѣхъ образцомъ научнаго работника, онъ самъ не тяготился трудомъ, какъ-бы великъ онъ ни былъ. Врачи, занимавшіеся подѣ руководствомъ А. Я., проходили хорошую школу, которая, можетъ быть, для многихъ казалась трудной, но она была необходима. Какъ и во всемъ А. Я. не спѣшилъ ставить діагностики у клиническихъ больныхъ; онъ тщательно и внимательно изслѣдовалъ больныхъ, присматривался къ теченію болѣзни, къ ея проявленіямъ, и весьма часто другимъ было неизвѣстно, какое распознаваніе ставитъ А. Я. у такого-то клиническаго больного. Если больной демонстрировался на лекціи, какъ страдающій опредѣленною формою болѣзни, то діагностика ставилась очень тонкая и прекрасно мотивированная, неизбѣжно и логически вытекающая изъ того сочетаніе симптомовъ, который добытъ всестороннимъ изслѣдованіемъ больного. Строгая послѣдовательность въ выводахъ, отсутствіе уклоненій въ сторону, прирожденная способность спокойно и безъ увлеченія изслѣдовать данный научный или практическій вопросъ—вотъ тѣ основныя интеллектуальныя черты, которыя рѣзко проявлялись во всемъ томъ, за выполненіе чего брался А. Я., и благодаря которымъ онъ является образцовымъ ученымъ и изслѣдователемъ. Волевая сторона его психики была развита также въ сильной степени; онъ былъ настойчивъ въ достиженіи намѣченныхъ цѣлей, связанныхъ съ успѣхомъ любимой имъ науки и дорогихъ ему учрежденій, и энергія его проявля-



лась не порывами, а спокойно, постепенно, какъ-бы нарастая все больше и больше. Дѣйствительно, вліяніе его на окружающихъ и его умственная мощь увеличивались съ годами; онъ продолжалъ работать надъ собой, не смотря на то, что былъ убѣленъ сѣдинами, и въ этомъ отношеніи А. Я. представлялъ весьма поучательный примѣръ для окружающихъ.

Въ своемъ краткомъ очеркѣ жизни и дѣятельности А. Я. Кожевникова мы не задавались цѣлью сдѣлать сколько-нибудь полную оцѣнку его значенія для русской невропатологіи и психіатріи; главная цѣль настоящаго очерка—познакомить читателя съ наиболее важными фактами изъ жизни и дѣятельности А. Я. Кожевникова и съ тѣмъ, какъ смотреть на него лица, приходившіе съ нимъ въ соприкосновеніе на научномъ и общественномъ поприщѣ.

## О такъ называемомъ „возвращающемся параличѣ глазодвигательнаго нерва“.

(Paralysis n. oculomotorii recidiva).

Д-ра М. М. Меринга.

(Окончаніе; см. т. X, вып. 1).

§ 4. *Этіологія.* Въ случаяхъ, кончившихся аутопсиами, по большей части обнаружившими наличие новообразовательнаго процесса на основаніи черепа, этиологія болѣзни сводилась къ этиологіи этого процесса, различаясь въ зависимости отъ того, пролиферационный-ли онъ или инфекціонный (въ случаѣ съ воспалительнымъ субстратомъ этиологія осталась невыясненной).

Что касается наблюдений, не дошедшихъ до секціоннаго стола, то причины ихъ, приводившіяся авторами, могутъ быть подраздѣлены на 2 рубрики: въ первую можно отнести всѣ моменты, предрасполагающіе къ появленію заболѣванія, во вторую моменты, его производящіе. Въ числѣ первыхъ поименовывались обыкновенно: ранній возрастъ, женскій полъ, наслѣдственность, реиматическія заболѣванія, гнойное пораженіе ушей, наковецъ, анемія; въ числѣ вторыхъ: аутоинтоксикація, душевныя потрясенія, травма черепа, у женщинъ, иной разъ, также *menstrua*.

Что касается возраста и пола, то послѣ сообщеній J. V. Charcot, Demicheri, Барабашева и пр. нѣтъ уже болѣе

возможности утверждать, будто бы женскій полъ и дѣтскій или юношескій возрастъ предрасполагають къ появленію заболѣванія. Факты показываютъ намъ, что страдать *paralysis n. oculomotorii recidiva* могутъ совершенно одинаково какъ женщины, такъ и мужчины, какъ дѣти, такъ и старики.

Не болѣе серьезной по своему значенію оказывается также и наследственность; по крайней мѣрѣ изъ сопоставленія приведенныхъ нами исторій болѣзни съ несомнѣнностью вытекаетъ тотъ фактъ, что патологическій процессъ констатируется какъ у лицъ, дѣйствительно отягченныхъ тяжелой наследственностью, такъ и у лицъ, родители и ближайшіе родственники которыхъ были во всѣхъ отношеніяхъ совершенно здоровыми.

Указаніе на ревматическія заболѣванія мы встрѣчаемъ въ статьяхъ Lyder-Borthen'a, Beevor'a, Moebius'a, Schmidt-Rimpler'a и пр. Два первыхъ автора считаютъ простуду наиболѣе вѣроятной причиною констатированныхъ ими случаевъ болѣзни; Moebiusъ прямо называетъ данное страданіе ревматическимъ, наконецъ, Schmidt-Rimpler, подтверждая мнѣніе Moebius'a, даетъ детальныя указанія на локализацию и характеръ болѣзни, говоря о „пораженіи орбитальной надкостницы ревматическимъ воспалительнымъ процессомъ“.

Гнойное пораженіе ушей послѣдовательно отмѣчалось двумя авторами: Wadsworth'омъ и проф. Бехтеревымъ. Въ обоихъ этихъ случаяхъ гнойный отитъ обусловливался скарлатиной, а въ наблюденіи второго автора онъ повлекъ за собою базиллярный менингитъ, какъ это выяснило изслѣдованіе картины глазного дна.

Что касается анэміи, то послѣдняя указывалась Pflüger'омъ, Клячкинымъ и проф. Барабашевымъ. Чѣмъ въ точности вызывался этотъ факторъ въ наблюденіи Pflüger'a, намъ остается неизвѣстнымъ (повидному дисменорреей); что касается д-ра Клячкина и проф. Барабашева, то оба они даютъ указаніе на малярію. Въ виду тѣсной связи, существующей,

по мнѣнію послѣдняго автора, между анэмией и аутоинтоксикаціей, мы и переходимъ къ разсмотрѣнію послѣдняго фактора.

Первое указаніе на аутоинтоксикацію, сначала въ видѣ только предположенія, мы находимъ въ статьѣ д-ра Vissering'a. Проведя аналогію между рассматриваемымъ нами страданіемъ съ одной стороны, мигренью и эпилепсіей съ другой, авторъ замѣчаетъ: „мыслимо предположеніе, что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ аутоинтоксикаціей“.

Проф. Bernhardt подтверждаетъ возможность предположенія Vissering'a указаніемъ на поражаемость глазодвигателя въ случаяхъ ботулизма, гдѣ аутоинтоксикація несомнѣнно должна имѣть мѣсто. Затѣмъ этотъ же факторъ послѣдовательно отмѣчается д-ромъ Клячкинымъ и проф. Барабашевымъ.

Первый авторъ ссылается въ доказательство своей догадки на Cousot, д-ра Грейленберга и др., дѣлающихъ аналогичныя же предположенія относительно случаевъ періодически повторяющагося паралича всѣхъ четырехъ конечностей,—второй авторъ полагаетъ, что аутоинтоксикація можетъ проявляться извѣстными уже намъ клиническими симптомами лишь въ томъ случаѣ, если на помощь къ ней присоединяются „какія-то новыя условія“, которыя изъ *basis cerebri* дѣлаютъ мѣсто наименьшаго сопротивленія.

Анализъ только-что приведенныхъ характеристикъ не даетъ еще намъ права считать аутоинтоксикацію строго доказаннымъ этиологическимъ моментомъ. Съ такимъ мнѣніемъ согласны, впрочемъ, и сами авторы характеристикъ; по крайвей мѣрѣ никто изъ нихъ не высказывается прямо и опредѣленно,—напротивъ, всѣ крайне осторожно, предположительно, основываясь на сравненіи данныхъ страданій съ другими, въ этиологическомъ отношеніи мало намъ извѣстными: съ мигренью, эпилепсіей, съ рецидивирующимъ параличемъ конечностей.

Не много силы имѣетъ и сравненіе съ ботулизмомъ. Правда, интоксикація здѣсь несомнѣнно на лицѣ, равно какъ

и параличъ глазодвигателя, но зато послѣдній отличается здѣсь своей однократностью, тогда какъ при разсматриваемыхъ нами процессахъ многократность паралича, его повторяемость, является самымъ характернымъ, кардинальнымъ симптомомъ. Этотъ симптомъ при сравненіи съ параличами, обусловленными ботулизмомъ, такъ и не находитъ себѣ объясненія.

Переходя къ анализу случая проф. Барабашева, оговоримся, что мы отнюдь не отрицаемъ возможности существованія въ немъ аутоинтоксикаціи, какъ не отрицаемъ ея, положимъ, въ наблюденіяхъ д-ра Клячкина и проф. Pflüger'a, но мы не видимъ доказательствъ тому, что именно токсины, а не какой-либо другой факторъ, обуславливали здѣсь повторные взрывы болѣзни. Впрочемъ и самъ авторъ не объясняетъ ихъ одной только данной причиной; онъ прибѣгаетъ, какъ мы видѣли выше, къ помощи особыхъ, ближе намъ неизвѣстныхъ, „новыхъ условий“.

Если путемъ сравненія съ мигренью etc., мы не опредѣляли величины искомага нами X, а просто замѣняли ее другими неизвѣстными намъ величинами у, z и т. д., то путемъ введенія „какихъ-то новыхъ условий“ въ этиологію вопроса, мы просто превращаемъ уравненіе съ однимъ неизвѣстнымъ въ уравненіе съ двумя неизвѣстными, но самой задачи не рѣшаемъ по прежнему.

Дѣйствіе душевныхъ потрясеній, приводившихся Ormerod'омъ, Thomsen-Richter'омъ, Charcot, нами (во 2-мъ наблюденіи) и прочими авторами, а также и травмы черепа (Mauthner, Karplus, Бехтеревъ, Lyder-Borthen etc.) можно свести къ повышенію внутрисосудистаго давленія и къ послѣдовательному сдавленію глазодвигательнаго нерва. Такими-же послѣдствіями можно объяснять себѣ и наблюдавшіеся иной разъ взрывы post menstrua (Hasner). По крайней мѣрѣ изъ совмѣстныхъ опытовъ проф. И. М. Догеля и д-ра П. Н.

Каземъ-Бека <sup>1)</sup> надъ разнообразными породами животныхъ выяснилось, что повторныя, особенно обильныя артеріальныя, кровопусканія влекутъ за собой періодическое волнообразное колебаніе кровяного давленія, что же касается значительныхъ кровопусканій, то они постоянно вызываютъ повышеніе кровяного давленія.

§ 5. *Дифференціальный діагнозъ.* Въ началѣ настоящей работы намъ уже приходилось цитировать тѣ точки опоры, которыя были установлены проф. Даркшевичемъ для постановки діагноза болѣзни. Со времени выхода въ свѣтъ монографіи этого автора прошло уже болѣе 10 лѣтъ; за это время успѣли накопиться новыя работы, которыя отчасти обогатили, а отчасти и исправили наши свѣдѣнія новыми данными. На основаніи этихъ данныхъ кромѣ прочихъ отдѣловъ страданія долженъ быть существенно видоизмѣненъ также и отдѣлъ дифференціальной его діагностики.

Въ настоящую минуту мы уже не можемъ болѣе признавать будто „зрѣлый возрастъ“ паціентовъ, „одновременное съ oculomotorius пораженіе прочихъ черепныхъ нервовъ“, въ частности „глазныхъ“, наконецъ „слишкомъ долгая продолжительность паралича“, будто всѣ эти обстоятельства, отмѣченныя авторомъ, говорятъ противъ діагноза разсмотрѣнныхъ нами процессовъ; мы видѣли, что, наоборотъ, всѣ эти признаки могутъ быть при нихъ налицо; не согласимся также и съ тѣмъ утвержденіемъ автора, по которому „существованіе привычныхъ болей, ограниченныхъ одною половиною головы“ является точкой опоры въ пользу постановки такого діагноза: боли эти въ одномъ рядѣ случаевъ, дѣйствительно, фиксированныя и ограниченныя, въ другомъ рядѣ случаевъ являются уже альтернирующими, мѣняющими свою локализацию, а въ третьемъ онѣ оказываются диффузными, разлитыми равномѣрно по всей головѣ; наконецъ, въ данную минуту нель-

<sup>1)</sup> Догель. «Послѣдствія кровопусканія». Труды IV-го съѣзда въ Москвѣ русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова 1891 г.

за не признавать потерявшимъ силу и то замѣчаніе автора, по которому „нестойкій“ параличъ „всѣхъ“ непремѣнно вѣтвей глазодвигательнаго нерва, притомъ въ „одномъ“ лишь глазу является *conditio sine qua non* діагноза болѣзни. Въ данную минуту, наоборотъ, слѣдуетъ считать доказаннымъ тотъ фактъ—и приводимая авторомъ исторія болѣзни служить лучшимъ ему подтвержденіемъ,—по которому „стойкость“ паралича является лишь дѣломъ времени. Пораженіе не всѣхъ, а только „отдѣльныхъ“ вѣточекъ нерва тоже можетъ быть признано нынѣ однимъ изъ самыхъ заурядныхъ явленій процесса, а одновременное или чередующееся пораженіе при послѣднемъ „обоихъ“ глазъ начинается теперь все чаще и чаще.

Сравнительно болѣе еще цѣннымъ является послѣднее предложеніе проф. Даркшевича: предварительно, передъ постановкой діагноза *paral. n. ocul. recid.* исключить: *lues cerebri, tabes dorsalis, sclerosis disseminata etc.* словомъ, такіа заболѣванія вервной системы, въ теченіе которыхъ можетъ повторяться параличъ глазодвигательнаго нерва; однако и это положеніе автора не удовлетворяетъ насъ вполне. Причина такого рода неудовлетворенности выяснится изъ послѣдующаго нашего изложенія, а пока послѣдуемъ его совѣту и постараемся исключить поименованныя имъ заболѣванія.

а) Разборъ симптоматологіи сифилиса головного мозга сталкиваетъ насъ съ отдѣльными случаями этой болѣзни, которые настолько симулируютъ собою рецидивирующій глазодвигательный параличъ, что дѣлаютъ дифференціальную діагностику между названными страданіями почти невозможною.

И при томъ и при другомъ заболѣваніи констатируются, напр., головныя боли. Боли эти жестокія, колющія, буряющія, ощущаемыя глубоко внутри головы, съ локализацией во лбу, темени, вискѣ и затылкѣ, т. е. на протяженіи всей половины головы, очень часто сопровождаемыя тошнотой и рвотой при *lues cerebri*, сплошь и рядомъ во всѣхъ своихъ



проявленіяхъ оказываются такими-же точно и при *paralysis n. oculomotorii recidiva*.

И при томъ и при другомъ заболѣваніи констатируются далѣ рецидивы глазодвигательнаго паралича. То захватывая всѣ вѣтви нервнаго ствола, то ограничиваясь внѣшней, или внутреннею мускулатурой глаза, то, наконецъ, сосредоточиваясь въ отдѣльной нервной вѣточкѣ, параличъ этотъ при обоихъ дифференцируемыхъ нами страданіяхъ можетъ поражать собою какъ одинъ глазъ, такъ, равнымъ образомъ, и оба, притомъ какъ поочередно, такъ и одновременно.

Помимо *oculomotorius*, и не такъ часто, какъ онъ, поражаются при *lues cerebri* прочіе двигатели глазныхъ яблоковъ—*trochlearis* и *abducens* и мы видѣли выше, какъ ихъ параличъ осложняетъ собою и клиническую картину *par. n. oculom. recid.* Анэстезія 1-й вѣтви тройничнаго нерва, столь часто наблюдаемая при этомъ послѣднемъ страданіи, явленіе заурядное и при *lues cerebri*. Однакоже присущи имъ и пораженія *nn. optici, facialis et acustici*,—словомъ, пересчитывая въ умѣ симптомы *paralyseos n. ocul. recidivae*, мы тѣмъ самымъ пересчитываемъ и значительное количество симптомовъ сифилиса головного мозга.

Конечно, симптомокомплексъ послѣдняго гораздо богаче; при немъ наблюдаются, напр., полидипсія и полиурія, которыя ни разу еще не были констатированы въ теченіе *par. n. oculom. recidivae*; наблюдаются кромѣ того параличи конечностей (гемиплегія, диплегія), явленія кортикальной эпилепсіи и явленія простыхъ эпилептоидныхъ судорогъ, наконецъ разстройства со стороны психической сферы больныхъ (*dementia*), но, повторяемъ, встрѣчаются и такіе случаи *lues cerebri*, которые не выходятъ, такъ сказать, изъ рамокъ симптоматики *paralyseos n. oculom. recidivae*. Въ этихъ случаяхъ существованіе помимо нервныхъ также и прочихъ объективныхъ признаковъ сифилиса: кожно-слизистыхъ, костныхъ и другихъ, можетъ оказать намъ большую услугу; не остается безъ значенія также и разпространеніе больного, под-

робное выясненіе себѣ его анамнеза, наконецъ, какъ *ultimum refugium*, остается также методъ *ex juvantibus et nocentibus* <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Насколько, иной разъ, бываетъ затруднительно по даннымъ клинической картины отличить рецидивирующій параличъ п. oculomotorii отъ сифилитическаго пораженія этого нерва можетъ служить слѣдующій случай, наблюдавшійся нами въ амбулаторіи Казанской клинчки нервныхъ болѣзней. Зинаида Р...а, 25 лѣтъ, замужняя, явилась въ амбулаторію клиники <sup>22</sup>/ix 1899 г. съ жалобой на повторяющіеся опусканія лѣваго вѣка и на предшествующія ему жестокія боли въ лѣвой половинѣ головы.

Болезнь средняя роста, некрѣпкаго сложенія, съ нѣжной кожей, часто заливаемой румянцемъ. Видимыя глазу слизистыя оболочки хорошо окрашены. При осмотрѣ шеи замѣчается небольшихъ размѣровъ *struma*; при осмотрѣ лица констатируются: *anisocoria et mydriasis sinistra*, легкое опущеніе лѣваго вѣка, немного не достигающаго верхняго края зрачка и незначительный *strabismus convergens* обоихъ глазъ. Движеніе глазныхъ яблоковъ во всѣхъ направленіяхъ возможно и совершается въ предѣлахъ нормы, *Nystagmus* не констатируется. Лѣвый зрачекъ почти не реагируетъ на свѣтъ и на аккомодацию съ конвергенціей, правый, правда, реагируетъ, но тоже нѣсколько вяло. Сфера произвольнаго движенія не разстроена; со стороны произвольнаго отмѣчается довольно рѣзкій *tremor* въ пальцахъ рукъ. Сухожильные рефлексы оживлены. Тазовые органы въ порядкѣ. Чувствительность не разстроена за исключеніемъ 1-й вѣтви п. *trig. sin.* (анестезія всѣхъ видовъ чувствительности). На кожѣ въ области обоихъ голеней замѣчаются рубцы перламутрово-бѣлаго цвѣта, по отзыву спеціалиста безусловно сифилитическаго происхожденія. Исслѣдованіе зрительнаго аппарата въ клиникѣ проф. Адамюка дало слѣдующіе результаты: острота зрѣнія <sup>20</sup>/xx ос. utr. при Н. <sup>1</sup>/<sub>48</sub> о. d. и Н. <sup>1</sup>/<sub>30</sub> о. s.; поле зрѣнія нормально, папиаллы нѣсколько гиперемированы. Со стороны внутреннихъ органовъ отмѣчается тахикардія: пульсъ обычно 100 въ минуту. Тоны сердца и крупныхъ сосудовъ чисты. *Menses* приходятъ обыкновенно черезъ 3½ недѣли и длятся по 3 дня.

Изъ разспросовъ больной выяснилось слѣдующее: до 22 лѣтъ она никогда и ничѣмъ не страдала, вѣрнѣе говоря, не помнитъ, чтобы страдала: сифилитическія язвы, слѣды которыхъ она носитъ и сейчасъ, появились у нея въ самомъ нѣжномъ возрастѣ. Мнѣніе спеціалиста, съ которымъ по этому поводу совѣщалась больная, сводится къ наслѣдственному сифилису, а сама больная, категорически отрицая возможность наслѣдованія сифилиса отъ своихъ родителей, рассказываетъ, что у бывшей ея няньки, много разъ ее пѣловавшей, былъ констатированъ папулезный сифилидъ (папулы помѣщались между прочимъ во рту и на губахъ). Мать больной жива и здорова повинѣ; отецъ умеръ много лѣтъ назадъ отъ скоротечной чахотки; изъ шести братьевъ и сестеръ двое умерли отъ дѣтскихъ инфекціонныхъ

Какую видную роль может сыграть въ дѣлѣ дифференціальной діагностики болѣзни субъективный методъ

болѣзней, остальные живы и здоровы до сихъ поръ. Заносовъ, выкидышей и мертворожденныхъ у матери ея никогда не наблюдалось. Между родственниками больной ни съ отцовской, ни съ материнской стороны не наблюдались ни нервные, ни душевно-больные; въ частности больная не принимаетъ, чтобы кто-либо изъ нихъ жаловался на такія отчаянныя головныя боли, какими сама она страдаетъ за послѣдніе 3 года.

Появленіе и развитіе болѣзни, заставившей ее обратиться въ клинику нервныхъ болѣзней, З. Р. описываетъ слѣдующимъ образомъ: 3 года назадъ, черезъ мѣсяцъ послѣ выхода замужъ, ее поразило ужасное семейное горе, послѣдствіемъ котораго явился разрывъ съ мужемъ. Больная была страшно потрясена нравственно, чувствовала себя слабой и физически. Черезъ 2 мѣсяца послѣ того абортъ. Не успѣвши еще оправиться отъ послѣдняго, больная захворала довольно тяжелой формой инфлуэнцы, вслѣдъ за которой стали появляться головныя боли, сначала легкія и только въ области темени, а затѣмъ и болѣе сильныя, начинавшіяся съ надбровной области лѣвой половины лба, переходившія затѣмъ на лѣвое темя и високъ и, подъ конецъ, спускавшіяся на затылокъ. Боли эти постоянно ограничивались лѣвой половиной головы и часто сопровождались тошнотой, но ни разу не влекли за собою рвоты. Онѣ ожесточались по вечерамъ и часто не давали больной спать; продержались онѣ 2 недѣли. Проснувшись на слѣдующій день послѣ ихъ исчезновенія и глядясь въ зеркало, больная замѣтила, что у нея расширенъ лѣвый зрачекъ («глазъ какъ-бы потемнѣлъ») и нѣсколько опустилось соотвѣтств. вѣко. Ни тому, ни другому обстоятельству больная не придавала въ тотъ день никакого значенія, но какъ *mydriasis*, такъ и *ptosis sinistrae* и въ слѣдующіе дни продолжали прогрессировать въ своемъ развитіи, такъ что черезъ недѣлю, считая съ момента перваго ихъ появленія, лѣвый зрачекъ былъ болѣе, чѣмъ вдвое шире праваго, а лѣвое вѣко достигло уровня середины зрачка. Продержавшись въ такомъ положеніи около недѣли, параличъ подвергся обратному развитію и въ 3—4 дня все выравнивалось до нормы. Черезъ годъ эти явленія повторились. Вначалѣ З. Р. испытывала около мѣсяца тупыя и диффузныя головныя боли, наступившія внезапно, а затѣмъ снова наступили *ptosis et mydriasis sin.* Уровень, до котораго опускалось вѣко (середина зрачка) и срокъ въ теченіе котораго оно опускалось (недѣля), были тѣ-же, что и въ первый разъ, но періодъ времени, въ теченіе котораго вѣко оставалось опущеннымъ (3 недѣли), равно какъ и продолжительность его выравниванія до нормы (2 недѣли), были на этотъ разъ уже значительно болѣе прежняго. Кромѣ того больная замѣтила, что лѣвый глазъ ей мѣшаетъ смотрѣть: закрывая его, она видѣла предметы явственно, открывая вновь, видѣла какъ бы сквозь туманъ. Больная направилась въ офтальміатрическую клинику, гдѣ ей были назначены двояко-выпуклыя стекла. Еще черезъ годъ

изслѣдованія доказываютъ намъ случаи проф. Ballet и д-ра Karplus'a. Лишь строгій разборъ анамнестическихъ данныхъ

головныя боли появились въ третій разъ. Сначала слабыя и диффузныя, онѣ затѣмъ постепенно усилились и локализовались исключительно въ лѣвой половинѣ головы. Больная описываетъ ихъ какъ ощущеніе чего-то нестерпимо-сверлящаго. Пребываніе на свѣжемъ воздухѣ нисколько не успокаивало ихъ, а движенія головою и, особенно, температура теплой постели значительно ихъ усиливала. Больной было нѣсколько легче, когда она сидѣла неподвижно, сдавливая себѣ голову руками или полотенцемъ. Она замѣтила при этомъ, что дотрагиваніе пальцемъ, ногтемъ, наконецъ, иголкой до надбровной области лѣвой половины лба не сопровождалось ровно никакимъ ощущеніемъ—мѣсто это какъ бы оцѣмѣло. Боли, какъ и годъ назадъ, длились около мѣсяца, но онѣ не успѣли еще пройти, какъ наступили параличи лѣваго глаза: ptosis, mydriasis и paresis accommodatio-nis, къ которымъ, на сей разъ присоединился также и параличъ m. recti interni: глазъ отвелся кнаружи и наступила diplopia; при смотрѣніи передъ собою больная видѣла каждый предметъ вдвойнѣ; одно изображеніе, нормальныхъ размѣровъ, помѣщалось вдали, другое, нѣсколько меньшихъ,—вблизи. Глядя на землю, больная полагала, что послѣдняя къ ней черезъ чуръ близка; больная поэтому особенно осторожно шагала и часто оступалась. Появилось головокруженіе. Читаетъ больная абсолютно не была въ состояніи. Она вновь посѣтила офтальміатрическую клинику, откуда и была направлена въ клинику нервныхъ болѣзней, но, прежде чѣмъ она собралась посѣтить послѣднюю, strabismus divergens у нея исчезъ, замѣнившись легкимъ strabismo convergente, нормальнымъ при ея рефракціи и наблюдавшимся у нея съ дѣтства. Остальные симптомы констатируются и въ данную минуту. Изъ разспросовъ больной выяснилось также, что за самое послѣднее время у нея было 2 припадка, по описанію безусловно истерическаго типа, а также интензивныя опоясывающія боли въ области туловища, лежащей непосредственно ниже сосковъ. Больной казалось именно, что на нее надѣтъ неширокій, но тугой поясъ, заканчивающійся спереди и сзади пряжками и глубоко, особенно слѣва, врѣзывающійся въ тѣло. Самое тщательное изслѣдованіе больной не дало никакихъ указаній на tabes dors. Послѣдніе симптомы прошли у нея безслѣдно подъ вліяніемъ сеансовъ suggestion и лѣченія статическимъ электричествомъ; что касается симптомовъ паралича, то они оставались, приблизительно, in statu quo (предложенное нами специфическое лѣченіе больная отклонила).

Резюмируя данный случай, мы приходимъ къ выводу, что у больной съ безусловнымъ сифилисомъ въ анамнезѣ и съ признаками Базедовой болѣзни и истеріи въ настоящемъ наступаютъ время отъ времени рецидивы глазодвигательнаго паралича, которые по клинической картинѣ ничѣмъ не отличаются отъ par. n. oculom. recidiva. Вѣрное опредѣленіе болѣзни ока-

позволилъ первому автору не связывать въ своемъ наблюдѣніи патологическій процессъ съ сифилитической инфекціей; тотъ же разборъ далъ возможность и второму автору ориентироваться у постели своей больной <sup>1)</sup>). Случаи Ballet и Karplus'a съ несифилитическимъ характеромъ паралича у безусловныхъ сифилитиковъ еще болѣе подчеркиваютъ затруднительность дифференціальной діагностики между *lues cerebri* и *paralysis n. oculomotorii recidiva*.

Будучи часто крайне затруднительною, діагностика эта является въ тоже время и очень важной. Еще Ricord проводилъ взглядъ, по которому не существуетъ ни одного вида глазодвигательнаго паралича, кромѣ сифилитическаго <sup>2)</sup>). Правда, позднѣйшія болѣе точныя наблюдѣнія пополнили число факторовъ этого пораженія, однако и сейчасъ по статистикѣ Оррenheim'a и Uthhoff'a сифилисъ въ 72% является несомнѣнною причиною пораженія III-й пары + въ 14% очень вѣроятной <sup>3)</sup>). Такимъ образомъ одна уже частота сифилиса въ анамнезѣ лицъ, страдающихъ параличами *n. oculomotorii*, заставляетъ насъ мысленно останавливаться прежде всего на немъ въ каждомъ случаѣ этихъ страданій.

б) Гораздо меньше затрудненія представляетъ намъ дифференціальная діагностика между *paral. n. oculom. recidiva* и сухоткою спинного мозга.

Съ одной стороны отсутствіе при *tabes* головныхъ болей въ качествѣ предвѣстника, или спутника паралича, съ дру-

зилось возможнымъ лишь благодаря присутствію характерныхъ специфическихъ рубцовъ на кожѣ и откровенной передачѣ больнош данныхъ изъ анамнеза.

<sup>1)</sup> Какъ извѣстно, вскрытіе больной Karplus'a показало, что у этой сифилитички пораженіе глазодвигателя было обусловлено не гуммой, а нейрофибромой.

<sup>2)</sup> Ricord «Параличъ *n. oculomotorii* есть росписка сифилиса на глазу больного» см. Fournier «Сифилисъ головного мозга».

<sup>3)</sup> Orrenhelm. «Сифилитическія заболѣванія головного мозга». Изд. Библ. Врача. 1898 стр. 53.

гой стороны, существованіе при этой болѣзни массы прочихъ, характерныхъ для нея симптомовъ, обыкновенно сразу же даетъ намъ возможность рѣшить, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло.

Правда, попадаются, иной разъ, отдѣльные рѣдкіе случаи *tabis*, которые, дебютируя поражениемъ III-й пары, не выдаютъ въ некоторое время своего присутствія другими отличительными своими признаками, но и въ этихъ случаяхъ затрудненіе при діагностикѣ является обыкновенно только временнымъ, притомъ крайне непродолжительнымъ. Наблюденіе надъ ходомъ болѣзни позволяетъ намъ и здѣсь констатировать послѣдовательное появленіе то того, то другого симптома *tabis* и тѣмъ окончательно установить діагнозъ болѣзни.

с) Тѣ же самыя разсужденія мы можемъ примѣнить и къ дифференціальной діагностикѣ между *rag. n. ocul. recidiva* и *sclerosis disseminata*. Отсутствіе болевыхъ прелественниковъ паралича, или его спутниковъ и въ тоже время существованіе на ряду съ нимъ также и прочихъ признаковъ разсѣяннаго склероза даютъ намъ возможность отличать обусловленное этою болѣзнию поражение *n. oculomotorii* отъ тѣхъ, которыя были нами рассмотрѣны выше.

d) Обращаясь теперь къ рассмотрѣнію дифференціальной діагностики между *ragal. n. ocul. recid.* и функциональными заболѣваніями нервной системы, остановимся прежде всего на мигрени.

Мы конечно, далеки отъ мысли признавать существованіе особыхъ „мигренныхъ“ параличей и проводить съ ними дифференціальную діагностику; кромѣ того мы убѣдились, что и характеръ головной боли при *ragal. n. ocul. recid.* довольно рѣзко отличается отъ мигренознаго, но мы убѣдились также и въ томъ, что, иной разъ, могутъ пройти цѣлые десятки лѣтъ, прежде чѣмъ болѣзнь проявитъ себя поражениемъ глазодвигательнаго нерва<sup>1)</sup>; въ этихъ-же случаяхъ и

---

<sup>1)</sup> Darquier, Chabbert и др.

головная боль можетъ долгое время не отличаться отъ мигренозной. Здѣсь, представляя подчасъ громадныя затрудненія, дифференціальная діагностика должна, конечно, имѣть мѣсто. Сила и упорство болей, съ годами не только не прекращающихся, но, наоборотъ, все увеличивающихся, могутъ, наводить и въ этихъ случаяхъ на подозрѣнiе объ органическомъ страданiи головного мозга; послѣднее становится уже несомнѣннымъ при появленiи симптомовъ паралича.

е) При дифференціальной діагностикѣ съ истеріей точками опоры считаются обыкновенно слѣдующіе три признака: 1) существованіе при этой болѣзни помимо паралича еще и такъ называемыхъ истерическихъ стигматъ; 2) ограниченіе истерическихъ параличей областью мышцъ, подлежащихъ волѣ (Charcot) и 3) та или иная особенность въ самомъ характерѣ этихъ параличей, которая указываетъ на истерическое ихъ происхожденіе, напр., невозможность произвольнаго поднятія вѣка при сохраненiи возможности совершать тоже движеніе произвольно (Demichevi и Sosa)<sup>1)</sup>.

Мы лично не можемъ признавать эти симптомы за точки опоры: 1) потому, что истерическіе стигматы даютъ только общее указаніе на присутствіе истерiи, но еще не обусловливаютъ собою истерическаго характера паралича и, во всякомъ случаѣ, не исключаютъ возможности совмѣстнаго существованiя и истерiи и рецидивирующаго глаздвигательнаго паралича; 2) потому, что за послѣднее время для истерiи доказана возможность пораженiя не только волевыхъ мышцъ, но также и мышцъ, не подлежащихъ волѣ; что же касается *ragal. n. oculom. gesid.*, то здѣсь, наоборотъ, довольно часто можно встрѣчать случаи пораженiя исключительно мышцъ первой категорiи (Bernhardt и др.); наконецъ 3) потому, что отмѣченная выше особенность истерическихъ параличей можетъ обусловливаться не только истеріей, но и органическими пораженiями головного мозга, какъ это до-

---

<sup>1)</sup> Demichevi op. cit.



казываетъ случай проф. Бехтерева<sup>1)</sup>, по клинической картинѣ своей совершенно тождественный совместному наблюдению д-ра Demichei и проф. Sosa.

Къ только что разобраннымъ признакамъ обыкновенно присоединяютъ еще и два слѣдующихъ: 1) обычно двустороннюю локализацию истерическаго паралича и 2) сокращеніе у истеричныхъ не *m. corrugatoris supercilii*, а *m. frontalis*, при попыткахъ поднимать опустившееся вѣко.

Эти два признака имѣютъ не болѣе значенія, чѣмъ и три предыдущихъ: 1) потому, что истерическій параличъ можетъ быть одностороннимъ, а рецидивирующей глазо-двигательный двустороннимъ, а 2) и потому, что сокращеніе *m. frontalis* при *paral. n. ocul. recid.* столь-же заурядное явленіе, какъ и при истеріи.

Мы лично признаемъ для истерическаго паралича характерной его зависимость отъ общаго состоянія истеріи: его возникновеніе и усиленіе при развитіи этой болѣзни, его ослабленіе и исчезаніе при обратныхъ условіяхъ. Важнымъ подспорьемъ при дифференціальной діагностикѣ мы считаемъ также результаты терапевтическаго вмѣшательства: тогда какъ при истеріи гипнозъ и внушеніе оказываютъ благопріятное вліяніе на теченіе параличей, при *paral. n. ocul. recidiva* они не сопровождаются никакимъ эффектомъ.

f) Изъ инфекціонныхъ болѣзней заслуживаетъ дифференціальной діагностики Gerlier'овская или Kubisagari (*Vertige paralyssant ptosique*<sup>2)</sup>). Здѣсь точками опоры могутъ служить слѣдующіе признаки: 1) постоянное пониженіе при этой болѣзни остроты зрѣнія; 2) пораженіе при ней исключительно мышцъ подлежащихъ вѣлѣ; 3) частое существованіе здѣсь заикающей рѣчи и дисфагii; 4) постоянно, наклонное при ней положеніе головы; 5) невозможность раскрыть ротъ;

<sup>1)</sup> Базиллярный менингитъ, обусловленный гнойнымъ отитомъ (послѣ скарлатины).

<sup>2)</sup> Wilbrand und Saenger «Die Neurologie des Auges» 1899. Bd. I.

б) рѣзкій характеръ пораженія мышцъ верхнихъ конечностей и затылочныхъ; 7) впечатлѣніе пьяныхъ, производимое этими больными, наконецъ 8) эндемическій характеръ болѣзни, наблюдавшейся до сихъ поръ только въ двухъ мѣстахъ: въ сѣверныхъ провинціяхъ Японіи и на границѣ Франціи съ Швейцаріей.

До сихъ поръ мы дифференцировали *paral. n. oculom. recidiva* съ такими болѣзненными формами, которыя текутъ приступами; обращаясь къ разсмотрѣнію страданій съ однократнымъ характеромъ паралича глазодвигательнаго нерва, упомянемъ о дифтеріи, кори, рожѣ, крупозномъ воспаленіи легкихъ, брюшномъ тифѣ, гриппѣ и ботулизмѣ. Съ этими страданіями дифференціальная діагностика проводится въ тѣхъ случаяхъ, когда *paral. n. oculom. recidiva* появляется впервые.

Она представляетъ значительныя затрудненія: во-первыхъ, потому, что здѣсь мы не можемъ пользоваться наиболѣе характернымъ признакомъ *paralyseos n. oculom. recidivae*—ея повторяемостью;—во-вторыхъ, потому, что надежность такихъ точекъ опоры, какъ: юный возрастъ паціентовъ, односторонняя локалізація паралича, большее или меньшее количество пораженныхъ вѣтвей *oculomotorii etc.*, является уже опровергнутой опытомъ;—въ третьихъ, наконецъ, и потому, что, встрѣчаясь съ рожистымъ, пнеймоциллиарнымъ и т. п. параличами глазодвигательнаго нерва, мы не знаемъ навѣрное останутся-ли они однократными, или-же будутъ рецидивировать подобно тому, какъ рецидивируютъ, напр., параличи туберкулезные, скарлатинозные и ревматическіе. Последнее обстоятельство является въ высокой степени вѣроятнымъ; принимая, однако-же, во вниманіе, что строго оно еще не доказано, постараемся провести дифференціальную діагностику и съ перечисленными выше заболѣваніями. Появленіе паралича въ періодъ остраго теченія болѣзни, или вскорѣ послѣ ея окончанія, наконецъ, существованіе помимо него еще и прочихъ признаковъ страданія, отличаютъ ро-

жистые, коревые, пневмобациллярные и т. п. параличи глазодвигательнаго нерва отъ тѣхъ, которые нами были разсмотрѣны выше. Натянутость такого рода дифференціальной діагностики, ея искусственность, бросается въ глаза: въѣдъ, и при скарлатинѣ существуютъ помимо паралича характерные признаки, въѣдъ, и при ней также параличъ наступаетъ въ періодъ остраго теченія, однако-же наблюденіями Wadsworth'a и проф. Бехтерева возможность существованія рецидивирующихъ скарлатинозныхъ параличей поставлена теперь въ всякаго сомнѣнія.

Исключивъ разнообразныя патологическіе процессы съ параличами глазодвигательнаго нерва, мы получили право ставить діагнозъ *paralyseos n. oculomotorii recidivae*. Принимая во вниманіе гостепріимный характеръ этого термина, съ одинаковымъ удобствомъ обозначающаго собою какъ воспаленіе, такъ и новообразованіе, какъ инфекціонный процессъ, такъ, равнымъ образомъ, и процессъ пролифераціонный, какъ пораженіе орбитальной надкостницы, или черепныхъ пазухъ, такъ, наконецъ, и пораженіе основанія мозга, или ядеръ III-й пары, мы, пользуясь этимъ терминомъ, въ сущности говоря, только сознаемся въ своемъ безсиліи точно обозначить патологическій процессъ.

Надѣмся, ясной становится теперь и та неудовлетворенность, о которой мы упомянули выше. Исключивъ *lues cerebri, tabes dorsalis, sclerosis disseminata etc. etc.*, мы еще не опредѣляемъ болѣзни, а развѣ только приближаемся къ ея опредѣленію; дифференціальная діагностика далеко еще не закончена, она еще должна проводиться между базиллярнымъ менингитомъ и *tumor cerebri*, между пораженіемъ нервныхъ волоконъ и пораженіемъ нервныхъ клѣтокъ, между страданіями глазницы и черепныхъ пазухъ, основанія мозга и ядеръ III-й пары.

Діагностика эта обставлена не меньшими затрудненіями, чѣмъ и та, которую мы только что закончили.

Далеко не всегда, напр., можно пользоваться результатами офтальмоскопическаго изслѣдованія—мы видѣли, что въ большинствѣ случаевъ оно является отрицательнымъ;—далеко не всегда также выступаетъ на видъ ирритативный характеръ болѣзни, который бы могъ указать на имѣющийся въ основаніи ея воспалительный субстратъ; не всегда можетъ быть прослѣжена связь между рецидивами глазодвигательнаго паралича и бывшими до нихъ инфекціонными заболѣваніями; не всегда констатируется также вечерній, или ночной типъ ожесточенія головной боли—эти два признака тоже могли бы указать на воспалительный характеръ процесса;—съ другой стороны рѣдко встрѣчаются и случаи врожденнаго заболѣванія рецидив. глазодв. параличемъ, въ основѣ которыхъ лежитъ новообразовательный субстратъ, словомъ во всемъ, что касается качества субстрата, дифференціальная діагностика можетъ часто представлять неодолимые затрудненія, а о томъ, насколько она трудна въ тоническомъ отношеніи, мы уже имѣли случай говорить при разборѣ страданій съ двустороннимъ характеромъ паралича.

§ 6. *Протозъ* болѣзни является различнымъ въ зависимости отъ того, касается-ли онъ жизни больного, или же его выздоровленія.

Въ послѣднемъ случаѣ онъ безусловно плохъ;—„случаи исцѣленія до сихъ поръ еще не извѣстны въ литературѣ“ училъ Charcot еще 11 лѣтъ назадъ. Въ данную минуту первую половину этой формулы слѣдовало-бы передѣлать слѣдующимъ образомъ: „случаи не только исцѣленія, но даже и улучшенія“, такъ какъ выше намъ пришлось убѣдиться не просто въ стаціонарномъ характерѣ болѣзни, но еще и въ прогрессирующемъ ея ходѣ. Правда, д-ръ Клячкинъ видѣлъ благоприятный результатъ отъ перемѣны больного мѣста жительства, а также и отъ приемовъ внутрь препаратовъ хины, но то обстоятельство, что онъ довольно скоро потерялъ свою пациентку изъ виду, не даетъ намъ возможности рѣшить вопросъ: наблюдалъ ли авторъ, дѣйствительно, улуч-

шеніе въ ходѣ болѣзни, или же это была обычная ремиссія, которая только совпала съ временемъ примѣненія терапевтическихъ мѣръ.

Нѣсколько благоприятнѣе prognosis quo ad vitam. Въ большинствѣ случаевъ больные умираютъ не отъ разсмотрѣнныхъ нами процессовъ, а отъ какого-нибудь другого пораженія нервной системы, или, наконецъ, отъ страданія внутреннихъ органовъ. При всемъ томъ не слѣдуетъ забывать, что, иной разъ, смерть можетъ обуславливаться и данными процессами и случаи Dubouys и Gubler'a служатъ лучшимъ тому подтвержденіемъ.

§ 7. Изъ всего, сказаннаго нами выше, вытекаетъ, что *терапия* paralyseos n. oculomotorii recidivae можетъ носить исключительно симптоматическій, палліативный характеръ. Въ разное время здѣсь примѣнялись слѣдующія средства: ртуть, іодистый калий, бромъ, антипиринъ, хининъ, гальванизация и соленые теплые носовые души.

Ртутно-іодистая терапия была впервые рекомендована проф. Charcot. По словамъ этого автора, даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ указанія на сифилисъ, но зато имѣются признаки ирритации, или хронической эксудации, комбинированное употребленіе іодистаго калия и ртутныхъ втираній можетъ оказать большую пользу.

Вторичное указаніе на ртуть мы встрѣчаемъ въ статьѣ проф. Бехтерева, который совѣтуетъ ее въ случаяхъ хроническаго воспалительнаго процесса, а вторичное указаніе на іодистый калий—въ статьѣ проф. Schmidt-Rimpler'a, видѣвшего пользу отъ употребленія этого препарата въ одномъ изъ двухъ своихъ наблюденій.

Подобно ртутно-іодистому и бромистое лѣченіе ведетъ свое начало отъ Charcot. Послѣдній, основываясь на благотворномъ вліяніи брома на глазную мигрень, совѣтуетъ употреблять его и здѣсь. Бромъ не только отдаляетъ мигренній приступъ и уменьшаетъ его интензивность, но ослабляетъ и сопровождающія его явленія: aphasiam, hemioriam etc. Воз-

возможность существованія здѣсь органическаго субстрата, по мнѣнью Charcot, не должно служить противупоказаніемъ къ назначенію брома, такъ какъ извѣстны случаи благопріятнаго вліянія его на эпилептиформные приступы, зависѣвшіе отъ органическихъ очаговыхъ измѣненій. Бромъ слѣдуетъ примѣнять въ достаточно высокихъ дозахъ (не менѣе 4,0—5,0) втеченіе около 8—10 мѣсяцевъ.

Примѣненіе антипирина основано на вліяніи его на силу и продолжительность головной боли; благопріятный результатъ былъ полученъ Karplus'омъ.

Гальваническій токъ въ случаяхъ Manz'a и Schmidt-Rimpler'a укорачивалъ продолжительность паралическаго періода приступа.

Относительно дѣйствія хинина въ литературѣ существуютъ противурѣчивыя указанія: тогда какъ д-ръ Клякинъ видѣлъ отъ него положительный результатъ, Coutouzis не могъ его констатировать.

Наконецъ соленые теплые носовые души примѣнялись Ahlström'омъ, который добивался этимъ путемъ выдѣленія изъ носу слизистыхъ массъ, послѣ чего параличъ и боли обыкновенно быстро исчезали.

Обзоръ терапіи приводитъ невольно къ заключенію о жалкомъ состояніи современной нашей помощи больнымъ раг. п. oculom. recidiva;—она вполне гармонируетъ и съ зачаточнымъ состояніемъ нашихъ патолого-анатомическихъ и этиологическихъ познаній. Будемъ надѣяться, что, развивши послѣднія, мы окажемся впоследствии значительно сильнѣе и въ дѣлѣ лѣченія.

## Мышьяковый параличъ.

Проф. Н. М. Попова.

(Изъ лекцій, читанныхъ студентамъ Казанскаго Университета).

*М.м. Гз.!*

Проходя въ послѣднее время по первому отдѣленію, Вы, вѣроятно, обратили вниманіе на двухъ больныхъ—мужчину и женщину, которые уже по внѣшнему виду представляютъ поразительно сходную клиническую картину. Именно съ этими больными я и хотѣлъ бы познакомить Васъ сегодня подробно.

Начну съ больного.

Это, какъ Вы видите, молодой человѣкъ лѣтъ 27—28, плечистый, крѣпко сложенный субъектъ. Одного бѣглаго взгляда на него достаточно, чтобы уловить рѣзкій контрастъ конечностей по сравненію съ туловищемъ: послѣднее отличается прекрасно развитой мускулатурой, между тѣмъ какъ руки и ноги настолько худы, что кажутся какъ бы принадлежащими другому человѣку. Всмотриваясь пристальнѣе въ конечности и сравнивая ихъ между собою, мы также можемъ подмѣтить, что похуданіе захватываетъ мышцы строго симметричнымъ образомъ и что на периферіи конечностей оно достигаетъ болѣе рѣзкой степени, чѣмъ въ верхнихъ отдѣлахъ. Такъ, thenar и hypothenar рѣзко уплощены, межкостные промежутки на тылѣ кистей выступаютъ отчетливо; на предплечьяхъ мускулатура представляется уже менѣе по-



страдавшей, особенно на внутренней сторонѣ. Мышцы плечъ, преимущественно же *bicipites*, сохранены сравнительно хорошо. Тоже самое, *mutatis mutandis*, должно сказать и относительно нижнихъ конечностей. Если мы предложимъ, далѣе, нашему больному выполнить нѣсколько произвольныхъ движеній, то безъ труда убѣдимся, что въ области атрофированныхъ мышцъ они весьма ограничены. Нашъ паціентъ не въ состояніи пригнуть пальцы рукъ къ ладони; онъ не можетъ также привести ихъ въ положеніе крайняго разгибанія; приведеніе и отведеніе пальцевъ производится далеко не въ достаточной степени. Движенія въ кистевыхъ сочлененіяхъ отличаются бѣльшей обширностью, хотя разгибаніе и здѣсь не достигаетъ нормальнаго предѣла. Въ локтевыхъ сочлененіяхъ всѣ движенія возможны; однако больной не въ состояніи развить при нихъ той силы, какую мы вправѣ были бы ожидать, принимая во вниманіе его сложеніе и ремесло (плотникъ). На ногахъ произвольныя движенія пальцами отсутствуютъ почти совершенно; нѣсколько болѣе они замѣтны въ сочлененіяхъ стопъ, которыя постоянно находятся въ выпрямленномъ положеніи съ опущеннымъ наружнымъ краемъ. Несравненно обширнѣе движенія въ колѣнѣ, но мнѣ достаточно незначительнаго противодѣйствія, чтобы ихъ побороть. Въ тазобедренныхъ сочлененіяхъ всѣ движенія отличаются надлежащею полнотой и силой. Итакъ, мы должны отмѣтить у нашего больного, одновременно съ мышечной атрофіей, идущія съ нею рука объ руку явленія пареза.

Постараемся выяснитъ теперь характеръ основнаго симптома—мышечной атрофіи.

Всѣ пораженныя мышцы на ощупь дряблы, вялы. При повторныхъ пассивныхъ движеніяхъ я не ощущаю ни малѣйшаго сопротивленія. Механическая возбудимость атрофированныхъ мышцъ повышена. Мышцы голеней и предплечій не реагируютъ на самый сильный прерывистый токъ; въ области плечъ и бедеръ реакція замѣтно понижена. На гальванической токъ мы повсюду получаемъ ясныя сокращенія,

которыя отличаются медленнымъ червеобразнымъ характеромъ. Сокращенія при замыканіи анода равны или даже превышаютъ таковыя же при замыканіи катода. Всѣ эти данныя заставляютъ принять, что мы имѣемъ дѣло съ атрофическимъ дегенеративнымъ процессомъ.

Бъ сказанному необходимо добавить, что при ощупываніи мышцъ голеней и предплечій больной испытываетъ весьма рѣзкое чувство боли, которое заставляеть его невольно морщиться или даже вскрикивать. Рѣзкая болѣзненность замѣчается также при давленіи на стволы лучевого, локтевого, срединнаго, подколеннаго и малоберцоваго нервовъ. Наконецъ, сухожильные рефлексы, какъ Вы видите, на ногахъ и рукахъ или совершенно отсутствуютъ, напр. коленный и двуглавой мышцы, или же едва замѣтны, напр. трехглавой мышцы руки.

Но у нашего больного пострадала не только мускулатура; рѣзкія измѣненія наблюдаются на конечностяхъ и въ сферѣ кожной чувствительности, всѣ виды которой понижены, особенно на периферіи; по мѣрѣ приближенія къ туловищу эти расстройства постепенно исчезаютъ.

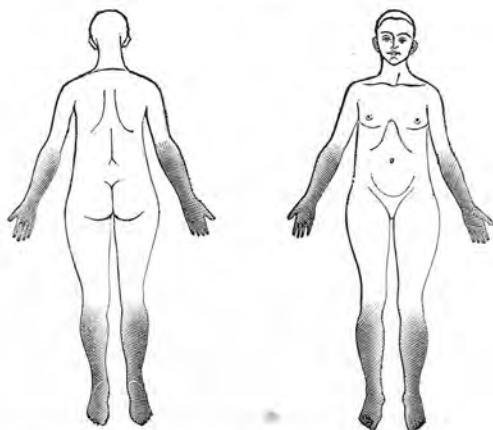
Сверхъ того, какъ это видно изъ прилагаемыхъ схемъ, (фиг. I) чувствительность болѣе нарушена въ области наружной стороны ступней и голеней и въ области локтевой стороны кистей и предплечій. Въ общемъ однако измѣненія кожной чувствительности совпадаютъ съ территоріей, захваченной атрофическимъ процессомъ, и по своей интенсивности довольно точно соотвѣтствуютъ послѣднему. Считаю нужнымъ также добавить, что мышечное чувство повсюду сохранено и что тазовые резервуары работаютъ безукоризненно.

Такова въ общихъ чертахъ клиническая картина, которую мы имѣемъ передъ собой.

Обратимся теперь къ моментамъ, обусловившимъ ея развѣтвіе. Больной сообщаетъ, что мѣсяцевъ 10 тому назадъ онъ заразился перелоемъ, отъ котораго не смотря на лѣченіе могъ избавиться только черезъ три мѣсяца. Въ маѣ

текущаго года исчезли всѣ объективные симптомы страданія, но нашъ пациентъ продолжалъ ощущать небольшое жженіе въ мочевомъ каналѣ и, будучи, повидимому, человѣкомъ очень мнительнымъ, сильно беспокоился о своемъ здоровьи, искалъ какого-нибудь радикальнаго средства, которое помогло бы ему окончательно излѣчиться. Одинъ изъ знакомыхъ посоветовалъ принимать мышьякъ и больной началъ сейчасъ же примѣнять этотъ совѣтъ. Какимъ именно соединеніемъ мышьяка пользовался онъ и въ какихъ дозахъ, больной сообщить не можетъ, но хорошо помнить, что послѣ первыхъ же приѣмовъ появились боли въ животѣ, рвота и

Фиг. I.



Область пониженія кожной чувствительности.

повосѣ. Несмотря на это онъ настойчиво продолжалъ свое лѣченіе, пока, черезъ 5 или 6 дней, настолько не ослабѣлъ, что уже не могъ покинуть постели. Приблизительно въ то же время имъ было замѣчено покалываніе и бѣганіе мурашекъ въ конечностяхъ и болѣзненность мускулатуры при надавливаніи. Довольно быстро боли усилились, сдѣлавъ совершенно невозможными произвольныя движенія, и не прекра-

щались, особенно по ночамъ, даже тогда, когда больной лежалъ спокойно. Только мѣсяца черезъ полтора эти явленія нѣсколько затихли. Тогда больной сдѣлалъ было попытку ходить, но сейчасъ же отъ нея отказался,—онъ убѣдился, что ему не хватаетъ силъ, и одно время принужденъ былъ даже ползать на четверенькахъ. Мало-по-малу однако силы стали возвращаться, такъ что, когда больной поступилъ въ наше отдѣленіе, онъ уже былъ въ состояніи сдѣлать самостоятельно нѣсколько шаговъ. Но здѣсь вскорѣ ему стало снова хуже: усилились боли, увеличились явленія паралича и бѣдвякъ долженъ былъ снова лѣчь въ постель. Лишь на этихъ дняхъ въ его состояніи произошло нѣкоторое улучшеніе: онъ болѣе спокойно проводитъ ночи; стоять, правда, онъ еще не можетъ, но ему уже удается сдѣлать 2—3 шага съ выпрямленными, какъ палки, ногами, не отрывая ступни отъ пола, слегка изогнувши впередъ туловище.

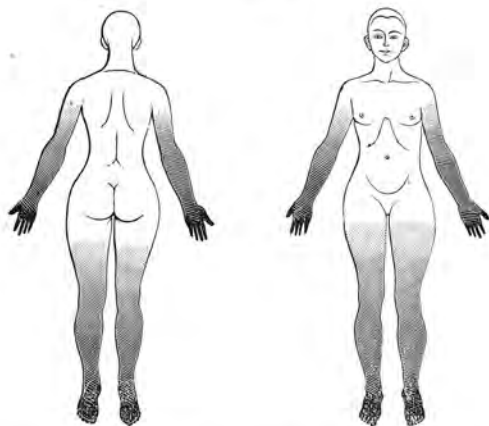
Если мы сопоставимъ данныя анамнеза съ развитіемъ болѣзни и ея картиной, то намъ будетъ ясно, что передъ нами случай мышьяковаго паралича.

Ограничимся пока этимъ общимъ діагнозомъ и обратимся къ больной.

Это—также молодая особа, 24—25 лѣтъ. Подобно предшествовавшему больному и у ней мускулатура всѣхъ четырехъ конечностей поражена атрофическимъ процессомъ, территория котораго здѣсь однако отличается большей обширностью: мышцы плеча и бедра обнаруживаютъ ясныя признаки похуданія. Какъ и у перваго больного, атрофія рѣзче всего выражена на периферіи конечностей и по направленію къ туловищу постепенно ослабѣваетъ. Уменьшеніе мышечной силы идетъ вполне параллельно съ интенсивностью атрофіи. Больная не можетъ разогнуть пальцы своихъ рукъ или пригнуть ихъ къ ладони; отведеніе и приведеніе пальцевъ точно также очень ограничено. Движенія кистью нѣсколько свободнѣе, особенно же сгибанія; совершенно разогнуть кисть больная не въ состояніи. Движенія въ локтѣ и въ плечѣ всѣ возможны, но совершаются съ видимымъ затрудненіемъ. Движенія въ ножныхъ

пальцахъ едва замѣтны, а въ большомъ на обѣихъ сторонахъ совсѣмъ отсутствуютъ. Больная только съ трудомъ можемъ согнуть стопу, которая обычно находится въ состояніи разгибанія, съ опущеннымъ наружнымъ краемъ. Движенія въ колѣнномъ и тазобедренномъ сочлененіяхъ, особенно въ послѣднихъ, выполняются легче, но развитъ сколько-нибудь значительную силу больная и здѣсь не можетъ. Атрофія поразила правыя и лѣвыя конечности вполне симметрично. Пострадавшія мышцы на ощупь дряблы; возбудимость ихъ на оба тока, особенно же на фарадическій, рѣз-

Фиг. II.



Область анестезіи къ чувству прикосновенія и тепла.

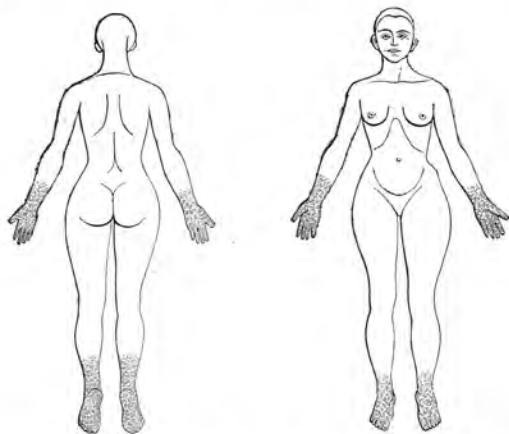
ко понижена; сокращенія отличаются вялостью; КЗС меньше АпЗС. При изслѣдованіи легко убѣдиться, что всѣ мышцы конечностей на ощупь весьма болѣзненны; болѣзненными представляются также и нервные стволы. Сухожильные рефлексъ въ области, занятой атрофическимъ процессомъ, отсутствуютъ.

Вы видите, такимъ образомъ, что клиническая картина у нашей больной до сихъ поръ совершенно аналогична съ той,

какую мы встрѣтили въ первомъ случаѣ; она отличается развѣ большей рѣзкостью всѣхъ составляющихъ ее симптомовъ. Нѣсколько иной результатъ мы получаемъ при изслѣдованіи кожной чувствительности на конечностяхъ. Тактильное чувство и чувство тепла представляются ослабленными, причемъ это ослабленіе наиболѣе выражено на периферіи рукъ и ногъ, а по направленію къ туловищу постепенно ослабѣваетъ (фиг. II).

Совершенно обратное мы должны сказать относительно чувства боли и холода. Здѣсь мы не только не замѣчаемъ ослабленія чувствительности, но, наоборотъ, въ области кистей и стопъ существуетъ даже ясная гиперѣстезія (фиг. III).

Фиг. III.



Область гиперѣстезіи къ чувству холода и боли.

Ко всему сказанному необходимо добавить, что акты выведенія мочи и кала не разстроены. Пульсъ легко сжимаемый, учащенный, до 120 въ минуту. Больная вообще слаба. Сознаніе ея не исполнѣ ясно. Хотя она въ состояніи дать довольно точные отвѣты о своемъ здоровьи, но, предоставленная

самой себѣ, легко начинаетъ бредить. Она слышитъ голосъ пьянаго отца, его ругань; окружающіе надъ ней смѣются; врачъ имѣетъ пополозновеніе на ея женскую честь; иногда въ ваннѣ и въ пищѣ она видитъ мелкихъ животныхъ и червей.

Анамнестическія свѣдѣнія въ этомъ случаѣ отличаются несравненно большей полнотой, чѣмъ въ предшествовавшемъ, и я позволю себѣ привести ихъ подробнѣе, тѣмъ болѣе, что они доставлены врачомъ—невропатологомъ, пользовавшимся нашу пациентку еще на дому до поступленія въ больницу.

Больная происходитъ изъ невропатической семьи и обладаетъ весьма рѣзко выраженнымъ истерическимъ характеромъ. Вначалѣ августа, т. е. около 2 мѣсяцевъ тому назадъ, она послѣ какихъ-то семейныхъ непріятностей приняла большую дозу мышьяку съ цѣлю лишить себя жизни. Почти непосредственно за отравленіемъ появились рвота, поносъ, боли въ животѣ и обнаружился рѣзкій упадокъ физическихъ силъ. Такъ продолжалось дня 3—4. Постепенно силы стали восстанавливаться, больная могла оставить постель и уже начала было заниматься своими обычными дѣлами, какъ замѣтила, приблизительно недѣли черезъ 2 послѣ отравленія, слабость въ нижнихъ конечностяхъ. Эта слабость вначалѣ захватила только пальцы и стопу, такъ что стало трудно ходить: ноги въ голеностопныхъ сочлененіяхъ подкашивались, а конецъ стопы отвисалъ книзу, въ силу чего пальцы задѣвали о полъ. Ясныхъ разстройствъ движенія въ колѣнныхъ и тазобедренныхъ сочлененіяхъ тогда не замѣчалось, и если больная фиксировала голеностопныя сочлененія, надѣвая валенки, она могла двигаться довольно свободно. Черезъ нѣкоторое время слабость обнаружилась и въ верхнихъ конечностяхъ, гдѣ локализовалась также только на самой периферіи; однако наша пациентка могла сжимать динамометръ съ нѣкоторой силой (18 кіло-правой, 10-лѣвой). Рѣзкихъ болевыхъ ощущеній не было; не замѣчалось также болѣзненности въ мышцахъ и нервныхъ стволахъ при давленіи. Тактильная чувствительность оказалась рѣзко ослабленной на



пальцахъ и кистяхъ въ области верхнихъ конечностей и совершенно уничтоженной на тылѣ стопы; на подошвахъ и голеньяхъ она также была очевидно притуплена. Чувство боли и температуры на ладоняхъ и подошвахъ на тылѣ кисти и стопы съ самаго начала было не только сохранено, но даже усилено. Спустя еще нѣкоторое время наша пациентка стала жаловаться на произвольныя боли, появившіяся въ рукахъ и особенно ожесточившіяся по ночамъ. Явленія мышечной слабости оставались на одной высотѣ, даже начали было нѣсколько выравниваться, но около половины сентября стали быстро прогрессировать и черезъ нѣсколько дней обусловили полную невозможность ходить. Во время пребыванія больной въ нашемъ отдѣленіи нѣсколько разъ наблюдались довольно замѣтныя колебанія въ интенсивности болѣзненныхъ симптомовъ: то паретическія явленія ослабѣвали и вмѣстѣ съ тѣмъ уменьшались боли, то снова и довольно быстро наступало общее ухудшеніе <sup>1)</sup>).

Если мы оставимъ въ сторонѣ нарушенія психической сферы, то у нашей больной съ небольшими измѣненіями получимъ совершенно ту же картину, съ какой встрѣтились и въ первомъ случаѣ. Но теперь уже не будемъ довольствоваться слишкомъ общимъ діагнозомъ „мышьяковый параличъ“, а постараемся выяснитъ себѣ глубже его природу. Съ перваго взгляда очевидно, что относительно характера страданія мы можемъ высказать предположеніе двоякаго рода. Мы мо-

<sup>1)</sup> Послѣ демонстраціи больная оставалась въ отдѣленіи еще около мѣсяца. За это время въ ея состояніи произошло значительное улучшеніе: самопроизвольныя боли въ конечностяхъ совершенно прекратились, расстройства кожной чувствительности исчезли, движенія стали обширнѣе; но сухожильныхъ рефлексовъ попрежнему не удавалось вызвать; сдавливаніе пораженныхъ мышцъ и нервныхъ стволовъ попрежнему было болѣзненно. Что касается мышечныхъ атрофій, то онѣ не только не уменьшились, но даже выступили отчетливѣе, особенно въ области плечъ и бедеръ.

жемъ, во первыхъ, допустить, что мышьякъ вызвалъ въ спинномъ мозгу диффузный патологическій процессъ, захватившій какъ сѣрое, такъ и бѣлое вещество на обширномъ протяженіи. Дѣйствительно, при пораженіи переднихъ роговъ бѣлаго вещества мы будемъ имѣть мышечныя атрофіи дегенеративнаго характера, соединенныя съ парезомъ и уничтоженіемъ сухожильныхъ рефлексовъ; при распространеніи же процесса на чувствительные проводники необходимо должны возникнуть различныя расстройства функціи послѣднихъ. Однако, если мы ближе всмотримся въ особенности клинической картины нашихъ обоихъ случаевъ, то легко убѣдимся, что настаивать на діагнозѣ спинно-мозгового заболѣванія здѣсь очень трудно. Противъ такого діагноза говоритъ прежде всего строгая симметричность болѣзненныхъ явленій, рѣдко встрѣчаемая при страданіяхъ спинного мозга. Далѣе, трудно допустить, чтобы процессъ, локализовавшійся въ верхней и нижней части этого органа, оставилъ совершенно пощаженнымъ средній его участокъ, а между тѣмъ у нашихъ больныхъ мы могли констатировать симптомы страданія только въ области конечностей. Сверхъ того, принимая во вниманіе диффузность процесса, трудно понять, почему онъ, захвативъ поясничный отдѣлъ мозга, ни мало не нарушилъ функціи тазовыхъ резервуаровъ. Наконецъ, и это самое главное, болѣзненность мышцъ и нервныхъ стволовъ, не наблюдаемая при спинно-мозговыхъ заболѣваніяхъ, категорически говорятъ, что мы имѣемъ дѣло съ множественнымъ поражениемъ периферическихъ нервовъ, съ множественнымъ невритомъ.

Этотъ выводъ всецѣло согласуется съ мнѣніемъ, которое мы обыкновенно встрѣчаемъ въ современныхъ руководствахъ и учебникахъ.

Укажу для примѣра на руководства *Gowers'a* и *Oppenheim'a*, пользующіяся столь заслуженной репутаціей. Этотъ же взглядъ на природу страданія чаще всего проводится и въ новѣйшихъ изслѣдованіяхъ и трактатахъ, посвященныхъ мышьяковому параличу. Тѣмъ не менѣе существуютъ данныя,

которыя заставляютъ лично меня присоединиться къ нему лишь съ весьма существенными оговорками. Дѣло въ томъ, что клиническимъ наблюдениемъ въ значительной степени противорѣчатъ факты патологической анатоміи. Но для того, чтобы я могъ съ достаточной ясностью высказать свою мысль, я попрошу у Васъ позволенія остановиться на этихъ фактахъ нѣсколько долѣе.

Старые клиницисты, еще мало знакомые съ картиной множественнаго неврита, старались объяснить дѣйствіемъ яда на спинной мозгъ всѣ симптомы пораженія нервной системы при отравленіи мышьякомъ. Такое мнѣніе высказалъ, на примѣръ, проф. *Сколотубовъ*<sup>1)</sup>, собравшій въ своей монографіи весьма обширный клиническій матеріалъ. Но долгое время наука не обладала точными патолого-анатомическими изслѣдованіями въ этомъ направленіи. Если я не ошибаюсь, первый, кто произвелъ микроскопическое изслѣдованіе спинного мозга животныхъ, отравленныхъ мышьякомъ, былъ *Vulprian*. Названный авторъ констатировалъ рѣзкія измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ, однако не могъ съ положительностью высказаться, имѣлъ ли онъ дѣло съ патологическимъ процессомъ или же съ результатомъ дурного уплотненія препаратовъ, которые получилъ отъ *Сколотубова*. Двадцать лѣтъ тому назадъ проф. *Мержеевскій*, въ клиникѣ котораго я тогда работалъ, предложилъ мнѣ, какъ тему для докторской диссертации, изученіе патолого-анатомическихъ измѣненій, возникающихъ въ спинномъ мозгу подъ вліяніемъ различныхъ ядовъ и между прочимъ мышьяка. Результаты, къ которымъ я пришелъ, были вкратцѣ слѣдующіе: подъ вліяніемъ мышьяка въ веществѣ спинного мозга развивается рядъ безспорно патологическихъ явленій. Прежде всего процессъ начинается съ сосудовъ (переполненіе кровяными шариками, выпотъ лимфы, кровоизліянія) но уже весьма скоро въ немъ принимаютъ активное участіе нервныя клѣтки,—развертывается

---

<sup>1)</sup> Paralyse arsenicale. Archiv. de Physiologie. 1884, № 7.

картина myelitis centralis acutae; бѣлое вещество лишь нѣсколько позднѣе вовлекается въ процессъ, и тогда мы получаемъ myelitis acuta diffusa. Въ периферической нервной системѣ мнѣ не удалось открыть и слѣдовъ патологическихъ измѣненій<sup>1)</sup>.

Для правильной оцѣнки этихъ результатовъ я долженъ добавить, что изслѣдованіе мое носило чисто экспериментальный характеръ; для опытовъ я главнымъ образомъ пользовался собаками. Нельзя также упускать изъ виду, что методы гистологическаго изслѣдованія нервной системы, какъ центральной, такъ и периферической, далеко не стояли тогда на такой высотѣ, какъ нынѣ.

Вскорѣ послѣ опубликованія моя работа стала вызывать рядъ возраженій. Прежде всего противъ нея возстали *Richard Schultz*<sup>2)</sup> и его ученикъ *Kreissig*<sup>3)</sup>.

Эти авторы, анализируя описанныя мною гистологическія картины, старались докázatъ, что я имѣлъ дѣло не съ патологическимъ процессомъ, а съ измѣненіями, вызванными искусственно благодаря несовершенству методовъ изслѣдованія. Я не буду долго останавливаться на доводахъ *Schultz'a* и *Kreissig'a*; они въ свое время уже получили вполне достаточную оцѣнку въ спеціальной литературѣ (см. работы *Rosenbacha*<sup>4)</sup> и *Пекера*<sup>5)</sup>), и въ настоящее время могутъ смѣло считаться сданными въ архивъ.

Гораздо болѣе серьезнаго вниманія заслуживаютъ работы клиницистовъ, которые продолжали изучать картины мышьяковаго отравленія. Въ короткое время ученіе о пери-

<sup>1)</sup> *H. M. Поповъ*. Матеріалы къ ученію объ остромъ міэлитѣ токсическаго происхожденія. С.-Петербургъ. 1882.

<sup>2)</sup> Ueber artificielle, cadaveröse und pathologische Veränderungen des Rückenmarks. Neurologisches Centralblatt. 1883, № 23.

<sup>3)</sup> Ueber die Beschaffenheit des Rückenmarks bei Kaninchen und Hunden nach Phosphor- und Arsenikvergiftung nebst Untersuchungen über die normale Structur desselben. Virchow's. Archiv. 1885, Bd. 102, H. 2.

<sup>4)</sup> Врачъ. 1883, № 51.

<sup>5)</sup> Вѣстникъ психіатріи и т. д. 1886.

ферическомъ множественномъ невритѣ уже значительно подвижилось впередъ и заболѣванія спинного мозга могли быть отъ него отграничиваемы съ достаточной точностью. Однимъ изъ первыхъ изслѣдованій здѣсь явилась работа *Lancereaux*<sup>1)</sup>. Этотъ авторъ, опираясь на детальномъ анализѣ клиническихъ симптомовъ, пришелъ къ заключенію, что мышьяковый параличъ, подобно алкогольному, долженъ быть рѣшительно отнесенъ къ группѣ периферическихъ заболѣваній нервной системы.

Въ виду такого положенія вопроса я рѣшилъ проверить выводы своей диссертациі и произвелъ гистологическое изслѣдованіе спинного мозга человѣка, погибшаго отъ остраго отравленія мышьякомъ. Измѣненія, встрѣченныя мною въ этомъ органѣ, вполне совпадали съ тѣми, какія я видѣлъ въ острыхъ случаяхъ отравленія у животныхъ. Тутъ однако я долженъ замѣтить, что при жизни въ моемъ случаѣ не наблюдалось симптомовъ паралича и что я не изслѣдовалъ периферической нервной системы, такъ какъ ея не было въ моемъ распоряженіи<sup>2)</sup>. Это было первое патолого-анатомическое изслѣдованіе спинного мозга человѣка, отравленнаго мышьякомъ. Вскорѣ *Эрлихъ* и *Рибакинъ*<sup>3)</sup> опубликовали свою работу о мышьяковомъ параличѣ. Они уже могли произвести изслѣдованіе не только центральной, но и периферической нервной системы человѣка и констатировали рѣзкія измѣненія, какъ въ спинномъ мозгу, такъ и въ нервныхъ стволахъ. Къ подобнымъ же результатамъ пришелъ позднѣе *Henschen*<sup>4)</sup> и нѣкоторые другіе.

<sup>1)</sup> Paralyties toxiques. Gazette de hôpitaux. 1883. № 46.

<sup>2)</sup> Н. М. Поповъ. Объ измѣненіяхъ въ спинномъ мозгу человѣка при остромъ отравленіи мышьякомъ. Медици. Обозрѣніе. 1887.

<sup>3)</sup> Ueber Arseniklähmung. Archiv. f. Psych. und Nervenkr. Bd. XXIII.

<sup>4)</sup> On arsenical paralysis. 1893. *Henschen* упоминаетъ, что первое изслѣдованіе нервной системы у человѣка, погибшаго отъ мышьяка, было произведено студентомъ *Hildebrand* омъ въ 1883 г., но опубликовано оно было лишь въ 1891 г.

И не имѣю въ виду знакомить Васъ подробно со всей литературой вопроса. Однако считаю нелишнимъ остановиться на весьма интересной работѣ доктора *Цоттава*, произведенной въ моей лабораторіи въ 1898 г. Признавая безспорнымъ фактъ, что подѣ влияніемъ мышьяка патологическій процессъ возникаетъ, какъ въ спинномъ мозгу, такъ и въ периферическихъ нервахъ, *Цоттавъ* задался цѣлью выяснить, какой изъ названныхъ отдѣловъ нервной системы страдаетъ первымъ. Для этого онъ предпринялъ рядъ опытовъ надъ собаками, впрыскивая имъ подѣ кожу Фовлеровъ растворъ и вызывая смерть черезъ нѣсколько дней отъ начала отравленія. Почти во всѣхъ случаяхъ при жизни наблюдался ясный парезъ или даже параличъ конечностей. Уплотненный спинной мозгъ изслѣдовался по способамъ *Nissl*'а, *Gaude* и *Marchi*. Въ самыхъ острыхъ изъ своихъ случаевъ, гдѣ смерть послѣдовала на 3, 7 и 8 день, авторъ не могъ открыть и слѣда патологическаго процесса въ периферическихъ нервахъ; что же касается спинного мозга, то здѣсь измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ были выражены очень рѣзко. Въ однихъ можно было ясно констатировать явленія периферическаго хроматолиза. Другія клѣтки оказались лишенными отростковъ, а тѣла ихъ въ большей или меньшей степени изрытыми вакуолами весьма различной величины. Нерѣдкое явленіе представляли, наконецъ, клѣтки, состоявшія изъ сравнительно хорошо сохранныаго ядра, окруженнаго безпорядочными группами мелкозернистаго пигмента. Чѣмъ долѣе тянулся опытъ, тѣмъ большей рѣзкости и интензивности достигали всѣ эти измѣненія. Въ периферической нервной системѣ, которая обрабатывалась по способу *Marchi*, явленія дегенерации можно было констатировать лишь въ тѣхъ опытахъ, которые длились болѣе 12 дней.

Основываясь на полученныхъ результатахъ, *Цоттавъ* приходитъ къ заключенію, что мышьякъ прежде всего оказываетъ вліяніе на нервныя клѣтки и что патологическій процессъ въ периферическихъ нервахъ развивается лишь позд-

нѣе<sup>1)</sup>. Въ своемъ послѣднемъ опытѣ, который продолжался тридцать дней, *Цвѣтаевъ* однако встрѣтилъ въ нервныхъ клѣткахъ спинного мозга только очень незначительныя измѣненія, тогда какъ въ периферическихъ нервахъ явленія дегенераціи были выражены весьма отчетливо. Объясненіе этого факта авторъ видитъ въ томъ, что вначалѣ опыта вводилъсь большія дозы яда, позднѣе же онѣ были значительно уменьшены, такъ что животное начало оправляться и на тридцатый день было умерщвлено *per punctiorem cordis*. Иными словами, можно думать, что происшедшія было вначалѣ грубыя измѣненія нервныхъ клѣтокъ постепенно начали выравниваться, процессъ же въ периферическихъ нервахъ безостановочно шелъ впередъ. Такой выводъ, конечно, обладалъ бы существенной практической важностью, если бы основывался не на единичномъ опытѣ.

Кромѣ работы *Цвѣтаева* въ послѣдніе годы появилось еще нѣсколько изслѣдованій, посвященныхъ интересующему насъ вопросу, но авторы ихъ попрежнему приходятъ къ весьма различнымъ результатамъ. Такъ *Brouardel*<sup>2)</sup>, произведя опыты надъ кроликами и морскими свинками, гистологически изслѣдовалъ нервную систему животныхъ, которые погибали вскорѣ послѣ наступленія параличей, причемъ обнаружилъ полное отсутствіе какого-либо патологическаго процесса въ периферической нервной системѣ. *Nissl*<sup>3)</sup> нашель у кроликовъ, отравленныхъ мышьякомъ, рѣзкія измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ переднихъ роговъ спинного мозга. Авторъ указываетъ даже, что эти измѣненія ясно отличались отъ вызванныхъ другими ядами. *Lugaro*<sup>4)</sup> у собаки, убитой на 50 день послѣ отравленія мышьякомъ, констатировалъ въ нерв-

<sup>1)</sup> Патолого-анатомическія измѣненія въ нервной системѣ собакъ при отравленіи мышьякомъ. Неврол. Вѣстникъ. 1898 г.

<sup>2)</sup> Étude sur l'arsenicisme. Thèse de Paris. 1887.

<sup>3)</sup> Die Hypothese der spezifischen Nervenzellenfunction. Allg. Zeitschrift. f. Psych. Bd. 54.

<sup>4)</sup> Sul compartamento delle cellule nervose dei gangli spinali etc. Riv. di pat. nerv. e ment. 1897.



ныхъ клѣткахъ спинного мозга патологическія картины различного характера: глыбы хроматогенной субстанции представлялись неясными, иногда совсѣмъ распавшимися; окраска гематоксилиномъ въ наиболѣе пораженныхъ клѣткахъ не позволяла видѣть и слѣдовъ фибриллярной структуры. Измѣненія всегда были выражены рѣзче въ клѣточномъ тѣлѣ, чѣмъ въ дендритахъ. *Marinesco* <sup>1)</sup> послѣ отравленія мышьякомъ въ клѣткахъ переднихъ роговъ видѣлъ несомнѣнный диффузный хроматолизъ. *Facklam* <sup>2)</sup>, основываясь на клинической картинѣ мышьяковаго паралича, высказываетъ убѣжденіе, что это—чисто периферическое страданіе; если иногда и встрѣчается поврежденіе центральной нервной системы, то лишь въ видѣ исключенія.

Какъ Вы видите, приведенный мною очеркъ литературы вопроса ясно показываетъ, что до сихъ поръ въ возрѣніяхъ на характеръ мышьяковаго паралича существуетъ крупное разнорѣчіе между клиницистами и патолого-анатомами: въ то время какъ первые рѣшительно причисляютъ это страданіе къ группѣ периферическихъ, послѣдніе настойчиво повторяютъ, что мышьякъ вызываетъ рѣзкія измѣненія въ нервныхъ клѣточныхъ элементахъ спинного мозга. Естественно возникаетъ вопросъ, какимъ путемъ мы можемъ объяснить такое разногласіе, вслѣдствіе какого же именно поврежденія нервной системы развивается параличъ при отравленіи мышьякомъ?

Мнѣ кажется, что вполне удовлетворительный отвѣтъ на эти вопросы даетъ намъ господствующая нынѣ въ наукѣ теорія нейроновъ. Вы знаете, что съ точки зрѣнія названной теоріи нервная клѣтка съ принадлежащимъ къ ней нервнымъ волокномъ рассматривается, какъ нераздѣльно цѣльная анатомическая единица. вполне естественно поэтому допустить, что вредные моменты, дѣйствующіе на тотъ или иной ней-

---

<sup>1)</sup> Pathologie de la cellule nerveuse. Paris. 1897.

<sup>2)</sup> Ein Fall von acuter Arseniklähmung. Arch. f. Psych. Bd. 31. 1898.

ронъ, должны поражать всѣ его составныя части, хотя, быть можетъ, въ различной послѣдовательности и съ различной интенсивностью. Мышьякъ, повидимому, губительно вліяетъ на периферическій нейронъ, но клѣтка и волокно измѣняются не въ одинаковой степени. Основываясь на экспериментальныхъ данныхъ, можно думать, что у низшихъ животныхъ страдаетъ прежде всего нервная клѣтка, патологическій же процессъ въ нервныхъ волокнахъ возникаетъ только позднѣе. У людей, судя по клиническимъ наблюденіямъ, на первый планъ выступаетъ страданіе периферическихъ нервовъ, нервные же центры измѣняются сравнительно слабѣе. Впрочемъ и здѣсь по всей вѣроятности играютъ видную роль индивидуальность и быть можетъ еще иныя, не извѣстныя пока, условія. Чаще всего однако измѣненія въ спинномъ мозгу не достигаютъ сколько-нибудь значительной степени и съ теченіемъ времени могутъ изгладиться совершенно. Но въ другихъ случаяхъ этотъ органъ страдаетъ сильнѣе и вся клиническая картина получаетъ болѣе сложный характеръ, слагаясь изъ симптомовъ пораженія периферическихъ нервовъ и спинного мозга.

Мм. Гг! Я извиняюсь за слишкомъ длинное отступленіе отъ клиническаго разбора нашихъ больныхъ, но если я позволилъ себѣ это, то руководствовался чисто практическими соображеніями. Въ самомъ дѣлѣ, если мы должны вѣсколько разойтись съ общепринятымъ теперь взглядомъ на мышьяковый параличъ, то такая разница необходимо отразится и на истолкованіи отдѣльныхъ симптомовъ страданія и на предсказаніи его исходовъ.

Но возвратимся къ нашимъ больнымъ.

Когда я сообщалъ Вамъ исторію ихъ болѣзни, то уже подчеркивалъ одну особенность, присущую обоимъ случаямъ: постепенное улучшеніе неоднократно смѣнялось въ нихъ рѣзкими, внезапными ухудшеніями, отражавшимися на всей клинической картинѣ. Подобную особенность теченія я констатировалъ во многихъ случаяхъ мышьяковаго парали-

ча, и мнѣ неволь-но хочется ее связать съ тѣмъ фактомъ, что чаще всего люди отравляются дурно растворимыми соединениями яда. Можно, слѣдовательно, думать, что эти соединенія относительно долго остаются гдѣ-нибудь въ области пищеварительнаго тракта и, всасываясь при соответствующихъ условіяхъ, вызываютъ какъ-бы повторныя отравленія.

Сравнивая далѣе обоихъ нашихъ больныхъ, мы при всемъ представляемомъ ими поразительномъ сходствѣ можемъ открыть между ними и нѣкоторое различіе. Когда я изслѣдовалъ кожную чувствительность, Вамъ безъ сомнѣнія уже кинулось въ глаза, что въ первомъ случаѣ всѣ виды ея оказались ослабленными болѣе или менѣе равномерно, тогда какъ во второмъ—одни были почти совершенно уничтожены, а другіе, наоборотъ, рѣзко обострены. Подобная диссоціація представляетъ собою вообще не рѣдкое явленіе въ клинической картинѣ множественнаго неврита; въ нашемъ наблюдѣніи однако она имѣетъ тотъ интересъ, что касается температурнаго чувства, причемъ чувство тепла и холода на одной и той же территоріи измѣнены въ прямо противоположномъ направленіи.

Въ одной изъ своихъ предшествовавшихъ лекцій я уже съ достаточной подробностью останавливался на температурномъ чувствѣ<sup>1)</sup>, и не вижу необходимости возвращаться, снова къ этому вопросу. Напомню только, что мы пришли тамъ къ весьма определенному выводу, а именно: чувства тепла и холода должно разсматривать, какъ два совершенно самостоятельныхъ чувства, имѣющія особыя проводники и особыя центры. По отношенію къ периферическимъ нервамъ наше настоящее наблюдѣніе лишній разъ подтверждаетъ эту истину.

Но второй случай обладаетъ еще одной существенно важной клинической особенностью, на которой стоитъ оста-

<sup>1)</sup> Клиническія лекціи по нервнымъ болѣзнямъ. Вып. I, 1900 г. стр. 44 и слѣдующія.



новиться. Говоря о теченіи болѣзни, я уже упомянулъ, что всѣ симптомы страданія мало-по-малу стали ослабѣвать: сгладились совершенно разстройства чувствительности, движенія сдѣлались обширнѣе и сильнѣе, произвольныя боли утихли и лишь мышечныя атрофіи не только не обнаружили наклонности къ исчезновенію, но даже охватили большій районъ и достигли большей рѣзкости.

Сводя все дѣло на пораженіе периферической нервной системы, послѣдній фактъ было бы очень трудно объяснить. Въ самомъ дѣлѣ, если-бы въ основѣ страданія здѣсь лежало только измѣненіе периферическихъ нервныхъ волоконъ, то по мѣрѣ ихъ регенерации болѣе или менѣе равномерно исчезали бы и обусловленные имъ клиническія явленія. У нашей больной мы этого не видимъ. Одинъ симптомъ у нея даже прогрессируетъ далѣе. Естественно допустить, что онъ связанъ не только съ перероженіемъ периферическихъ волоконъ, но по всей вѣроятности также зависитъ и отъ уничтоженія нервныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга. Другими словами, мышьякъ въ данномъ случаѣ поразилъ весь периферическій нейронъ, причемъ въ силу какихъ-то неблагопріятныхъ условій измѣненія со стороны нервныхъ клѣтокъ не только не регрессировали, но начали постепенно усиливаться. Вотъ почему самое предсказаніе относительно исхода болѣзни здѣсь пріобрѣтаетъ менѣе благопріятный характеръ, чѣмъ это обыкновенно принято думать, когда рѣчь идетъ о мышьяковомъ параличѣ. Извѣстно, что громадное большинство клиницистовъ считаютъ прогнозъ при этомъ страданіи безусловно хорошимъ. На сколько позволяетъ мнѣ судить мой собственный опытъ, съ такимъ мнѣніемъ врядъ-ли можно согласиться всецѣло. Я не говорю уже о раннихъ стадіяхъ болѣзни, когда въ страданіе вовлекаются новыя и новыя области и когда, какъ и при другихъ формахъ множественнаго неврита, на сцену могутъ выступить разстройства функціи блуждающаго нерва со всѣми ихъ естественными послѣдствіями. Но даже въ тѣхъ случаяхъ, когда мы

уже не замѣчаетъ дальнѣйшаго развитія периферическаго процесса, всегда слѣдуетъ имѣть въ виду возможность спинно-мозговаго страданія, которое, конечно, рѣзко измѣняетъ характеръ прогноза. Если въ периферическихъ нервныхъ стволахъ вполнѣ возможна регенерация и притомъ въ самыхъ обширныхъ размѣрахъ, возстановленія уничтоженныхъ нервныхъ клѣтокъ мы ожидать не вправе. Трофическій центръ той или другой мышечной группы гибнетъ навсегда, а вмѣстѣ съ этимъ навсегда остается и атрофія послѣдней.

Въ спеціальной литературѣ нерѣдко приходится встрѣчать мнѣніе, что мышьяковый параличъ принадлежитъ къ числу довольно рѣдкихъ страданій. Henschen (op. cit.) на пр. насчитываетъ до 150 опубликованныхъ случаевъ. Русскіе невропатологи однако врядъ-ли нуждаются въ подобной статистикѣ. У насъ мышьякъ находитъ себѣ обширное примѣненіе въ домашнемъ обиходѣ; онъ играетъ также видную роль и въ народной медицинѣ. Вотъ почему отравленія мышьякомъ встрѣчаются въ Россіи очень часто и не проходитъ почти ни одного академическаго года, въ который бы мнѣ не пришлось слѣлать нѣсколько наблюденій надъ мышьяковымъ параличомъ. Отсюда понятно, почему я, заканчивая свою лекцію, считаю долгомъ сказать хоть нѣсколько словъ о терапіи страданія.

Невропатологу рѣдко приходится имѣть дѣло съ начальнымъ періодомъ отравленія. Симптомы пораженія нервной системы, а между ними и параличи, развиваются обыкновенно не ранѣе, какъ черезъ недѣлю или двѣ отъ начала заболѣванія, т. е. когда уже миновали явленія грозныя для жизни. Тѣмъ не менѣе однако и намъ иногда приходится имѣть дѣло съ очень тяжелыми больными, нерѣдко обнаруживающими замѣтное ослабленіе сердечной дѣятельности. Въ подобныхъ случаяхъ я обыкновенно назначаю препараты стрихнина и желѣза, а если дѣятельность сердца продолжаетъ падать, прибѣгаю къ назначенію сердечныхъ средствъ съ t-ra Strophanthi во главѣ. Вмѣстѣ съ тѣмъ я предпочитаю

оставлять больного долгое время на молочной діетѣ и не столько потому, что обыкновенно имѣются на лицо признаки пораженія желудка-кишечнаго тракта, сколько изъ желанія нейтрализовать ядъ, еще могущій оставаться въ организмѣ. Для болѣе успѣшной борьбы непосредственно съ параличомъ внутрь чаще всего назначаются іодистые препараты; если позволяет общее состояніе, одновременно рекомендуются теплыя соленыя ванны. Самымъ тяжелымъ для больного симптомомъ обыкновенно являются боли въ пораженныхъ конечностяхъ. Чтобы смягчить ихъ прибѣгаютъ къ мѣстнымъ приснипевскимъ обертываніямъ аспирину, фенацетину, кодеину и т. п. средствамъ, вообще примѣняемымъ въ подобныхъ случаяхъ. Должно замѣтить однако, что иногда всѣ эти мѣры не достигаютъ своего назначенія, боли дѣлаютъ существованіе отравившагося буквально невыносимымъ и только подкожныя впрыскиванія морфія ихъ заглушаютъ, да и то на короткое время. Благодаря крайней болѣзненности примѣненіе мѣстнаго лѣченія, какъ то массажа, электризаціи, пассивной гимнастики нѣкоторое время представляется невозможнымъ; къ этимъ методамъ мы прибѣгаемъ немедленно, лишь только минуетъ періодъ острыхъ болей, и тогда, какъ общее правило, мы можемъ наблюдать и болѣе быстрый ходъ улучшенія.

---

# Объ угнетеніи рефлкторныхъ актовъ въ парализованной части тѣла при сдавленіи спинного мозга въ верхнихъ отдѣлахъ его.

Михаила Лапинскаго.

Приватъ-доцента Кіевскаго Университета Св. Владимира.

(Окончаніе; см. т. X, вып. 1).

Nothnagel <sup>1)</sup>, разрушивъ шейный и головной мозгъ лягушки опредѣлялъ у нея состояніе рефлексовъ заднихъ конечностей, послѣ чего онъ обнажалъ сѣдалищный нервъ лѣвой конечности и раздражалъ его, наблюдая, какой эффектъ это произведетъ на рефлексы въ правой не тронутой лапкѣ. Авторъ убѣдился, что упомянутый рефлексъ правой конечности былъ повышенъ, если сѣдалищный нервъ лѣвой ноги оставался въ покоѣ и напротивъ понижался и вовсе исчезалъ во время раздраженія этого послѣдняго.

Goltz <sup>2)</sup>, перерѣзая спинной мозгъ собакамъ въ грудномъ отдѣлѣ, получалъ переднее и заднее животное, рефлкторныя

---

<sup>1)</sup> Nothnagel. a) Zur Lehre von Klonischen Krampf. Virchow's Archiv. Bd. 49. S. 267. b) Beobachtungen über Reflexhemmung. Arch. f. Psychiatrie. Bd. VI. c) Bewegungshemmede Mechanismen im Rückenmark des Frosches. Centralblt. f. Medic. Wissenschaft. 1869. S. 211.

<sup>2)</sup> Goltz. Ueber die Functionen des Leudenmarkes der Hunde. Pflüger's. Arch. Bd. VIII.



функции которых совершались независимо другъ отъ друга. Въ заднемъ животномъ черезъ известное время можно было вызывать весьма разнообразныя рефлекторныя акты въ томъ числѣ и эрекцію, слегка поглаживая *penis* или *praerutium*. Эрекція эта не наступала однако вовсе или моментально исчезала, если одновременно были болѣзненно раздражаемы *scrotum*, лапа или какія-либо другія части задней конечности животнаго.

У того-же самаго животнаго Goltz могъ вызвать чесаніе туловища задней лапой, слегка раздражая ему боковую часть живота пальцемъ или острымъ предметомъ. Этотъ послѣдній рефлекторный актъ однако моментально прекращался или вовсе не наступалъ, если одновременно тому-же заднему животному производились различныя раздраженія хвоста, лапы и т. п.

Во многихъ случаяхъ Goltz получалъ у собаки съ перерѣзаннымъ спиннымъ мозгомъ рядъ рефлекторныхъ движеній задними ногами, совершенно отвѣчающихъ ея бѣгу или шаганію. Если собаку поднимали въ воздухъ, то ноги начинали ритмически поочередно подниматься въ воздухъ и опускаться, совершенно подобно тому, какъ если бы собака бѣжала по ровной плоскости. Эти движенія однако тотчасъ прекращались, если животному причиняли боль, сдавливая хвостъ и вновь начинались лишь только хвостъ былъ освобожденъ.

Сюда же можно отнести нѣкоторыя клиническія наблюденія. Такъ напр., Brown-Sequard<sup>1)</sup>, Charcot<sup>2)</sup> и Joffroy<sup>3)</sup> прекращали рѣзко выраженный колѣнный рефлексъ, называемый французскими авторами *trépidation spinale*, производя сильное сгибаніе внизъ большого пальца.

<sup>1)</sup> Brown-Sequard. Arch. de Physiol. 1868. p. 157.

<sup>2)</sup> Charcot. Leçons sur les maladies des nerfs. p. 218. Vol. 5.

<sup>3)</sup> Joffroy. Gazette med. de Paris. 1875. p. 40—431.

Nothnagel <sup>1)</sup> наблюдалъ больного съ *compression myelitis ex kiphose*, у котораго былъ *полныйшій параличъ ногъ, глубокая анестезія ихъ и нижней части туловища*. Кожные рефлексъ были утрачены. Пассивныя движенія ногъ были затруднены. Назначая этому больному стрихнинъ въ теченіе 10 дней, авторъ получалъ клоническія дрожанія въ ногъ, производя давленіе на пятку ея (вѣроятно клонусъ стопы?). Этотъ рефлекторный треморъ прекращался тотчасъ-же, если Nothnagel раздражалъ стволы *n. cruralis* или *n. ischiadicus*, надавливая на нихъ пальцемъ.

Въ другомъ аналогичномъ случаѣ, тотъ-же авторъ точно также прекращалъ клонусъ ноги, надавливая на одинъ изъ только-что упомянутыхъ нервовъ и притомъ не только одноименной стороны, но также и тѣхъ-же самыхъ нервовъ другой конечности.

Въ третьемъ подобномъ-же наблюденіи Nothnagel вызвалъ клоническій треморъ исключительно въ мышцахъ иннервируемыхъ *n. ischiadicus*. Однако явленіе это тотчасъ прекращалось, если авторъ надавливалъ на *n. cruralis*, и притомъ не только одноименной конечности, но также и противоположной.

Bodon <sup>2)</sup>, изучая брюшныя рефлексъ у женщинъ нашель, что они совершенно независимы отъ воли человѣка, что они не могутъ быть произвольно подавлены и что ихъ весьма легко вызвать у лицъ здоровыхъ. Однако при болѣзненныхъ состояніяхъ женской половой сферы они могутъ разстраиваться.

Полное отсутствіе брюшныхъ рефлексовъ или рѣзкое пониженіе ихъ, авторъ наблюдалъ при *pelveoperitonitis* у женщинъ; напротивъ совершенно нормальное состояніе тѣхъ же рефлексовъ, авторъ наблюдалъ при *pelveocellulitis*, т. е. при заболѣваніи, которое сопровождается, какъ извѣстно, мень-

---

<sup>1)</sup> Nothnagel. Arch. f. Psychiatrie. Bd. VI. Beobachtung über Reflexhemmung.

<sup>2)</sup> Bodon. Contriblt. f. Gynekologie. 1898. № 5.

шими мѣстными раздраженіями, протекающими часто безъ болей.

Bodon усматриваетъ въ этомъ явленіи особый механизмъ, дарованный самою природою для защиты женщинъ отъ лишихъ болей, ибо сокращеніе брюшныхъ мышцъ во время pelveoperitonitis сопровождалось бы интенсивными болями. Къ разсужденіямъ Bodon'a можно лишь прибавить, что раздраженія, текуція на спинной мозгъ при pelveoperitonitis, въ-первыхъ, гораздо интенсивнѣе таковыхъ при pelveocellulitis; во-вторыхъ, распространяются онѣ на большее число сегментовъ, чѣмъ вторыя и, въ третьихъ, онѣ проэцируются въ части спинного мозга болѣе высокія, чѣмъ тѣ, къ которымъ могутъ подниматься раздраженія при pelveocellulitis. Вообще при pelveoperitonitis раздраженія идутъ въ сегменты, ближайшіе къ рефлекторной дугѣ брюшныхъ рефлексовъ, тогда какъ при pelveocellulitis онѣ идутъ въ сегменты, лежащіе гораздо ниже упомянутой рефлекторной дуги.

Приводимыя наблюденія указываютъ такимъ образомъ, что *различныя раздраженія, концентрирующіяся въ спинномъ мозгу въ определенныхъ сегментахъ, угнетаютъ рефлекторныя дуги и центры, заложенныя въ тѣхъ сегментахъ или въ ближайшихъ къ нему частяхъ.*

Нижеслѣдующія изслѣдованія показываютъ, что тормозящее дѣйствіе раздраженій распространяется не только на сегменты, въ которые они непосредственно проэцируются или на ближайшіе къ нимъ участки спинного мозга, но такое *угнетающее вліяніе ихъ распространяется и на удаленныя рефлекторныя дуги и центры и притомъ тормозящее возбужденіе можетъ течь по спинному мозгу не только въ нисходящемъ направленіи, но точно также и въ восходящемъ.* Оно можетъ, напр., угнетать рефлекторныя центры шейнаго и груднаго отдѣловъ спинного мозга при раздраженіи заднихъ конечностей или задней части туловища и, наоборотъ, парализовать рефлекторныя функціи въ поясничныхъ сегментахъ

мозга при раздраженіяхъ, концентрирующихся въ шейномъ или верхнегрудномъ отдѣлахъ его.

Такъ напр., Freusberg <sup>1)</sup>, раздражая кожу живота лягушекъ, получалъ у нихъ рефлекторныя сокращенія мышцъ брюшныхъ, центръ которыхъ лежитъ вѣроятно въ верхнегрудномъ отдѣлѣ спинного мозга. Эти рефлекторныя явленія однако отсутствовали вовсе или происходили чрезвычайно медленно, если авторъ опускалъ заднія конечности животнаго въ кислоту и, слѣдовательно, раздражалъ при этомъ поясничный отдѣлъ спинного мозга.

Тотъ-же авторъ сдѣлалъ слѣдующій опытъ. У нормальной лягушки, привѣшанной къ штативу такъ, что ея нижнія конечности могутъ погружаться въ подкисленную жидкость, Freusberg наблюдалъ рефлекторныя движенія каждый разъ, какъ только кислота начинала производить свое дѣйствіе на кожу лапки. Однако, если верхнюю часть туловища того-же животнаго подвергать различнымъ раздраженіямъ, то въ зависимости отъ степени раздраженія рефлекторныя движенія начинаютъ совершаться медленнѣе или даже вовсе прекращаются.

Goltz <sup>2)</sup>, производя опыты надъ декаптитированными лягушками, нашелъ у нихъ чрезвычайно постоянный, довольно сложный Quaschreflex, центры котораго локализируются въ верхнегрудномъ отдѣлѣ. Легкое поглаживаніе кожи спины авторомъ сопровождалось каждый разъ кваканьемъ лягушки. Этотъ рефлексъ однако отсутствовалъ, если одной изъ заднихъ ногъ испытываемаго животнаго причинить боль—сдѣлать ей какое-либо значительное поврежденіе, напр. размокнуть ее.

Въ цѣломъ рядѣ опытовъ Herzen <sup>3)</sup> (29 стр.) разрушалъ продолговатый и головной мозгъ лягушки и повышалъ ея реф-

---

<sup>1)</sup> Freusberg. Pflüger's Archiv. X. I. c.

<sup>2)</sup> Goltz. Beiträge zur Lehre von Functionen der Nervencentra des Frosches. Berlin. 1869.

<sup>3)</sup> Herzen. Expériences sur les centres modérateurs. Turin. 1864. I. c.

латорную дѣятельность до тахішима, отравляя животное стрихниномъ. Прикасаясь послѣ этого къ передней лапкѣ лягушки иглой, авторъ каждый разъ получалъ сильнѣйшія рефлекторныя сокращенія въ переднихъ конечностяхъ и во всемъ тѣлѣ, доходяція до тетаническихъ конвульсій. Обнаживъ затѣмъ сѣдалищный нервъ и приложивъ къ нему по-ташъ, онъ наблюдалъ утрату всѣхъ рефлексовъ въ передней части животнаго и полное исчезновеніе тетануса, несмотря на то, что раздраженія, наносимыя въ передней части животнаго, были по прежнему весьма энергичны.

Тѣ же результаты получались Herzen'омъ, если вмѣсто сѣдалищнаго нерва онъ обнажалъ N. tibialis и прикладывалъ къ нему кристаллъ поваренной соли.

Полное угнетеніе рефлексовъ въ передней конечности не отравленной стрихниномъ лягушки (опытъ XXVI) авторъ наблюдалъ при грубомъ разрушеніи сѣдалищныхъ нервовъ.

Тотъ же ученый сообщаетъ слѣдующее наблюденіе:

При простой перерѣзкѣ ножемъ сѣдалищныхъ нервовъ (опытъ XXIII) у лягушки не замѣчалось измѣненій рефлексовъ въ передней части туловища и въ переднихъ конечностяхъ ея. Если однако центральные отрѣзки сѣдалищныхъ нервовъ были раздражаемы приложеніемъ соли, то упомянутые рефлексы переднихъ конечностей и передней части туловища тотчасъ-же исчезали (опытъ XXIII). Точно такое-же дѣйствіе имѣла на состояніе рефлексовъ въ передней части животнаго и экстирпація сѣдалищныхъ нервовъ.

Что касается клиническихъ работъ, то къ этой категоріи съ полнымъ правомъ можно отнести наблюденіе Lewinski<sup>1)</sup>. У его паціентки съ гемиплегіей давняго происхожденія можно было вызвать весьма длительный клонусъ на стопѣ пораженной половины обычнымъ приѣмомъ натяженія

---

<sup>1)</sup> Lewinski. Arch. f. Psychiatrie Bd. VII. 1877. Ueber sogenannte Sehnenreflexe.

tendo Achilli. Этотъ рефлекторный актъ прекращался однако тотчасъ же, если Lewinski сдавливалъ II-й палецъ ноги, или щипалъ кожу той-же самой стопы.

Аналогичный этому-же рефлекторный треморъ можно было вызвать и въ парализованной рукѣ, находящейся въ контрактурѣ и этотъ послѣдній феноменъ авторъ прекращалъ, сжимая сильно до боли конечную фалангу пальцевъ въ парализованной кисти. Въ другомъ своемъ наблюденіи, сдѣланномъ надъ пациентомъ, у котораго была параплегія, съ полной потерей чувствительности ногъ и нижней части туловища, осложненная параличемъ пузыря, прямой кишки и decubitus на ягодицѣ,—авторъ нашелъ очень повышенными сухожильные рефлексы нижнихъ конечностей и могъ всегда вызвать весьма длительный клонусъ стопы. Но и въ этомъ случаѣ точно также этотъ рефлекторный феноменъ прекращался, если пациенту щипали кожу на dorsum pedis или сгибали внизъ къ пяткѣ большой палецъ.

Цитируемые случаи интересны именно потому, что по наблюденіямъ автора щипаніе кожи стопы, сдавленіе пальцевъ или сильное дорсальное сгибаніе пальца стопы само по себѣ способно было вызвать рефлекторное движеніе очень многихъ мышечныхъ группъ, управляемыхъ однако не изъ тѣхъ отдѣловъ, гдѣ проходили угнетаемыя рефлекторныя дуги, а изъ сегментовъ, удаленныхъ отъ этихъ дугъ; самыя рефлекторныя движенія, наблюдавшіяся при этомъ имѣли иной характеръ, чѣмъ тѣ клоническія содроганія, которыя прекращались при описанномъ сгибаніи пальца. Изъ даннаго обстоятельства очевидно, что данныя, тормозящія,—такъ сказать, раздраженія *возбуждали спинномозговые центры, лежащіе болѣе или менѣе далеко отъ того сегмента спинного мозга, черезъ который проходитъ рефлекторная дуга для клонусовъ стопы и кисти руки.* Очевидно далѣе, что одновременное раздраженіе сегментовъ, удаленныхъ отъ извѣстнаго рефлекторнаго центра, можетъ угнетать функцію этого послѣдняго.

Весьма интересное наблюдение находится у Sternberg <sup>1)</sup> (стр. 169. Наблюдение XV).

Больная 69 л. внезапно поражена лѣвосторонней гемиплегией. Три недѣли спустя при поступленіи въ больницу—обнаруживается слѣдующее: лѣвая рука и нога находятся въ вяломъ параличѣ. Сухожильные рефлексы съ *m. triceps* и *radius* на лѣвой и правой рукахъ равны по силѣ.

Пателлярный рефлексъ и рефлексъ съ *m. gastrocnemius* на лѣвой ногѣ отсутствуютъ. На правой ногѣ они хорошо выражены. Пассивныя движенія въ лѣвой ногѣ сопровождаются сильными болями.

Въ бюллетенѣ отъ 19. XII ея исторіи читаемъ, что *Pattellarreflexe* и *Gastrocnemiusreflex* съ лѣвой ноги отсутствуютъ; ихъ не удается вызвать ни приемомъ Jendrassik'a, ни при растираніи кожи ноги. *Пассивныя движенія* въ этой лѣвой ногѣ вызываютъ сильныя боли и пациентка не позволяетъ дѣлать какія-либо манипуляціи съ этой конечностью. О боляхъ въ лѣвой рукѣ ничего не упомянуто.

20. XII при изслѣдованіи пациентки на слѣдующій день удается вызвать слабый пателлярный лѣвосторонній рефлексъ, прибѣгая къ помощи плесканія въ ладоши.

1-го января, т. е. черезъ 10 дней пациентка находится въ состояніи безумія (*ist andauernd stark dement*); на этотъ разъ пателлярный рефлексъ лѣвой стороны очень отчетливъ и, повидимому, можетъ быть вызванъ безъ особеннаго искусственнаго приема невозможнаго уже потому, что психика пациентки разстроена—вниманіе отсутствуетъ.

З. I. отмѣчены жалобы на сильныя боли въ лѣвомъ боку, а въ тоже время и пателлярный лѣвосторонній рефлексъ записанъ отсутствующимъ.

---

<sup>1)</sup> Sternberg. Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung. Wien. 1893. S. 169. Beobacht. XV.

11. I—смерть. Анатомическій діагнозъ: Encephalomalacia lobi occipitalis et parietalis dextri. Въ спинномъ мозгу при микроскопическомъ изслѣдованіи найдено нисходящее перерожденіе лѣвыхъ P<sub>5</sub> и P<sub>6</sub>.

Въ этомъ наблюденіи не выяснены причины болей въ лѣвой ногѣ, по безспорно онѣ периферическаго происхожденія, ибо появляются при пассивныхъ движеніяхъ и, вѣроятно, зависятъ отъ пораженія суставовъ въ парализованной половинѣ. *Обостреніе этихъ болей совпадало съ утратой коленного рефлекса. Такъ какъ пирамидные пути найдены здѣсь перерожденными, то врядъ ли пациентка могла задержать рефлексъ произвольно и тормозы изъ головного мозга не могли играть какую либо роль въ отсутствіи рефлексовъ въ данномъ случаѣ. Естественноѣ всего ожидать умненіе рефлекторныхъ центровъ спинного мозга для коленного рефлекса болевыми раздраженіями, исходящими изъ периферіи и процировавшимися въ спинномъ мозгу въ близлежащемъ сегментѣ.* Къ сожалѣнію наблюденіе очень кратко. Было бы весьма важно знать состояніе рефлексовъ въ дни уменьшенія болей (быть можетъ, отъ наркотики).

Вѣроятно сюда же надо отнести наблюденіе Pfeifer'a <sup>1)</sup>. Его больной погибъ вслѣдствіе оухоли, давившей на спинной мозгъ и на корешки плечевого сплетенія. Въ началѣ былъ сдавленъ спинной мозгъ, вслѣдствіе чего наступилъ параличъ нижнихъ конечностей безъ полной утраты чувствительности (Muscelsinn gesteigert p. 362).

Функция пузыря немвого разстроилась (необходимость натуживаться при мочеиспусканіи, утрачено ощущеніе истеченія мочи въ срединѣ этого акта). *Рефлексъ щекотанія пятки и коленный рефлексъ въ это время повышены.*

Черезъ три недѣли пациентъ начинаетъ страдать *сильнѣйшими болями въ верхней конечности, впрямую, вслѣдствіе*

---

<sup>1)</sup> Pfeifer. Deutsch. Zeitschri. f. Nervenheilk. 1891. II. S. 360.



сжатія корешковъ плечевого сплетенія и въ это время при объективномъ изслѣдованіи обнаружена полная утрата рефлексовъ.

Pfeifer, не отдавая себѣ отчета въ происходящемъ, потируетъ весьма тщательно субъективныя ощущенія пациента, и въ дневникѣ дальнѣйшаго теченія болѣзни постоянно упоминается о сильныхъ боляхъ въ верхней конечности; на вскрытіи же найдено проростаніе корешковъ plexus brachialis масами опухоли (стр. 365—366).

Сюда же вѣроятно надо отнести случай Nonne<sup>1)</sup>, гдѣ при сдавленіи спинного мозга имѣлось непостоянное состояніе рефлекторныхъ актовъ, причѣмъ *упадокъ рефлексовъ отмѣчался именно въ дни жестокихъ болей*. Очевидно эти боли могли быть результатомъ раздраженія извѣстныхъ сегментовъ спинного мозга, а это раздраженіе въ свою очередь могло угнетать сосѣдніе и даже удаленные рефлексорные центры и дуги въ томъ числѣ и таковыя колѣнныхъ рефлексовъ.

Возвращаясь теперь къ объясненію *причинъ угасанія рефлексовъ у г-жи Пинц...ой*, мы думаемъ, что послѣднее было *функциональнаго происхожденія, но оно не имѣло никакого отношенія къ мозжечку и наступило вслѣдствіе раздраженій, которыя проникали до спинного мозга; благодаря этому возбуждались сегменты, въ которыхъ проэцировались раздраженія, а одновременно съ тѣмъ функція нижележащихъ сегментовъ съ ихъ центрами и рефлекторными дугами оказывалась угнетенной*.

Эти вышележащіе рефлекторные дуги и центры поясничнаго мозга оставались *органически неизмѣненными*. Таковое заключеніе вытекаетъ изъ нашихъ вышеприведенныхъ аналогичныхъ экспериментальныхъ изслѣдованій, гдѣ подъ микроскопомъ не было найдено какихъ либо измѣненій въ пояснич-

---

<sup>1)</sup> Nonne. Ueber einen Fall v. intramedullarem Sarcom. Arch. f. Psychiat. Bd. XXXIII.

номъ мозгу, не смотря на то, что при жизни рефлексы отсутствовали; тоже самое явствуетъ съ полной очевидностью изъ дѣйствія морфія-атропина на г-жу П. въ моментъ наибольшаго угнетенія ея рефлекторныхъ актовъ, что было бы невозможно, если-бы матеріальная цѣлость рефлекторныхъ дугъ была нарушена. Очевидно функція этихъ рефлекторныхъ дугъ и центровъ была лишь длительно заторможена безъ того, чтобы онѣ претерпѣли органическое поврежденіе.

Раздраженія, которымъ можно было приписывать способность угнетать рефлекторную дѣятельность спинного мозга были на лицо. Они исходили изъ ущемленныхъ корешковъ. Прозецируясь въ спинной мозгъ, эти болевья возбужденія угнетали функцію рефлекторныхъ дугъ и притомъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ степень этихъ раздраженій мѣнялась, вслѣдствіе чего они не могли войти въ категорію привычныхъ впечатлѣній. Степень сдавленія и количество ущемленныхъ корешковъ вообще измѣнялись; увеличеніе въ томъ и другомъ отношеніи сопровождалось временными обостреніями болей, доходившими до настоящихъ кризисовъ.

Такъ какъ боли, парѣстезіи и другіе симптомы раздраженія отмѣчались въ области межреберныхъ нервовъ, такъ какъ, съ другой стороны, наибольшее угнетеніе рефлексовъ наступало въ періодъ болей въ бокахъ и стѣнкахъ живота, то наибольшую причину угнетенія рефлексовъ нужно видѣть въ ущемленіи межреберныхъ корешковъ.

Совершенно можно исключить изъ числа причинъ, угнетавшихъ рефлексы, раздраженіе, происходящее вслѣдствіе *сжатія самого спинного мозга* и притомъ именно для перваго періода болѣзни; уже въ первый періодъ болѣзни (до развитія паралегіи), когда спинной мозгъ не былъ еще сжатъ, рефлексы уже отсутствовали—спорадически—именно во время ожесточенія болей въ боку (по ходу межреберныхъ нервовъ). Точно также послѣдніе полгода жизни, когда спинной мозгъ освободился отъ давленія и его пути уже функцио-

ровали, но боли въ межреберныхъ промежуткахъ еще продолжались, рефлексы все еще отсутствовали.

Наблюденіе это показываетъ съ другой стороны, что въ группѣ вялыхъ параличей—вслѣдствіе сдавленія спинного мозга—нужно различать съ одной стороны случаи, гдѣ имѣются на лицо интенсивныя болевья возбужденія и съ другой стороны такіе, гдѣ клиническія явленія не содержатъ никакихъ указаній на боли. Принимая во вниманіе, что интенсивныя болевья раздраженія могутъ тормозить рефлексы даже при отсутствіи сдавленія спинного мозга—имъ нужно удѣлять большое вниманіе при объясненіи угасшихъ рефлексовъ въ слѣдствіе сдавленія спинного мозга.

## II.

Имѣя въ виду приведенныя ранѣе утвержденія Bruns'a, Van-Gehuchten'a и др., что отсутствіе рефлексовъ въ парализованныхъ частяхъ тѣла бываетъ именно: а) при *тотальныхъ сдавленіяхъ* спинного мозга, сопровождающихся *полнымъ перерывомъ его волоконъ* на высотѣ давленія и, что б) подобное отсутствіе происходитъ главнѣйшимъ образомъ при *внезапныхъ ущемленіяхъ спинного мозга*—я сдѣлалъ нѣсколько экспериментальныхъ наблюденій, желая провѣрить это мнѣніе.

Съ таковою цѣлью я произвелъ *внезапное ущемленіе* спинного мозга въ его шейномъ отдѣлѣ, накладывая толстую шелковую лигатуру на весь мозгъ поверхъ *dura mater*, такъ что сдавленіе спинного мозга происходило *сразу* и притомъ *во всѣхъ отдѣлахъ его поперечника* одновременно.

У одной части животныхъ я производилъ сильное сдавленіе, такъ что спинной мозгъ подъ лигатурой былъ совершенно разъединенъ (*тотальное сдавленіе*).

У другой же половины животныхъ это сдавленіе было весьма слабымъ, такъ что волокна и сѣрая субстанція спин-

ного мозга были лишь ущемлены, но не прерваны и о какомъ-либо перерывъ волоконъ не было и раны.

Во всѣхъ случаяхъ клиническое наблюденіе животныхъ завершалось патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ, причемъ подъ микроскопомъ во всѣхъ случаяхъ обращено было вниманіе на клѣтки переднихъ роговъ, на состояніе коллатераловъ заднихъ корешковъ и на передне-корешковыя волокна до выхода ихъ изъ предѣловъ спинного мозга.

Опыты эти, представляющіе много цѣннаго въ другихъ отношеніяхъ, будутъ изложены здѣсь лишь въ видѣ краткаго вывода и притомъ лишь настолько, насколько это касается данной темы.

Всѣхъ экспериментируемыхъ въ этомъ направленіи собакъ было одиннадцать.

Въ четырехъ случаяхъ шелковая нить была наложена весьма слабо, такъ что спинной мозгъ былъ *сдавленъ незначительно* и на мѣстѣ лигатуры, какъ это оказалось послѣ вскрытія, *не было разрыва ни близьхъ путей, ни стержъ массъ.*

*Рефлексы у этихъ четырехъ собакъ какъ переднихъ, такъ и заднихъ конечностей и притомъ кожные и сухожильные одинаково были понижены и вялы уже черезъ полчаса послѣ операци, а въ послѣдующіе дни вовсе отсутствовали.*

Повторное впрыскиваніе морфія *тремя* изъ этихъ животныхъ на I, II, III день послѣ операци отъ  $\frac{3}{4}$  грана до 1 грана и послѣдующее изслѣдованіе сухожильныхъ рефлексовъ черезъ полчаса и  $\frac{3}{4}$  часа послѣ впрыскиванія констатировало постоянно одно и то же, а именно *отсутствіе рефлексовъ.*

У *четвертой-же* изъ нихъ впрыскиваніе этой дозы морфія сопровождалось *появленіемъ рефлексовъ* каждый разъ черезъ полчаса послѣ впрыскиванія.

Двѣ изъ первыхъ трехъ собакъ погибли на четвертый день,—одна изъ нихъ же найдена мертвой въ концѣ пятыхъ сутокъ послѣ операци.

Четвертая-же собака погибла въ концѣ вторыхъ сутокъ.

На вскрытіи первыхъ изъ четырехъ упомянутыхъ животныхъ были найдены: рѣзкая гиперемія оболочекъ спинного мозга и кровоизліянія въ нихъ: въ полости спинно-мозгового канала содержалось обильное количество цереброспинальной жидкости, окрашенной въ красный цвѣтъ. Эта жидкость была подъ значительнымъ давленіемъ и изливалась струей (при вскрытіи) черезъ первое маленькое отверстіе.

При изслѣдованіи подъ микроскопомъ въ этихъ трехъ случаяхъ, гдѣ рефлексы отсутствовали, поясничный мозгъ оказался сильно отечнымъ. Тамъ же, кромѣ того—въ сѣрой субстанции поясничнаго мозга—найдены кое-гдѣ точечныя геморрагіи.

На вскрытіи IV-ой собаки, которая погибла на второй день и у которой рефлексы возникали послѣ выпрыскиванія морфія, найдено весьма малое количество цереброспинальной жидкости и гиперемія оболочекъ спинного мозга.

У этой-же собаки, при микроскопическомъ изслѣдованіи въ спинномъ мозгу не замѣчено никакихъ отступленій отъ нормы.

Во всѣхъ четырехъ случаяхъ на мѣстѣ самого сжатія спинного мозга не было замѣчено большого разрушенія ни бѣлыхъ столбовъ, ни сѣрой мозговой субстанции.

Четыремъ другимъ собакамъ на шейный мозгъ была наложена весьма толстая лигатура при максимальномъ натяженіи ея.

Двое изъ оперированныхъ такимъ образомъ животныхъ были мертвыми на седьмой день послѣ операціи.

Рефлексы кожные и сухожильные съ залнихъ конечностей у этихъ двухъ собакъ были на лицо и даже повышены уже черезъ полчаса послѣ операціи. Такое возбужденное состояніе рефлексовъ продолжалось до шестого дня. Напротивъ, рефлексы переднихъ конечностей отсутствовали все время.

На вскрытіи у нихъ найдено небольшое количество цереброспинальной жидкости, незначительныя геморрагіи въ мягкой оболочкѣ грудного и шейнаго утолщеній.

Для изслѣдованія подъ микроскопомъ былъ взятъ небольшой участокъ отъ поясничнаго мозга (2 сегмента) и весь шейный отдѣлъ (съ наложенной лигатурой).

Изслѣдованіе шейнаго отдѣла на продольныхъ срѣзахъ показало, что лигатура произвела рѣзкія нарушенія какъ бѣлой, такъ и сѣрой субстанціи спинного мозга.

На весьма ограниченномъ пространствѣ въ шейномъ отдѣлѣ сѣрая субстанція оказалась разорвавшейся, отодвинутой кверху и книзу, а бѣлые столбы представляли тотальный разрывъ всѣхъ своихъ волоконъ, такъ что одна лишь *dura mater* осталась болѣе или менѣе цѣлой при упомянутомъ опытѣ. Поясничный мозгъ на поперечныхъ разрѣзахъ при окраскѣ по Marchi представлялъ легкія измѣненія волоконъ, по периферіи боковыхъ и переднихъ столбовъ; сѣрая же субстанція и волокна, проходящія оттуда въ переднимъ и заднимъ корешкамъ, не представляли никакихъ измѣненій.

Третья и четвертая собаки изъ этой-же группы, шейный мозгъ которыхъ былъ точно также сдавленъ лигатурой до наибольшаго суженія, прожили девять и десять дней и были умерщвлены путемъ глубокаго хлороформнаго наркоза.

Кожные и сухожильные рефлексy у этихъ животныхъ съ переднихъ конечностей отсутствовали все время послѣ наложенія лигатуры. Рефлексy заднихъ конечностей у одной изъ нихъ не появлялись ни разу за весь послѣоперационный періодъ; у другой же собакъ заднія конечности на второй день послѣ операціи обнаружили рефлекторныя содроганія при щекотаніи кожи между пальцами, при уколѣ въ пятку и во время постукиванія по *ligamentum patellare* или *tendo Achilli*; остальные же дни послѣоперационнаго времени, начиная съ конца вторыхъ сутокъ, кожные и сухожильные рефлексy съ заднихъ конечностей совершенно исчезли.

Фарадическая реакція всѣхъ четырехъ конечностей на 7 и 9 дни послѣ операціи найдена совершенно нормальной.

Rectum и пузырь не функционировали и только давлениемъ на нижнюю часть можно было добиться опорожненія пузыря.

Впрыскиваніе морфія до 1 грана pro dosi на IV, VI и VIII дни послѣ операціи не оказывало никакого вліянія на рефлексы и они оставались по прежнему угасшими.

На вскрытіи обѣихъ этихъ собакъ обнаружилось накопленіе цереброспинальной жидкости въ полости спинномозгового канала; но давленіе ея не было очень значительно. Во всякомъ случаѣ изліяніе жидкости струей изъ спинномозгового канала не было отмѣчено. Кромѣ того у этихъ собакъ найдена умѣренная гиперемія мягкой оболочки поясничнаго мозга.

Патолого-анатомическія картины на срѣзахъ, сдѣланныхъ изъ спинного мозга въ обонхъ этихъ случаяхъ при изслѣдованіи ихъ подъ микроскопомъ оказались совершенно одинаковыми. Изслѣдованіе подъ микроскопомъ продольныхъ срѣзовъ (окраска по Weigerth'у, Pall'ю и карминомъ), сдѣланныхъ изъ перетанутыхъ лигатурой шейныхъ сегментовъ отмѣтило тотальное разъединеніе какъ сѣрой субстанціи, такъ и бѣлыхъ столбовъ на мѣстѣ стягивавшей мозгъ лигатуры. Бѣлыя волокна, начинающіяся отъ мѣста перерыва, были перерождены на протяженіи двухъ или трехъ сегментовъ и развинуты точечными кровоизліяніями.

На поперечныхъ срѣзахъ, сдѣланныхъ изъ грудного и поясничнаго мозговъ, были обнаружены измѣненія пирамидныхъ путей. Изъ поясничнаго утолщенія на препаратахъ, окрашенныхъ по Marchi, можно было именно видѣть, какъ пирамидные пути переднихъ столбовъ на мѣстахъ ихъ *перехода черезъ commissura anterior въ противоположный рогъ несли измѣненное мѣлиновое влагалище и были усыпаны черными зернами на протяженіи ихъ въ переднемъ рогѣ*. На этихъ-же препаратахъ видимъ измѣненіе мѣлиноваго *влагалища передне-корешковыхъ волоконъ, на пути ихъ между бѣлыми столбами,*

*и длинныхъ рефлекторныхъ колатераловъ заднихъ корешковъ на протяженіи отъ шейки задняго рога и на всемъ пути до передняго рога включительно.*

Такимъ образомъ, вопреки Bruns'у и Van Gebuchten'у, *тотальное сдавленіе спинного мозга, повлекшее за собою полный перерывъ его волоконъ на высоту сдавленія, не сопровождалось въ нашихъ опытахъ безусловно вялой параличей; рефлексы въ парализованныхъ заднихъ конечностяхъ были налицо (въ двухъ случаяхъ изъ четырехъ).*

Точно также вопреки Brasch'у и Bruns'у *внезапныя ущемленія спинного мозга вовсе не влекли за собою вялый параличъ. Въ шести нашихъ случаяхъ изъ одиннадцати, гдѣ было произведено сдавленіе спинного мозга, рефлексы были даже повышены, несмотря на то, что ущемленіе спинного мозга было произведено внезапно.*

Подобно этому-же не оправдалось далѣе мнѣніе Bruns'a, будто бы *отсутствіе рефлексовъ при ущемленіи спинного мозга обозначаетъ тотальный перерывъ его волоконъ.* Въ четырехъ нашихъ наблюденіяхъ съ весьма слабымъ сдавленіемъ мозга,—гдѣ на вскрытіи не было найдено ни перерыва волоконъ, ни разрушенія сѣрой субстанции на мѣстѣ сдавленія—*рефлексы отсутствовали.*

Точно также, *оставляя въ сторонѣ сложныя ущемленія спинного мозга (подобно разобранному клиническому наблюденію, идѣ къ основному страданію присоединяются боли) и останавливаясь лишь на простѣйшихъ экспериментальныхъ наблюденіяхъ, представляется весьма труднымъ согласиться съ мнѣніемъ Van-Gebuchten'a, Marinesco, Sano и др. вышеупомянутыхъ авторовъ, будто бы утрата рефлексовъ при сдавленіи спинного мозга есть лишь функциональное явленіе и наблюдается при совершенно нормальной рефлекторной дугѣ.*

Изъ нашихъ одиннадцати наблюденій только въ пяти случаяхъ рефлексы были налицо, у другихъ шести они отсут-



ствовавали и *впрыскиваніе морфія изъ не возстановляло*. Это послѣднее обстоятельство наводило на мысль, что отсутствіе рефлексовъ въ этихъ случаяхъ происходило, вслѣдствіе *матеріальныхъ измѣненій въ рефлекторныхъ дугахъ*. Дѣйствительно, на вскрытіи этихъ животныхъ съ угасшими рефлексами обнаружилась органическія измѣненія.

У двухъ изъ относящихся къ этой категоріи собакъ, спинной мозгъ которыхъ былъ тотально перерванъ лигатурой на мѣстѣ ущемленія—найдено накопленіе цереброспинальной жидкости въ количествѣ немного большимъ нормы и гипереміи оболочекъ. Въ поясничномъ мозгу у нихъ переднекорешковыя волокна на пути ихъ изъ переднихъ роговъ черезъ передніе столбы и коллатералы заднихъ корешковъ геср. самыя заднекорешковыя волокна несли распадъ мѣлина.

У четырехъ другихъ собакъ той же категоріи, у которыхъ спинной мозгъ былъ сдавленъ лишь весьма слабо, такъ что на мѣстѣ лигатуры было найдено только ущемленіе (а не перерывъ или разрушеніе мозга), при микроскопическомъ изслѣдованіи найдено въ полости *durae matris большое количество* цереброспинальной жидкости, *находившейся подъ большимъ давленіемъ*. Подъ микроскопомъ было отмѣчено въ *этихъ* случаяхъ значительный *отекъ и точечныя кровоизліянія въ сѣрой субстанціи поясничнаго отдѣла спинного мозга*. Переднекорешковыя волокна однако, а также длинныя коллатералы заднихъ корешковъ и вообще всѣ составныя части рефлекторной дуги были найдены нормальными.

*Отёканіе поясничнаго отдѣла вмѣстѣ съ точечными геморрагіями въ сѣрую субстанцію должны были матеріально разстроить проводимость заложенныхъ тамъ рефлекторныхъ дугъ*. Быть можетъ ихъ измѣненія и могли быть обнаружены окраской, но онѣ не были достаточно зрѣлы для окраски по Marchi.

Увеличенію цереброспинальной жидкости, отеку мозга, а также и точечнымъ геморрагіямъ приходится придавать тѣмъ большее значеніе, что въ приведенныхъ здѣсь *опытахъ, идѣ*

на вскрытіи не было найдено большого накопленія цереброспинальной жидкости и гдѣ спинной мозгъ не былъ сильно сжатъ <sup>1)</sup>, рефлексы содержались близко къ нормѣ.

Отчего этотъ отекъ оказался въ случаѣ незначительнаго сдавленія въ степени большей, чѣмъ при сильномъ сжатіи спинного мозга—объяснить довольно трудно.

Быть можетъ круговая лигатура, слабо стянувшая спинной мозгъ, подвергла наибольшему ущемленію лимфатическіе и венозные сосуды, тогда какъ артеріальные могли еще функционировать. Благодаря этому притокъ крови былъ возможенъ, оттокъ же ее затрудненъ, а вслѣдствіе этого произошло увеличенное накопленіе цереброспинальной жидкости и отекъ нервной ткани. Напротивъ, при лигатурѣ, сдавившей спинной мозгъ при максимальномъ затягиваніи нити, нужно допустить полную потерю просвѣта какъ у артеріальныхъ, такъ и у венозныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, вслѣдствіе чего условія для образованія какъ увеличеннаго количества цереброспинальной жидкости, такъ и отека спинного мозга были менѣе благоприятны, чѣмъ въ первомъ случаѣ.

На основаніе нашихъ опытовъ возникаетъ сомнѣніе, насколько *высокія ущемленія спинного мозга сами по себѣ* (въ его верхнегрудномъ и шейномъ отдѣлахъ) обладаютъ особенной способностью тормозить рефлекторные акты.

Отсутствіе рефлексовъ въ парализованныхъ частяхъ при подобныхъ условіяхъ объясняется въ одной части случаевъ матеріальными измѣненіями рефлекторныхъ дугъ. Такое разстройство ихъ можетъ наступить при низкихъ ущемленіяхъ спинного мозга точно такъ же, какъ и при сдавленіи высокихъ сѣ-

---

<sup>1)</sup> Strümpel, не приводя впрочемъ точныхъ микроскопическихъ изслѣдованій, утверждаетъ, что причину угасанія рефлексовъ при ущемленіяхъ спинного мозга, вслѣдствіе травматическаго поврежденія позвоночника нужно искать въ повышеніи давленія цереброспинальной жидкости въ полости спинномозгового канала. Strümpel. Ueber das Verhalten der Haut-Schneurenreflexe bei Nervenkrankheiten. Zeitsch. f. Nervenheilk. Bd. XV. 1890.

ченій его. Измѣненіе рефлекторныхъ дугъ въ данномъ случаѣ имѣетъ лишь косвенную связь съ ущемленіемъ спинного мозга, а именно настолько, насколько самое сдавленіе, разстраивая кровообращеніе и питаніе нервныхъ тканей, способствуетъ развитію органическихъ поврежденій этихъ частей. *Приписывать же этимъ высокимъ ущемленіямъ особую функцію тормоза* для ниже лежащихъ рефлекторныхъ актовъ совершенно невозможно и на основаніи имѣющихся доселѣ клиническихъ наблюденій.

Къ такому заключенію пришли бы вѣроятно и Brastian-Bruns, Van-Gehuchten, если бы казуистическій матеріалъ, на который они опирались былъ бы изслѣдованъ достаточно точно и съ патолого-анатомической точки зрѣнія и если бы отъ ихъ вниманія не ускользнула небольшая группа наблюдений вялаго паралича (вслѣдствіе сдавленія спинного мозга), гдѣ было проведено точное микроскопическое изслѣдованіе; а именно:

Oppenheim-Simmerling <sup>1)</sup>, при сдавленіи спинного мозга вначалѣ видѣли повышеніе рефлексовъ, а въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни отмѣтили угасаніе ихъ. На вскрытіи же авторами былъ констатированъ въ данномъ случаѣ паренхиматозный невритъ n. sapheni et n. cruralis.

Marinesco <sup>2)</sup> нашелъ въ своихъ случаяхъ paralysis flosque при неполномъ перерывѣ спинного мозга рѣзкія перерожденія периферическихъ нервовъ.

Sano <sup>3)</sup> въ аналогичномъ случаѣ нашелъ сильныя перерожденія n. ischiadici.

Brissaud <sup>4)</sup> наблюдалъ поперечный compression meningomyelitis, гдѣ вначалѣ наблюдавшіяся спастическія явленія

<sup>1)</sup> Oppenheim-Simmerling. Arch. f. Psychiatrie. Bd. VIII. 1887. Наблюденіе XIX.

<sup>2)</sup> Marinesco. Semaine méd. 1898. p. 153. <sup>3)</sup> Sano. Journ. de neurolog. 1898. III случай. <sup>4)</sup> Brissaud. Revue neurolog. Vol. XVI. 1898. p. 582.

смѣнились валымъ параличемъ нижнихъ конечностей съ полнѣйшей утратой сухожильныхъ рефлексовъ. По смерти при микроскопическомъ изслѣдованіи периферическихъ нервовъ авторъ констатировалъ дегенеративный невритъ въ нихъ.

Brasch<sup>1)</sup> наблюдалъ слѣдующій весьма интересный случай. Дѣвочка, упавъ съ извѣстной высоты, переломила позвоночникъ на уровнѣ IV грудного позвонка, послѣ чего развились анестезія и параличъ нижней части тѣла до грудныхъ позвонковъ. Рефлексы были всѣ утрачены, кромѣ рефлекса на глубокой уколъ въ пятку. Черезъ полгода наступила смерть и при изслѣдованіи подъ микроскопомъ найдено было перерожденіе переднихъ корешковъ поясничнаго отдѣла, *p. cruralis* и многихъ клѣтокъ поясничнаго мозга.

У Senator'a<sup>2)</sup> (1 случай) при *compression myelitis* и полномъ перерывѣ мозга, наступившемъ вѣроятно въ послѣдніе полгода жизни, отмѣчено *post mortem* исчезаніе ганглиозныхъ клѣтокъ въ поясничномъ мозгѣ, изъ которыхъ наилучше сохранились передняя внутренняя и боковая группы, которыя точно также содержали клѣтки безъ отростковъ.

Leyden<sup>3)</sup> при *compression myelitis* съ утратой сухожильныхъ рефлексовъ нашелъ въ сѣрой массѣ поясничнаго мозга нервныя клѣтки уменьшенными въ размѣрѣ, вакуолированными и изуродованными; ихъ отростки были извиты, имѣли округленные контуры.

Francott<sup>4)</sup> при *compression myelitis* III—IV грудного позвонковъ съ отсутствующими сухожильными рефлексами, нашелъ атрофію переднихъ роговъ поясничнаго мозга.

Bastian<sup>5)</sup> нашелъ поясничный мозгъ въ состояніи анэмїи.

<sup>1)</sup> Brasch. Münch. med. Wochensch. S. 433.

<sup>2)</sup> Senator. Zeitschr. f. Klin. Med. s. 10. Bd. 35.

<sup>3)</sup> Leyden. Arch. f. Psych. Bd. VIII.

<sup>4)</sup> Francott. Virchow's Jahresber. 1888. 11.

<sup>5)</sup> Bastian. On the symptomathologie of total translesions of spinal cord. Med. chirur. transact. Vol. 73.

Sano <sup>1)</sup> (III случай) видѣлъ серозное пропитываніе того-же отдѣла спинного мозга.

Brosch <sup>2)</sup> видѣлъ дѣвушку, у которой, вслѣдствіе перелома V и VI грудныхъ позвонковъ наступила вялая параплегія, а на вскрытіи было найдено перерожденіе рефлекторныхъ дугъ поясничнаго мозга, въ видѣ атрофіи клѣтокъ переднихъ роговъ и переднекорешковыхъ волоконъ на пути ихъ до выхода изъ предѣловъ спинного мозга.

Тоже самое отмѣтилъ этотъ авторъ и въ другомъ его аналогичномъ случаѣ вялой параплегіи, вслѣдствіе травматическаго ущемленія спинного мозга.

Westphal <sup>3)</sup> при умѣренномъ сдавленіи шейнаго мозга вслѣдствіе туберкулезной опухоли и развившейся, благодаря этому вялой параплегіи нашелъ пораженіе переднихъ роговъ поясничнаго мозга.

Случай Babinski <sup>4)</sup>, который считается чрезвычайно доказательнымъ для даннаго ученія, на самомъ дѣлѣ вовсе не доказателенъ, ибо *периферическіе нервы въ этомъ наблюденіи вовсе не были изслѣдованы.*

---

<sup>1)</sup> Sano. Journ. de neurolog. 1898. III.

<sup>2)</sup> Brosch. Verhandlungen d. Vereins f. innere Medicin. Berlin. 1899. Verhandlung des f. Psychiatrie, 1899.

<sup>3)</sup> Westphal. Arch. f. Psych. Bd. XXX.

<sup>4)</sup> Babinski. Arch. de méd. expériment. 1891.

## ЗАКЛЮЧЕНІЕ.

Приведенное личное—клиническое наблюденіе и экспериментальныя изслѣдованія позволяютъ сдѣлать слѣдующіе общіе выводы.

Законъ Bruns'a, будто-бы *внезапныя* ущемленія спинного мозга сопровождаются *утратой рефлексовъ*, пуждается въ дальнѣйшей провѣркѣ.

Точно также кажутся заслуживающими малаго довѣрія утвержденія Brasch'a, будто-бы *отсутствіе рефлексовъ* при ущемленіи верхнегрудного или шейнаго мозга всегда означаетъ *тотальный перерывъ* спинного мозга, а не простое сдавленіе спинномозговой оси.

Весьма сомнительно, что *тотальному ущемленію* спинного мозга *само по себѣ, не сопровождающемуся сильными раздраженіями*, можно было приписывать функцію *тормозить спинномозговые рефлексы*. Оно имѣетъ вѣроятно *лишь косвенное* вліяніе на рефлексы въ парализованныхъ частяхъ, а именно лишь настолько, *поскольку* сдавленіе *ведетъ къ матеріальнымъ измѣненіямъ* нижележащихъ дугъ и центровъ. Ближайшую причину этого послѣдняго можно искать иногда въ повышеніи давленія цереброспинальной жидкости, отечномъ состояніи извѣстныхъ отдѣловъ спинного мозга, точечныхъ геморагіяхъ тамъ и тому подобное.

Частичныя сдавленія спинного мозга, (дающія клиническую картину Браунъ—Секаровскаго паралича) при которыхъ разрушаются однако мозжечковые пути къ парализованной части тѣла, могутъ протекать безъ измѣненія рефлексовъ, вѣроятно, вслѣдствіе того, что части рефлекторныхъ дугъ при этомъ могутъ оставаться органически нормальными.

Напротивъ, сильныя болевая раздраженія, проэцирующіяся въ спинной мозгъ, могутъ угнетать дѣятельность заложенныхъ тамъ какъ выше, такъ и нижележащихъ рефлекторныхъ дугъ даже въ томъ случаѣ, если эти дуги матеріально совершенно нормальны и при томъ не только при сдавленіяхъ съ тоталь-

вымъ перерывомъ спинномозговыхъ волоконъ, но также при частичныхъ ущемленіяхъ спинного мозга.

При отсутствіи большихъ раздраженій (и при нормальномъ состояніи рефлекторныхъ дугъ), рефлексы въ парализованныхъ частяхъ возможны, а въ томъ случаѣ, если рефлекторныя дуги цѣлы, не сдавлены, не отечны и питаніе ихъ не разстроено—эти рефлексы должны быть налицо, хотя бы сдавленіе спинного мозга сопровождалось и тотальнымъ перерывомъ его на высокихъ уровняхъ.

Отсутствіе рефлексовъ въ парализованной части тѣла при сдавленіи спинного мозга можетъ имѣть весьма сложную этиологію. Помимо функциональныхъ условий, способныхъ тормозить рефлекторные акты, могутъ имѣть мѣсто также и органическія причины для этого. Къ числу первыхъ нужно отнести боли и различныя раздраженія, проэцирующіяся въ выше лежащіе сегменты или развивающіяся тамъ. Ко вторымъ нужно отчислить матеріальныя измѣненія рефлекторныхъ дугъ. Въ виду этого параплегія *et compressione* возможно раздѣлить на категоріи.

Къ одной изъ нихъ слѣдовало бы отнести вялыя параплегіи, сопровождающіяся интенсивными болевыми раздраженіями. Напротивъ, къ другимъ категоріямъ причислить всякія другія параплегіи безъ болей. Отсутствіе рефлекторныхъ актовъ въ первой категоріи можетъ быть функциональнаго происхожденія; напротивъ, отсутствіе рефлексовъ при параплегіи безъ болей съ высокой степени вѣроятности нужно объяснить органическимъ поражениемъ рефлекторныхъ дугъ.



## Объ отношеніи истеріи къ циррозной или такъ называемой круглой, прободающей язвѣ желудка.

Д-ра мед. П. А. Викторовскаго.

Относительно истеріи съ давнихъ поръ говорятъ, что нѣтъ болѣзни, которой бы она не симулировала, поддѣлываясь подъ тѣ или другіе припадки, а относительно, такъ наз., круглой язвы желудка тоже давно сложилось мнѣніе, что нѣтъ патолого-анатома, у котораго не ускользнула бы она изъ рукъ, оставивъ его обманутымъ на счетъ ея загадочнаго патогенеза. И вотъ недалѣе, какъ года два тому назадъ, оба эти античныя чудовища: истерическій неврозъ и круглая прободающая язва желудка встрѣтились въ Парижѣ, сошлись вмѣстѣ у почтеннаго *Gilles de la Tourette* и при ученюмъ его *содѣйствіи соединились* въ одинъ общій патогенезъ, коего начало представляетъ такъ называемая *oedeme bleu* или истерическій стигматъ на *mucosa* желудка, а конецъ—круглое прободеніе его стѣнки на этомъ мѣстѣ.

Въ *la Semaine Medicale* № 48—1899 г. *Gilles de la Tourette* утверждаетъ на основаніи своихъ клиническихъ изслѣдованій, что истерическій неврозъ занимаетъ одно изъ первыхъ мѣстъ въ патогенезѣ круглой язвы. Проявленіе этого невроза по ничтожнымъ механическимъ поводамъ на кожѣ въ видѣ *oedeme bleu*, экхимозовъ или стигматъ, легко пере-



ходящихъ въ гангрену и язву съ геморрагіями, какъ это детально изображено у *Renaut* подъ именемъ дермографизма, *Gilles de la Tourette* переноситъ цѣликомъ на слизистую оболочку желудка подъ именемъ вазомоторнаго діатеза, изображая шагъ за шагомъ, по аналогіи съ кожей, какъ тутъ на слизистой оболочкѣ желудка отъ соприкосновенія съ пищей происходитъ въ томъ или другомъ мѣстѣ красное пятно, какъ оно бѣлѣетъ въ центрѣ, припухаетъ съ отекомъ ткани и спазмомъ капилляровъ, какъ, наконецъ, устанавливается синева или экхимозъ, стигматъ,—откуда одинъ только шагъ къ омертвѣнію, кровотеченіямъ и слѣдовательно къ язвѣ, а при „элективномъ“ дѣйствіи желудочнаго сока—и къ прободенію. У него и лѣченіе язвы—тоже противуистерическое.

Свое ученіе *G. de la Tourette* основываетъ на клиническомъ матеріалѣ, а отнюдь не на патолого-анатомическомъ. По госпиталямъ Парижа онъ собралъ 18 случаевъ круглой язвы, въ томъ числѣ 13 женщинъ и 5 мужчинъ, изъ коихъ у 8 алкоголизмъ, у остальныхъ истерической неврозъ, а то и оба страданія вмѣстѣ; при чемъ, на то-же число больныхъ вообще, женщинъ съ язвой оказалось въ четыре раза больше, чѣмъ мужчинъ. Въ доказательство, что истерія не только даетъ язву въ желудкѣ, но и прободаетъ его, онъ приводитъ единственное патолого-анатомическое изслѣдованіе, да и то почему то старинное, сдѣланное болѣе сорока лѣтъ тому назадъ *Bercieux* на трупѣ истерички, показавшее язву желудка съ прободеніемъ и при томъ надо замѣтить, на почвѣ продуктивно—воспалительнаго процесса или цирроза, осложнявшаго истерію, что видно даже по заглавію статьи: *Retrécissement du pylore* и чему *G. de la Tourette* не умѣлъ придать какого-либо значенія, придерживаясь глубоко вкоренившагося съ давнихъ поръ излюбленнаго предразсудка объ „элективномъ“ дѣйствіи на язву желудочнаго сока, не смотря на доказанную его не состоятельность еще *Abercrombie* противъ Гунтера, а потомъ *Leube* и другими противъ теоріи Вирхова. Собственныхъ препаратовъ прободенія язвою истеричнаго же-

лудка *G. de la Tourette* не представлялъ безъ сомнѣнія потому, что изъ 10 его кругло-язвенныхъ истеричекъ ни одна не умерла отъ прободающей язвы, которой, значить, у нихъ и не было, а были только истерическіе гематемезы или обыкновенныя эрозіи, которымъ до прободающей язвы далеко и не трудно симулировать ее, какъ замѣчено уже выше.

Затѣмъ при ближайшемъ ознакомленіи съ патологической анатоміей прободающей язвы и патологическими фазами всего процесса въ желудкѣ, пострадавшемъ отъ этой язвы, не трудно убѣдиться, что она съ истеріей не имѣетъ никакой связи и совсѣмъ не обязана ей своимъ происхожденіемъ или началомъ.

Мнѣ пришлось въ прошлое время произвести патолого-анатомическій опытъ разоблаченія и выясненія загадочно-темнаго патогенеза этой язвы въ желудкѣ при помощи макро-и микроскопическаго изслѣдованія пострадавшихъ въ немъ тканей, причемъ найдены мною и удостовѣрены въ свое время компетентными представителями науки новыя патолого-анатомическія данныя, рѣшительно изобличающія фактическую несостоятельность коррозивно-прободающаго дѣйствія желудочнаго сока на язву, въ томъ числѣ и на изъязвленный истерическій стигматъ мукозы желудка.

1) Патологическій процессъ, охватывающій весь желудокъ, начиная съ выходной его части, и всегда предшествующій появленію въ немъ язвы, дающей прободеніе, это—обыкновенный идиопатическій диффузный циррозъ, который въ желудкѣ, какъ и въ другихъ паренхиматозныхъ органахъ: печени, почкѣ и т. д. послѣ начальной гипертрофической фазы съ увеличеніемъ органа, иногда громаднымъ, тоже вступаетъ наконецъ въ фазу сократительную, регрессивную съ уменьшеніемъ желудка до размѣровъ нерѣдко ниже нормы, причемъ серозный и мышечный его слои, равно и сфинктеръ стянуты или сокращены концентрически, а *mucosa* свой гипертрофическій излишекъ объема сокращаетъ или уменьшаетъ тѣмъ, что ложится въ складки разной величины и формы,

непосредственно прилежащая одна на другой, съ бороздками между ними болѣе или менѣе глубокими и тѣсными, такъ что современемъ онѣ занимаютъ всю малую кривизну, какъ мѣсто преимущественной гипертрофіи мышечнаго слоя. Къ тому же это—складки и бороздки не физиологическія, а патологическія, или циррозныя, выполненныя компактной массой плотной соединительной ткани, сращеной какъ съ ними, такъ и съ подлежащей гипертрофированной мускулатурой, такъ что свободнымъ отъ сращеній оказывается здѣсь только самое дно глубокой бороздки, угломъ своимъ примыкающее, при остаткахъ рыхлой *submucosae*, къ гипертрофированному мышечному слою. Въ такой бороздкѣ, съ дальнѣйшимъ развитіемъ цирроза и особенно при перистальтикѣ гипертрофированной мускулатуры, очевидно, даны всѣ механическія и динамическія условія къ реализаціи регрессивныхъ измѣненій паренхимы *mucosae* на самомъ днѣ бороздки, доходящихъ даже до инсульта или вообще до первоначальнаго настоящаго изъязвленія. Отсюда понятно, почему такое изъязвленіе въ подобныхъ желудкахъ зарождается всегда на малой кривизнѣ и только въ глубинѣ тѣсной бороздки, или ущелья *intra muros*—циррозныхъ неподвижныхъ складокъ *mucosae* и представляетъ своеобразную форму паренхиматозной язвы *mucosae* до ея *matrix* включительно, при которой снизу въ тоже время оказывается готовымъ гнѣздо молодого воспалительнаго новообразованія, безъ признаковъ коррозиі, такъ что это крошечное, величиною въ булавочную головку изъязвленіе слѣдуетъ назвать паренхиматозно-грануляціоннымъ, имѣющимъ воспалительный, а не коррозивный характеръ.

2) Эта крошечная воспалительная язва, со дня своего появленія, тотчасъ подвергается коррозиі, которая, точно эквивалентъ разрушительно—язвеннаго процесса, болѣе его энергичный, вскорѣ превращаетъ её въ коррозивную полость величиной въ горошину, безъ форменныхъ элементовъ язвеннаго края и бывшаго тутъ воспалительнаго новообразованія съ дномъ на мышечномъ слоѣ и со сводомъ изъ толстыхъ

стѣнокъ бороздки, плотно прилегающихъ одна къ другой такъ что и найти ее на такой глубинѣ удастся нелегко. Надо замѣтить, что въ сказанной бороздкѣ проходить *mucosa* съ пепсиновыми железами и тамъ въ замкнутой глубинѣ нависаетъ или заворачивается язвеннымъ краемъ въ коррозивную полость въ формѣ горошины. Затѣмъ полость эта въ скоромъ времени увеличивается до 1 цент. въ діаметрѣ, дно ея продыравливаетъ мышечный слой, причемъ язвенный край *mucosae* оказывается уже въ подсерозной области, а упомянутый выше створчатый сводъ соотвѣтственно съ этимъ опускается, представляя круглое углубленіе *mucosae* замѣтное сразу. Наконецъ эта коррозивная полость достигаетъ ширины въ 2 центим. и дно ея къ 14 дню (Рокитанскій) отъ начала изъязвленія продыравливаетъ насквозь утолщенную серозную оболочку, а *mucosa*, опускаясь сюда въ видѣ складчатой фильтры, выходитъ черезъ эту воронку своимъ язвеннымъ краемъ съ гипертрофированными пепсиновыми железами на наружную серозную сторону и здѣсь иногда приростаетъ, если только не послѣдовала смерть. Нелишне замѣтить, что гипертрофію пепсиновыхъ железъ по краю круглой язвы и паренхиматозныя узуръ въ бороздкахъ между складками *mucosae* замѣтилъ еще *Brinton*, но дальше этого онъ не пошелъ. Однако, что же слѣдуетъ изъ всего этого? Очень похоже на то, что коррозію производитъ здѣсь не желудочный сокъ въ смыслѣ Гунтера или Вирхова, выдѣляемый во время пищеваженія всѣми пепсиновыми железами желудка и не имѣющій даже доступа въ эти закрытыя коррозивныя полости, а сокъ мѣстныхъ пепсиновыхъ железъ по язвенному краю *mucosae*, всегда спрятанному или завороченному въ коррозивную полость на ту или другую глубину и даже выходящему наружу послѣ прободенія дна ея. Такой заворотъ—*entropion* предустановленъ еще въ доязвенный періодъ циррозными стѣнками глубокой бороздки—мѣсторожденія язвы и, за исключеніемъ конституціональных болѣзней, всегда вооруженъ какъ здоровыми, такъ и гипертрофированными пеп-

синовыми железами, открывающимися не въ полость желудка, а къ дну бороздкѣй или язвы.

Притомъ же, находясь всегда на гипертрофированномъ мышечномъ слоѣ и будучи сращенъ съ нимъ плотной рубцовой тканью, заворотъ этотъ во время перистальтики оказывается въ роли скрытаго бурава, который, будучи снабженъ химически—острымъ лезвиемъ и мышечно-потенцированнымъ двигателемъ, разрушаетъ всѣ ткани, встрѣчающіяся на пути къ прободенію, и самъ выходитъ иногда наружу.

3) Эти-то три момента, или фактора: механическій, химическій и динамическій, или что то-же: заворотъ *mucosae*, вышедшій изъ циррозныхъ стѣнокъ ея глубокой бороздки сокъ въ гипертрофированныхъ пепсиновыхъ железахъ по язвенному краю заворота и гипертрофированный мышечный слой въ анатомической связи съ нимъ и составляютъ характерную, существенную принадлежность нашей язвы, унаслѣдованную ею отъ циррозаго процесса и отличающую ее патогенетически отъ всѣхъ прочихъ язвъ. Почему и язву эту по всей справедливости слѣдуетъ назвать наконецъ циррозною, т. е. именемъ ея основного патологическаго процесса, какъ это сдѣлано для всѣхъ прочихъ язвъ: воспалительной, гавгренозной, сифилитической, раковой и т. д. Прежнее же названіе: круглая, прободающая, хроническая и т. п., заимствованное отъ вѣдшихъ признаковъ или свойства язвы и только свидѣтельствующее о нашемъ невѣжествѣ по части ея патологической анатоміи, пора слать въ архивъ. Впрочемъ хроническою перѣдко является и циррозная язва, о трехъ сказанныхъ факторахъ, когда съ достиженіемъ предѣльнаго возраста въ 14 дней она не даетъ однако прободенія и съ устраненіемъ коррозивнаго эквивалента получаетъ прежній воспалительный характеръ и хроническое теченіе, о чемъ будетъ сказано ниже.

4) Язва циррозная въ коррозивной скоротечной формѣ не всегда даетъ прободеніе. Съ появленіемъ коррозиі въ качествѣ эквивалента разрушительно-язвеннаго процесса въ

первоначальномъ изъязвленіи бороздки, то же выступаетъ на сцену въ роли его антагониста или тормоза и реактивное воспаление въ видѣ массы плотной соединительной ткани по всему району коррозивной полости или язвы и особенно снаружи мышечнаго слоя по серозному краю у самаго дна ея, которому грозитъ прободеніе. Здѣсь масса эта у язвы шириной болѣе 2 цент., не давшей прободенія, имѣетъ толщину около 2 цент., а въ язвѣ о двухъ цент. того же желудка, давшей прободеніе и отмѣченной выше, утолщеніе это не такъ значительно и доходить лишь до  $1\frac{1}{2}$  цент. При томъ же мышечный слой въ районѣ послѣдней язвы потерялъ лишь незначительную часть своей гипертрофированной до 1 цент. толщины и своимъ продыравленнымъ краемъ непосредственно касается коррозивной полости, тогда какъ въ первой, не давшей прободенія, онъ совсѣмъ вытѣсненъ соединительною тканью дѣлѣе, чѣмъ на  $1\frac{1}{2}$  цент. кругомъ язвы или же низведенъ до ничтожной толщины въ 2 миллим., какъ показала такая-же язва другого подобнаго желудка.

Что же слѣдуетъ отсюда?—Пока только то, что обыкновенное, умѣренное и, можетъ быть, запоздалое реактивное воспаление въ районѣ коррозивной полости или язвы не устраняетъ и не предупреждаетъ ея прободенія, тогда какъ массивный слой плотной соединительной ткани у дна коррозивной полости, точно солидная предохранительная заплатка на мѣстѣ, которому грозитъ прободеніе, даетъ совсѣмъ противоположный результатъ. Пока коррозія шагъ за шагомъ будетъ разрушать такую толщу соединительно-тканной массы, тѣмъ временемъ эта послѣдняя, тормозя и подавляя мышечную работу и связанную съ ней коррозію, совсѣмъ вытѣсняетъ мускулатуру изъ района язвы и тѣмъ самымъ, разрушивъ динамическую сторону сваряда о трехъ факторахъ, совсѣмъ и навсегда устраняетъ изъ язвы коррозію и прободеніе. Съ потерей своего потенцированного двигателя заворотъ язвеннаго края и коррозія не поступаютъ больше въ глубину язвы къ ея дну, а остаются у ея входа, причемъ коррозія направляется

въ ширину подъ заворотъ язвеннаго края и съ разрушеніемъ его прекращается совѣтъ, а язва становится шире до трехъ цент., вполне открытою, не совѣтъ круглою, съ неровными незавороченными внутрь краями или же съ остаткомъ заворота и коррозіи подъ нимъ только въ одномъ углу—(язва о двухъ теченіяхъ), выполевается грануляціонно-гнойной массой вся, или же только за исключеніемъ сказаннаго угла, т. е., является язвой вторичной воспалительной, хронической впрядъ до заживленія круглымъ рубцомъ. Отсюда то же слѣдуетъ, и при томъ неумолимо, что если бы желудочный сокъ не былъ тутъ ни причесть въ дѣлѣ коррозіи и прободенія, то онъ непременно поражасть бы именно эти открытыя язвы, а не вполне закрытыя и недоступныя для него коррозивныя полости величиной въ горошину, гдѣ вмѣсто коррозіи было бы нагноеніе и онѣ представляли бы гнойныя, а не коррозивныя абсцессы. Особенно наглядна улика со стороны язвы о двухъ теченіяхъ, встрѣчающейся впрочемъ рѣдко. Два противоположныхъ теченія въ одной и той же язве при дѣйствіи на нее желудочнаго сока, который естественно будетъ занимать и прижигать все дно ея, а не одинъ только уголокъ, совершенно немислимы, тогда какъ теченія эти вполне понятны и возможны только въ томъ случаѣ, когда эту ограниченную коррозію будутъ производить мѣстныя пепсиновыя железы оставшагося здѣсь куска заворота, выдѣляющія сокъ химически тождественный съ желудочнымъ и по ихъ малочисленности, достаточный только для коррозіи одного уголка, а не всего дна язвы. Тоже и со стороны круглаго рубца по заживленіи подобной язвы: не обладая по своему безкровію Вирховской нейтрализаціей кислаго сока, онъ разрушался бы коррозіей до прободенія. Факты эти доказываютъ, что желудочный сокъ, въ актѣ пищеваренія поступившій изъ пепсиновыхъ железъ всего желудка непосредственно въ массу его пищевой смѣси для немедленныхъ химическихъ соединеній, не отдается ею обратно для коррозіи даже открытой язвы такъ легко, какъ это казалось возможнымъ и неизбѣжнымъ



по теоретическимъ соображеніямъ.

5) Всѣ язвы, равно и травмы случайныя и экспериментальныя не имѣютъ заворота и потому никогда не даютъ прободеній, хотя бы въ нихъ и было что нибудь напоминающее коррозію. Сюда, безъ сомнѣнія, относится и язва отъ истерическаго стигмата, если таковой дѣйствительно бываетъ на *mucosa* желудка.

6) Всѣ формы нашей циррозной язвы слѣдуетъ группировать такъ: 1) язвы первичныя или скоротечныя а) изъязвленіе первоначальное или паренхиматозно-грануляціонное *intramuros* циррозной бороздки и б) изъязвленіе эквивалентное или коррозивное въ видѣ коррозивнаго абсцесса *in profundo* подъ створками сказанной бороздки или заворота *mucosae*, 2) язвы вторичныя или хроническія а) язва хроническая *in sensu stricto*, коррозивный абсцессъ, вскрывшійся внутрь желудка и перешедшій въ язву воспалительную или въ грануляціонно-гнойную на пути къ заживленію и б) язва сквозная, проникающая въ видѣ того же коррозивнаго абсцесса, вскрывшагося наружу въ брюшную полость, а затѣмъ и внутрь въ полость желудка, иногда съ выходомъ наружу самаго заворота *mucosae*, представляющаго здѣсь нѣчто въ родѣ сфинктера, какъ это видѣлъ однажды *Harisson*. Если первичныя язвы начинаютъ съ величины булавочной головки или же горошины, то послѣдняя язва отъ 2-хъ цент. въ теченіе года и болѣе достигаетъ иногда ширины въ 4 дюйма. Всѣ эти язвы, тоже благодаря циррозу желудка, всегда сопровождаются суженіемъ его привратника въ той или другой степени.

При такомъ взглядѣ, выработанномъ мною уже давно, на патогенезъ язвы, дающей коррозію и прободеніе, очевидно, не можетъ быть и рѣчи о томъ, что истерическій стигматъ превращается въ такую язву дѣйствіемъ желудочнаго сока. Если же прободеніе оказывается въ желудкѣ у истеричекъ, какъ это доказываетъ вышеприведенный случай *Bercioux*; то оно обязано своимъ происхожденіемъ только желудочному цир-



розу съ его факторами, дающими прободеніе въ желудкахъ и безъ всякаго истерическаго стигмата. Истерическій неврозъ не исключаетъ желудочнаго цирроза со всѣми его послѣдствіями, какъ доказываетъ тотъ же случай *Berciox*.

Щербаковъ и др. наконецъ поднялись на головокругительную высоту въ сферу центровъ головного мозга, между которыми при помощи резонерства на всевозможные лады, нашли главную и существенную причину круглой, или прободящей язвы желудка, отъ чего ученіе о ней запуталось еще больше прежняго и дошло, кажется, до *non plus ultra*. Характеръ означенной дѣятельности—тоже нѣсколько Вавилонскій. Одни сосредоточиваютъ все свое вниманіе на самой язвѣ и ея виѣшнихъ свойствахъ: особенно круглой формѣ, чистой коррозивной отдѣлкѣ, косомъ положеніи воронки и т. п. и совсѣмъ не обращаютъ вниманія на то, что происходитъ во всемъ желудкѣ, охваченномъ патологическимъ процессомъ въ видѣ цирроза, который ошибочно принимаютъ за неимѣющее, по ихъ мнѣнію, значенія реактивное воспаление данныхъ язвъ, хотя оно здѣсь—и небывалыхъ размѣровъ, со множествомъ патологически - фиксированныхъ складокъ, нѣсколько похожихъ на физиологическія. Другіе, отыскивая причину язвы въ центрахъ головного мозга, мало занимаютъ ею и приписываютъ ей то, чего сами въ ней не видѣли: вазомоторный діатезъ, или спазмъ, гіалиновые тромбы капилляровъ, геморрагическія инфильтраціи, экхимозы, истерическія стигматы и т. подоб. Но заворотъ *mucosae* въ язву, вдвинутой въ нее своимъ коррозивнымъ краемъ на ту или другую глубину, остается совсѣмъ незамѣченнымъ у всѣхъ изслѣдователей и устраняется ими только какъ лишняя случайная помѣха при разсматриваніи любопытной воронки. Моя скромная доктрина о циррозной язвѣ желудка, направленная здѣсь противъ истерическаго стигмата G. de la Tourette'a, современемъ не разрушитъ ли и всю Вавилонскую башню теорій относительно чудовищной круглой язвы?

Подробности сложнаго патогенеза этой язвы изложены въ моихъ работахъ: 1) объ отношеніи продуктивныхъ воспалительныхъ процессовъ къ язвенному въ желудкѣ. Спб. 1877 г. 2) о томъ же—Воен. Мед. Жур. 1882 г. 3) о томъ же—рефератъ въ *Virchow's Archiv* 1882 Bd. 94 и 4) осложненно-хроническая язва. Варшава 1900 г.

---

## Атетозъ съ эпилепсіей.

(Athetosis posthemiplegica et epilepsia procursiva).

Д-ра В. И. Руднева.

Случаи дѣтскаго мозгового паралича съ атетозомъ, по замѣчанію Freud'a <sup>1)</sup>, почти никогда не сочетаются съ эпилепсіей, а потому, разъ встрѣтится такое сочетаніе, не безынтересно на немъ остановиться.

Въ Одесской Психіатрической больницѣ въ настоящее время находится больная, которая въ дѣтствѣ перенесла односторонній мозговой параличъ, затѣмъ черезъ нѣсколько лѣтъ у ней появились непроизвольныя движенія въ парализованной половинѣ тѣла и къ этому со временемъ присоединились припадки падучей болѣзни. Такая триада симптомовъ, несомнѣнно одного и того же происхожденія, и позволяетъ сдѣлать нѣкоторыя заключенія, относительно локализаціи атетоза и эпилепсіи.

Не говоря объ атетозѣ, который сравнительно недавно изучается, эпилепсія извѣстная съ древнихъ временъ, въ отношеніи патогенеза представляетъ еще много спорнаго. Такъ, на примѣръ, Pruss <sup>2)</sup> всякую эпилепсію считаетъ подкорко-

---

<sup>1)</sup> Die infantil. Cerebrallähmungen. Notnagel's Spec. Pathol. u Wiener med. Wochen. 1888 r.

<sup>2)</sup> Pruss. Zur pathogenese der Kindenepilepsie. 1898 r.

вой, а Муратовъ <sup>1)</sup> утверждаетъ, что нѣтъ другой эпилепсіи, кромѣ кортикальной.

Вотъ вкратцѣ исторія болѣзни наблюдаемаго нами случая.

М. Ж. 16 лѣтъ, дѣвица, жалуется на то, что не можетъ совершенно дѣйствовать лѣвой рукой и плохо ходить лѣвой ногой. Непроизвольныя движенія наблюдаются какъ въ пальцахъ лѣвой руки и ноги, такъ и вообще въ другихъ мышцахъ этихъ конечностей. Жалуется на припадки, воспоминаніе о которыхъ отсутствуетъ; только помнить начало припадка. Головные боли во временахъ во всей головѣ.

Мать больной говоритъ, что дочь родилась здоровой, какъ и трое остальныхъ дѣтей; 8 мѣсяцевъ дѣвочка перенесла оспу, а также имѣла брюшной тифъ. Параличъ лѣвыхъ конечностей у ней развился на 6-мъ году; дѣло началось сильнымъ припадкомъ смѣха, послѣ котораго она уснула и спала до утра; послѣ пробужденія лѣвая рука и нога уже не дѣйствовали. Непроизвольныя движенія явились постепенно. Черезъ 2 года у больной стали обнаруживаться особаго рода припадки: она вздрагиваетъ, стоитъ на мѣстѣ въ продолженіе 5 минутъ, ничего не сознаетъ и затѣмъ приходитъ въ себя. Послѣ лѣченія у деревенской бабки, которая поила свою пациентку какой-то настоенной водкой въ продолженіе цѣлаго года, у больной были замѣчены другого рода припадки. Она вдругъ схватывается съ мѣста и начинаетъ бѣжать; кого встрѣтитъ—бьетъ и кусаетъ людей. Иногда припадокъ случался, когда дѣвочка ходила въ лавку за покупкой, тогда она куда-либо забѣгала, но послѣ окончанія припадка прекрасно помнила, зачѣмъ ее послали, и на деньги, которыя крѣпко сжимала въ своей рукѣ, покупала требуемое. Въ другое время случалось наступить припадку въ гостяхъ, и больная бѣгала кругомъ по комнатѣ, иногда кого-либо ударила, затѣмъ сильно опускалась на стулъ, такъ что иногда ломала его при этомъ и припадокъ оканчивался. Больная ничего не помнила и не сознавала. Иногда послѣ припадка спала такъ крѣпко, что невозможно было ее разбудить и въ это время мочилась подъ себя. По случаю припадковъ ей было запрещено ходить въ школу.

---

<sup>1)</sup> Муратовъ. Клин. лекціи 1900 г.

*Изслѣдованіе въ больницѣ.*—Положеніе тѣла очень характерно; сидя на стулѣ, больная держитъ руку приведенной къ туловищу, согнутой въ предплечіи и разогнутой въ кисти, ладонь обращена впередъ, пальцы въ гиперекстензиі, совершаютъ червеобразныя движенія. Если больная кладетъ свою руку на столъ, то пальцы, за исключеніемъ большого, постепенно приближаются къ столу и давятъ на него слегка; большой палецъ въ это время совершаетъ движенія приведенія и отведенія. Затѣмъ черезъ нѣкоторое время кисть отводится, образуя сначала тупой уголъ съ локтевой костью, далѣе острый и, наконецъ, совершенно прикасается къ локтевой кости; пальцы согнуты въ кулакъ и предплечіе сильно супинировано. Такое неестественное положеніе конечности больная исправляетъ своей здоровой рукой, которая разгибаетъ пальцы и кисть и придаетъ больной рукѣ желаемое положеніе, которое однако вскорѣ измѣняется. Будучи согнутой въ кулакъ, неестественно приведенной и пронированной, кисть не остается въ покоѣ и производитъ движенія сгибанія и разгибанія; большой палецъ двигается самостоятельно, предплечіе также движется впередъ и назадъ, такъ что рука иной разъ падаетъ со стола. Вслѣдствіе сильнаго сокращенія плечевыхъ мышцъ, больная чувствуетъ боль въ плечѣ. Послѣднее при сидѣніи, стояніи и хожденіи представляется опущеннымъ. Походка больной двоякаго рода: или она ступаетъ на переднюю половину лѣвой стопы и почти не отрываетъ ее отъ полу—волочить ногу, или она ступаетъ на тыльную поверхность повернутой внутрь и приведенной стопы; вслѣдствіе плохого хожденія образовались на тылѣ стопы въ трехъ мѣстахъ мозоли.

Конфигурація лѣвой стопы измѣнена значительно. Общее тѣлосложеніе больной довольно крѣпкое, на лицѣ остатки оспенныхъ рубцевъ, то же на рукахъ и на одной ногѣ. Кожные покровы: на лѣвой рукѣ кожа болѣе нѣжная въ особенности это замѣтно при осизавіи той и другой. Подкожный жировой слой въ значительномъ количествѣ, на больной сторонѣ его гораздо болѣе; это сказывается также на эластичности кожи, которая менѣе упруга на больной сторонѣ.

Волосы кожные кажутся болѣе развитыми на здоровой сторонѣ и почти не представляютъ особенностей. Суставы на лѣвой рукѣ въ кисти и пальцахъ допускаютъ сильную степень гиперекстензиі.

Черепъ въ окружности 50,5 сант., лобные бугры мало развиты; болѣзненныхъ точекъ нѣтъ. Позвоночникъ искривленъ влѣво въ нижнегрудной части.

На лѣвой рукѣ очень хорошо замѣтна атрофія мышцъ, въ особенности въ thenar и hypothenar, и въ межкостныхъ мышцахъ. Измѣреніе указываетъ на атрофію мышцъ предплечія и плеча. Окружность верхней части предплечія на здоровой сторонѣ 24 сант., на больной  $22\frac{1}{2}$ ; въ нижней части  $16\frac{1}{2}$ —15; biceps 24— $22\frac{1}{2}$ . Тонусъ мышцъ на лѣвой сторонѣ повышенъ, за исключеніемъ атрофированныхъ мышцъ кисти. Въ лѣвой рукѣ возможны только подниманіе, опусканіе, приведеніе и отведеніе всей руки. Произвольно не можетъ сдѣлать ни малѣйшаго движенія кистью и пальцами лѣвой руки.

У больной бываютъ такого рода припадки, когда она не падаетъ и не бѣжитъ, а только у нея дрожатъ лѣвая рука и нога; это „у меня тихій припадокъ“, какъ выражается больная.

Когда съ ней бываетъ „дрожащій припадокъ“, то, заранѣе зная его приближеніе, она ложится въ постель, начинается дрожаніе руки и ноги, которое скоро проходитъ; въ лицѣ дрожанія нѣтъ, только голова болитъ. Въ это время сознание не отсутствуетъ. При атетозныхъ движеніяхъ пальцевъ замѣтно дрожаніе ихъ. Закрываніе глазъ сопровождается сильнымъ дрожаніемъ обоихъ вѣкъ. Фибриллярныхъ подергиваній нѣтъ. Иногда дрожаніе переходитъ въ клоническую судорогу. Атетозъ кромѣ пальцевъ лѣвой руки наблюдается также въ пальцахъ лѣвой ноги. Когда больная дѣлаетъ что-либо правой рукой, то лѣвая рука иногда схватываетъ предметъ; такъ, однажды больная схватила горячую картофель и обожгла ею руку.

Чувствительность тактильная кажется на здоровой сторонѣ лучше, а болевая—хуже. Прикосновеніе холоднаго предмета на здоровой сторонѣ лучше различается. Мышечное чувство безъ измѣненій. Рефлексы сухожильные на правой и лѣвой рукѣ не вызываются, на нижнихъ конечностяхъ, гдѣ сильно выражена ригидность, рефлексы повышены, сильнѣе на больной сторонѣ. Кожные рефлексы со стопъ не вызываются. Со слизистой носа рефлексъ отсутствуетъ, съ conjunctivae слѣва лучше, справа хуже, со слизистой горла рефлексъ есть.

Зрѣніе хорошее, но когда съ больной начинается припадокъ, то она уже, по ея словамъ, ничего не видитъ. Цвѣта различаетъ; поле зрѣнія ея сужено. Правый зрачекъ какъ-будто шире лѣваго; движенія глазъ правильныя. Реакція на свѣтъ есть. Параличъ нижней вѣтви лѣваго п. *facialis*. Произвольно сокращать мышцы (*m. front.* и *corrug. superc.*) лба больная не можетъ. Но съ больной стороны замѣтно неправильное положеніе лѣвой брови вслѣдствіе преобладающаго произвольнаго сокращенія лѣваго *corrugator. superc.*, который сокращаясь нерѣдко и расслабляясь показываетъ разницу въ положеніи бровей. Произвольное сокращеніе наблюдается по временамъ и въ области нижней вѣтви лѣваго *facialis*; лѣвый уголъ рта ниже праваго. Лѣвая ноздря шире правой. Произвольная мимика при смѣхѣ выражена одинаково на обѣихъ сторонахъ, равнымъ образомъ больная произвольно сокращаетъ лобную мышцу при разговорѣ съ ней.

Пульсъ 108. Передъ припадкомъ, по замѣчанію больной, у нея очень сильно бьется сердце. Языкъ и язычокъ замѣтно уклонены влѣво. Небо углубленное. Жалуется, что сильно потѣетъ, дѣлается красной и потъ льется, въ особенности при всѣхъ психическихъ волненіяхъ. Когда сдѣлается судорога въ лѣвой рукѣ, то рука вся вспотѣетъ.

Характерными особенностями даннаго случая являются слѣдующія: 1) послѣ припадка смѣха во снѣ случилась апролексія и параличъ лѣвыхъ конечностей, 2) односторонній атетозъ съ дрожаніемъ, 3) эпилепсія въ видѣ *pétit mal* или въ видѣ прокурсивной, 4) одностороннее дрожаніе въ парализованной сторонѣ, какъ-бы эквивалентъ эпилепсіи, не постоянное, но припадками, 5) произвольныя движенія въ области п. *facialis*.

Обыкновенно у дѣтей при церебральномъ параличѣ пораженіе занимаетъ двигательную область мозговой коры (Oppenheim<sup>1)</sup>). Нашъ случай не представляетъ въ этомъ отношеніи исключенія; кромѣ паралича нижней вѣтви п. *facialis*, на больной сторонѣ замѣтна слабость верхней вѣтви: невозмож-

<sup>1)</sup> Oppenheim. Руков. по нервн. бол. 1896 г.

ность даже въ производствѣ произвольныхъ движеній; при непроизвольномъ однако сокращеніи въ *conjugat. supercilii*.

Послѣ паралича черезъ нѣкоторое время, какъ извѣстно, могутъ появиться въ парализованныхъ конечностяхъ непроизвольныя движенія, объясняемыя какъ симптомъ раздраженія соответствующихъ центровъ. Эпилепсія, встрѣчающаяся вообще въ  $\frac{2}{3}$  случаевъ при дѣтскомъ параличѣ, также должна быть поставлена въ зависимость отъ ненормальнаго состоянія мозговой коры. Правда, мы здѣсь не имѣемъ обычнаго падучаго припадка, больная не падаетъ, но стоитъ, или ходитъ, или бѣгаетъ. Считать-ли здѣсь ходьбу, или иначе локомоцію, зависящей отъ раздраженія, переданнаго съ мозговой коры на локомоторные центры (подкорковые узлы<sup>2)</sup>), или какъ результатъ раздраженія самой мозговой коры, это не измѣняетъ сущности дѣла: первичное раздраженіе будетъ исходить изъ мозговой коры.

У животныхъ локомоція признается актомъ субкортикальнымъ, такъ какъ можетъ совершаться безъ полушарій. Сѣченовъ<sup>1)</sup> замѣчаетъ, что фізіологамъ не удавалось вызвать съ поверхности гемисферъ локомоціи или даже локомоторной фазы. Между тѣмъ какъ у человѣка ходьба есть актъ заученный и, слѣдовательно, въ мозговой корѣ должны быть соответствующіе центры, а потому Сѣченовъ дѣлаетъ предположеніе, что мы съ нашимъ электрическимъ раздраженіемъ не умѣемъ воспроизводить тѣхъ психомоторныхъ импульсовъ, которыми локомоція пускается въ ходъ. Въ самомъ дѣлѣ, предположеніе, что при эпилепсін дѣйствіе подкорковыхъ центровъ наступаетъ вслѣдствіе выпаденія корковой функціи<sup>2)</sup>, не имѣетъ достаточныхъ основаній; почему собственно выпадаетъ корковая функція, и даже если бы она выпала, то въ силу какихъ причинъ наступаетъ такое дѣйствіе подкор-

---

<sup>1)</sup> Сѣченовъ. Физиологія нервн. центр. 1891 г.

<sup>2)</sup> Теорія Ziehen'a и Biswanger'a. Ziehen Monatsch. f. Psych. 1897 г. Biswanger die Epilepsie 1899 г.



ковыхъ центровъ. Теорія раздраженія, передаваемого отъ одного центра другому, наиболѣе соотвѣтствуетъ двигательнымъ явленіямъ при эпилепсїи.

Въ нашемъ случаѣ заслуживаетъ вниманія, между прочимъ, заявленіе больной о томъ, что у нея наблюдаются, какъ она называетъ, тихіе припадки, заключающіеся въ дрожаніи одной половины тѣла (парализованной). Здѣсь дрожаніе, выражающее собою, конечно, извѣстнаго рода состояніе двигательныхъ центровъ, представляетъ подготовительную ступень къ судорогамъ, въ которыя оно можетъ и перейти, какъ это случается при Джоксоновской эпилепсїи, истерїи и пр. Въ этомъ дрожательномъ состояніи больныя сознанія еще не теряютъ, находясь въ лучшихъ условіяхъ, чѣмъ во время судорогъ.

Дрожаніе соотвѣтствуетъ болѣе слабому раздраженію двигательныхъ центровъ, тогда какъ сильныя раздраженія вызываютъ эпилептоидныя общія конвульсіи<sup>1)</sup>. Этотъ фактъ прочно установленъ въ физиологїи корковой эпилепсїи.

Такимъ образомъ, явленія, наблюдаемая у больной, могутъ быть объяснены кортикальной локализацией. Фокусное раздраженіе, постоянное, вѣроятно незначительное, обнаруживается существующими атетозными движеніями, ригидностью конечностей, произвольными сокращеніями въ области п. *facialis*. Раздраженіе, усиливаясь отъ какихъ либо причинъ, измѣняетъ атетозъ въ дрожаніе, а при болѣе сильномъ раздраженіи наступаетъ эпилептический припадокъ съ сумеречнымъ состояніемъ сознанія. Всѣ двигательныя явленія, конечно, должны соотвѣтствовать различнымъ состояніямъ нервныхъ центровъ и потому очень важно иногда установить въ подобныхъ случаяхъ переходныя ступени.




---

<sup>1)</sup> Фредерикъ и Ньюэлъ. Физиологїя. 1899 г.

Изъ патолого-физиологической лабораторіи клиники душевныхъ и нервныхъ  
болѣзней профессора В. М. Бехтерева.

## Измѣненія въ спинномъ мозгѣ подѣ вліяніемъ сдавленія или перевязки брюшной аорты<sup>1)</sup>.

«Ad veritatem per scientiam».

Д-ра Л. М. Пуссена.

### I.

#### Краткій историческій обзоръ.

Въ 1667 году вышелъ трудъ Николая Стенсона, подѣ  
заглавіемъ: „Nicolai Stenonis. Elementorum Myologiae Spe-  
cimen, seu musculi descriptio geometrica; cui accedunt Canis  
Carchariae dissectum Caput et dissectus piscis ex canum ge-  
nere“<sup>2)</sup>).

Въ этомъ трудѣ авторъ описываетъ интересныя явленія,  
наблюдавшіяся послѣ перевязки брюшной аорты у животнаго,  
котораго Stenson называетъ Canis Carcharia. Явленія эти

---

<sup>1)</sup> Работа закончена въ настоящемъ видѣ въ 1898 г., когда и была  
награждена Конференціей Императорской Военно-Медицинской Академіи  
золотой медалью, но по независимымъ отъ автора обстоятельствамъ  
не была напечатана. Доложено въ засѣданіяхъ Собранія врачей клиники  
душ. и нервн. болѣзней въ 1899 г. 25 апрѣля.

<sup>2)</sup> Изъ диссертации Weil'я: Der Stenson'sche Versuch.

состояли въ параличѣ заднихъ конечностей, появлявшемся тотчасъ послѣ перевязки аорты („partium posteriorum omnium motum voluntarium toties cessare“), но съ удаленіемъ перевязки конечности получали опять возможность двигаться (sublato vinculo supervixit canis sine ullo motus incommodo).

Относительно причины подобныхъ явленій Stenson высказывается довольно осторожно, ограничиваясь только предположеніемъ, что главная причина—прекращеніе доступа крови къ спинному мозгу.

Почти черезъ сто лѣтъ въ 1762 году Albert v. Haller выпускаетъ въ свѣтъ обширный трудъ: „Elementa physiologiae corporis humani“.

Въ своемъ трудѣ Haller старается произвести оцѣнку опытовъ Stenson'a и приходитъ къ тому выводу, что причину параплегии заднихъ конечностей слѣдуетъ искать не въ анеміи спинного мозга, а гораздо вѣроятнѣе искать ее въ анеміи мышцъ и окончаній двигательныхъ нервовъ, причемъ авторъ перечисляетъ цѣлый рядъ именъ ученыхъ, которые держатся того же взгляда<sup>1)</sup>.

Мнѣніе Haller'a господствовало во всѣхъ выходившихъ послѣ его труда сочиненіяхъ и всѣ авторы принимали выводы Haller'a на вѣру, не давая себѣ труда провѣрить ихъ на опытѣ.

Такъ продолжалось до 1824 года, когда вышелъ замѣчательный трудъ Cesar'a la Gallois<sup>2)</sup>, который поставилъ себѣ цѣлью изслѣдованіе причины параплегии заднихъ конечностей. Опыты свои онъ ставилъ такимъ образомъ: послѣ перевязки аорты, спустя 15 мин., Le Gallois, разрушивъ позвоночникъ кролика, пробовалъ раздражительность спинного

---

<sup>1)</sup> J. Swammerdam, C. Bartholinus, Brunner, Vieussens, König, Bohn, King, Cowper, Courten, Astruc, Raauw, Pascoli, B. Langrish, la Mure, Hingaut le Cat, Lorry.

<sup>2)</sup> Oeuvres de Cesar Le Gallois avec des notes de M. Pariset, T. 1—«Experiences sur le principe de la vie». Paris. 1824 г.

мозга стилетомъ. Прикосновеніе стилета въ грудной области вызывало сильную реакцію со стороны животнаго, между тѣмъ какъ даже гораздо сильнѣйшее прикосновеніе стилета въ брюшной части спинного мозга не вызывало никакихъ явленій со стороны кролика. На основаніи этого Cesar Le Gallois категорически заявляетъ, что „la ligaturr de l'aorte abdominale en interceptant la circulation dans toute la portion de la moelle épinière anéantit le sentiment et le mouvement dans toutes les parties, qui regoivent leurs nerfs de cette portion de moelle, laquelle est alors, pour ces parties, comme s'il n'existait pas, ou comme s'il avait été détruite“<sup>1)</sup>.

Этотъ взглядъ вполне раздѣляетъ и нашъ великій ученый Пироговъ въ своемъ трудѣ: *Num vinctura aortae abdominalis in aneurysmate inguinali adhibitu facile tutum sit remedium?*<sup>2)</sup>

Пироговымъ въ общемъ поставлено 18 опытовъ:

8 на собакахъ, 4 на телятахъ, 3 на кошкахъ, 3 на ба-  
ранахъ.

Между прочимъ и Пироговъ употреблялъ раздраженіе спинного мозга стилетомъ и получилъ аналогичные результаты. Вотъ что говорятъ Пироговъ: „... „paralyseos, quum liqata Aorta in extremitatibus observamus, sedes partim in medulla spinali ipsa, partim vero in nervorum finibus in quirenda esse videatur“<sup>3)</sup>.

Изъ вышеприведеннаго отрывка видно, что Пироговъ однако не вполне отрѣшился отъ взглядовъ предшествующихъ писателей и нѣкоторое значеніе приписываетъ и окончаніямъ двигательныхъ нервовъ. 20 лѣтъ спустя, почти въ одинъ и тотъ-же годъ вышли двѣ замѣчательныя работы по данному вопросу Brown-Sequard'a<sup>4)</sup> и Stannius'a<sup>5)</sup>. Обѣ эти

<sup>1)</sup> L. c.

<sup>2)</sup> Dis. inaug. Dorpati 1832 г.

<sup>3)</sup> L. c.

<sup>4)</sup> Comptes rendus T. XXXII, pag. 855 и 897.

<sup>5)</sup> Arch. f. Physiol. Heilkunde 1852 г. XI.

работы, какъ и предыдущія, разсматриваютъ вопросъ съ физиологической точки зрѣнія. Brown-Sequard и Stannius единогласно приходятъ къ выводамъ, совершенно противоположнымъ выводамъ Le Gallois и Пирогова. По всей вѣроятности эти работы не были даже извѣстны ни Brown-Sequard'у, ни Stannius'у. Интересны опыты Brown-Sequard'a: онъ производилъ вливаніе крови въ аорту кролика, убитаго 13 часовъ предъ опытомъ. Какъ только мышцы инъецировались кровью, такъ тотчасъ онѣ возвращались къ жизни и получали возможность сокращаться. Основываясь на подобныхъ опытахъ, Brown-Sequard приходитъ къ заключенію, что и въ опытѣ Stenson'a повторяется тоже самое: пока притокъ крови къ мышцамъ заднихъ конечностей прекращенъ, они теряютъ свою функциональную возбудимость, но какъ только перевязка брюшной аорты прекращена, мышцы получаютъ опять достаточное количество крови и возбудимость у нихъ появляется снова <sup>1)</sup>. Schiff <sup>2)</sup>, повторяя опыты Stenson'a на собакахъ и кроликахъ, высказываетъ опять новый взглядъ, что параличъ заднихъ конечностей зависитъ отъ прекращенія доступа крови къ нервнымъ стволамъ.

Всѣ послѣдующіе физиологи Budge <sup>3)</sup>, Funke <sup>4)</sup>, Hermann <sup>5)</sup> согласно утверждаютъ, что параличъ заднихъ конечностей зависитъ отъ прекращенія доступа крови къ конечностямъ и совершенно игнорируютъ мнѣніе Cesar'a Le Gallois и Пирогова.

Наконецъ въ 1869 году появился трудъ Julius Schiffer'a <sup>6)</sup> окончательно положившій конецъ спорамъ и разногласіямъ

<sup>1)</sup> Считаемо нужнымъ замѣтить, что перевязка аорты у кролика на время менѣе  $\frac{1}{2}$  часа, даетъ такіе результаты, между тѣмъ какъ послѣ перевязки аорты на часъ параличъ уже никогда не пропадаетъ.

<sup>2)</sup> Lehrbuch der Phys. d. Menschen 1859 г.

<sup>3)</sup> Budge. Lehrb. d. Phys. d. Mensch. Leipzig 1862, 625 стр.

<sup>4)</sup> Funke. Lehrb. d. Phys. d. Mensch. B. I. Leipz. 1863 г. стр. 776.

<sup>5)</sup> Hermann, Grundriss d. Phys. d. Mensch. 1870. Berlin. стр. 233.

<sup>6)</sup> Cent. f. Med. Wissenschaft. 1869. S. 579, 593.

относительно причины паралича заднихъ конечностей. Въ виду того, что этотъ трудъ имѣлъ такое большое значеніе, я остановлюсь на немъ нѣсколько подробнѣе.

Опыты Schiffer производилъ исключительно на кроликахъ, которымъ онъ въ однихъ случаяхъ зажималъ аорту пинцетомъ, послѣ отсепарированія ея, а въ другихъ случаяхъ прижималъ пелотомъ особаго устройства, предложеннымъ Людвигомъ и Щелковымъ.

У кроликовъ тотчасъ же послѣ зажатія аорты наступалъ параличъ, который исчезалъ черезъ 1 сутки, если зажатіе продолжалось не болѣе  $\frac{1}{2}$  часа; у тѣхъ кроликовъ, у которыхъ зажатіе аорты производилось болѣе продолжительное время, параличъ уже не исчезалъ.

Перевязка-же *art. iliacaе* на обѣихъ сторонахъ даже на очень продолжительное время не вызывала паралича, а только ослабленіе функций конечностей, похолодѣніе и тому подобныя явленія, наблюдаемая при задержкѣ доступа крови къ конечностямъ. Кромѣ того для доказательства, что параличъ зависитъ главнымъ образомъ отъ разстройства кровообращенія въ спинномъ мозгу Schiffer раздражалъ у животныхъ съ перевязанной аортой *n. ischiadicus* и получалъ сокращеніе мышцъ; слѣдовательно, окончанія нервныя въ мышцахъ и сами мышцы остаются нормальными.

Раздражая же *n. ischiadicus* у такихъ животныхъ, у которыхъ наступилъ параличъ отъ перевязки *art. iliacaгum* или аорты у самаго *bifurcatio*, онъ не получалъ сокращенія мышцъ, что и доказывало разрушеніе двигательныхъ нервныхъ окончаній въ мышцахъ. Кромѣ того бросается въ глаза разница въ наступленіи паралича: въ то время какъ при высокой перевязкѣ брюшной аорты происходитъ параличъ моментально, при низкой—или при перевязкѣ *art. iliacaгum* параличъ наступаетъ очень медленно—только черезъ часъ, а иногда и больше.

Такимъ образомъ Schiffer вполне и окончательно доказалъ зависимость паралича заднихъ конечностей при пере-

вязкѣ или зажатіи аорты отъ разстройства кровообращенія въ спинномъ мозгу.

Въ 1873 году вышла диссертация Weil'я <sup>1)</sup>, гдѣ авторъ разбираетъ работы по данному вопросу и приводитъ свои опыты. Мы не станемъ останавливаться на его работѣ, а прямо приведемъ его собственные выводы.

1) Весь спинной мозгъ, какъ бы, раздѣленъ на двѣ части, благодаря тому, что въ нижней части, вслѣдствіе прекращенія доступа артеріальной крови, функціи нарушены и даже совершенно уничтожены.

2) Съ громадной вѣроятностью можно допустить, что первоначальныя явленія зависятъ отъ спинного мозга, но

3) въ короткое время также мышцы и нервы гибнутъ вслѣдствіе анеміи нижнихъ конечностей <sup>2)</sup>.

Въ 1880 году появляется трудъ Kast'a <sup>3)</sup>, имѣющій цѣлью доказать цѣлесообразность операціи перевязки аорты на людяхъ. Въ своемъ трудѣ авторъ разбираетъ 9 описанныхъ въ литературѣ случаевъ перевязки аорты и всѣ съ летальнымъ исходомъ, приводитъ цѣлый рядъ физиологическихъ работъ на животныхъ, затѣмъ для выясненія вопроса о колытеральныхъ путяхъ онъ описываетъ рядъ своихъ опытовъ.

На основаніи своихъ опытовъ онъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ.

1. Животныя съ болѣе развитыми покровами страдаютъ только короткое время (отъ 4 час. до 4 дней) слабымъ парезомъ нижнихъ (заднихъ) конечностей, пузыря и прямой кишки и переносятъ перевязку аорты безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій.

2. Давленіе въ art. cingali послѣ операціи падаетъ только на нѣсколько секундъ, но тотчасъ-же опять поднимается и достигаетъ средняго уровня.

<sup>1)</sup> Der Stensonsche Versuch, Inaug. Dis. Strassbürg 1873 г.

<sup>2)</sup> Это происходитъ, когда ligatura Aortae продолжится болѣе 2—3 ч. прим. автора.

<sup>3)</sup> Deut. Zeit. f. Chirurgie 1880 г. Н. 4—5 (стр. 405).

3. Во всѣхъ частяхъ, лежащихъ ниже лигатуры не происходитъ никакихъ явленій, которыя указывали бы на ишемію.

4. Перевязка аорты не вызываетъ переполненія выше лежащихъ сосудовъ и поэтому не грозитъ чрезмѣрнымъ приливомъ крови къ мозгу, къ сердцу и къ легкимъ, какъ утверждаютъ противники этой операціи.

Основываясь на разборѣ случаевъ операціи перевязки аорты и на своихъ опытахъ, Кастъ приходитъ къ убѣжденію, что „перевязка аорты на живомъ чловѣкѣ не можетъ считаться операціей опасной для жизни, а поэтому и не должна игнорироваться хирургами. При настоящемъ положеніи оперативной техники эта операція даже имѣетъ несомнѣнное жизненное показаніе и должна занимать подобающее ей мѣсто среди другихъ хирургическихъ мѣропріятій“<sup>1)</sup>.

Къ вышеприведеннымъ работамъ относится еще работа (болѣе позднѣйшаго времени Fredericq'a<sup>2)</sup>: „L'anémie expérimentale comme procédé de dissociation des propriétés, motrices et sensibles de la moelle épinière“. Авторъ повторилъ перевязку брюшной аорты на собакахъ. Изслѣдуя появляющіяся вслѣдъ за перевязкой явленія, Fredericqъ нашелъ, что сперва появляется стадій возбужденія, длящійся 10—15 секундъ, который переходитъ затѣмъ въ стадій тоническихъ судорогъ; 30—40 сек. спустя послѣ перевязки аорты наступаетъ параличъ заднихъ конечностей. Спустя 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> минуты послѣ перевязки Fredericqъ замѣчалъ повышенную чувствительность, а спустя 3 минуты наступала полная анестезія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда славленіе аорты продолжалось 5—10 м., чувствительность возвращалась снова.

Этой работой можно закончить обзоръ работъ, разсматривающихъ вопросъ о перевязкѣ брюшной аорты съ чисто фізіологической точки зрѣнія.

---

<sup>1)</sup> Л. с. 436 стр.

<sup>2)</sup> Arch. de Biologie 1890 г.



Теперь мы перейдемъ къ историческому разсмотрѣнію другой серіи работъ, освѣщающихъ разсматриваемый вопросъ съ патолого-гистологической точки зрѣнія.

Этотъ новый періодъ въ исторіи даннаго вопроса начинается съ 1883 года работой Ehrlich'a и Brieger'a: „Ueber die Ausschaltung des Lendenmarkgrau“<sup>1)</sup>.

Названные авторы воспользовались съ одной стороны опытомъ Stenson'a а съ другой изслѣдованіями Conheim'a и Litten'a объ ишемическомъ некрозѣ, выполнѣ правильно предполагая, что замѣчаемый при перевязкѣ аорты параличъ заднихъ конечностей зависитъ отъ некроза сѣраго вещества спинного мозга и что при продолжительной перевязкѣ возможно сѣрое вещество совершенно разрушить; такимъ образомъ, пользуясь перевязкой брюшной аорты, они задались цѣлью вылучить „herausschälen“ сѣрое вещество спинного мозга и, благодаря этому, узнать анатомическое отношеніе его къ окружающимъ частямъ. Для производства зажатія аорты они пользовались способомъ Du Bois-Raymond'a<sup>2)</sup>. Зажимали брюшную аорту на 1 часъ. Въ большинствѣ случаевъ авторы наблюдали продолжительный двигательный и чувствительный параличъ задней половины животнаго. Въ спинномъ мозгу животныхъ, жившихъ послѣ перевязки брюшной аорты довольно продолжительное время, авторы нашли очень интересныя измѣненія: сѣрое вещество спинного мозга на всемъ протяженіи сильно сжато, такъ что оно приняло видъ двухъ изогнутыхъ узкихъ полосъ; мѣлиновыя волокна сѣраго вещества уже не открываются по методу Weigert'a за исключеніемъ заднихъ роговъ, гдѣ еще остались нѣкоторыя изъ волоконъ; гангліозныя клѣтки исчезли совершенно, между тѣмъ какъ заднія корешки и спинныя гангліи совершенно нормальны.

<sup>1)</sup> Zeit. f. klin. Medicin. 1883. В. 7. Н. 1.

<sup>2)</sup> Объ этомъ способѣ см. ниже.

Въ бѣломъ веществѣ авторы нашли также большія измѣненія: передніе и передне-боковые столбы, за исключеніемъ въ послѣднихъ двухъ узкихъ поясковъ, перерождены; одинъ изъ поясковъ, оставшійся неизмѣненнымъ, соответствуетъ помѣнью обоихъ авторовъ, по всей вѣроятности, переднимъ пирамиднымъ пучкамъ, второй же соответствуетъ боковымъ мозжечковымъ пучкамъ человѣка. Такимъ образомъ, согласно изслѣдованію Ehrlich'a и Brieger'a все бѣлое вещество, исключая заднихъ и такъ называемыхъ длинныхъ пучковъ, перерождено.

Спустя 4 года появляется новая работа Singer'a <sup>1)</sup>: Ueber die Veränderungen am Rückenmark nach Zeitweiliger Verschlussung der Bauchaorta“.

Singer перевязывалъ аорту по вѣбъ брюшинномъ способу Stannius'a. Зажимая аорту на часъ, авторъ оставлялъ затѣмъ кроликовъ въ живыхъ различное время, начиная съ 24 час. и 6 недѣль, для того, чтобы имѣть возможность прослѣдить постепенное развитіе перерожденіе въ спинномъ мозгу. При этомъ Singer замѣтилъ, что кѣтки переднихъ роговъ зернисто перерождаются, тѣло кѣтки и ядро сморщиваются, осевые цилиндры вздуваются; наконецъ, кѣтки мало по-малу начинаютъ исчезать, перестаютъ краситься, сѣрое вещество уменьшается въ объемѣ, бѣлое-же перерождается по тому типу, который описали Ehrlich и Brieger.

Аналогичные результаты получилъ и Herter <sup>2)</sup>. Однако онъ не ограничился только изслѣдованіемъ спинного мозга, а изслѣдовалъ также нервы и мышцы заднихъ конечностей. Въ нервахъ онъ нашелъ возрастающую дегенерацію, отличающуюся отъ обыкновенной, по его словамъ, тѣмъ что кровяные сосуды расширены, видна повсемѣстно мелкокѣточковая инфильтрація и въ нѣкоторыхъ случаяхъ геморрагіи въ

---

<sup>1)</sup> Sitzung. der Kais. Akad. d. Wissenschaft. III Abt. XCIVB. 1887 г.

<sup>2)</sup> Journal of Ment. and nerv. diseases.

окружающей нервъ ткани. Въ парализованныхъ мышцахъ видно сперва слабое кровензліяніе въ межуточную ткань и образованіе вакуоль въ отдѣльныхъ пучкахъ. Мускулатура мочевого пузыря, по словамъ автора, гипертрофирована, вслѣдствіе сокращенія сфинктера urethrae и связаннымъ съ этимъ затрудненнымъ опорожненіемъ пузыря.

Основываясь на своихъ наблюденіяхъ, Herter приходитъ къ заключенію, что вслѣдствіе перевязки брюшной аорты наступаетъ воспаленіе спинного мозга съ послѣдовательнымъ некрозомъ сѣраго вещества.

С. Spronck <sup>1)</sup> въ своей работѣ: „Contribution à l'étude expérimentale des lésions de la moelle épinière déterminées par l'anémie passagère de cet organe“, вполне подтверждаетъ опыты Ehrlich'a и Brieger'a и описываетъ наблюдавшіяся измѣненія въ спинномъ мозгу: нервныя волокна сѣраго вещества, за исключеніемъ заднихъ корешковыхъ волоконъ и центральныхъ волоконъ переднихъ и боковыхъ столбовъ перерождаются, Дейтерсовы отростки ганглиозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ отдѣляются отъ послѣднихъ и распадаются на 4-й день. Распадъ мякотныхъ волоконъ обыкновенно сопровождается варикозной гипертрофіей осевыхъ цилиндровъ.

Уже 10-минутная задержка крови, по словамъ С. Spronck'a достаточна, чтобы вызвать патологическія измѣненія въ поясничной части спинного мозга.

Измѣненія, наблюдаемая при перевязкѣ аорты въ брюшной части спинного мозга, Arthur Sarbo <sup>2)</sup> считаетъ зависящими отъ анеміи спинного мозга и рассматриваетъ какъ острое размягченіе мозга.

Названный авторъ наблюдалъ измѣненіе клѣтокъ, окрашенныхъ метиленовой синькой по способу Nissl'a; клѣточные окрашенные элементы претерпѣваютъ мелко-зернистый распадъ, ядро же становится гомогеннымъ и начинаетъ окра-

<sup>1)</sup> Arch. de Phys. Norm. et Pathol. 1888, I, 1.

<sup>2)</sup> Neur. Centralb. 1895 № 15.

шиваться метиленовой синькой. Изрѣдка встрѣчается однородное разбуханіе клѣтки и особый родъ частичнаго склероза клѣточного тѣла.

Nissl, по словамъ автора, сообщилъ ему, что вышеприведенное измѣненіе клѣтки указываетъ на тяжелое заболѣваніе ея. Распаденіе клѣтокъ все прогрессируетъ и прогрессируетъ и въ концѣ концовъ (спустя 9 дней послѣ перевязки аорты), на мѣстѣ переднихъ роговъ образуется твань, состоящая изъ гліо-эпитиальныхъ клѣтокъ и размножающихся (Wucherungszellen) клѣтокъ невроглии.

Окрашивая препараты по Weigert'у и Marchi, авторъ вполне подтверждаетъ изслѣдованія предыдущихъ авторовъ.

Münzer и Wiener <sup>1)</sup> описываютъ 21 опытъ надъ кроликами, произведенный ими съ цѣлью: 1) узнать состояніе ганглиозныхъ клѣтокъ спинного мозга, окрашенныхъ по способу Nissl'я, во 2) изучить вторичное перерожденіе волоконъ, пользуясь способомъ Marchi.

Уже спустя 4 часа послѣ перевязки аорты находили болѣе или менѣе хорошо выраженные измѣненія въ клѣткахъ: мелко-зернистый распадъ хроматическихъ зернышекъ, выступленіе сѣтчатаго измѣненія въ отдѣльныхъ клѣткахъ среди совершенно нормальной окружающей ихъ среды.

Спустя 6 часовъ послѣ перевязки брюшной аорты измѣненія въ клѣткахъ наблюдались еще явственнѣе: кромѣ мелко-зернистаго распада зернышекъ наблюдался перерывъ въ расположеніи хромотофильнаго вещества, измѣнялось расположеніе зеренъ изъ полосатаго въ сѣтчатое.

Спустя 8 часовъ, кромѣ вышеприведеннымъ образомъ измѣненныхъ клѣтокъ, наблюдаются еще клѣтки гомогенно-перерожденныя, съ углубленіями (einbuchtungen) на краяхъ, изрѣдка окруженныя вѣнкомъ изъ темно-синяго вещества.

Спустя 12 часовъ большинство клѣтокъ слабо окрашивается, причемъ характерный рисунокъ нормальныхъ клѣтокъ

---

<sup>1)</sup> Arch. f. Exper. Path. und Pharmac. 1895 г. В. 35.

исчезаетъ, ядро сжимается и окрашивается въ темно-синій цвѣтъ.

Спустя 24 часа еще встрѣчалась изрѣдка клѣтка съ нормальными зернышками, всѣ остальные такъ или иначе перерождены. Съ этого момента начинается рядъ विकарныхъ измѣненій: появленіе клѣточной инфильтраціи, увеличеніе числа сосудовъ, дѣленіе неврогліиныхъ клѣтокъ. За гибелью клѣтокъ непосредственно слѣдуетъ дегенерація тѣхъ волоконъ, осевые цилиндры которыхъ берутъ начало изъ разрушившихся клѣтокъ.

Въ самомъ дѣлѣ, спустя 6—8 дней послѣ перевязки брюшной аорты способъ Marchi указываетъ на диффузную тонко разсѣянную дегенерацію, которая не подходитъ подъ извѣстныя системы. Дегенерація главнымъ образомъ охватываетъ боковые пучки, гдѣ перерождена масса отдѣльныхъ волоконъ, узкую полоску на наружномъ краѣ переднихъ пучковъ, задніе пучки, гдѣ перерожденіе также тонко разсѣянное, далѣе дегенерація распространяется на медіальную часть Голлевскихъ пучковъ.

Авторы не ограничились опытами надъ кроликами, а ставили ихъ и на собакахъ, но паралича не получали.

Prof. Gilbert Ballet и Dr. A. Dutil<sup>1)</sup> въ своемъ докладѣ на международномъ съѣздѣ, указываютъ на измѣненія клѣтокъ спинного мозга послѣ кратковременнаго зажатія брюшной аорты у морскихъ свинокъ. Зажатія аорты производилось ими послѣдовательно три раза: первый разъ 5 мин., затѣмъ, когда параплегія прекращалась, опять на 6—7 мин. и наконецъ третій разъ тоже на 5—6 минутъ. Выждавъ прекращеніе параплегіи, животное убивали и затѣмъ изслѣдовали нервныя клѣтки по Nissl'ю. Оказалось, что клѣтки частью теряютъ хроматическое вещество: клѣточные тѣла разбухаютъ; ядра не измѣнены.

---

<sup>1)</sup> О нѣкоторыхъ экспериментальныхъ и патологическихъ измѣненіяхъ нервной клѣтки. Реф. Невр. Обзорѣніе 1897 г.

При болѣе продолжительномъ зажатіи хроматолизъ охватываетъ иногда все тѣло клѣтки, она вздута, ядро придвинуто къ краю.

Авторы констатируютъ фактъ, что животныя, у которыхъ оказывались клѣтки болѣе измѣненными, не отличались ни быстротой, ни силой своихъ движеній отъ тѣхъ, у которыхъ оказывалось очень слабое измѣненіе клѣтокъ. На основаніи этого авторы предполагаютъ, что хроматическія зернышки вовсе не представляютъ необходимаго агента въ двигательной функціи. Измѣненія въ клѣткахъ, по заключенію авторовъ, напоминаютъ при продолжительномъ зажатіи брюшной аорты первичныя, а при кратковременномъ—вторичныя перерожденія спинного мозга.

Henry Lamy<sup>1)</sup>, чтобы избѣжать грубыхъ манипуляцій, неизбежныхъ при Stenson'овской перевязкѣ аорты, вызывалъ анэмію спинного мозга инымъ способомъ. Онъ впрыскивалъ въ *art. spinales ant.* тончайшій порошокъ ликоподія и получалъ такимъ способомъ артеріальныя эмболіи, вызывавшія въ спинномъ мозгу некротическія инфаркты, расположенныя частью въ сѣромъ, частью въ бѣломъ веществѣ. Процессъ переходилъ постепенно въ стадію краснаго размягченія, затѣмъ наступало расщепленіе размягченнаго отдѣла, послѣ чего перерожденныя зернистыя клѣтки выступаютъ гораздо яснѣе. Мѣстами и въ бѣломъ веществѣ авторъ находилъ подобное же скопленіе размягченныхъ массъ (детрита), въ такомъ случаѣ эти размягченныя массы напоминаютъ таковыя, происшедшія отъ перевязки брюшной аорты.

Авторъ указываетъ на то, что подобныя же патологическія измѣненія зернистой натуры замѣчаются при различныхъ заболѣваніяхъ спинного мозга (*polyomyelitis ant.*, *myelitis syphilit.*). Поэтому авторъ склоненъ и въ послѣднемъ случаѣ считать главной причиною заболѣванія облитерацию

---

<sup>1)</sup> Arch. de physiol. 1897, p. 184.

артерій, что несомнѣнно лежитъ въ основѣ *myelitis infectiosa*, который начинается зернистымъ размягченіемъ.

Заканчивая историческій обзоръ работъ по интересующему насъ вопросу, я приведу еще единственное изслѣдованіе человѣческаго спинного мозга, послѣ тромбоза брюшной аорты. Изолѣдованіе это было произведено Helbing'омъ<sup>1)</sup>.

При вскрытіи 37-лѣтняго больного, внезапно заболѣвшаго пораженіемъ нижнихъ конечностей и умершаго спустя 39 дней послѣ появленія первыхъ припадковъ паралича, осложнившася омертвѣніемъ обѣихъ голеней и правой сѣдалищной области, авторомъ былъ найденъ тромбъ, заполнявшій обѣ арт. *iliacae* и просвѣтъ аорты вверхъ на 5 ст. надъ дѣленіемъ ея. Сѣдалищный нервъ, лежавшій обнаженнымъ въ глубинѣ омертвѣвшихъ частей правой сѣдалищной области былъ найденъ перерожденнымъ.

Въ поясничномъ утолщеніи спинного мозга авторомъ найдены слѣдующія патологическія измѣненія:

1) перерожденіе переднихъ и заднихъ корешковыхъ волоконъ;

2) перерожденіе тѣхъ по преимуществу волоконъ сѣраго вещества, которыя являются продолженіемъ корешковыхъ волоконъ;

3) зернистое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ въ обихъ переднихъ рогахъ,

4) рѣзкое перерожденіе обихъ заднихъ столбовъ, но особенно праваго;

5) незначительное диффузное перерожденіе обихъ передне-боковыхъ столбовъ.

Въ другихъ отдѣлахъ спинного мозга констатировано авторомъ только восходящее перерожденіе праваго Голлева столба.

Нѣкоторыя изъ вышеприведенныхъ измѣненій спинного мозга авторъ ставитъ въ зависимость отъ омертвѣнія права-

<sup>1)</sup> Deut. Med. Wochenschrift 1896. № 42.

го сѣдалищнаго нерва, напр. перерожденіе переднихъ и заднихъ корешковыхъ волоконъ и перерожденіе праваго Голлева столба, и только перерожденіе клѣтокъ переднихъ роговъ и волоконъ передне-боковыхъ столбовъ онъ ставитъ въ зависимость отъ авеміи. Однако авторъ не отрицаетъ возможности и другого объясненія, хотя бы существованіемъ у большого нефрита.

## II.

Отъ выбора метода, отъ болѣе или менѣе умѣлой постановки опыта зависитъ, по большей части, успѣхъ или неуспѣхъ работы; вотъ почему я не перехожу прямо къ изложенію полученныхъ результатовъ и къ описанію своихъ опытовъ, а считаю своимъ прямымъ долгомъ выяснить, почему я пользовался тѣмъ, а не другимъ методомъ.

Въ литературѣ можно найти описаніе нѣсколькихъ способовъ перевязки или зажитія брюшной аорты. Самый старый изъ нихъ это способъ Stenson'a<sup>1)</sup>: разрѣзъ по *lineam albam* ведется черезъ кожу, мышцы, *peritoneum*, дойдя до кишекъ и сальника, ихъ отворачиваютъ въ сторону, нѣсколько отсекаровываютъ аорту и затѣмъ перевязываютъ ее; послѣ этого всѣ внутренности укладываются на мѣсто и рана зашивается. Stannius<sup>2)</sup> предложилъ другой способъ—внѣбрюшинный: на спинѣ животнаго проводится разрѣзъ съ лѣвой стороны позвоночнаго столба, начиная съ послѣдняго грудного позвонка и вдоль поясничной части позвоночника до 6—7 брюшного позвонка. Кожа оттягивается крючками, затѣмъ разрѣзается *m. sacrolumbalis*; слѣдующія затѣмъ мышцы *quadratus lumborum* и *psoas major* оттягиваются тупыми крючками и такимъ

---

<sup>1)</sup> l. c.

<sup>2)</sup> l. c.



образомъ открывается доступъ къ аортѣ безъ поврежденія брюшины.

Наконецъ профессоромъ Du Bois-Raymond'омъ <sup>1)</sup> предложенъ довольно простой безкровный способъ. Состоитъ онъ въ томъ, что на уровнѣ 4 брюшного позвонка производится небольшой надрѣзь кожи. Черезъ этотъ разрѣзь пропускаютъ особо устроенную иглу на подобіе троакара, толщиною 60—80 mm. Игла эта заключена въ трубочку, стѣнки которой толщиною 2—3 mm.; въ имѣющееся въ иглѣ ушко продѣвается крѣпкій и толстый шелковый шнурокъ. Передъ опытомъ иглу и трубочку намазываютъ. Въ сдѣланный въ кожѣ разрѣзь проводятъ этотъ инструментъ съ открытымъ острымъ концемъ иглы; когда игла уже пройдетъ толщу мышцъ, то острый конецъ иглы прячется въ трубочку и дальше продвигается уже тупая трубка до тѣхъ поръ, пока она не дойдетъ до противоположныхъ мышечныхъ покрововъ, гдѣ остріе опять высовывается и прокалываетъ мышцы и кожу; послѣ чего игла съ трубочкой свободно проходятъ на другую сторону кролика, а вмѣстѣ съ ней протягивается и шнурокъ, который и завязывается плотно надъ 4 поясничнымъ позвонкомъ.

Этотъ способъ очень удобенъ, благодаря своей простотѣ и скорости исполненія.

Затѣмъ были предложены для зажатія аорты у кроликовъ еще цѣлый рядъ пелотовъ, которыхъ я не касаюсь, такъ какъ всѣ они не достигаютъ цѣли.

Выбирая между вышеописанными тремя способами, я оставился на второмъ способѣ, какъ наиболее подходящемъ.

Отъ перваго способа я отказался уже а priori, такъ какъ наносимая травма—вскрытіе брюшной полости—не можетъ остаться безъ вліянія на спинной мозгъ; не говоря уже о томъ, что въ смыслѣ заживленія раны, этотъ способъ даетъ очень неутѣшительное предсказаніе.

---

<sup>1)</sup> Arch. f. Anat. und Physiol. 1860.

Третій же способъ, хотя и подкупаетъ экспериментатора своей простотой и чистотой исполненія, но уступаетъ второму способу тѣмъ, что въ послѣднемъ случаѣ я зажимаю аорту, не задѣвая окружающихъ или соприкасающихся съ ней областей, между тѣмъ, какъ въ третьемъ способѣ перевязкой стягиваются *vena cava inf.*, цѣлый рядъ нервовъ, самъ позвоночникъ, а это все такія моменты, которые можетъ быть и не вліяютъ на грубыя фیزیологическія отправленія, но при изслѣдованіи микроскопическомъ они могутъ дать рядъ совершенно не желательныхъ побочныхъ измѣненій въ вѣткахъ и этимъ затруднить наше изслѣдованіе. Къ тому же второй способъ можетъ быть произведенъ тоже скоро, чисто со сравнительно небольшой травмой и даже съ незначительной кровопотерей. Въ смыслѣ предсказанія онъ также даетъ очень утѣшительные результаты, въ чемъ я и убѣдился на своихъ опытахъ.

Руководствуясь такими соображеніями, я остановился на второмъ способѣ, какъ наиболѣе подходящемъ и цѣлесообразномъ, не смотря на то, что онъ болѣе кропотливъ, хлопотливъ и требуетъ большой осторожности и навыка<sup>1)</sup>.

Постановка опыта заключалась въ слѣдующемъ: послѣ открытія доступа къ аортѣ, по правиламъ, предложеннымъ Stannius'омъ, я зажималъ ее маленькимъ кровоостанавливающимъ пинцетомъ съ очень мелкими и слабыми зубчинами на лапкахъ. Продержавъ аорту зажатой необходимое время, я снималъ пинцетъ, обмывалъ рану слабымъ растворомъ сулемы, накладывалъ швы на мышцы и кожу и, присыпавъ рану іодоформомъ, накладывалъ коллодійную повязку. При такой постановкѣ опыта отъ нагноенія погибло только 2 кролика и 2 отъ случайнаго пораненія брюшины, вслѣдствіе чего развился гнойный перитонитъ.

---

<sup>1)</sup> Считаю нужнымъ упомянуть, что и по 3-му способу мною поставлено нѣсколько опытовъ.

Какъ до операціи, такъ и послѣ операціи производилось изслѣдованіе чувствительности, двигательной способности и рефлексовъ заднихъ конечностей.

Такое изслѣдованіе производилось въ теченіе всей жизни кролика и всѣ измѣненія въ ту или другую сторону вносились въ протоколъ.

У нѣкоторыхъ кроликовъ производилось еще изслѣдованіе на реакцію перерожденія.

Сейчасъ же послѣ операціи за кроликами устанавливался тщательный и строгій надзоръ и уходъ: ежедневно 2 раза въ день производилось выпусканіе мочи, часто смѣнялась солома, тщательно высушивались чистой ватой замоченныя части; только благодаря тщательному уходу, мнѣ удалось продержатъ одного изъ моихъ кроликовъ 98 сутокъ, что ни одному автору раньше не удалось. Въ виду того, что я задался цѣлью изучить постепенное развитіе дегенераціи вещества спинного мозга, я оставлялъ кроликовъ послѣ 1-часового зажатія аорты въ живыхъ различное время, начиная съ 1 час. и до 98 сутокъ.

Объектомъ для этихъ опытовъ мнѣ служили кролики и собаки. 25 опытовъ поставленныхъ на кроликахъ по роду перевязки дѣлятся на двѣ категоріи:

- 1) Опыты, въ которыхъ произведена постоянная перевязка аорты на уровнѣ 3-го поясничнаго позвонка, числомъ 3.
- 2) Опыты, гдѣ произведено только зажатіе брюшной аорты на 1 часъ, числомъ 18; 4 кролика контрольныхъ.

Опытовъ на собакахъ 5.

### III.

Тотчасъ-же послѣ наложенія перевязки или зажима на брюшную аорту выступаетъ на сцену рядъ очень интересныхъ явленій, описанію которыхъ я и посвящаю эту главу.

У кроликовъ совершенно нормальныхъ съ полной подвижностью всѣхъ лапокъ, съ прекрасно выраженными рефлекс-

сами, съ вполне хорошей нормальной чувствительностью, вдругъ, послѣ наложенія зажима на брюшную аорту, наступаютъ параличъ заднихъ конечностей; чувствительность и рефлексы колѣнный и Ахилловъ исчезаютъ.

Анестезія заднихъ конечностей полная; даже сильнымъ фарадическимъ токомъ, уколомъ или прижиганіемъ раскаленной иглой, не удавалось получить реакціи со стороны кролика. Замѣчалось недержаніе мочи и кала; у самцовъ набухалъ penis и происходила неполная эрекция. Всѣ эти явленія ограничивались только задней половиной тѣла, въ передней же половинѣ тѣла нельзя было замѣтить никакихъ измѣненій ни функциональныхъ, ни въ сферѣ чувствительности, ни со стороны рефлексовъ.

Такія рѣзкія и эффектные измѣненія въ задней половинѣ тѣла кролика наступали почти моментально, по крайней мѣрѣ, услѣдить переходъ отъ полного пользованія всѣми функціями къ такому жалкому состоянію не удалось не только мнѣ, но и другимъ, работавшемъ до меня.

Параличъ заднихъ конечностей проходитъ три стадіи: въ первый моментъ по наложеніи зажима на брюшную аорту, заднія лапки подтягиваются и мускулатура напрягается; такое состояніе продолжается минутъ 5—20. Затѣмъ слѣдуетъ расслабленіе мускулатуры, получается вялый параличъ; спустя 6—8 дней этотъ вялый параличъ начинаетъ мало-по-малу переходить въ позднюю контрактуру, которая достигаетъ своего maximumъ на 20 день и остается такъ до конца жизни кролика.

Начиная съ момента зажатія аорты и въ теченіе всей послѣдующей жизни кролика, анестезія оставалась безъ измѣненія, сухожильные рефлексы продолжали неизмѣнно отсутствовать, атрофія же мышцъ съ каждымъ днемъ прогрессировала и доходила до чудовищныхъ размѣровъ, какъ напр. у кролика прожившаго 98 дней послѣ зажатія, аорты мышечные элементы исчезли на  $\frac{3}{4}$  своего объема а остались одни тонкіе мышечные тяжи и соединит. тканнныя пленки.

Исслѣдованіе реакціи перерожденія мною производилось у 4-хъ кроликовъ по общимъ клиническимъ правиламъ исслѣдованія ея. Одинъ электродъ ставился на затылокъ кролика, а другой на заднюю конечность. Мѣста приложенія электродовъ были предварительно обриты. Токъ брался во всѣхъ случаяхъ отъ аппарата М. Walden'a: для слабого тока брались 12 элементовъ, а для сильнаго 23. Исслѣдованіе производилось въ теченіе 20 дней. У всѣхъ кроликовъ результаты такъ мало разнились, что я ограничился здѣсь приведеніемъ лишь одной таблицы.

Дни по порядку	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Слабый токъ <sup>1)</sup>																	
Ка За С. . . .	+ <sup>2)</sup>	+	+	+	+	+	+	+	+	-	0	0	0	0	0	0	0
Ка Ра С. . . .	0	0	+	+	+	+	0	+	+	+	+	-	0	0	0	0	0
Ан. За С. . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	0	0
Ан. Ра С. . . .	+	-	+	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Фарад. токъ. .	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Сильный токъ <sup>3)</sup>																	
Ка За С. . . .	++	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Ка За С. . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	0	0	0
Ан. З. С. . . .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-
Ан. Р. С. . . .	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
Фарад. <sup>4)</sup> . . .	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-

<sup>1)</sup> 12 элементовъ по аппарату Walden'a.

<sup>2)</sup> X — сильное, + — слабое, — . . . еще слабѣе и 0 — отсутствіе сокращенія мышцъ.

<sup>3)</sup> 23 элем. по Walden'у.

<sup>4)</sup> 0 по катушкѣ Du Bois-Raymond'a.

Изъ приведенной таблицы можно заключить, что реакція перерожденія появляется очень скоро и затѣмъ возбудимость постепенно начинаетъ исчезать до 10 дня, съ этого же дня можно констатировать видимую атрофію мышцъ.

Кромѣ того заслуживаютъ вниманія измѣненія функцій мочевого пузыря и recti. Сфинктеры мочевого пузыря и recti парализуются настолько, что истеченіе мочи и испраженія происходятъ непроизвольно и въ концѣ концовъ происходитъ выпаденіе прямой кишки, а у самокъ кромѣ того еще влагалища и даже матки.

Несмотря однако на параличъ сфинктера мочевого пузыря, все-же на 2—3 день моча въ немъ скопляется и, если не принять своевременно мѣръ, то животное гибнетъ отъ уреміи. Объясняется это скопленіе мочи тѣмъ, что detrusor urinae также парализованъ и поэтому моча не въ состояніи преодолѣть препятствіе даже со стороны парализованнаго сфинтера, чтобы вытекать тотчасъ-же по поступленіи изъ мочеточниковъ; ей нужно скопиться и только тогда она можетъ преодолѣть препятствіе и выливается, но не вся, а только извѣстный излишекъ; остающаяся моча разлагается; благодаря этому у кроликовъ развиваются cystites. Для предупрежденія скопленія мочи рекомендуется выжимать ее, по крайней мѣрѣ, 2 раза въ сутки.

Препятствіе-же со стороны сфинтера мочевого пузыря объясняется, по моему мнѣнію, очень просто, если мы вспомнимъ 3 стадіи паралича заднихъ конечностей: контрактура, дряблость и опять контрактура. Вотъ почему первые дни моча вытекаетъ довольно свободно, а дальше ей уже нужно преодолѣть извѣстное препятствіе со стороны сокращеннаго сфинтера, которое является довольно сильнымъ препятствіемъ. Поэтому съ 3—4 дня необходимо мочу выдавливать обязательно; хотя слѣдуетъ выдавливать и въ первые дни послѣ операціи, такъ какъ она застаивается вслѣдствіе паралича.

Со сфинктеромъ *recti* происходитъ тоже самое, но въ виду того, что онъ сильнѣе сфинктера мочевого пузыря и больше по объему, отверстіе послѣ его атрофіи увеличивается, и поэтому образуется выпаденіе прямой кишки, несмотря на то, что мышца сокращена.

Hertel указываетъ въ своей статьѣ также на задержку мочи, но ставитъ это въ зависимость отъ не одновременнаго наступленія паралича *musc. detrusoris urinae* и *sphin. vesicae urinariae*, т. е. параличъ *detrusoris urinae* уже наступилъ въ то время, какъ *sph. vesicae* функционируетъ еще вполне нормально. Однако такое предположеніе не имѣетъ подъ собою никакой фактической подкладки.

Начиная съ 20 дня моча начинаетъ вытекать довольно свободно, потому что сфинктеръ мочевого пузыря атрофировался, т. е. повторяется то же, что и съ сфинктеромъ прямой кишки. (см. выше). Шерсть мѣстами на нижнихъ конечностяхъ выпала, что можно объяснить мацерацией, такъ какъ на той конечности, которая лежала выше и такимъ образомъ не подвергалась дѣйствию влажности, шерсть вполне сохранялась.

У кроликовъ съ постоянной лигатурой аорты, наблюдались тѣ-же явленія и кромѣ того наступало рѣзкое охлажденіе заднихъ конечностей.

Вскрытіе кроликовъ, убитыхъ спустя 1—24 часовъ, не давало никакихъ макроскопическихъ измѣненій ни во внутреннихъ органахъ, ни въ спинномъ мозгѣ, исключая нѣкоторой анеміи его въ поясничной и крестцовой областяхъ.

Кролики, убитые спустя 2—4 сутокъ послѣ операціи, также не дали никакихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ, только нѣкоторое скопленіе гноя въ подбрюшной клетчаткѣ; у одного изъ кроликовъ спинной мозгъ немного размягченъ въ крестцовой части.

У жившихъ 11—14 сутокъ то-же самое во внутреннихъ органахъ и крестцевая нижняя часть спинного мозга совершенно размягчена, такъ что при выниманіи мозга, этотъ

участокъ мозга расплывался. Въ поясничной области размягченіе выражено нѣсколько слабѣе, въ грудной же части спинной мозгъ по консистенціи нормаленъ. Замѣтна мышечная атрофія заднихъ конечностей (см. рис. 5) и такая-же атрофія въ стѣнкахъ мочевого пузыря.

У кроликовъ, прожившихъ свыше 30 дней эта атрофія достигла большихъ размѣровъ. Костный скелетъ заднихъ конечностей также представляетъ нѣкоторую особенность:

1) Кости истончены <sup>1)</sup>).

2) Они сдѣлались гораздо хрупче, достаточно легкаго нажатія пальцами, чтобы сломать длинную кость.

3) Губчатое вещество длинныхъ костей исчезло почти совершенно, такъ что длинныя кости стали совершенно полыми, какъ напр. у кролика № 21.

4) У нѣкоторыхъ кроликовъ замѣтны самопроизвольные переломы и затѣмъ срастаніе, причемъ мозоль разрасталась вокругъ кости и занимала у одного кролика почти всю длинную бедренную кость.

Высшей степени эти измѣненія достигли въ костяхъ кролика, жившаго 98 дней <sup>2)</sup>).

### Протоколы опытовъ.

#### Опытъ № 1.

Крѣпкій упитанный кроликъ бѣлой масти, самецъ; вѣсъ 2100 грам. Перевязка аорты произведена по способу Stannius'a—виѣбрюшиннымъ путемъ—на уровнѣ 4-го брюшного позвонка. Тотчасъ-же послѣ перевязки аорты

<sup>1)</sup> Сравнительная толщина стѣнокъ бедренныхъ костей выразится въ слѣдующихъ цифрахъ:

Контр.	кроликъ, живш. 42 дня,	кроликъ, живш. 98 дней.
$1\frac{3}{4}$ мм.	1 мм.	$\frac{3}{4}$ мм

Толщина діафизовъ въ средней ихъ части:

$7 \times 7\frac{1}{2}$ ;	$5\frac{1}{2} \times 7$ ;	$5\frac{1}{2} \times 6\frac{1}{2}$ .
---------------------------	---------------------------	--------------------------------------

<sup>2)</sup> Къ сожалѣнію недостатокъ времени не позволилъ мнѣ заняться болѣе детальной разработкой этого вопроса.



обнаружился цѣлый рядъ симптомовъ: во-первыхъ, наступила полная парализа заднихъ конечностей; во-вторыхъ, чувствительность отсутствовала, рефлексы ни коленный, ни Ахилловъ не получались. Зрачки расширены. Моча, наполнявшая до операціи мочевою пузырь, стала выливаться совершенно свободно, такъ какъ произошелъ, по всей вѣроятности, параличъ сфинктера. Penis эректированъ. Таковы измѣненія и симптомы въ задней половинѣ кролика, въ передней половинѣ спереди отъ перевязки аорты не замѣчалось никакихъ ненормальныхъ явленій: рефлексы переднихъ конечностей вполнѣ сохранены, функція ихъ нѣсколько не нарушена, въ сферѣ чувствительности никакихъ нарушеній не обнаружено.

Кроликъ убитъ спустя 5 часовъ послѣ перевязки. Вскрытіе не обнаружило никакихъ патологическихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ, только на аорта въ мѣстѣ перевязки нѣкоторая гиперемія.

Головной мозгъ не представлялъ никакихъ ненормальныхъ измѣненій. Спинной мозгъ при макроскопическомъ осмотрѣ въ верхней своей части выше 3-го брюшного (корешка) нерва совершенно нормаленъ, а ниже этого мѣста замѣтна незначительная анемія. Однако консистенція и блескъ поверхности спинного мозга вполнѣ нормальны. Спинной мозгъ разрѣзанъ на отдѣльные кусочки и положенъ для уплотненія въ формалинъ.

Окраска спинного мозга была произведена по Nissl'ю и сверхъ того нѣкоторые срѣзы окрашены гематоксилиномъ и эозиномъ.

#### Опытъ № 2.

Крѣпкій кроликъ—самецъ сѣрой масти, вѣсомъ 2000 грм.

Произведено зажатіе аорты на уровнѣ 4 брюшн. позвонка. Операція произведена по Stannius'у. Анестезія эфиромъ. Тотчасъ послѣ зажатія аорты—параличъ заднихъ конечностей, нарушеніе чувствительности, исчезаніе рефлексовъ. Моча и калъ не задерживаются, вслѣдствіе паралича сфинктеровъ.

Никакихъ явленій со стороны переднихъ конечностей и вообще всей передней половины не замѣчалось.

Кроликъ убитъ уколомъ въ сердце спустя 1 часъ послѣ зажатія аорты.

Вскрытіе никакихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ не обнаружило.

Головной мозгъ и передняя часть спинного почти нормальны, задняя часть спинного мозга нѣсколько анемична, но консистенція и плотность вполнѣ нормальны.

Спинной мозгъ разрѣзанъ на кусочки и часть ихъ уплотнена въ формалинъ, а другая въ 96% спиртѣ.

#### Опытъ № 3.

Крѣпкій кроликъ—самка сѣрой масти, вѣсомъ 2120 грам.

Операція произведена безъ наркоза, по способу Stannius'a. Зажатіе аорты производилось зажимомъ съ очень мелкими нарѣзками на лапкахъ, чтобы не поранить аорту.

Тотчасъ-же послѣ перевязки аорты параличъ заднихъ конечностей, исчезаніе въ нихъ сухожильныхъ рефлексовъ, нарушеніе чувствительности. Недержаніе мочи и кала. Функція и рефлексы переднихъ конечностей не нарушены. Спустя 2 часа послѣ зажатія аорты кроликъ былъ убитъ. Вскрытіе не обнаружило никакихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ.

Головной и передняя часть спинного мозга вполнѣ нормальны, задняя же часть спинного мозга анемична.

Спинной мозгъ разрѣзанъ на отдѣльные кусочки и положенъ для уплотненія частью въ формалинъ, а частью въ спиртъ 96%.

Окраска по Nissl'ю.

#### О п ы т ь № 4.

Кроликъ—самецъ бѣлой масти вѣсомъ въ 1798 gm

Операция по Stannius'у, зажатіе аорты на уровнѣ 4 брюшного позвонка. Убитъ спустя 4 часа. Послѣ зажатія наблюдались тѣ-же явленія, что и въ предыдущихъ случаяхъ.

Вскрытіе не дало никакихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ.

Головной мозгъ нормаленъ.

Спинной мозгъ въ передней части нормаленъ, а въ задней анемиченъ.

Спинной мозгъ разрѣзанъ на кусочки и положенъ для уплотненія въ формалинъ и въ спиртъ 96%.

Окраска по Nissl'ю, а также гематоксилиномъ и эозиномъ.

#### О п ы т ь № 5 (по прот. 18).

<sup>13</sup>/ш. Крѣпкій кроликъ—самецъ, сѣрый, вѣсомъ 1475 gm.

Операция произведена по способу Du-Bois Raymond'a. Аорта оставалась зажатой 1 часъ, а затѣмъ зажатіе прекращено и кроликъ оставленъ жить 5 часовъ послѣ зажатія. Явленія послѣ зажатія тѣ-же что и въ предыдущихъ. Послѣ снятія стягивающаго аорту шурка, параличъ, анестезія и отсутствіе рефлексовъ продолжались неизмѣнно до конца жизни. Убитъ спустя 5 час. по снятію шурка уколомъ въ сердце.

На вскрытіи обнаружено, что игла прошла, не задѣвъ внутреннихъ органовъ, черезъ брюшную полость. Мѣсто зажатія соответствовало 4 брюшному позвонку.

Спинной мозгъ нормаленъ въ верхней своей части и нѣсколько анемиченъ въ нижней части.

Уплотненъ въ формалинъ и спиртъ 96%.

Окраска по способу Nissl'я.

#### О п ы т ь № 6 (по прот. 19).

<sup>13</sup>/ш. Бѣлый съ черной спиной кроликъ, вѣсомъ 1515 gm.

Операція произведена по способу Du-Bois Raymond'a. Явленія получили такія-же какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Кроликъ жилъ съ момента снятія перевязки аорты 7 час. Параличъ нижнихъ конечностей, анестезія задней половины тѣла, отсутствіе рефлексовъ, недержание мочи и кака оставались безъ измѣненія до конца жизни. Кроликъ издохъ отъ внутреннего кровотечения.

Вскрытіе обнаружило въ брюшной полости небольшихъ размѣровъ кровяной сгустокъ и довольно большое количество полужидкой крови.

Головной и спинной мозгъ ничѣмъ не отличались отъ таковыхъ № 5-го.

Со спиннымъ мозгомъ поступлено, какъ въ № 5.

#### Опытъ № 7 (по прот. № 20).

Бѣлый лохматый кроликъ—самка вѣсомъ 1335 gm.

Операція и явленія тѣ-же, что и въ предыдущихъ опытахъ.

Оставленъ на дожитіе, но издохъ спустя 9 час. послѣ снятія шнурка, вслѣдствіе маточнаго кровотечения.

Вскрытіе обнаружило сильную гиперемію матки, сгустки крови во влагалищѣ, а другихъ явленій не найдено.

Головной и спинной мозгъ нѣсколько анемичны, но нижняя половина спинного мозга анемична.

Со спиннымъ мозгомъ поступлено также, какъ въ № 5.

#### Опытъ № 8 (по прот. 16).

Сѣрый кроликъ—самецъ вѣсомъ въ 1280 gm.

Операція произведена по способу Stannius'a. Явленія со стороны нижнихъ конечностей такія-же какъ и въ предыдущихъ случаяхъ. Кроликъ оставленъ на дожитіе. Черезъ 6 час. послѣ снятія зажима, который оставался на аортѣ только 1 час, вялый параличъ, анестезія, отсутствіе рефлексовъ.

Черезъ 12 час. никакихъ другихъ измѣненій. Затѣмъ изслѣдованія не производилось, а утромъ кроликъ былъ найденъ мертвымъ.

Вскрытіе не обнаружило никакихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ; мочевоу пузырь наполненъ ad maximum мочей, что позволяло заключить, что кроликъ погибъ отъ уреміи. Головной и спинной мозгъ никакихъ особенностей не представляли.

Со спиннымъ мозгомъ поступлено, какъ въ № 5.

#### Опытъ № 9 (по прот. 6).

Сѣрый кроликъ—самецъ, вѣсомъ 1180 gm.

Операція произведена по способу Stannius'a. Зажатіе аорты пинцетомъ на уровнѣ 4 брюшнаго позвонка производилось въ теченіе 1 часа. По сня-

ти зажима кроликъ оставленъ на дожитіе. Послѣ операціи наблюдались явленія, вполне подобныя предшествующимъ опытамъ.

Черезъ 6 час. ъне замѣчено никакихъ измѣненій въ измѣненіяхъ и симптомахъ, только параличъ заднихъ конечностей сталъ какъ будто вялѣе.

Черезъ 18 час. Тоже. Вѣсъ уменш. до 1110.

Черезъ 30 час. Кроликъ обнаружилъ нѣкоторые симптомы, заставляющіе заподозрить воспаленіе брюшины. Вялость, вздутіе области живота, поносъ, моча кровависта. Вѣсъ упалъ еще до 1090 gr.

Черезъ 49 ч. Кроликъ погибъ.

Вскрытіе обнаружило воспаленіе брюшины, происшедшее, по всей вѣроятности, отъ пораненія ея во время операціи.

Головной и спинной мозгъ не представляли ничего особеннаго.

Спинной мозгъ уплотненъ въ формалинѣ и въ Мюллеровской жидкости для окрашиванія по Marchi.

#### Опытъ № 10 (по прот. 13).

Крѣпкій, здоровый кроликъ—самецъ—вѣсомъ 1470 grm.

Операція произведена по способу Stannius'a. На аорту наложена лигатура на уровнѣ 4 брюшного позвонка. Рана зашита и такимъ образомъ кроликъ былъ оставленъ на дожитіе съ полной перевязкой аорты. Первые явленія вполне одинаковы съ таковыми, наблюдавшимися въ предыдущихъ опытахъ.

Черезъ 6 час. послѣ наложенія лигатуры никакого измѣненія въ общемъ состояніи кролика. Черезъ 12 час. Разстройство чувствительности въ переднихъ лапкахъ, но больше никакихъ явленій.

Черезъ 30 час. слабая контрактура переднихъ лапокъ. Во всемъ остальномъ безъ измѣненій. Черезъ 48 час.—смерть. Передъ смертью контрактура нѣсколько усилилась.

Вскрытіе не обнаружило никакихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ.

Головной и верхняя часть спинного мозга сильно гиперемированы, нижняя часть спинного мозга анемична.

Спинной мозгъ уплотненъ также, какъ и № 9.

#### Опытъ № 11 (по прот. 7).

Крѣпкій, неупитанный кроликъ, сѣрой масти, вѣс. 1340 grm.

Операція произведена по способу Stannius'a. Аорта зажата пинцетомъ на 1 часъ. Наблюдавшіеся симптомы и патологическія явленія ничѣмъ не отличались отъ явленій, наблюдавшихся у предыдущихъ кроликовъ. Убитъ спустя 4 сутокъ уколомъ въ сердце. За все время своей жизни кроликъ никакихъ особенныхъ явленій не обнаружилъ.

Вскрытіе указало на вполне нормальное состояніе внутреннихъ органовъ.

Концевая часть спинного мозга нѣсколько размягчена.  
Со спиннымъ мозгомъ поступлено, какъ и съ мозгомъ № 9-го.  
Окраска главнымъ образомъ по Nissl'ю.

О п ы т ь № 12 (по прот. 2i).

Крѣпкій кроликъ—самецъ, бѣлой масти, вѣсомъ 1360 gm.

Операція произведена по способу Du-Bois Raymond'a. На аорту наложенъ зажимъ, который спустя 1 часъ снятъ. Всѣ наблюдавшіеся явленія вполне напоминаютъ таковыя предыдущихъ кроликовъ. Во все время жизни 4 сутокъ параличъ заднихъ конечностей не прекращался и вообще разстройство въ сферѣ чувствительной, равно какъ и въ функциональной оставалось стойкимъ.

Вскрытіе указало на раненіе брюшины, но это обстоятельство не вызвало peritonit'a.

Головной и спинной мозгъ нѣсколько гиперемичны; нижняя часть спинного мозга скорѣе анэмична и нѣсколько размягчена.

Спинной мозгъ уплотненъ въ формалинѣ и въ Мюллеровской жидкости.

Головной мозгъ положенъ въ March'овскую жидкость.

О п ы т ь № 13 (по прот. 8).

Бѣлый кроликъ—самецъ, вѣсомъ 1220 gm.

Операція произведена по способу Stannius'a. Зажимъ наложенъ на аорту на уровнѣ 4-го брюшного позвонка и снятъ черезъ 1 часъ. Тотчасъ по наложеніи на аорту зажима, появился параличъ заднихъ конечностей, анестезія, начиная съ пояса и дальше назадъ, захватывала почти половину кролика, недержание мочи и кала однимъ словомъ, тѣ-же характерныя для перевязки аорты явленія, которыя наблюдались и въ предыдущихъ опытахъ.

Во все время жизни кроликъ не представлялъ никакихъ другихъ симптомовъ. Изслѣдованіе на реакцію перерожденія дало почти отрицательные результаты въ первый и вторыя сутки, на третью сутки фарадическая возбудимость нѣсколько ослабѣла, на 4-я и 5-я сутки получилась неполная реакція перерожденія. На 5-я сутки кроликъ издохъ отъ небрежнаго въ этотъ день ухода за нимъ: моча не была выдавлена во время. Вскрытіе не указывало на какія-либо измѣненія внутреннихъ органовъ.

Головной мозгъ нормально окрашенъ; спинной мозгъ въ своей нижней (задней) части нѣсколько размягченъ.

Часть спинного мозга уплотнена въ формалинѣ, а другая часть въ March'овской жидкости.

## О п ы т ь № 14.

Большой хорошо упитанный кроликъ бѣлой шерсти вѣсомъ 1850 gm.

Операція произведена по способу Stannius'a. Зажимъ наложенъ на аорту на уровнѣ 4-го брюшнаго позвонка и спустя часъ снятъ. Результаты получились одинаковыя съ результатами другихъ опытовъ.

Во все время жизни производилось ежедневно тщательнымъ образомъ изслѣдованіе реакціи перерожденія, причемъ оказалось, что на 9-й, послѣдній день жизни кролика, появилась реакція перерожденія.

На 9-й день жизни послѣ зажатія аорты кроликъ погибъ отъ перитонита, происшедшаго по всей вѣроятности отъ того, что нарывъ, образовавшійся на мѣстѣ операціи, проложилъ себѣ ходъ черезъ брюшину въ брюшную полость.

На вскрытіи обнаружился гнойный перитонитъ. Спинной мозгъ въ нижней (задней) части размягченъ довольно сильно, но все-же его удалось вынуть цѣликомъ. Для уплотненія онъ положенъ въ формалинъ и въ March'овскую жидкость.

## О п ы т ь № 15 (по прот. 5).

Хорошо упитанный крѣпкій кроликъ сѣрой масти—самецъ, вѣсомъ въ 1940 gm.

Операція произведена по способу Stannius'a. Зажимъ наложенъ на аорту на уровнѣ 4 брюшнаго позвонка. Спустя 1 часъ зажимъ снятъ. Въ этомъ опытѣ повторились всѣ явленія, наблюдавшіяся въ предыдущихъ опытахъ. Во все время жизни, кроликъ подвергался ежедневно тщательному изслѣдованію.

Въ ночь на 22 ноября кроликъ погибъ отъ неизвѣстной причины.

Даже вскрытіе не дало никакихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ, которымъ можно-бы было приписать причину смерти.

Спинной мозгъ вообще, начиная съ мѣста, соответствующаго мѣсту перевязки аорты, нѣсколько размягченъ, крестцевая же часть его совершенно размягчена, такъ что ее не удалось вынуть изъ канала: она расползлась.

Головной мозгъ никакихъ измѣненій, по крайней мѣрѣ, макроскопическихъ не обнаружилъ. Спинной мозгъ заключенъ частью въ формалинъ, а частью въ жидкость Marchi.

## О п ы т ь № 16 (по прот. 3. 10).

Кроликъ—самецъ—сѣрой масти, вѣсомъ 1350 gm.

Операція произведена по способу Stannius'a. Постановка опыта такая же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Наблюдавшіяся явленія одинаковыя съ таковыми предыдущихъ случаевъ.

Реакція перерожденія все время становилась яснѣй и яснѣй и, наконецъ, на 9 день получилась полная реакція перерожденія, которая на 10 и 11 стала уже очень ясною.

На 12-й день кроликъ былъ убитъ уколомъ въ сердце.

Вскрытіе обнаружило прекрасное заживленіе раны; гноя не было. Внутренніе органы вполне нормальны. Стѣнки мочевого пузыря нѣсколько дряблы, пузырь наполненъ мочей.

Головной мозгъ положенъ въ жидкость Marchi.

Спинной мозгъ нѣсколько размягченный въ брюшной части, совершенно разжижился въ крестцовой. Для его уплотненія употребленъ формалинъ и жидкость Marchi. Нѣсколько кусочковъ изъ брюшной части спинного мозга положены въ Мюллерову жидкость.

#### Опытъ № 17 (по прот. З. 17).

Кроликъ—самецъ строй масти вѣсомъ 1275 grm.

Постановка опыта та-же, что и въ опытѣ № 16. Такой-же параличъ заднихъ конечностей и разстройства чувствительности мочевыхъ органовъ, какъ и въ № 16.

Ежедневно въ теченіе всей его жизни послѣ операціи производилось изслѣдованіе, при чемъ не обнаруживалось никакихъ особыхъ измѣненій: реакція перерожденія усиливалась съ каждымъ днемъ, а начиная съ 6-го дня стала даже очень характерной и ясно выраженной, на 10 день—полная реакція, 18 дней спустя послѣ операціи кроликъ былъ убитъ.

Вскрытіе не обнаружило никакихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ. Мочевой пузырь растянутъ и заключаетъ незначительное количество мочи. Стѣнки дряблы и утолщены. Въ мышцахъ замѣтна нѣкоторая атрофія.

Головной мозгъ не представлялъ никакихъ макроскопическихъ измѣненій.

Спинной мозгъ въ поясничной части нѣсколько болѣе размягченъ, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ, но крестцовая часть размягчена нѣсколько меньше, что объясняется тѣмъ, что въ крестцовой части начала уже образовываться соединительная ткань.

Спинной мозгъ уплотненъ въ формалинѣ и Мюллеровской жидкости. Головной положенъ цѣликомъ въ Мюллеровскую жидкость.

#### Опытъ № 18 (по прот. З. 15).

Бѣлый кроликъ—самка, вѣсомъ 1280 grm.

Постановка опыта та-же, что и въ предыдущихъ случаяхъ. Наблюдавшіеся явленія вполне напоминаютъ таковыя въ другихъ опытахъ.

Ежедневно до 20-го дня его жизни производилось изслѣдованіе состоянія кролика.

Съ 20-го дня изслѣдованіе производилось черезъ каждые два дня, причемъ никакихъ измѣненій со стороны чувствительности или функций заднихъ конечностей не замѣчено.

Атрофія мышцъ съ каждымъ днемъ увеличивалась и, наконецъ, дошла до очень замѣтной величины. Реакція перерожденія также стала интенсивной къ 10-му дню, а дальше гальваническая возбудимость стала уменьшаться. Кроликъ издохъ отъ неизвѣстной причины, спустя 38 дней послѣ зажатія аорты.

Вскрытіе не обнаружило никакихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ, исключая мочевого пузыря—растянутого и съ дряблыми стѣнками, нѣсколько утолщенными. При вскрытіи было обнаружено выпаденіе прямой кишки, наблюдавшееся при жизни, и выпаденіе влагалища. Головной мозгъ положенъ въ жидкость Marchi; спинной мозгъ, нижняя часть котораго нѣсколько болѣе блѣдна, чѣмъ верхняя и размячена только самая верхняя часть поясничной области спинного мозга, отъ мѣста выхода 3 нерва и до 5 брюшн. нерва, ниже же мозгъ твердъ—нѣсколько тверже нормальнаго.

Уплотненъ спинной мозгъ въ Мюллеровской жидкости и въ жидкости Marchi.

#### О п ы т ь № 19 (по прот. З. 14).

Бѣлый кроликъ—самецъ, вѣсомъ 1560 grm.

Постановка опыта та-же, что и въ предыдущихъ случаяхъ. Наблюдавшіяся явленія вполне напоминаютъ таковыя въ другихъ опытахъ.

Ежедневно производилось до 20-го дня жизни кролика изслѣдованіе общаго состоянія его.

Съ 20-го дня изслѣдованіе производилось черезъ каждые два дня, причемъ уже никакихъ измѣненій въ общемъ состояніи кролика не наблюдалось.

Съ 25-го дня замѣчено было незначительное выпаденіе прямой кишки, которое съ этого времени начало увеличиваться, не смотря на принятые мѣры.

Атрофія мышцъ также, какъ и у предыдущаго кролика увеличивалась съ каждымъ днемъ и достигла нѣсколько большей интенсивности, чѣмъ у предыдущаго. Реакція перерожденія, получавшаяся до 40-го дня, на 42-й день почти не получалась.

На 42-й день послѣ зажатія аорты кроликъ погибъ отъ неизвѣстной причины.

Вскрытіе обнаружило нѣкоторое истонченіе стѣнокъ пузыря и выпаденіе прямой кишки.

Головной и спинной мозгъ по консистенціи и окраскѣ вполне были похожіе на мозгъ № 18. Поступлено съ ними, какъ въ № 18.



## Опытъ № 20 (по прот. З. 22).

Бѣлый упитанный кроликъ—самецъ, вѣсомъ 1565 gm.

8-го мая. Постановка опыта одинакова съ предыдущими опытами. Результаты получились одинаковыя съ предыдущими. Полная реакція перерожденія получилась на 10 день и дальше въ теченіе всей жизни до 16 дня усиливалась, а на 16 день полная реакція перерожденія. Никакихъ измѣненій въ общемъ состояніи кролика не замѣчено. Кроликъ убитъ на 16 день послѣ зажатія аорты.

Вскрытіе не дало никакихъ особыхъ измѣненій во внутреннихъ органахъ. Мочевой пузырь наполненъ ночей, стѣнки дряблы. Головной и спинной мозгъ (верхняя часть) не представляли никакой особености, нижняя же часть спинного мозга (крестцевыи отдѣлъ) нѣсколько размягченъ. Головной и спинной мозгъ уплотненъ въ жидкости Marchi.

## Опытъ № 21 (по прот. З. 12).

Черный кроликъ—самецъ—вѣсомъ въ 1500 gm.

Операция произведена по способу Stannius'a 19-го января 1898 года. Зажимъ наложенъ на аорту на уровнѣ 4-го брюшного позвонка.

При наложеніи зажима появился вялый параличъ заднихъ конечностей, анестезія всей задней половины тѣла кролика, полная нечувствительность къ возбужденію фарадическимъ токомъ изъ катушки Du-Bois Raymond'a, даже при 0. Недержаніе мочи и кала обнаружилось сейчасъ по наложеніи зажима на аорту.

Ислѣдованіе на реакцію перерожденія не дало никакихъ результатовъ.

20 янв. Кроликъ въ общемъ представляетъ тѣ-же явленія. Реакція перерожденія—фарадическая возбудимость уменьшена.

21 янв. Тоже. Произведено выдавливаніе мочи 2 раза утромъ и вечеромъ. Кроликъ вполне свободно двигаетъ передними лапками и пользуется ими для передвиженія. Реакція перерожденія: фарадическая возбудимость уменьшена по прежнему.

22 янв. Тоже.

23 янв. Тоже.

Реакція перерожденія: фарадическая возбудимость исчезла; гальваническая возбудимость немного извращена.

24 янв. Тоже.

25 янв. Тоже. Реакція перерожд., замѣтно нѣкотор. извращеніе.

Ап.Р.С. сравнялся почти съ Ка.Р.С.

К.ЗС. все еще вызываетъ большее сокращеніе, чѣмъ Ап.З.С.

26 янв. Тоже. Реак. перерожденія: КаЗС=Ап.ЗС.

27 янв. Тоже. Рана начала гранулировать и подживать.

Р. Пер.: КаЗС < Ап.З.С.

28. янв. Тоже. Атрофія мышцъ впервые выступаетъ очень ясно. Появляется нѣкоторая ригидность въ парализованныхъ членахъ.

Р. н. Тоже.

29 янв. Тоже.

30 янв. Атрофія мышцъ становится еще рѣзче. Ригидность увеличивается.

Р. П. Тоже.

31 янв. Тоже.

1 февраля. Тоже.

2 февраля. Тоже.

Реак. пер. гальванич. возбудимость, оставаясь извращенной, нѣсколько ослабла.

3 февраля. Тоже.

4 февраля. Тоже.

Р. пер. Гальванич. возбудимость мышцъ парализ. членовъ сильно ослабла, хотя можно констатировать полное извращеніе.

5 февр. Тоже.

6 февр. Тоже.

7 февр. Тоже. Атрофія мышцъ сильно увеличилась.

8 февр. Атрофія мышцъ увеличилась.

Р. пер. нѣсколько ослабла.

9 февр. Тоже.

10 февр. Тоже.

11 февр. Парализов. конечности сведены, такъ что нѣтъ возможности ихъ разогнуть. Атрофія мышцъ очень замѣтна и распространена на периферическія мышцы, а не ограничивается центральными: *gluteus* и *quadriceps*.

Р. пер. ослабла и получаютъ слабыя сокращенія отъ сильныхъ токовъ. Полное извращеніе.

12 февр. Тоже.

13 февр. Тоже.

14 февр. Контрактура заднихъ конечностей. Атрофія мышцъ.

Р. пер. Сокращеніе получается только отъ сильныхъ токовъ и то An.3.C., а остальные не получаютъ.

15 февр. Тоже. Выпаденіе *gesti*.

16 февр. Тоже.

17 февр. Тоже.

Сокращенія отъ тока не получается. Атрофія мышцъ очень значительна.

Начиная съ 18 февраля атрофія все прогрессировала; возбудимость къ току исчезла совершенно; контрактура оставалась во все время жизни кролика, а поэтому я не стану описывать дальше изо дня въ день наблюдавшихся явленій, такъ какъ это будетъ повтореніе одного и того-же. Прожилъ кроликъ до 26 апрѣля 1898 года, т. е. 98 дней.

Атрофія въ концѣ концовъ достигла очень большихъ размѣровъ, такъ что на вскрытіи обнаружены не мышцы, а соединительнотканые тяжи

и перепонки. Кости очень ломки и хрупки. Суставные отростки у костей изменены; кости очень истончены и деформированы.

Тазовые кости тоже хрупки и деформированы, и, благодаря тому, что кролику приходилось лежать все на одной стороне, они искривлены. Стѣнки мочевого пузыря истончены и лишены мускульнаго слоя. Прямая кишка выпала. Выпаденіе это довольно значительныхъ размѣровъ. Другихъ изменений во внутреннихъ органахъ не найдено.

Головной мозгъ не представляетъ никакихъ макроскопическихъ изменений. Спинной мозгъ въ верхнюю своей части (шейной и грудной) нѣсколько мягче, чѣмъ въ нижней брюшной и крестцовой. Крестцовая часть даже довольно тверда.

Для уплотненія головного и спинного мозга употреблена Мюллерова жидкость и жидкость Marchi.

#### Опытъ № 22 (по прот. 9).

Бѣлый хорошо улитанный кроликъ вѣсомъ 1490 gm.

Операция произведена по Stannius'у. Аорта не зажималась, а только зашита рана, и кроликъ спустя 2 дня былъ убитъ. Никакихъ изменений во внутреннихъ органахъ на вскрытіи не обнаружено. Головной и спинной мозгъ вполне нормальны.

Спинной мозгъ уплотненъ въ формалинѣ и частью въ Мюллеровой жидкости.

Контроль для опытовъ 9, 11, 12, 13 и 16.

#### Опытъ № 23 (по прот. 3. 23).

Бѣлый кроликъ, хорошо улитанный—самка, вѣсомъ 1280 gm.

Контроль.

Убитъ въ сердце.

Вскрытіе никакихъ изменений во внутреннихъ органахъ не обнаружило.

Головной мозгъ уплотненъ въ Мюллеровой жидкости. Спинной мозгъ уплотнялся по кусочкамъ въ формалинѣ, спиртѣ 96%, Мюллеровой жидкости и въ жидкости Marchi.

#### Опытъ № 24 и 25.

2 кролика бѣлый и сѣрый вѣсомъ 1-й въ 1475 gm., а второй въ 1860 gm.—самцы—употреблены для контрольныхъ опытовъ.

Убиты въ сердце ножомъ.

Вскрытіе показало, что все органы нормальны.

Для изслѣдованія взять спинной мозгъ.

## IV.

Не ограничиваясь опытами на кроликахъ, я поставилъ нѣсколько опытовъ на собакахъ и получилъ совершенно другіе результаты, чѣмъ въ вышеприведенныхъ опытахъ на кроликахъ.

Постановка опытовъ на собакахъ ничѣмъ не отличалась отъ вышеописанной постановки ихъ на кроликахъ.

Послѣ одно-часоваго зажатія брюшной аорты на уровнѣ 2-го поясничнаго позвонка, паралича не наблюдалось, измѣненій въ сферѣ чувствительности также не замѣчено. Органы мочеиспусканія и испраженія функционируютъ вполне нормально. Если зажатіе брюшной аорты совершалось 2 часа, то наблюдался нѣкоторый парезъ заднихъ конечностей, который въ скоромъ времени исчезалъ. Всѣ остальные функціи, страдающія обыкновенно въ такомъ случаѣ у кроликовъ, оставались у собакъ совершенно нормальными.

Наконецъ только у тѣхъ собакъ появлялся параличъ, хотя и слабо выраженный, у которыхъ на брюшную аорту была наложена постоянная лигатура. Параличъ продолжался сутки, рефлексы нѣсколько запаздывали и были вялы въ первый сутки, а затѣмъ появились—совершенно неизмѣненными. Черезъ 5—6 дней собака до того оправлялась, что никто никогда даже не заподозрилъ бы, что надъ ней было учинено такое жестокое насиліе.

Вскрытіе собакъ не дало никакихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ; спинной мозгъ равномеренъ по консистенціи и по кровенаполненію; головной мозгъ вполне нормаленъ.

Вскрытіе собаки, убитой спустя двѣ недѣли послѣ полной перевязки аорты (перевязка оставалась все время ея жизни) также не указывало ни на какія измѣненія во внутреннихъ органахъ, а также и въ мозгу спинномъ и головномъ. Одна изъ стѣнокъ аорты была разрушена и черезъ образовавшееся такимъ образомъ отверстіе въ стѣнкѣ аорты были

видны нижній и верхній отрѣзокъ аорты, въ которыхъ торчало по тромбу.

Однимъ словомъ вызвать такія же измѣненія и явленія у собакъ, какія наблюдались у кроликовъ, мнѣ не удалось. Эти опыты главнымъ образомъ подтверждаютъ изслѣдованія цѣлаго ряда авторовъ (Luigi Porta, Пироговъ, Kast, Singer, Münzer и Wiener и др.), которые получили такіе же результаты. Въ противоположность первымъ, другіе авторы, основываясь на своихъ опытахъ, описываютъ параллелію заднихъ конечностей у собакъ послѣ перевязки аорты (Langrish, Lawrence, Scatieten и др.).

Чѣмъ можно объяснить подобное разногласіе, тѣмъ ли, что нѣкоторые авторы производили перевязку аорты очень высоко или-же причина лежитъ въ индивидуальныхъ особенностяхъ данныхъ животныхъ, я не стану на этомъ останавливаться, а ограничусь констатированіемъ факта,

Причина болѣе легкаго отношенія собакъ, по сравненію съ кроликами, къ перевязкѣ аорты, лежитъ, по всей вѣроятности, въ большемъ у первыхъ, въ сравненіи со вторыми, развитіи анастомозовъ и коллатеральныхъ путей, которые, по словамъ Пирогова: „trunco aortae obliterato semper circulationi adjuvandae suppetunt“.

Изученію коллатеральныхъ путей и анастомозовъ при перевязкѣ брюшной аорты у собакъ, кошекъ Luigi Porta <sup>1)</sup> посвятилъ обширный трудъ, гдѣ собраны различные виды коллатеральнаго кровообращенія и, основываясь на очень скоромъ и большемъ развитіи боковыхъ путей, онъ приходитъ къ заключенію, что операція перевязки брюшной аорты, даже на людяхъ, не представляетъ большой опасности.

Sonnenburg <sup>2)</sup> въ своей очень интересной работѣ доказываетъ, что благодаря анастомозамъ и коллатеральнымъ пу-

<sup>1)</sup> Delle alterazioni patol. delle art. per la ligat. e la torzione esperienze ed osservazioni. Milano 1845 г.

<sup>2)</sup> Cent. f. Chirurgie 1876 № 44 S. 689.

тямъ кровообращеніе въ заднихъ конечностяхъ очень быстро возобновляется и давленіе крови достигаетъ очень скоро прежней высоты.

Постановка его опытовъ заключалась въ слѣдующемъ: *art. cruralis* соединялась съ кимографомъ; высота ртути 110 mm; послѣ перевязки аорты высота ртути упала до 66 mm; спустя 300 сек. ртуть начала опять подниматься, а спустя 700 сек. поднялась почти до нормы и появился пульсъ.

Sonnenburg резюмируетъ свои опыты такимъ образомъ: „не смотря на благопріятныя условія, которыя представляетъ перевязка аорты, коллатеральное кровообращеніе можетъ возстановиться въ очень короткое время, благодаря чему опасность гангрены сводится до *minimum'a*“.

Несмотря на такіе благопріятные результаты опытовъ надъ животными, операціи на людяхъ дали самые неутѣшительные результаты: всѣ собранные Kast'омъ 9 случаевъ и найденный въ литературѣ мною десятый случай, описанный Мильтономъ <sup>1)</sup>, окончились летально. Такіе печальные результаты Kast приписываетъ несовершенству техники или позднему исполненію операцію и считаетъ ее вполне рациональной и исполнимой.

Во всякомъ случаѣ зажатіе аорты у человѣка на 1—2 часа не влечетъ за собою никакихъ постоянныхъ функциональных измѣненій въ нижнихъ конечностяхъ, на что указываютъ описанные случаи зажатія аорты для излѣченія аневризмъ аорты. Въ этихъ случаяхъ зажатіе аорты совершалось безнаказно до 4 часовъ подрядъ. Прижатіе брюшной аорты на короткое время практикуется и въ гинекологіи и почти всегда безъ какихъ-бы то ни было серьезныхъ разстройствъ двигательныхъ функцій или чувствительной сферы нижнихъ конечностей.

Что-же лежитъ въ основѣ подобнаго различія отношеній къ перевязкѣ и къ зажатію брюшной аорты у собакъ и кро-

---

<sup>1)</sup> Lancet 1891, January.

ликовъ. Съ одной стороны можно предположить большую устойчивость спинного мозга у первыхъ, съ другой—различіе въ расположеніи сосудовъ. Для выясненія этого послѣдняго вопроса мною были налиты сосуды кролика и собаки. Причемъ оказалось, что, если брюшная аорта перевязана и налитіе сосудовъ совершается черезъ грудную аорту, то у кроликовъ поясничная часть спинного мозга почти не наливается, или, если наливается, то очень слабо, между тѣмъ какъ у собакъ она наливается, хотя и нѣсколько слабѣе, чѣмъ у собакъ безъ перевязки аорты. Если-же наливать сосуды черезъ брюшную аорту, то налитіе сосудовъ происходитъ и у собакъ и у кроликовъ очень хорошо, именно въ нижней части спинного мозга.

Не будетъ ли это обстоятельство доказательствомъ, что у собакъ существуетъ многочисленные анастомозы, которые связываютъ сосуды питающіе нижній отдѣлъ спинного мозга съ сосудами питающими верхній отдѣлъ его, и кромѣ того, артеріи, выходящія изъ *art. basilaris* гораздо лучше развиты у собакъ, поэтому кровь находитъ себѣ по другимъ путямъ доступъ къ спинному мозгу, который не чувствуетъ благодаря этому такого недостатка въ питаніи, какъ у кроликовъ.

Приписывая такимъ образомъ большую роль распредѣленію и величинѣ просвѣта кровеносныхъ сосудовъ, я этимъ вовсе не желаю отвергать значеніе нѣжности спинного мозга, которая играетъ повидимому тоже нѣкоторую роль.

Въ человѣческомъ мозгу сосуды также переплетены между собой и образуютъ какъ-бы сосудистую сѣть, въ которую заключенъ спинной мозгъ <sup>1)</sup>.

Вотъ чѣмъ можно объяснить, что при временномъ прижатіи брюшной аорты не наступаютъ явленія, зависящія отъ анеміи спинного мозга. Само собой разумѣется, что въ человѣческомъ мозгу нѣжность его также можетъ играть большую роль.

---

<sup>1)</sup> Kadyi. Ueber die Blutgefäße des mensch. Rückenmarkes. Lemberg 1889.

## Протоколы опытовъ.

Опытъ № 26 (по конт. 3 на соб. 1).

5 дек. 1897 года. Кобель черной шерсти, довольно хорошо упитанный, вѣсомъ въ 29 фунт. Анестезія хлороформомъ.

Произведена операція вибрюшиннымъ способомъ по Stannius'у съ принятіемъ всѣхъ асептическихъ и антисептическихъ мѣръ. Зажимъ наложенъ на аорту на уровнѣ 2 пояси. позв. на 1 часъ, послѣ чего снятъ. Рана зашита и наложена коллодійная повязка.

Во время наложенія зажима были замѣтны нѣкоторое время судороги, затѣмъ черезъ 2—3 минуты онѣ исчезли и появился незначительный парезъ, который спустя 1—2 часа исчезъ безслѣдно. Спустя 12 часовъ никакихъ явленій пареза не замѣчено, собака чувствуетъ себя вполне хорошо и если-бы не рана, то нельзя было-бы даже заподозрить, что надъ ней было совершено такое насиліе. Никакихъ разстройствъ со стороны мочеполового аппарата также не было констатировано.

Произведенное изслѣдованіе собаки черезъ 36 часовъ также не дало никакихъ положительныхъ данныхъ. Черезъ 2 недѣли рана совершенно зажила и собака была убита.

Вскрытіе обнаружило прекрасное теченіе раны: образовался нѣжный рубецъ на кожѣ, а внутри образовалось рубцовое сращеніе пораненныхъ тканей. Вокругъ аорты въ мѣстѣ зажатія ея образовалась масса сращеній. Всѣ органы были вполне нормальны.

Головной и спинной мозгъ также никакихъ патологическихъ измѣненій не представляли.

Уплотненіе въ формалинѣ и Мюллеровской жидкости.

Опытъ № 27 (прот. 3. Соб. № 2).

Кобель бѣлой шерсти, упитанный, дворняжка вѣсомъ 31 фунтъ.

Постановка опыта, что и у № 26, только зажатіе аорты совершенно на 2 часа, на уровнѣ 2 пояси. п. Послѣ перевязки раны при ходьбѣ обнаружился незначительный парезъ, исчезнувшій совершенно спустя 24 часа.

Спустя 2-е сутокъ убитъ въ сердце.

Вскрытіе не обнаружило никакихъ патологическихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ; на аортѣ замѣтна небольшая гиперемія на мѣстѣ зажатія.

Мочевой пузырь пустъ, прямая и толстая кишки также.

Головной мозгъ нормаленъ.

Спинной мозгъ блестящъ, равномернo плотенъ.

Уплотненіе въ формалинѣ.



## Опытъ № 28 (прот. 3. собака № 3).

6 дек. 98 г. Малаго роста дворняжка, сука бѣлой шерсти, вѣсомъ 11½ фунт.

Постановка опыта таже, что и въ № 26.

Паралича не было, мочевые органы вполнѣ нормальны; сфинктеры, какъ ануса, такъ и мочевого пузыря нормально функционируютъ.

Рефлексы остались попрежнему, чувствительность не нарушена, только на сторонѣ раны нѣсколько понижена.

Спустя 24 часа убита въ сердце.

Вскрытіе не обнаружило ничего патологическаго во внутреннихъ органахъ.

Головной и спинной мозгъ нормальны и положены для уплотненія въ формалинѣ.

## Опытъ № 29 (по прот. 3. соб. № 5).

Кобель рыжей шерсти, дворняжка, вѣсомъ 22 фун. Хлороформъ.

Постановка опыта та же, что и въ № 26, только уровень перевязки нѣсколько выше, а именно на I пояснич. позвонкѣ. Соб. жила 2-е сутки. Появившійся сейчасъ-же послѣ прижатія аорты парезъ продолжался часа 3—4, а затѣмъ исчезъ и собака стала бѣгать и ходить, какъ ни въ чемъ не бывало. Рефлексы сохранены и не задержаны. Отправленіе органовъ мочевыхъ и гесті вполнѣ нормально. Чувствительность нисколько не нарушена.

Головной и спинной мозгъ уплотнены въ формалинѣ.

## Опытъ № 30 (соб. № 4).

Сука черная съ бѣлыми пятнами, вѣсомъ 96 фун. Хлороформъ.

Постановка опыта таже, что и въ № 29, только совершена перевязка аорты навсегда. При наложеніи перевязки—слабый судороги, затѣмъ онѣ прекратились. Рана зашита. У собаки при ходьбѣ обнаружилось заплетаніе заднихъ конечностей. Чувствительность сохранена, рефлексы тоже. Пульса нѣтъ. Черезъ 6 часовъ послѣ опыта—тоже, но заплетаніе не такъ замѣтно. 9/1. Черезъ сутки въ заднихъ конечностяхъ появился слабый пульсъ въ art. cruralis.

10 янв. Пульсъ нѣсколько яснѣе. Собака прекрасно ходитъ, не проявляетъ никакого безпокойства и вполнѣ свободно владѣетъ задними конечностями.

11 янв. Тоже.

12 янв. Пульсъ сталъ еще явственнѣе.

13 янв. Пульсъ слышенъ очень ясно въ art. cruralis. Общее состояніе собаки прекрасное. Черезъ 10 сутокъ послѣ операціи (18 янв.) собака была убита. При вскрытіи обнаружилось около аорты въ мѣстѣ перевязки скопленіе гноя въ вполнѣ ограниченномъ пространствѣ. Стѣнки аорты бывшія

подъ перевязкой омертвѣли и перевязка найдена свободной, а въ аортѣ тромбъ, какъ въ верхнемъ, такъ и въ нижнемъ ея отрѣзкѣ.

Между тѣмъ часть аорты, лежащая ниже перевязки, имѣла вполнѣ свободный просвѣтъ. При болѣе тщательномъ изслѣдованіи обнаружилось, что кровь поступала въ нижній отрѣзокъ аорты (у bifurcatio) по коллатеральнымъ путямъ и по анастомозамъ: art. mesenterica sup. съ art. mesent. inf. Въ art. cruralis кромѣ того поступала кровь изъ art. mammae externae, анастомозирующей съ art. epigastrica infer. На это обстоятельство указыв. Luigi Porta<sup>1)</sup> и Kast<sup>2)</sup>.

Всѣ остальные внутренніе органы найдены вполнѣ нормальными.

Головной и спинной мозгъ взятъ для изслѣдованія и уплотненъ въ формалинѣ и часть его въ Мюллеровской жидкости.

## V.

Приступая къ микроскопическому изслѣдованію спинного мозга послѣ зажатія и перевязки брюшной аорты, я задался цѣлью изучить главнымъ образомъ:

1) измѣненія нервныхъ клѣтокъ, пользуясь для этого способомъ окраски по Nissl'ю и окраской гематоксилиномъ съ эозиномъ;

2) перерожденіе волоконъ, окрашивая ихъ по Weigert-Pahl'ю и Marchi.

Вотъ вопросы, разрѣшеніе которыхъ входило главнымъ образомъ въ мою задачу; по числу ихъ для большаго удобства разсмотрѣнія измѣненій спинного мозга, я разобью свое изслѣдованіе на два отдѣла.

### I. Измѣненіе нервныхъ клѣтокъ.

Прежде чѣмъ перейти къ разбору патологическихъ измѣненій нервной клѣтки, я считаю своей обязанностью предположить краткое описаніе нормальной нервной клѣтки, руководствуясь послѣдними изслѣдованіями Nissl'я, Münzer'a и Wiener'a, Sarbo, Goldscheider и Flatau, Догеля, Marinesco, Van-Gehuchten'a, Lenhosseck'a и др.

Разсматривая нервную клѣтку, окрашенную по способу Nissl'я, мы замѣтимъ, что она состоитъ изъ клѣточного тѣла и отростковъ — протоплазматическихъ и осевоцилиндрическихъ.

Въ клѣточномъ тѣлѣ привлекаетъ наше вниманіе рядъ болѣе или менѣе правильно расположенныхъ синеокрашенныхъ зернышекъ. Эти зернышки, которыя были замѣчены еще Flemming'омъ, Бендой и др., а окончательно и подробно были описаны Nissl'емъ, состоятъ изъ „хроматина“<sup>1)</sup> и называютъ „тѣльцами“ Nissl'я.

Относительно происхожденія этихъ тѣлецъ существуютъ два различныхъ мнѣнія: одни (Nissl, Marinesco) видятъ въ нихъ реальныя образованія живой клѣтки; въ то время какъ другіе, (Held, Догель) относятъ ихъ къ преформированнымъ образованіямъ, происшедшимъ въ мертвой клѣткѣ.

Эти зернышкѣ постоянно присутствуютъ въ нормальной клѣткѣ и расположеніе ихъ въ однихъ клѣткахъ болѣе или менѣе постоянно, въ другихъ же нѣтъ никакого порядка и правильности въ ихъ размѣщеніи.

При большихъ увеличеніяхъ тѣльца Nissl'я оказываются не однородными: они состоятъ изъ нѣсколькихъ мелкихъ зернышекъ, склеенныхъ между собой основнымъ веществомъ.

Форма тѣлецъ Nissl'я далеко не однообразна; то они представляютъ видъ глыбокъ, то круглаго, то продолговатаго образованія, а то зубчатой безформенной массы.

Nissl предложилъ классифицировать клѣтки по расположенію и по формѣ зернышекъ, но такая классификація, по мнѣнію Marinesco, страдаетъ неточностью и односторонностью. Нельзя не согласиться съ Marinesco, что вообще всякая классификація нервныхъ клѣтокъ преждевременна.

Относительно физиологическаго значенія хроматическихъ зеренъ существуютъ 2 взгляда: одинъ, предложенный и поддерживаемый Marinesco, что хроматическія зернышки служатъ для проведенія нервныхъ импульсовъ въ клѣткѣ и другой—что они представляютъ изъ себя питательный матеріалъ, который потребляется клѣткой по мѣрѣ надобности. Противъ

---

<sup>1)</sup> Не смѣшивать съ ядернымъ хроматиномъ, который не окрашивается основными красками по способу Nissl'я.

перваго мнѣнія говорятъ тѣ изслѣдованія, гдѣ нервныя импульсы нисколько не страдали, между тѣмъ какъ хроматиновое вещество подвергалось разрушенію (Goldscheider und Flatau <sup>1)</sup>, Муравьевъ <sup>2)</sup>, Ballet et Dutil <sup>3)</sup>.

Кромѣ того въ клѣткѣ содержится черный и желтый пигментъ (Pilsch <sup>4)</sup>. Послѣдній даетъ черное окрашиваніе отъ осміевоы кислоты и поэтому относится къ жирамъ; въ патологическомъ состояніи въ клѣткѣ его скопляется очень много.

Кромѣ хроматическихъ зернышекъ нервныя клѣтки содержатъ еще *neugosom*'ы, окрашивающіяся въ фіолетовый цвѣтъ, послѣ известной обработки. Располагаются онѣ параллельными рядами въ клѣткѣ и въ отросткахъ.

Не окрашенную—ахроматическую субстанцію клѣтки—одни считаютъ за сѣтъ (Held, Ramon y Cajal, Lenhosseck), другіе за фибриллы (Schultze, Flemming, Nissl, Догель). Marinесco <sup>5)</sup> считаетъ ее за сѣтъ, состоящую изъ фибриллъ, переходящихъ въ отростки.

Marinесco и Van-Gehuchten <sup>6)</sup> упоминаютъ еще о существованіи недифференцированной протоплазмы; но о ней ничего опредѣленнаго до сихъ поръ неизвѣстно.

Ядро въ клѣткѣ, окрашенной метиленовой синькой, не окрашивается, но за то окрашивается эозиномъ. Оно большихъ размѣровъ пузырьковидное, круглое и содержитъ внутри себя ядрышко, обыкновенно болѣе интенсивно окрашенное метиленовой синькой, круглой формы.

Осевоцилиндрическіе отростки не содержатъ тѣлецъ Nissl'я, но содержатъ *neugosom*'ы. Нѣкоторые изслѣдователи счи-

<sup>1)</sup> Arb. aus dem Institut. f. Anatomie von Obersteiner. 1895 г. II. 3.

<sup>2)</sup> Fortschritte d. Medicin. 1897. B. 15. № 16.

<sup>3)</sup> Ref. Neur. Centralblat 1897 г. № 16.

<sup>4)</sup> См. выше.

<sup>5)</sup> Pathologie de la cellule nerveuse. Paris. 1897.

<sup>6)</sup> L'anatomie fine de la cellule nerveuse. 1897.

таютъ ихъ гомогенными, большинство же приписываетъ имъ одинаковую съ клѣточнымъ тѣломъ структуру.

Дендриты построены также, какъ и клѣточное тѣло, только хроматическія зернышки здѣсь удлиненной формы.

Вотъ какой шагъ впередъ сдѣлало изученіе нервной клѣтки, благодаря очень тонкому и прекрасному способу окрашивания, предложенному Nissl'емъ. Изученіе нормальной и патологической анатоміи и физиологіи клѣтки съ каждымъ днемъ быстрыми шагами идетъ впередъ.

Правда, мы еще не можемъ сказать, что мы хорошо знаемъ нормальное устройство, значеніе отдѣльныхъ элементовъ нервной клѣтки, но все-же и то, чего удалось достигнуть до сего дня, есть уже „нѣчто“, съ чѣмъ мы можемъ смѣло приступить къ изученію различныхъ патологическихъ измѣненій въ нервной клѣткѣ, происшедшихъ въ данномъ случаѣ отъ анеміи, вызванной перевязкой или зажатіемъ брюшной аорты.

Для изслѣдованія спинного мозга я пользовался способомъ окрашивания по Nissl'ю, упрощенномъ докторомъ Телятникомъ изъ анатомо-физиологической лабораторіи проф. В. М. Бехтерева <sup>1)</sup>).

Разрѣзавъ спинной мозгъ на части такъ, чтобы въ каждой части было по 2 межпозвоночныхъ узла, я затѣмъ уплотнялъ его въ спиртѣ (какъ совѣтуетъ Ф. Телятникъ), или въ формалинѣ, а затѣмъ уже переносилъ въ спиртъ на 1 сутки; затѣмъ заключалъ въ парафинъ по общимъ правиламъ; послѣ чего дѣлалъ срѣзы не толще 0,0075 mm. Срѣзы погружаются въ ксилолъ для удаленія параффина, затѣмъ оттуда въ 96% спиртъ для отмыванія ксилола. Изъ 96% спирта переносятся постепенно все въ болѣе и болѣе слабый спиртъ и наконецъ въ воду; послѣ того онѣ переносятся въ красящую жидкость:

<sup>1)</sup> Обзорніе психіатріи 1896 г. № 9.

Метиленовой синьки В. . . .	3,75 гр.
Венеціанскаго мыла . . . .	1,75 гр.
Перегнанной воды . . . .	1000,0.

Здѣсь срѣзы остаются около 15 м., но я оставлялъ ихъ до 6—7 час. и получалъ гораздо лучшую окраску.

Затѣмъ краску сливають и промываютъ срѣзы въ водѣ, послѣ промывки они переносятся для дифференцировки въ растворъ анилиноваго масла въ такомъ отношеніи:

Анилиноваго масла . . . .	1 часть.
96°/о спирта . . . . .	9 —

Отсюда срѣзы переносятся для просвѣтлѣнія въ оригановое масло и наконецъ заключаются въ канадскій бальзамъ.

Въ послѣднее время мною употреблялся для двойной окраски эозинъ, растворенный до 5°/о въ спиртѣ 96°/о. Въ такомъ случаѣ я переношу срѣзы изъ анилиноваго масла въ эозинъ, на  $\frac{1}{2}$  мин., а затѣмъ промываю 1—2 минуты въ 96°/о спирту и дальше въ оригановое масло и канадскій бальзамъ. Благодаря этому способу окрашиванія получались довольно эффектные препараты и я ее могу предложить, если не для замѣны ординарной окраски по Nissl'ю, то во всякомъ, случаѣ, какъ дополненіе къ первому способу; какъ окраску болѣе удобную для изученія отношенія клѣтокъ къ подлежащимъ частямъ.

Владѣя такими двумя способами окраски, я приступилъ къ изслѣдованію постепеннаго разрушенія клѣтки, въ зависимости отъ меньшей или большей продолжительности анэмій спинного мозга.

Приступая къ рассмотрѣнію найденныхъ мною измѣненій въ нервныхъ клѣткахъ, я рѣшилъ придерживаться извѣстнаго плана, чтобы имѣть возможность провести системное описаніе измѣненій; плана этого уже держался до нѣкоторой

степени Муравьевъ <sup>1)</sup>. Онъ предлагаетъ обратить вниманіе на слѣдующіе пункты:

- 1) Не измѣнилась ли клѣтка въ объемѣ?
- 2) Насколько ясно она видна, имѣетъ ли она опредѣленные контуры?
- 3) Сохранились ли отростки, ясно-ли видны они и не представляютъ ли измѣненій въ непрерывности.
- 4) Содержитъ ли нервная клѣтка тѣльца Nissl'я, достаточно ли они окрашены, имѣютъ ли они характерное расположеніе?
- 5) Въ какомъ состояніи находится окрашенная субстанція? Не приобрѣла ли она способности окрашиваться основными анилиновыми окрасками?
- 6) Есть ли ядро въ клѣткѣ? Сохранило ли оно свое центральное положеніе и шаровидную форму? Содержитъ ли оно ядрышко? Нѣтъ ли „гомогенизаціи“ ядра?
- 7) Въ какомъ положеніи находится окружающая клѣтку ткань, и прежде всего невролгія?

Придерживаясь этого плана, я и приступаю къ описанію измѣненій у кроликовъ, прожившихъ 1 часъ, 2 часа, 4 часа и 5 час. и т. д. до 98 сутокъ послѣ 1 часовой перевязи брюшной аорты.

Спустя часъ послѣ 1 часов. зажатія брюшной аорты, нервныя клѣтки переднихъ роговъ уже оказываются нѣсколько измѣненными: у нѣкоторыхъ клѣтокъ отростки не окрашены, 1—2 клѣтки въ полѣ зрѣнія съ периферически расположенными ядрами, въ окружающей клѣтку ткани масса неврогійныхъ клѣтокъ и лейкоцитовъ.

Спустя 2 часа послѣ зажатія аорты измѣненія становятся нѣсколько рѣзче: кромѣ вышеописанныхъ измѣненій клѣтокъ переднихъ роговъ, которыя здѣсь выражены интенсивнѣе, наблюдается въ нѣкоторыхъ клѣткахъ периферическій слабо выраженный хроматолизъ; въ отросткахъ нѣкото-

---

<sup>1)</sup> Архивъ патол. за 1898 г.

рыхъ клѣтокъ нарушена непрерывность, зернышки расположены въ безпорядкѣ, собраны кучками.

Спустя 4 часа послѣ зажатія брюшной аорты: клѣтки увеличены въ объемѣ, какъ бы набухли, отростки у большинства клѣтокъ не окрашены; распредѣленіе зернышекъ хроматического вещества неравномѣрно, замѣтно стремленіе ихъ скучиться къ ядру, которое расположено у нѣкоторыхъ клѣтокъ на периферіи; клѣтки распадаются какъ бы на двѣ половинки: одна—окрашена, а другая—нѣтъ. Количество неврогійныхъ клѣтокъ и лейкоцитовъ гораздо больше, чѣмъ въ первыхъ случаяхъ.

Спустя 5 часовъ послѣ зажатія аорты, всѣ вышеизложенныя измѣненія нервныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ гораздо интенсивнѣе; кромѣ того мѣстами попадаются клѣтки, гдѣ зернышки пылеобразны, очень измельчены и разбросаны въ безпорядкѣ.

Спустя 7 часовъ—клѣтки также увеличены въ объемѣ, у нѣкоторыхъ клѣтокъ рѣзкая контурность ихъ нарушается углубленіями; въ нѣкоторыхъ клѣткахъ замѣчается тонкій мелкозернистый распадъ протоплазмы. Отростки или неокрашены или окрашены очень слабо; въ нѣкоторыхъ случаяхъ тонкій мелкозернистый распадъ продолжается и на отростокъ, который иногда представляется даже отщепленнымъ отъ клѣтки; попадались клѣтки, окрашенные почти диффузно, а у нѣкоторыхъ окрашивалась только периферія. Ядро начало обнаруживать наклонность къ окрашиванію, такъ какъ въ немъ стали появляться отдѣльныя мелкія окрашенные частицы. Однако рядомъ съ такъ измѣненными клѣтками попадались клѣтки совершенно нормальныя.

Спустя 9 час.—измѣненія клѣтокъ выражены гораздо болѣе, клѣтки нѣсколько уменьшены, контуры ихъ нарушаются рядомъ углубленій, мелко зернистый распадъ занимаетъ всю клѣтку сплошь, у нѣкоторыхъ наоборотъ однородная диффузная окраска. Ядро хотя и слабо, но все-же ясно диффузно окрашено. Нѣкоторыя клѣтки слабо окрашены.



Ядрышко ясно и хорошо видно. Неврогліиыя клѣтки и лейкоциты умножились.

Спустя 19 часовъ послѣ зажатія брюшной аорты, измѣненіе клѣтокъ въ брюшномъ утолщеніи спинного мозга достигло очень высокихъ степеней: клѣтки уменьшены въ объемѣ, диффузно окрашены, перицеллюлярное пространство увеличено, очень много клѣтокъ содержатъ свѣтлыя, круглой формы пространства, которыя представляютъ изъ себя вакуоли; эти вакуоли расположены на периферіи клѣтки и обыкновенно въ противоположной отъ ядра сторонѣ ея. Измѣненія клѣтокъ ограничивается, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ, только передними рогами, не переходя на задніе. Въ нижней грудной части спинного мозга, которая въ предыдущихъ случаяхъ не обнаруживала никакихъ измѣненій, стали также оказываться измѣненные клѣтки; измѣненіе это вполнѣ соответствовало начальному измѣненію нервныхъ клѣтокъ, которое мы наблюдали въ брюшной части послѣ 1-часовой анеміи.

Спустя 2-е сутокъ послѣ зажатія аорты, клѣтки уменьшены въ объемѣ, нѣкоторыя изъ клѣтокъ на половину обезцвѣчены, другія окрашены менѣе ясно, очень многія диффузно; контуры нѣкоторыхъ клѣтокъ неясны и очень неправильны съ массою углубленій. Отростки видны неясно и неокрашены; у диффузно окрашенныхъ клѣтокъ отростки также окрашены диффузно. Ахроматическая субстанція окрашивается метиленовой синькой; ядра клѣтокъ очень интенсивно окрашены и занимаютъ периферическое положеніе, въ нѣкоторыхъ клѣткахъ вся она вмѣстѣ съ ядромъ сильно окрашена и ядра многихъ измѣненныхъ клѣтокъ нельзя различить. Однако среди клѣтокъ попадаются еще сравнительно мало измѣненные. Въ заднемъ рогѣ начинаютъ попадаться измѣненные клѣтки: неправильное расположеніе тѣлецъ Nissl'a, собраніе ихъ вокругъ ядра; у нѣкоторыхъ клѣтокъ ядра на периферіи. Въ нижней грудной области спинного мозга также незначительныя измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ. Выше 6 грудного нерва перерожденныхъ клѣтокъ нѣтъ.

Спустя 5 сутокъ измѣненія въ клѣткахъ уже достигаютъ очень большой интенсивности. Клѣтки переднихъ роговъ брюшного утолщенія всѣ перерождены: онѣ сжаты и перипеллюлярное пространство увеличено. Типичные контуры у нѣкоторыхъ клѣтокъ совершенно исчезли, такъ какъ въ клѣточномъ тѣлѣ образовалось нѣсколько углубленій. Отростки клѣтокъ сильно дегенерированы и у нѣкоторыхъ клѣтокъ отъ нихъ не осталось и слѣда. Въ тѣлѣ большинства клѣтокъ находятся вакуоли, въ нѣкоторыхъ клѣткахъ ихъ содержится по 2 и больше; находятся эти вакуоли на периферіи и окружены синимъ вѣнчикомъ. Ядра сморщены, окрашенные эозиномъ кажутся зернистыми, вокругъ ядра расположены комки хроматическаго вещества. Въ полѣ зрѣнія масса пустыхъ пространствъ—ячеекъ; при большемъ увеличеніи оказывается въ серединѣ этой ячейки круглое образованіе, отъ котораго къ периферіи—къ стѣнкамъ ячейки отходятъ тонкія нити. Ячейки—мѣста атрофированныхъ клѣтокъ, а круглое образованіе—это сморщенное ядро, тонкія же нити—это по всей вѣроятности остатки стромы клѣточного тѣла. Всѣ эти образованія прекрасно красятся эозиномъ. Въ другихъ мѣстахъ встрѣчаются прямо скопленія мелкозернистаго распада клѣтокъ, слабо окрашеннаго метиленовой синькой. Окрашенные, по примѣненному мной вышеописанному способу, эти препараты очень эффектны и удается только при этомъ способѣ окраски различить слѣдующую за обезцвѣчиваніемъ клѣтокъ стадію перерожденія. Вслѣдъ за обезцвѣчиваніемъ нервной клѣтки и неокрашиваніемъ ея метиленовой синькой, она начинаетъ краситься очень интенсивно и диффузно эозиномъ. Все поле зрѣнія усѣяно лейкоцитами и клѣтками невроглии. Въ клѣткахъ невроглии и лейкоцитахъ можно при сильномъ увеличеніи замѣтить каріокинетическія фигуры. Задніе рога сѣраго вещества также не пощажены; клѣтки нервныя окрашены диффузно; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ встрѣчаются вышеописанныя вакуоли. Хотя встрѣчаются и мало затронутыя клѣтки.

Въ нижней грудной части также замѣтно слабое перерождение клѣтокъ: клѣтки сильно увеличены въ объемѣ, ядро на периферіи; хроматическія зерна собраны вокругъ ядра; попадаются диффузно окрашенные клѣтки.

Спустя 9 сутокъ послѣ зажатія брюшной аорты, сѣрое вещество сильно атрофировано въ брюшномъ утолщеніи. Въ полѣ зрѣнія масса полостей—ячеекъ, гдѣ раньше были клѣтки; оставшіяся клѣтки сильно атрофированы: состоятъ изъ ядра, вокругъ котораго только тоненькій бордюръ протоплазмы. Ядрышко сохранено. Много клѣтокъ обезцвѣченныхъ—не окрашивающихся на метиленовой синькой, ни эозиномъ. Нѣкоторыя клѣтки удлинены и лежатъ въ огромныхъ ячейкахъ, упираясь въ стѣнки ея своими отростками, другія лежатъ на периферіи у самыхъ стѣнокъ, диффузно окрашены, источены и изогнуты. Ядра въ нихъ различить нельзя. Мѣстами въ ячейкахъ встрѣчаются вышеописанныя образованія. Сосуды развиты очень сильно, лейкоциты и неврогліи клѣтки усѣиваютъ все пространство, не только переднихъ, но и заднихъ роговъ сѣраго вещества.

Въ заднихъ рогахъ перерождение также двигается впередъ, хотя и не такъ интенсивно.

Въ верхней грудной части спинного мозга нѣтъ большихъ измѣненій, между тѣмъ какъ въ нижней количество перерожденныхъ клѣтокъ увеличено.

Спустя 11 сутокъ послѣ зажатія аорты, измѣненія въ общемъ похожи на вышеописанныя, только число пустыхъ пространствъ увеличилось и наоборотъ остатковъ нервныхъ клѣтокъ, которыя еще хоть сколько набудь были-бы похожи на нервныя клѣтки, уменьшилось. Повидимому процессъ разрушенія прогрессируетъ и распространяется и на задніе рога, гдѣ также количество перерожденныхъ клѣтокъ увеличивается. Сосуды умножаются, невроглія разрастается.

Въ нижней грудной части спинного мозга также сплошь и рядомъ встрѣчаются перерожденные клѣтки: встрѣчаются уже клѣтки съ углубленіями.

Спустя 12 дней. Процессъ, повидимому, мало подвижнѣлся впередъ и поэтому микроскопическая картина вполне походитъ на предыдущую.

Спустя 18 сутокъ только въ наружно-передней части передняго рога сѣраго вещества еще сохранились образования, которыя можно назвать клѣтками, всѣ же остальные нервныя клѣтки разрушены: одни, распавшись, представляютъ детритообразную массу, другія совсѣмъ не окрашиваются метиленовой синькой, а окрашиваются эозиномъ диффузно и ядро красится нѣсколько интенсивнѣй, наконецъ отъ третьихъ осталось только сильно сморщенное ядро и нѣсколько волоконъ изъ стромы. Неврогліи клѣтки и лейкоциты сильно размножаются, на что указываютъ найденныя каріокинетическія фигуры. Число сосудовъ еще болѣе увеличилось и вокругъ нихъ масса лейкоцитовъ.

Спустя 38 сутокъ уже нельзя замѣтить ни одной нормальной клѣтки: все поле зрѣнія занято неврогліей, „ячейками“, сосудами и лейкоцитами и только кое-гдѣ еще встрѣчается клѣточка, разрушенная, со сморщеннымъ ядромъ, съ протоплазмой окружающей его въ видѣ вѣнчика.

Въ заднихъ рогахъ также часть клѣтокъ окончательно перерождена, а другая часть ихъ находится на пути къ перерожденію.

Въ грудной области спинного мозга на уровнѣ 10 нерва замѣтна довольно далеко зашедшая дегенерація клѣтокъ: вакуолизація ихъ, отщепленіе отростковъ, сморщиваніе ядра и самой клѣтки.

Выше, до 6 грудного нерва, эти измѣненія становятся меньше и меньше, и начиная съ 6 грудного нерва вверхъ измѣненныхъ клѣтокъ очень мало.

Спустя 42 сутокъ всѣ клѣтки находятся въ послѣдней стадіи разрушенія: не окрашиваются метиленовой синькой, а эозиномъ окрашиваются, хотя нужно сказать, что и такихъ клѣтокъ очень немного; большинство же клѣтокъ совершенно разрушено, и отъ нихъ остались только „ячейки“.

Неврогля, сосуды и лейкоциты заняли весь передній рогъ и переднюю часть задняго рога.

Выше поясничнаго утолщенія измѣненія становятся все незначительнѣе и незначительнѣе, а выше 4 груднаго нерва нельзя уже найти ни одной измѣненной клѣтки.

Измѣненія въ клѣткахъ послѣ временнаго сдавленія аорты вполне соотвѣтствуютъ измѣненіямъ, наблюдавшимся послѣ постоянной перевязки, которая произведена на 2 ч., 5 ч., 48 ч. То же мутное набуханіе клѣтокъ, та же вакуолизация ихъ и распаденіе, такое же зернистое перерожденіе.

Принимая во вниманіе вышеописанное измѣненіе клѣтокъ, мы замѣчаемъ постепенное развитіе перерожденія ихъ.

Первое измѣненіе, указывающее на заболѣваніе клѣтки— это расположеніе хроматиновыхъ зеренъ, которыя въ такихъ клѣткахъ располагаются ближе къ центру вокругъ ядра, а периферія клѣтки почти свободна и спустя нѣкоторое время этотъ свободный край протоплазмы начинаетъ окрашиваться метиленовой синькой, затѣмъ ядро также начинаетъ краситься и переходить на периферію. Хроматиновыя зерна начинаютъ распадаться и вся клѣтка наполняется пылеобразными окрашенными частицами распавшихся хроматиновыхъ зеренъ. Все это время клѣтка по величинѣ остается почти нормальной или-же только нѣсколько набухшей; по всей вѣроятности мы имѣемъ дѣло съ мутнымъ набуханіемъ. Отростки въ этомъ первомъ періодѣ представляются, какъ-бы отщепленными отъ клѣтки и кромѣ того имѣютъ одну или нѣсколько такихъ-же поперечныхъ полосокъ на своемъ протяженіи, такъ что кажется какъ-будто онъ распался по длинѣ на нѣсколько частей.

Вслѣдъ за этой стадіей наступаетъ стадія набуханія и диффузнаго окрашиванія: клѣтка начинаетъ окрашиваться диффузно (часть отростка прилежащая къ клѣткѣ также), на видъ она увеличена и представляется сочной и набухшей.

Далѣе слѣдуетъ стадія обезцвѣчиванія и сморщиванія: обезцвѣчиваніе начинается съ периферіи, постепенно приближаясь къ ядру, одновременно образуются въ клѣткѣ углубле-

нія—начало неправильнаго сморщиванія, или-же клѣтка сморщивается равномѣрно со всѣхъ концевъ; мало по малу клѣтка совершенно обезцвѣчивается и только иногда мѣстами остаются скопленія хроматина. Исчезаніе хроматина можно приписать вымыванію его изъ клѣтки паренхиматозной жидкостью что еще болѣе подтверждается одновременно наступающимъ сморщиваніемъ клѣтки. Ядрышко остается окрашеннымъ.

Стадія полнаго уничтоженія клѣтки заключаются въ томъ, что она или разрушается, образуя зернистую массу, или же сморщивается до минимума и наконецъ исчезаетъ; мѣсто клѣтки указываетъ только оставшаяся ячейка.

Такъ проходитъ перерожденіе клѣтокъ, которое можно сравнить съ мутнымъ бѣлковымъ набуханіемъ.

Другое происходитъ въ тѣхъ клѣткахъ, которыя подверглись развитію вакуолярнаго процесса.

Въ такомъ случаѣ въ клѣтки появляются вакуоли, которыя постепенно увеличиваются. Вакуоли располагаются обыкновенно на периферіи клѣтки, противоположной той, гдѣ расположено ядро. Наконецъ клѣточная протоплазма обрываетъ сморщенное и окрашенное ядро только тонкимъ бордюрикомъ; отростки уничтожены, остающаяся часть клѣтки располагается на периферіи ячейки и выпускаетъ отъ себя только узкія и тонкія нити протоплазмы, раздѣляющей ячейку на нѣсколько отдѣльныхъ вакуолей. Нѣкоторыя клѣтки лежатъ въ центрѣ ячейки и выпускаютъ отъ себя звѣздообразныя къ периферіи ячейки вышеупомянутыя нити, разбивая такимъ образомъ ячейку на 5—6 вакуолей. Въ этомъ періодѣ перерожденія, клѣтки уже не окрашиваются метиленовой синькой, но хорошо окрашиваются эозиномъ.

Наконецъ встрѣчается еще третій родъ перерожденія,—жировое перерожденіе, хотя надо сознаться, что этотъ родъ перерожденія встрѣчается въ нервныхъ клѣткахъ послѣ перевязки брюшной аорты гораздо рѣже первыхъ двухъ. Со-

стоятъ онъ въ томъ, что жировыя частицы, содержащіяся въ нервной клѣткѣ, начинаютъ увеличиваться и въ концѣ концовъ занимаютъ всю клѣтку. Жировое перерожденіе начинается всегда съ одной стороны, противоположной ядру и продолжается затѣмъ прогрессивно, переходя послѣдовательно на ядро, и послѣднимъ погибаетъ ядрышко.

Такимъ образомъ оказывается, что и послѣ перевязки брюшной аорты, нервныя клѣтки спинного мозга претерпѣваютъ такіе процессы, которые можно подвести подъ 3 категоріи перерожденія: бѣлковое, вакуолярное и жировое. Последнее, впрочемъ, встрѣчается въ данномъ случаѣ гораздо рѣже первыхъ двухъ.

Параллельно съ уменьшеніемъ количества клѣтокъ, съ разрушеніемъ ихъ число сосудовъ увеличивается и въ концѣ концовъ они переплетаются по всему сѣрому веществу, которое представляется въ видѣ гомогенной массы, испещренной сосудами, лейкоцитами и разрастающимися гліозными клѣтками. Сѣрое вещество, въ особенности переднихъ роговъ, атрофируется. Отверстіе спинно-мозгового канала изъ круглого становится неправильнымъ и длинникомъ своимъ располагается вкось или поперекъ. Внутри канала находится масса лейкоцитовъ. Къ 42 дню каналъ суживается и сильно уменьшается. Задніе рога тоже принимаютъ участіе въ перерожденіи и также уменьшены въ объемѣ.

## II. Окраска по Weigert-Pahl'ю и по Marchi.

Вслѣдъ за перерожденіемъ клѣтокъ, само собой разумѣется, наступаетъ перерожденіе волоконъ, такъ какъ послѣднія находятся въ связи съ первыми. Перерожденіе это становится очевиднымъ только спустя 4 дня послѣ зажатія брюшной аорты. Волокна переднихъ роговъ варикозны, мѣлиновыя глыбки встрѣчаются мѣстами, даже отдѣльно. Осевые цилиндры, мѣстами, очень утолщены и обложены мѣлиновой оболочкой. Въ нѣкоторыхъ варикозныхъ узлахъ нервныхъ волоконъ встрѣчаются круглыя образованія, оказавшіяся при болѣе подробномъ изученіи глыбками мѣлина. Нѣкоторыя волокна

окрашены только частью, а на остальномъ пространствѣ неокрашены по способу Weigert-Pahl'я, т. е. лишились мѣлиновой обкладки.

Спустя 8 дней послѣ зажатія брюшной аорты, мѣлиновое вещество волоконъ распадается еще больше; сѣрое вещество измѣняетъ свою форму. Волокна переднихъ роговъ слабѣе окрашиваются, чѣмъ въ 1-мъ случаѣ. Количество расширенныхъ волоконъ, содержащихъ глыбки мѣлина, увеличивается. Волокна заднихъ роговъ также обнаруживаютъ незначительное перерожденіе.

Спустя 16 дней. Измѣненія становятся еще яснѣе, въ сѣромъ веществѣ переднихъ роговъ встрѣчается больше волоконъ, лишенныхъ мѣлина, варикозныхъ. Въ заднихъ рогахъ перерожденныхъ волоконъ очень мало.

Спустя 6 недѣль, въ переднихъ рогахъ сѣраго вещества волокна почти всѣ перерождены, перерожденіе переходитъ и на бѣлое вещество: передніе столбы обнаруживаютъ очень много перерожденныхъ волоконъ, не только въ поясничной части, но и въ нижней грудной. Волокна заднихъ роговъ сѣраго вещества обнаруживаютъ нѣсколько перерожденныхъ волоконъ, лишенныхъ на нѣкоторомъ протяженіи мѣлина.

Спустя 98 дней. Передніе рога сѣраго вещества представляются въ поясничной части гомогенными, ни одного волокна сѣраго вещества не уцѣлѣло, въ переднемъ и передне-боковомъ столбахъ—также. Окрашивается вообще весь препаратъ по Weigert-Pahl'ю нѣсколько слабѣе нормального, причемъ къ периферіи окраска становится нѣсколько интенсивнѣе, а въ центрѣ и въ особенности сѣрое вещество (даже задніе рога) бѣлаго цвѣта.

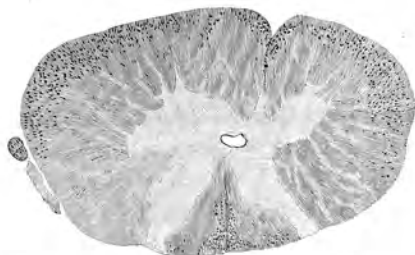
Масса перерожденныхъ волоконъ въ бѣломъ веществѣ распредѣляется главнымъ образомъ такъ: въ передне-боковыхъ и переднихъ столбахъ—разсѣянное перерожденіе, въ заднихъ столбахъ только Голлевскій пучекъ и мозжечковый въ боковыхъ; такая локалізація перерожденія простирается и вверхъ.



Способъ окраски по Marchi далъ слѣдующіе результаты.

Спустя 10 дней послѣ перевязки аорты получается уже характерное перерожденіе переднихъ и передне-боковыхъ столбовъ и слегка мозжечкового пучка; причемъ перерожденіе это болѣе или менѣе разсѣяно.

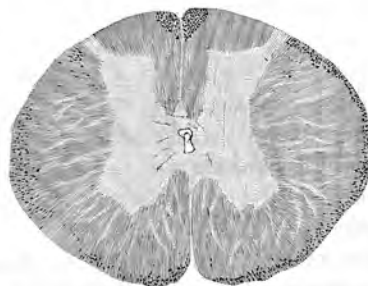
Рис. 1-й.



Грудная часть спинного мозга кролика, жившаго 16 дней, на уровнѣ 5-го грудн. нерва. Окр. по Marchi.

Нужно замѣтить, что и до этого времени уже спустя 5—6 дней получается также перерожденіе тѣхъ-же частей, но очень незначительное.

Рис. 2-й.

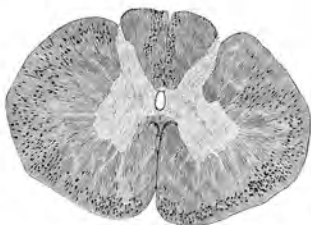


Грудная область (10 грудн. нервъ) тотъ-же, кроликъ. Окр. по Marchi.

Спустя 16 дней—перерожденіе становится нѣсколько болѣе выраженнымъ. Въ поясничной области, въ утолщеніи—

главнымъ образомъ перерожденіе захватываетъ передній столбъ, отчасти передне-боковые столбы, и слабѣ мозжечковые. Въ заднихъ столбахъ пучки Бурдаха почти не перерождены, за

Рис. 3-й.



Поясничная область спинного мозга (2-й поясн. нервъ) кролика жившаго 16 дней. Окр. по Marchi.

то въ пучкахъ Голля замѣчается разсѣянное перерожденіе волоконъ, расположенныхъ медіально. Въ Кларковыхъ столбахъ перерожденіемъ поражены только нѣсколько волоконъ и

Рис. 4-й.



Поясничная область спин. мозга (7 поясн. нервъ) кролика, жившаго послѣ перев. брюшной аорты 16 дней. Окр. по Marchi.

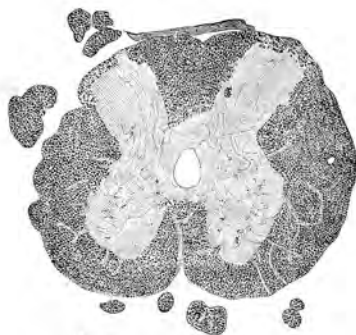
кѣлокъ. Передніе рога представляютъ также массу волоконъ перерожденныхъ.

Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, даже въ клѣткахъ, встрѣчаются зернышки, окрашенные въ черный цвѣтъ, что указываетъ на присутствіе въ нихъ жировыхъ капель. Задніе рога не представляютъ замѣтныхъ измѣненій.

Въ такомъ положеніи находится дегенерация поясничнаго утолщенія спинного мозга. Ниже, эта дегенерация нѣсколько яснѣй и хотя поврежденіе не распространяется на другія области, но за то оно нѣсколько больше: большее количество волоконъ вовлечено въ этотъ процессъ.

Выше поясничнаго утолщенія, мѣсто поврежденія суживается и количество поврежденныхъ волоконъ уменьшается. Въ

Рис. 5-й.



Крестцевая часть мозга кролика жившаго послѣ перевязки аорты 16 дней.  
Окр. по Marchi.

грудной части спинного мозга, поврежденіе захватываетъ только слегка передній пучекъ, незначительную часть передне-боковыхъ столбовъ и столбы Голля. Еще выше, на уровнѣ 5 грудного нерва уже поврежденіе ограничивается только передними столбами и пучками Голля и локализируется на периферіи передне-боковыхъ столбовъ.

Такимъ образомъ мы видимъ, что перерожденіе не ограничивается одной поясничной областью спинного мозга, а поднимается и вверхъ.

Спустя 42 дня—пораженіе локализируется въ тѣхъ же пучкахъ, что и выше, но интенсивнѣе. Въ грудной части спинного мозга, пораженіе нѣсколько болѣе интенсивно на периферіи. Повидимому часть волоконъ уже успѣла переродиться и поэтому не окрашивается по способу Marchi.

Разсматривая препараты спинного мозга, полученные отъ кролика прожившаго 98 дней, мы уже не получаемъ окраски по способу Marchi, такъ какъ спинно-мозговья волокна поясничной области претерпѣли уже полное перерожденіе.

Ehrlich и Brieger, Singer, Münzer и Wiener, Hértter и Arth. Sarbo<sup>1)</sup>, описывая измѣненія спинного мозга послѣ перевязки аорты указываютъ на локализацию перерожденія бѣлаго вещества, главнымъ образомъ въ пучкахъ Голля, въ мозжечковыхъ пучкахъ и на разсѣянное перерожденіе переднихъ и передне-боковыхъ столбовъ. Это перерожденіе не ограничивается только поясничнымъ утолщеніемъ спинного мозга, а подвигается еще вверхъ, т. е. получается восходящее перерожденіе бѣлаго вещества.

Мои изслѣдованія нисколько не противорѣчатъ изслѣдованіямъ вышеуказанныхъ авторовъ; я также нашелъ вторичное перерожденіе волоконъ съ такой же локализацией, какъ и предыдущіе авторы.

Разсматривая все вышесказанное я прихожу къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Даже непродолжительная анэмія спинного мозга вызываетъ ясныя измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ переднихъ роговъ.

2) Эти измѣненія нервныхъ клѣтокъ, разъ начавшись, съ каждымъ часомъ жизни животнаго прогрессируетъ, пока не наступитъ наконецъ полное разрушеніе клѣтки, причемъ

---

<sup>1)</sup> l. c. см. выше.

эти измѣненія даютъ характерныя картины наблюдаемыя, при атрофiи клѣтки.

3) Разрушенiе клѣтки влечетъ за собой разрушенiе тѣхъ волоконъ, съ которыми она связана.

4) Волокна начинаютъ разрушаться съ 5 дня послѣ начала опыта; разрушенiе это выражается сперва въ распаденiи мiэлина, а затѣмъ и полной дегенераціей волокна.

5) Распаденiе волоконъ происходитъ главнымъ образомъ въ переднихъ рогахъ сѣрого вещества и въ переднихъ, передне-боковыхъ столбахъ, въ мозжечковыхъ пучкахъ и пучкахъ Голля бѣлаго вещества.

6) Перерожденiе бѣлаго вещества не ограничивается поясничнымъ отдѣломъ спинного мозга, а простирается и выше въ грудную и шейную область, гдѣ оно занимаетъ самый периферическiй отдѣлъ.

7) Сѣрое вещество мало-по-малу атрофируется, неврогiйная ткань разрастается и замѣняетъ нормальное сѣрое вещество.

8) Спинно-мозговой каналъ изъ правильно круглого измѣняетъ свою форму въ продолговатый или-же совершенно неправильный.

9) Эти измѣненія въ спинномъ мозгу связаны съ параличемъ заднихъ конечностей, съ нарушенiемъ функціи мочевого пузыря и гесті, съ атрофiей мускулатуры заднихъ конечностей и съ измѣненiемъ костей.

---

## VI.

## ЗАКЛЮЧЕНІЕ.

Познакомившись съ тѣми измѣненіями спинного мозга, которыя вызваны перевязкой или зажатіемъ брюшной аорты, теперь намъ остается заняться разрѣшеніемъ вопроса: какаѣ же главнѣйшая причина лежитъ въ основѣ такого глубокого пораженія спинного мозга?

Этотъ вопросъ разрѣшался предыдущими авторами двояко: одни видѣли причину пораженія въ анеміи спинного мозга, другіе (Herter <sup>1)</sup>) объясняютъ это тѣмъ, что происшедшая задержка крови на 1 часъ, а затѣмъ опять прекращеніе зажатія вызываетъ воспаленіе спинного мозга—міэлитъ.

Слѣдовательно, первые авторы видѣли въ измѣненіи спинного мозга простой некрозъ его, а вторые склоны считать его за болѣе сложное страданіе—міэлитъ.

Для подтвержденія своего мнѣнія Herter указываетъ на измѣненіе мышцъ и нервовъ, на пролиферацію лейкоцитовъ, на расширеніе и размноженіе сосудовъ.

Основываясь на полученныхъ данныхъ, я прихожу нѣсколько къ другому выводу.

Прежде всего разсматривая препараты спустя 4—5 часовъ послѣ перевязки брюшной аорты, мы замѣчаемъ увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, которые располагаются главнымъ образомъ около сосудовъ.

Характерный ихъ видъ при окрашиваніи гематоксилиномъ, расположеніе вблизи сосудовъ—все это указываетъ на то, что эти образованія не неврогійныя клѣтки, а лейкоциты. Кромѣ того такое быстрое увеличеніе ихъ въ числѣ, спустя 3—4 часа послѣ перевязки аорты, также говоритъ за то, что это лейкоциты, вышедшіе изъ сосудовъ. Конечно, нельзя отри-

---

<sup>1)</sup> Journal of Nerv. and Ment. disease 1889, April.

цать, что въ спинномъ мозгу наступаетъ острая анемія, а какъ слѣдствіе ея некрозь сѣраго вещества спинного мозга. Однако спустя нѣкоторое время эта некротизированная часть спинного мозга вызываетъ воспаленіе со всѣми характерными явленіями: развитіемъ сосудовъ, расширеніемъ ихъ, пролифераціей бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, разрастаніемъ невроглии, другими словами—получается картина очень похожая на міэлитъ; правда, при міэлитѣ количество сосудовъ гораздо больше, они лучше развиты, но нельзя упускать изъ виду, что въ нашемъ случаѣ подвозъ питательнаго матеріала былъ затрудненъ и поэтому развитіе сосудовъ не могло совершаться такъ успѣшно, какъ при настоящемъ міэлитѣ.

Вспомнимъ работу Генгу Lamу<sup>1)</sup>, который, выскрѣвая порошокъ ликоподія, наблюдалъ некрозь сѣраго вещества, а затѣмъ явленія напоминающія міэлитъ. Отсюда онъ дѣлаетъ даже предположеніе, что не служитъ ли причиной Polymyelitis ant., Myelitis Syphiliticae облитерація артерій, другими словами некротизированный участокъ вызываетъ вокругъ себя реактивное воспаленіе, которое распространяется затѣмъ и на него.

Только такимъ образомъ можно объяснить увеличеніе количества сосудовъ и пролиферацію бѣлыхъ тѣлецъ. Основываясь на этомъ, я прихожу къ заключенію, что сперва развивается острое размягченіе поясничной части спинного мозга, которое переходитъ въ воспаленіе.

Исходомъ послѣдняго уже будетъ развитіе неврогліиной ткани и уничтоженіе нервныхъ клѣточныхъ элементовъ спинного мозга. Это уничтоженіе клѣточныхъ элементовъ связано съ атрофіей мышцъ нижнихъ конечностей, съ дегенераціей нервныхъ стволовъ и, что въ особенности замѣчательно, съ атрофіей костей.

Эти явленія повидимому зависятъ исключительно отъ гибели нервныхъ клѣтокъ, такъ какъ кровообращеніе въ ниж-

---

<sup>1)</sup> Arch. de physiol. 1897. p. 184.

нихъ конечностяхъ не нарушается. Если-же перевязать бедренную артерію, то въ такомъ случаѣ, если только спинной мозгъ совершенно не задѣтъ, получится простое омертвѣніе всей конечности, но такихъ характерныхъ измѣненій не получится. Слѣдовательно, эти атрофіи можно всецѣло приписать нервнымъ явленіямъ. Уже давно существуетъ указаніе на то, что и кости подчиняются нервнымъ явленіямъ, извѣстна напр., ломкость костей у табетиковъ и т. п.; такимъ образомъ этотъ случай есть экспериментальное подтвержденіе зависимости роста костей отъ нервныхъ явленій.

Дегенерація нервовъ можетъ зависѣть, по всей вѣроятности отъ перехода перерожденія со спинного мозга.

Основываясь на вышеуказанныхъ положеніяхъ, я прихожу къ убѣжденію, что въ данномъ случаѣ мы имѣли некробиотическій міэлитъ.

---

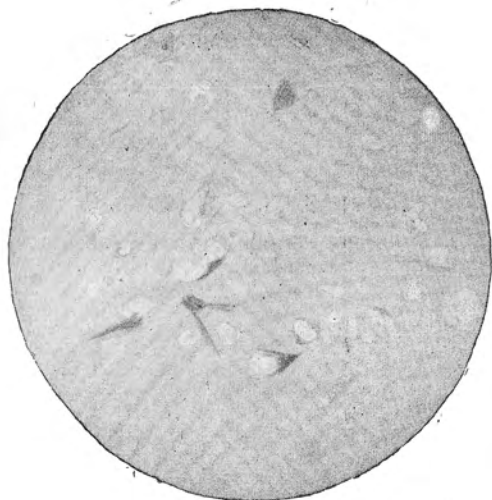
Считаю своимъ пріятнѣйшимъ долгомъ принести глубокую благодарность многоуважаемому учителю академику Владиміру Михайловичу Бехтереву, какъ за постоянное руководство настоящей работой, такъ и за истинно отеческое отношеніе къ своему ученику.



### Объясненіе рисунковъ.

- Рис. 1. Диффузно окрашенная нервная клетка спинного мозга кролика убитого спустя 7 часовъ послѣ перевязки брюшной аорты. Увел. 330.
- ” 2. Начавшая уже обезцвѣчиваться клетка кролика прожившаго 19 часовъ послѣ перевязки аорты. Увел. 330.
- ” 3. Развитіе вакуоль въ клеткахъ спинного мозга на уровнѣ 6 поясничн. позвонка у кролика, жившаго 12 дней.
- ” 4. Нервная клетка переднихъ роговъ спинного мозга кролика убитого спустя 7 часовъ послѣ сдавленія брюшной аорты. Увелич. 600.
- ” 5. Нервная клетка того же кролика нѣсколько болѣе измѣненная. Увелич. 600.
- ” 6. Спинной мозгъ (поясничная часть) передніе рога; кроликъ жилъ 5 сутокъ послѣ перевязки брюшной аорты.
-

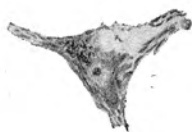
Къ ст. д-ра Л. М. Пуссера.



6.



1.



2.



3.



4.



5.

## Электрическая возбудимость мышцъ у новорожденныхъ въ связи со строеніемъ мышцъ и нервныхъ волоконъ<sup>1)</sup>.

В. Нарбута.

Всѣ выводы, полученные на животныхъ, возможно переносить на человека лишь въ томъ случаѣ, когда путемъ анатомическихъ изслѣдованій убѣдимся, что изслѣдуемая часть у тѣхъ и другихъ, находятся въ одинаковомъ періодѣ развитія....

(В. М. Бехтеревъ).

Первыя работы, которыя были сдѣланы въ этомъ направленіи, относятся къ 1877, когда Soltmann, на основаніи цѣлага ряда опытовъ, доказалъ, что во 1) возбудимость двигательныхъ нервовъ новорожденнаго при электрическомъ раздраженіи менѣе, слабѣе выражена, чѣмъ взрослога; 2) эта возбудимость увеличивается съ постепеннымъ ростомъ животнаго вплоть до 6-ой недѣли включительно, когда она достигаетъ аналогичной величины взрослога, иногда впрочемъ даже превышаетъ ее; 3) міограмма новорожденнаго похожа на міо-

---

<sup>1)</sup> Работа удостоена Конференціей Академіи золотой медали; сообщена въ научномъ собраніи врачей при клиникѣ душевныхъ и нервныхъ болѣзней 22-го марта 1901 года.

грамму усталого животного, она характеризуется незначительным максимумом повышения и постепенным падением, причем вершина кривой является въ видѣ плоскости, такъ какъ мускуль остается дольше на максимальномъ сокращеніи.

Чувствительные нервы новорожденныхъ животныхъ обладаютъ такою-же пониженною возбудимостью и послѣдняя повышается въ той же степени и по тѣмъ же законамъ, какъ и возбудимость двигательныхъ нервовъ: возбудимость повышается до 11 и 12 недѣли, когда и достигаетъ своего максимума.

Въ недостаткѣ развитія задерживающихъ центровъ Soltmann думалъ найти причину повышеннаго расположенія новорожденныхъ къ рефлексу.

Свои опыты Soltmann предпринялъ съ цѣлью доказать, что повышенность рефлекторнаго раздраженія у новорожденныхъ, если таковая у нихъ дѣйствительно существуетъ, а не является продуктомъ фантазіи ученыхъ,—зависитъ не отъ повышенной чувствительности периферическихъ нервовъ, а отъ недостаточнаго развитія задерживающихъ центровъ въ головномъ мозгу, отъ несовершенства волевыхъ импульсовъ. Это положеніе ему дѣйствительно блестяще удалось подтвердить своими опытами.

Не вдаваясь въ подробное описаніе этихъ опытовъ, укажу только, что свои изслѣдованія онъ сосредоточилъ главнымъ образомъ надъ новорожденными кроликами, котятками и щенятами; причемъ во всѣхъ своихъ опытахъ онъ сопоставлялъ данныя добытыя надъ новорожденными съ таковыми же взрослыхъ животныхъ той же породы.

Такимъ образомъ ему удалось получить результаты, которые выше были указаны. Кривыя, которыя онъ получилъ на законченномъ барабанѣ, дѣйствительно поразительны. Тогда какъ у взрослого животного моментъ наступленія раздраженія сопровождается рѣзкимъ поднятіемъ кривой и быстрымъ ея паденіемъ до абсциссы,—у болѣе молодого животного (24—30 дней) эта кривая, хотя также рѣзко подымается,

но не достигает такой величины, менѣе быстро опускается и, опускаясь, падаетъ ниже абсциссы, затѣмъ немного надъ нею снова подымается и въ дальнѣйшемъ теченіи падаетъ медленно, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ; наконецъ у новорожденнаго его кривая поразительно измѣняется: послѣ медленнаго небольшого поднятія, она нѣкоторое время идетъ какъ бы по плоскости (образуетъ тупой уголъ) и наконецъ крайне медленно въ продолженіи нѣсколькихъ секундъ спускается и постепенно переходитъ въ абсциссу.

Вообще по мнѣнію Soltmann'a функціи мышцъ у новорожденныхъ носятъ характеръ утомленія. Кромѣ того въ этой же работѣ авторъ сообщаетъ нѣсколько интересныхъ данныхъ относительно характера tetanus'a у новорожденныхъ. На основаніи своихъ опытовъ по этому вопросу онъ приходитъ къ слѣдующему результату: 1) достаточно 16 прерываній тока въ секунду, чтобы у новорожденнаго кролика произвести полный tetanus, тогда какъ у взрослога, нужно для этого болѣе 70 прерываній, и 2) tetanus новорожденныхъ животныхъ похожъ на tetanus усталыхъ взрослыхъ животныхъ.

Этими данными, собственно, исчерпывается работа Soltmann'a.

Вскорѣ затѣмъ (въ 1879) послѣдовало сообщеніе того же Soltmann'a, „о возбудимости чувствительныхъ нервовъ у новорожденныхъ“, гдѣ онъ указалъ на гистологическую картину периферическихъ нервовъ новорожденныхъ животныхъ; послѣдняя по даннымъ его наблюденій характеризуется тѣмъ, что число нервныхъ волоконъ не содержащихъ мѣлиновой обкладки (marklose Fasern) у новорожденныхъ значительно больше, чѣмъ у взрослыхъ, причемъ особенно рельефно это наблюдается въ волокнахъ нервовъ лица.

Soltmann задался цѣлью (прежде всего найти анатомическую причину этихъ интересныхъ условій возбудимости у новорожденныхъ, и ему дѣйствительно удалось доказать ясное различіе въ структурѣ нервовъ новорожденныхъ и взрослыхъ животныхъ.

Эти анатомическія данныя, найденныя Soltmann'омъ, состоятъ, по его словамъ въ слѣдующемъ: въ ischiadicus и vagus у новорожденнаго животнаго находятся волокна лишенныя міэлина въ большемъ количествѣ, чѣмъ у взрослога; среди нервныхъ волоконъ лица часто встрѣчаются волокна содержащія міэлинъ только мѣстами, мѣстами же они его не содержатъ, а тамъ, гдѣ имѣется міэлиновая обкладка, послѣдняя нѣжнѣе, менѣе толста и прервана на уровнѣ ядра; ясно удастся наблюдать ея перерывы, т. е. мозговые сегменты, надрѣзки и углубленія.

Въ 1886 году появилась работа проф. С. Westphal'я „объ электрической возбудимости нервовъ и мышцъ у новорожденных“. Работа эта, собственно, не прибавила ничего новаго къ упомянутымъ изслѣдованіямъ Soltmann'a; развѣ только, что Westphal продѣлалъ аналогичные опыты, что и Soltmann, но только надъ новорожденными дѣтьми.

Опыты свои онъ производилъ въ родовспомогательномъ заведеніи Charité въ Берлинѣ. Какъ и сколько онъ поставилъ этихъ опытовъ, авторъ ничего въ своей работѣ не сообщаетъ, говоритъ только, что постановка этихъ опытовъ надъ дѣтьми крайне сложна и затруднительна вслѣдствіе подвижности и безпокойства ребенка. На основаніи своихъ наблюденій, авторъ приходитъ къ тѣмъ же выводамъ: именно, что для возбудимости большихъ периферическихъ нервныхъ стволовъ, также какъ и для прямой возбудимости дѣтскихъ мышцъ, требуются значительно болѣе сильныя индукціонныя токи, чѣмъ у взрослыхъ. При этомъ С. Westphal замѣчаетъ, что сокращенія, какъ при фарадическомъ, такъ и при гальваническомъ раздраженіи, имѣли особый характеръ, отличный отъ обыкновеннаго,—они обладали большей медленностью возникновенія и исчезновенія.

Хотя авторъ въ концѣ своего сообщенія и заявляетъ, что главная цѣль послѣдняго, заключается въ томъ, чтобы побудить лицъ интересующихъ этимъ вопросомъ къ болѣе

детальной разработкѣ его, однако до 1894 года такого работника не нашлось.

Въ 1894 году появилась классическая работа д-ра А. Westphal'я подъ названіемъ: Die elektrischen Erregbarkeitverhältnisse des peripherischen Nervensystems des Menschen in jugenlichem Zustand und ihre Beziehung zu dem anatomischen Bau desselben.

Авторъ, благодаря колоссальной научной выдержкѣ, сразу охватилъ весь вопросъ и кажется исчерпалъ его до мельчайшихъ подробностей.

Упомянутая работа А. Westphal'я на столько существенна для затронутого нами вопроса, что мы позволимъ себѣ особенно подробно остановиться на этой работѣ, причемъ попутно приведемъ и работы другихъ ученыхъ.

Задача, которую поставилъ себѣ А. Westphal, состоитъ въ слѣдующемъ: 1) изслѣдовать и установить условія электровозбудимости нервной периферической системы, а также мышцъ у молодыхъ организмовъ; 2) возможно ли объяснить измѣненія электровозбудимости на основаніи различія анатомическаго строенія периферическихъ нервовъ и мышцъ.

А. Westphal изслѣдовалъ 29 младенцевъ; изслѣдованіе свое онъ производилъ при помощи электрическаго прибора Hirschmann'a.

При изслѣдованіи онъ прежде всего старался опредѣлить первыя минимальныя сокращенія при замыканіи катодомъ (КЗС) при гальваническомъ токѣ (причемъ сила тока измѣрялась гальванометромъ Hirschmann'a) и минимальными сокращеніями при индуктивномъ токѣ (сила тока измѣрялась разстояніемъ катушекъ саннаго аппарата).

У каждаго младенца авторъ изслѣдовалъ—гальваническимъ и фарадическимъ токамъ—нервы (facialis, ulnaris, medianus и peroneus) и мускулы (frontalis, biceps, extensor digit. comm., vast. int., peroneus longus).

По изслѣдованіямъ послѣдняго ученаго возбудимость, (какъ при фарадическомъ, такъ и при гальваническомъ токѣ)

до 3-й недѣли уменьшается; затѣмъ начинаетъ увеличиваться, но постепеннаго повышенія возбудимости по возрастамъ нельзя констатировать, т. е. нервы и мускулы въ первыя недѣли жизни до извѣстнаго, не для всѣхъ случаевъ одинаковаго времени, возбуждаются электрическимъ токомъ значительно труднѣе, чѣмъ нервы и мускулы взрослыхъ. Но встрѣчаются и исключенія. Надо замѣтить кромѣ того, что электро-возбудимость нервовъ и мускуловъ у одного и того же ребенка бываетъ иногда различна для гальваническаго и фарадическаго тока, иногда можно найти у индивидуума всѣ переходы отъ сильно пониженнаго до нормальнаго возбужденія.

Нельзя доказать правильнаго повышенія электрическаго возбужденія съ годами; мы встрѣчаемъ здѣсь, говоритъ авторъ, поразительные скачки и неправильности.

Кромѣ этой количественной разницы, замѣчается и качественная, именно: сокращеніе мускуловъ не было мгновенно, какъ у взрослыхъ—быстрое сокращеніе и быстрое ослабленіе—здѣсь, въ опытахъ надъ дѣтьми—движенія мышцъ наблюдались болѣе медленными, какъ бы лѣнивыми, влачащими, какъ описалъ ихъ Soltmann у кроликовъ. Этотъ особенный типъ сокращенія мышцъ наблюдался какъ при фарадическомъ, такъ и при гальваническомъ раздраженіи, причемъ замыкательныя сокращенія яснѣе обнаруживали свой влачащій характеръ, чѣмъ сокращенія размыкательныя. Но и тутъ слѣдуетъ замѣтить во 1) что различные мускулы у одного и того же ребенка обнаруживаютъ различные виды сокращенія, и во 2) у дѣтей можно наблюдать всѣ переходныя формы сокращенія.

Относительно сопротивленія кожи, при проведеніи электрическаго тока, изслѣдованіе Westphal'я согласуется съ наблюденіями Erb'a и Jolly, именно: Westphal находилъ, что у дѣтей встрѣчаются часто очень высокое сопротивленіе кожи. Авторъ констатировалъ въ первыя 5 недѣль жизни почти постоянныя высокія сопротивленія, значительно превосходящія тѣ, которыя встрѣчаются въ послѣдующіе періоды жизни.



Объясненіе этому явленію Westphal думаетъ найти въ томъ, что кожа новорожденныхъ покрыта тончайшими волосками. Авторъ вполне согласенъ съ Jolly въ томъ, что нельзя обнаружить вообще определенной связи между возрастомъ и сопротивленіемъ кожи; кстати замѣтить, что новорожденные и дѣти первыхъ недѣль жизни (приблизительно до 3-й недѣли) по мнѣнію Westphal'я вполне не чувствительны на очень сильныя электрическіе токи.

Такъ какъ мы не касаемся вопроса о ходѣ развитія нервнаго или мышечнаго вещества, то изъ огромной литературы, касающейся нервной субстанціи периферической системы, укажемъ только на то, что непосредственно относится къ нашему вопросу.

Max Schultze <sup>1)</sup> нашелъ въ периферическихъ нервахъ, какъ волокна, содержащія мозгъ (міэлинъ), такъ и волокна не содержащія его.

Тоже самое подтверждаютъ Axelkey и Retzius <sup>2)</sup>.

Westphal, на основаніи изслѣдованій только что упомянутыхъ ученыхъ, а также, основываясь на литературныхъ данныхъ, приходитъ къ заключенію, что развитіе міэлина въ периферической нервной системѣ при рожденіи еще далеко не закончено, въ нихъ замѣчается богатство зеренъ, протоплазмы, отсутствіе или недоразвитіе Ranvier'овскихъ перехватовъ.

Не смотря на то, что Remak, по мнѣнію Westphal'я систематичнѣе, чѣмъ кто либо, изслѣдовалъ состояніе и развитіе периферическихъ нервныхъ волоконъ у молодыхъ животныхъ, тѣмъ не менѣе, по мнѣнію того-же Westphal'я вопросъ этотъ далеко еще не исчерпанъ.

Еще менѣе сдѣлано по вопросу объ анатомической структурѣ мышечной системы у новорожденныхъ.

---

<sup>1)</sup> Handbuch der allgemeinen und speciellen Gevebelehre des menschlichen Körpers. Zweite Auflage 1854.

<sup>2)</sup> Цит. по Westphal'ю.

Съ цѣлью подробнѣе разработать указанные вопросы, Westphal предпринялъ изслѣдованіе нервовъ и мышцъ у дѣтей, умершихъ въ родовспомогательной клиникѣ Charité.

Матерьялъ изслѣдовался не позже 24 часовъ послѣ смерти. Авторъ выбиралъ преимущественно тѣ нервы и мышцы, которые были уже предметомъ электрическаго изслѣдованія, но онъ при этомъ оговаривается, что изъ дѣтей, у которыхъ пришлось ему изслѣдовать электровозбудимость ни одно не умерло.

На основаніи тщательной обработки всего матеріала, авторъ доказываетъ, что констатированныя уклоненія электрической возбудимости периферическихъ нервовъ и мышцъ у новорожденныхъ и молодыхъ особей отъ таковой у взрослого индивидуума вполне объясняется различіемъ въ анатомическомъ строеніи указанныхъ органовъ (тѣхъ и другихъ) и именно: значительно меньшей величиной у новорожденныхъ нервныхъ и мускульныхъ волоконъ, отсутствіемъ на первыхъ ясныхъ перехватахъ, богатствомъ большихъ зеренъ въ паренхиматозной и интерстиціальной ткани, особымъ состояніемъ осевыхъ цилиндровъ (въ раннихъ post-эмбриональныхъ стадіяхъ), въ связи съ крайне скуднымъ развитіемъ мозговой оболочки.

Подтверженіе этому авторъ находитъ въ изслѣдованіяхъ проф. Вл. Мих. Бехтерева надъ корою головного мозга у новорожденныхъ животныхъ. Въ своихъ изслѣдованіяхъ проф. Влад. Мих. Бехтеревъ <sup>1)</sup> наглядно доказываетъ, что электровозбудимость коры приближается къ нормѣ по мѣрѣ того, какъ нервныя волокна обкладываются мякотной оболочкой.

Зависимость электровозбудимости отъ степени развитія мякотной мозговой оболочки подтверждаетъ и Erb <sup>2)</sup>. Онъ говоритъ, что уменьшеніе (паденіе) электровозбудимости, ко-

<sup>1)</sup> Ueber die Erregbarkeit verschiedener Hirnbezirke bei neugeborenen Thieren. Neurol. Centralbl. 1889 № 18.

<sup>2)</sup> Deutsches Archiv. f. klinische Medicin 5 B. 1819.

торая очень быстро наступаетъ послѣ паралича, совпадаетъ съ возрастающимъ перерожденіемъ нервнаго мозга; когда это перерожденіе достигаетъ извѣстнаго предѣла,—электровозбудимость исчезаетъ вполне.

Ко взгляду Erb'a присоединяется и Leegard <sup>1)</sup>.

Къ аналогичнымъ выводамъ приходитъ въ своихъ изслѣдованіяхъ и Соколовъ <sup>2)</sup>; предполагая въ анатомическомъ строеніи органовъ найти объясненіе тѣхъ или другихъ физиологическихъ особенностей дѣтскаго организма, этотъ ученый предпринялъ самое тщательное изслѣдованіе двигательныхъ, чувствительныхъ и смѣшанныхъ нервовъ. Онъ изслѣдовалъ нервы черезъ 5—10 ч. послѣ смерти.

На основаніи добытыхъ имъ данныхъ авторъ приходитъ къ выводамъ, которые можно формулировать слѣдующимъ образомъ: въ дѣтскомъ организмѣ наблюдается 1) слабая окраска нервныхъ стволовъ; 2) тонкость всѣхъ нервныхъ волоконъ; 3) четкообразность и варикозность болѣе окрашенныхъ волоконъ, 4) почти полное отсутствіе перехватовъ Raviere. Кромѣ того на основаніи сравненія отдѣльныхъ группъ нервныхъ стволовъ, Соколовъ приходитъ къ заключенію, что у дѣтей наиболѣе развиты чисто двигательные стволы, затѣмъ смѣшанные и всего слабѣе чувствительные; сѣдалищный нервъ хорошо развитъ у дѣтей и уже рано большинство изъ его волоконъ являются обложенными мякотью.

Относительно гистологическаго строенія мышцъ Raviere <sup>3)</sup> доказалъ различія въ поперечно-полосатой мускулатурѣ кроликовъ. Онъ различалъ бѣлыя мышцы съ очень скорымъ типомъ сокращенія и съ легкой возбудимостью, отъ красныхъ, которыя сокращались значительно медленнѣе. Первыя имѣютъ рѣзкія поперечныя полосы, относительно мало

---

<sup>1)</sup> См. A. Westphal. L. c.

<sup>2)</sup> О развитіи периферическихъ нервовъ у новорожденныхъ дѣтей. Врачъ 1870 № 17 и № 20.

<sup>3)</sup> Archiw physiol, 6, 1879. Progrès medic. 187 № 30. Цит. по Westphal.

зеренъ; у послѣднихъ можно различить рядомъ съ поперечными полосами ясную продольную полосатость, онѣ имѣютъ, кромѣ того, многочисленныя зерна. У человѣка, какъ извѣстно находятся лишь красныя мышцы, но по мнѣнію Grützner'a<sup>1)</sup> въ отдѣльныхъ мышцахъ встрѣчаются смѣшанныя волокна, приближающіяся по типу отчасти къ бѣлымъ, отчасти къ краснымъ мышцамъ.

Что касается богатства и расположенія зеренъ, то мышцы новорожденныхъ, по мнѣнію Westphal'я, носятъ характеръ красной мускулатуры.

Вотъ, собственно говоря, все существенное, что мы могли найти въ литературѣ по затронутому нами вопросу.

Мы намѣренно оставляемъ въ сторонѣ богатѣйшую литературу о возбудимости мозговой коры у новорожденныхъ; хотя она и освѣтила бы отчасти нашу тему, но слишкомъ завела бы насъ въ сторону.

Поэтому, интересующагося этимъ вопросомъ во всемъ его цѣломъ, мы отсылаемъ къ классическимъ работамъ проф. Вл. Мих. Бехтерева и Soltmann'a, а также и къ диссертациямъ, вышедшимъ изъ лабораторіи В. Бехтерева, докторовъ Жукова и Бари, у которыхъ подробно указана и разобрана относящаяся сюда литература.

Возвращаясь спеціально къ нашему вопросу объ электровозбудимости мышцъ и нервовъ, мы заранѣе извиняемся за смѣлость, что приступили къ дальнѣйшей разработкѣ даннаго вопроса. Изъ предыдущаго ясно уже видно, что въ этомъ направленіи сдѣлано, особенно трудами Soltmann'a и Westphal'я, почти все.

Мы тѣмъ не менѣе рѣшились заняться указанной темой, предполагая, что путемъ комбинированія условій опыта и накопленіемъ новыхъ фактическихъ данныхъ можетъ быть удасться, если не освѣтитъ вопроса съ другой точки зрѣнія, то во всякомъ случаѣ подтвердить выводы упомянутыхъ ученыхъ.

<sup>1)</sup> Recueil zool. suisse. v. 1 1884. Цит. по Westphal.

## II.

## Способы изслѣдованія.

Весь матеріалъ, который въ слѣдующей главѣ будетъ изложенъ въ видѣ отдѣльныхъ протоколовъ, былъ нами изслѣдованъ въ 3-хъ направленіяхъ. Во первыхъ, мы изслѣдовали электровозбудимость мышцъ и нервовъ у новорожденныхъ дѣтей и животныхъ, при чемъ у послѣднихъ мы старались по возможности записывать на закопченномъ барабанѣ измѣненія кривой сокращенія; затѣмъ изслѣдовали гистологически только у животныхъ строенія нервовъ и мышцъ раздражаемой стороны и контрольной, не раздражаемой; наконецъ при помощи прибора міографа Гельмгольца слѣдили за измѣненіемъ кривой у новорожденного животнаго (и ребенка сравнительно со взрослымъ). Чтобы быть вполне увѣреннымъ въ точномъ возрастѣ животныхъ, мы приобрѣтали беременныхъ сукъ и кошекъ, и опыты производились на щенкахъ и котяткахъ по мѣрѣ достиженія ими желаемого возраста. Каждое животное непосредственно передъ опытомъ взвѣшивалось.

Относительно возраста и вѣса дѣтей мы пользовались тѣми данными, которые находятся въ документахъ Воспитательнаго дома; наименѣе точныя въ этомъ отношеніи цифры, представляютъ дѣти—недоноски, но во избѣжаніе ошибокъ мы выдѣлили ихъ въ отдѣльную группу; остальные дѣти, послужившія намъ для опытовъ записаны въ документахъ Воспитательнаго дома, какъ доношенные, слѣдовательно, возрастъ ихъ до нѣкоторой степени точенъ. Кромѣ того нами брались дѣти, признанныя врачами Воспитательнаго дома здоровыми.

Прежде чѣмъ приступить къ изложенію самыхъ методовъ изслѣдованія, мы считаемъ необходимымъ указать на тѣ инструменты, которыми мы пользовались при нашихъ изслѣдованіяхъ.

Во всѣхъ опытахъ, какъ надъ животными, такъ и надъ дѣтьми мы пользовались исключительно фарадическимъ то-

комъ. Для полученія его служилъ намъ нормальный санний аппаратъ Du-Bois-Raymond въ 5.000 оборотовъ проволоки, дававший 60 прерываній въ секунду. Отъ вторичной катушки, при опытахъ надъ новорожденными животными, шли хорошо изолированные присводы къ электродамъ; послѣдніе состояли изъ двухъ платиновыхъ иглъ, снабженныхъ на концѣ маленькими пуговчатыми утолщеніями; обѣ иглы были вставлены въ одинъ деревянный футляръ. Санний аппаратъ Du-Bois-Raymond'a приводился въ дѣйствіе аккумуляторомъ. Аккумуляторъ во всѣхъ опытахъ брался одинъ и тотъ-же; электромоторная сила его была извѣстна, какъ постоянная, и вывѣрена въ той лабораторіи, гдѣ я имѣлъ честь работать; электровозбудительная сила равнялась  $2\frac{1}{2}$  вольтъ. Кромѣ того санний аппаратъ сообщался проволоками съ отмѣтчикомъ Desprèz. Сокращенія мышцъ непосредственно или посредственно черезъ нервъ записывались при помощи воздушной передачи черезъ Marey'евскіе барабанчики. Приборъ этотъ очень тонкій и давалъ колебаніе иглы при едва замѣтномъ сокращеніи мышцы. Трубка проводящая воздухъ была длиною въ 70 сант. Какъ извѣстно, по изслѣдованіямъ Marey, скорость движенія воздуха по трубкѣ равна 280 метр. въ секунду, такъ что замедленіе для трубки длиною въ 70 сант., которою мы пользовались, равнялась 0,0025 сек. Такъ какъ при записываніи кривой главный интересъ для насъ сосредоточивался въ самомъ характерѣ кривой, а не въ величинѣ скрытаго періода, то это ничтожное запаздываніе для насъ не имѣло никакого значенія. Ниже мы опишемъ тотъ идеально точный приборъ для измѣренія скрытаго періода, у новорожденныхъ, которымъ мы пользовались. Впрочемъ, если даже слѣдить и по кривымъ, записаннымъ при помощи Marey'евскихъ барабанчиковъ, то ошибка будетъ, какъ это доказалъ Putnam <sup>1)</sup> ничтожная. Онъ говоритъ, что ошибка

<sup>1)</sup> Жуковъ. О вліяніи удаденія двигательныхъ центровъ мозговой коры на возбудимость сосѣднихъ съ ними корковыхъ областей. Дисс. Петерб., 1895.

при чтеніи кривыхъ не превышаетъ 0,002 с. даже если подъемъ кривой совершается весьма постоянно, съ чѣмъ, главнымъ образомъ, намъ приходится имѣть дѣло. Вообще ошибка при пользованіи барабанчиками Морея, даже принимая во вниманіе треніе пера о бумагу и другія мелочи, не превышаетъ по Putnam'у—0,005 сек. Мы пользовались въ нашихъ опытахъ всегда одними и тѣми же барабанчиками, — діаметромъ въ 6 сантиметровъ.

Самая постановка опыта надъ животными производилась слѣдующимъ образомъ: животное привязывалось къ тяжелой доскѣ; во избѣжаніе охлажденія животное обкладывалось со всѣхъ сторонъ ватой; затѣмъ, въ однихъ случаяхъ наркотизировалось (хлороформомъ), въ другихъ—нѣтъ. Послѣ этого производили по ходу *nervi ischiadici* операцію, заключающуюся въ разрѣзѣ кожи, подкожной клѣтчатки и раздвиганія мышць, покрывающихъ упомянутый нервъ. Операція производилась въ тепломъ помѣщеніи и во время опыта нервъ и окружающія мышць поливались физиологическимъ растворомъ поваренной соли температуры крови.

Опыты съ наркозомъ и безъ наркоза мало отличались другъ отъ друга; мы всегда старались уловить моментъ совершенно покойнаго положенія конечности, находящейся въ соприкосновеніи съ электродами и затѣмъ только по пропусканіи опредѣленной силы тока получали сокращеніе конечности или мышць. Если же животное было неспокойно и обнаруживало все время съ момента производства операціи движенія лапкой, или даже всемъ тѣломъ,—на закопченномъ цилиндрѣ, тѣмъ не менѣе, намъ легко удавалось опредѣлить начало наступленія дѣйствія тока опредѣленной силы.

Кстати замѣтить, что кровотеченіе во всѣхъ опытахъ было самое ничтожное.

---

<sup>1)</sup> Барі. О возбудимости мозговой коры новорожденныхъ животныхъ. Дисс. Петерб., 1898.

Дальнѣйшая постановка опытовъ шла въ двухъ направ-  
леніяхъ. При изслѣдованіи электровозбудимости нервовъ, лап-  
ка животнаго привязывалась къ небольшой пуговкѣ, плотно  
прикрѣпленной къ резинѣ барабанчика; у животнаго при  
раздраженіи нерва электрическимъ токомъ опредѣленной силы  
вызывалось сокращеніе всей задней конечности; вслѣдствіе  
этого барабанчикъ прикрѣплялся къ массивному штативу  
такъ, чтобы вышеупомянутая пуговка приходилась на одномъ  
уровнѣ съ пальцами.

Движеніемъ лапки пуговка оттягивалась, воздухъ въ  
барабанчикѣ разрѣжался и перо записывающаго барабанчи-  
ка опускалось и чертило на вращающемся барабанѣ кривую  
линію отклоняющуюся книзу. При изслѣдованіи электровоз-  
будимости мышцы (изслѣдовалась всегда одна опредѣленная  
мышца, какъ и одинъ и тотъ же нервъ, именно: *n. ischiadi-*  
*cus* и *m. gracilis*) послѣдняя немного отсепарировалась, при-  
чемъ въ периферическія концы продѣвалась при помощи  
иглы шелковая нитка, которая привязывалась съ другой сто-  
роны къ мареевскому барабанчику. При раздраженіи электри-  
ческимъ токомъ опредѣленной для даннаго индивидуума силы,  
мышца сокращалась, оттягивала нитку и такимъ образомъ  
воздухъ въ барабанчикѣ разрѣжался, что въ свою очередь,  
при посредствѣ другого барабанчика вызывало движеніе лу-  
чинки, которое и зарегистрировалось на вращающемся за-  
копченномъ барабанѣ.

Время отмѣчалось секундомѣромъ. При производствѣ  
опыта такимъ образомъ, на закопченномъ вращающемся ба-  
рабанѣ, обтянутомъ закопченной гляпцовитой бумагой, пи-  
сали 3 лучинки: одна, прикрѣпленная къ секундомѣру, отмѣ-  
чала секунды. Мы не прибѣгали къ электрическому камер-  
тону, записывающему сотыя доли секунды, такъ какъ послѣ  
уже предварительныхъ опытовъ надъ новорожденными жи-  
вотными для насъ стало очевидно, что сокращенія, произво-  
димыя ими при раздраженіи нерва или мышцы, на столько  
вялы и медленны, что могутъ быть почти безъ ущерба для  
точности, измѣряемы секундными періодами времени.



Вторая лучинка записывала кривую мышечнаго сокращенія, а третья отъ отмѣтчика Desprès указывала на начало и конецъ раздраженія. Лучинки всегда были одной и той же длины: Мареевскаго барабанчика—17 сант.; у отмѣтчика Desprès—8 сант., у секундомѣра—5 сант.

Барабанъ приводился въ движеніе часовыхъ механизмомъ при опредѣленной скорости вращенія кимографа (полный оборотъ совершался въ теченіе 8 секундъ).

Готовыя кривыя, по отмѣткѣ дня опыта, опускались въ спиртовой растворъ шеллака и затѣмъ выслушивались и хранились между листами пропускной бумаги<sup>1)</sup>.

На законченномъ вращающемся цилиндрѣ во время опыта отмѣчалась минимальная сила тока, вызывающая сокращеніе мышцы или непосредственно или посредствомъ черезъ нервъ. Послѣ этого и нервъ и мышцы доводились до утомленія, что рѣзко обозначалось на кривой.

При изслѣдованіи электровозбудимости мышцъ и нервовъ у новорожденныхъ дѣтей мы пользовались также только индукціоннымъ токомъ. Для этого служилъ намъ опять тотъ же самый, что и въ опытахъ надъ животными, санный аппаратъ Du-Bois-Raymond, который приводился въ дѣйствіе элементомъ Грене; жидкость каждые три дня наливалась свѣжая. Отъ катушки саянаго аппарата шли проволоки къ двумъ отдѣльнымъ электродамъ, изъ которыхъ одинъ индифферентный съ круглымъ наконечникомъ величиною въ 50 кв. сант. накладывался на грудную кость младенца, другой, тоже съ круглымъ наконечникомъ величиною въ 3 кв. сант. снабженный прерывателемъ тока, къ изслѣдуемымъ мышцамъ и нервамъ.

---

<sup>1)</sup> Однако многіе листы съ кривыми у насъ при перевозкѣ настолько испортились, поломались и потрескались, что мы не могли ихъ даже внести въ протоколы опытовъ; очевидно, густота раствора шеллака вліяетъ на хрупкость бумаги.

Изъ нервовъ мы остановимся на изслѣдованіи *n. peronei*; изъ мышцъ взяты для изслѣдованія *m. biceps brachii* и *m. vastus internus*.

Мы въ предварительныхъ опытахъ пробовали изслѣдовать *nervi facialis, medianus* и *ulnaris*, но затѣмъ отказались отъ этого и вотъ по какимъ соображеніямъ.

Какъ извѣстно, опыты надъ дѣтьми чрезвычайно трудны—это говорилъ еще Westphal. Личико ребенка настолько крошечное, у многихъ притомъ морщинистое, что положительно нѣтъ никакой возможности уловить моментъ наступленія сокращенія при дѣйствіи минимальныхъ раздраженій. Кромѣ того, такъ какъ критеріемъ этого минимальнаго раздраженія служила намъ мимика ребенка,—мы совершенно отказались отъ изслѣдованія *n. facialis*. Точки раздраженія *n. mediani, ulnaris* и *m. bicipitis brachii* у новорожденныхъ, и особенно у плохо упитанныхъ дѣтей, настолько лежатъ близко другъ отъ друга, что для избѣжанія сбивчивыхъ, неточныхъ цифръ, мы рѣшили отказаться отъ изслѣдованія двухъ первыхъ и остановились только на *m. biceps*, причемъ послѣдній раздражали, накладывая электродъ немного выше середины *m. bicipitis*. Мы осмѣливаемся предположить, что изслѣдованія наши надъ дѣтьми достигаютъ большой точности.

Высказываемъ мы это предположеніе на томъ основаніи, что полученныя цифры минимальнаго раздраженія намъ удалось демонстрировать присутствующимъ врачамъ Воспитательнаго Дома съ поразительной точностью.

Передъ производствомъ опыта мы опускали цинковую пластинку въ жидкость, смачивали электроды теплой водой и затѣмъ испробовывали силу тока надъ самимъ собою. Элементъ Грене работалъ очень постоянно. Замѣтимъ здѣсь кстати, что электрическій токъ, не только ощущавшійся нами, но уже дававшій видимаго глазомъ у насъ сокращенія *thenaris*, при проведеніи его черезъ организмъ ребенка не вызывалъ у послѣдняго абсолютно никакой реакціи.

Далѣе, смочивъ электроды теплой водой, мы одинъ изъ нихъ приставляли къ грудной кости и вручали рукоятку помощнику, другой электродъ прикладывали къ изслѣдуемому мѣсту, причемъ, изслѣдуя *biceps brachii*, мы держали ручку младенца въ своей лѣвой рукѣ; изслѣдуя затѣмъ *p. peroneus* и *m. vastus int.*, мы такимъ же образомъ держали ножку ребенка. За движеніемъ катушки слѣдилъ врачъ, причемъ, когда я замѣчалъ по движенію ручки или ножки ребенка, а также по мимикѣ послѣдняго, моментъ вліянія электрическаго тока, я говорилъ помощнику врачу: „довольно“. При этомъ врачъ мнѣ говорилъ цифру, отмѣченную вторичной катушкой, и я тотчасъ вносилъ эту цифру въ протоколъ. При приложеніи мокрыхъ электродовъ одни дѣти начинали тотчасъ, до дѣйствія еще электрическаго тока, плакать, другія беспокойно двигаться; большинство затѣмъ скоро успокаивались, особенно если удавалось развлечь ребенка какимъ нибудь постороннимъ предметомъ. Тотчасъ по достиженіи катушкой минимальнаго раздраженія, дѣйствующаго уже на ребенка, наша лѣвая рука ощущала рѣзкое движеніе конечности, а глазамъ ясно представлялась игра мимическихъ мускуловъ личика младенца, готоваго изъ спокойнаго настроенія перейти въ плаксивое; впрочемъ нѣкоторыя изъ дѣтей сразу начинали плакать.

*N. peroneus* у самыхъ маленькихъ дѣтей, истощенныхъ и недокормовъ мы изслѣдовали на 1—1½ сантиметра выше *capitulum fibulae*; у болѣе взрослыхъ и хорошо упитанныхъ на 2—3 сантиметра выше указаннаго мѣста.

*M. biceps brachii* мы изслѣдовали немного выше середины *humeri*; наконецъ *m. vastus int.*,—спутри надъ колѣнной чашкой. Изслѣдовали именно въ тѣхъ мѣстахъ, которыя указаны для изслѣдованія упомянутыхъ мышцъ и нервовъ Егб'омъ <sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Ремак.—Основы электродиагностики.

Гистологическія изслѣдованія мы производили слѣдующимъ образомъ послѣ того, какъ мы заканчивали нашъ опытъ надъ электровозбудимостью даннаго нерва у животнаго, причемъ мы доводили каждый разъ нервъ до полного утомленія, т. е. когда крайнее надвиганіе вторичной катушки саннаго аппарата Du-Bais-Raymond на первичную уже не вызвало сокращенія лапки.

Тотчасъ послѣ этого нервъ вырѣзывался и переносился на маленькую деревянную палочку (спичку); эту палочку я предварительно вырѣзывалъ такъ, чтобы она въ средней своей части на нѣкоторомъ протяженіи была тоньше; на эту спичку мы накладывали нервъ и привязывали его у верхняго и нижняго конца ниточкой. Раздражаемый нервъ или брался весь (величиною въ 2,5—3 сантиметровъ), или же перерѣзывался въ мѣстѣ приложенія электродовъ и затѣмъ брались отдѣльные куски величиною въ 2 сант., выше и ниже мѣста раздраженія. Послѣ этого нервъ, привязанный къ деревянной палочкѣ, опускался на 24 часа въ 0,1% растворъ осмиевой кислоты; затѣмъ, вынимался изъ этого раствора, промывался въ теченіе двухъ часовъ въ дистиллированной водѣ и переносился на одинъ или два дня въ насыщенный водный растворъ кислаго фуксина, или въ растворъ кармина, или сафранина. Далѣе—по общимъ правиламъ.

Съ мышцами мы поступали аналогичнымъ образомъ.

Дальнѣйшій порядокъ производства опыта былъ слѣдующій; послѣ того какъ препаратъ съ нервомъ былъ положенъ въ осмиеву кислоту, мы приступали къ изслѣдованію у животнаго электровозбудимости мышцы. Когда мышца утомлялась, т. е. когда крайнее надвиганіе вторичной катушки на первичную уже не вызвало сокращенія мышцы, мы ее вырѣзывали и клали въ Мюллеровскую жидкость. Къ каждой мышцѣ привязывалась веревочка съ этикеткой, на которой отмѣчался день и мѣсяцъ опыта и возрастъ животнаго. Въ Мюллеровской жидкости мышцы находились отъ трехъ до четырехъ мѣсяцевъ.

Тоже самое, по окончаніи опыта съ электровозбудимостью, продѣлывалось съ нормальнымъ нервомъ и мышцей другой стороны животнаго, не подвергавшейся раздраженію. Послѣ этого животное убивалось перерѣзкой спиннаго мозга въ шейной части и мышцы изслѣдовались у него на электровозбудимость въ посмертномъ состояніи.

Кромѣ того мышцы изслѣдовались на кривую утомленія и латентнаго періода при помощи міографа Гельмгольца.

Мы отказались отъ изслѣдованія нервовъ и мышцъ у новорожденныхъ гальваническимъ токомъ во 1) потому, чтобы избѣжать вліяніе катализа; во 2) для того, чтобы изслѣдовать дѣтей и животныхъ въ равныхъ условіяхъ, опыты надъ послѣдними пришлось бы производить при неповрежденной кожи и, слѣдовательно, пришлось бы измѣрять сопротивление этой послѣдней. Между тѣмъ это сопротивление крайне трудно поддается точному измѣренію. Насколько трудно это осуществить, указываетъ между прочимъ въ своей работѣ проф. Weiss (Arch. d'électric. med. 1893). Онъ говоритъ: 1) у различныхъ субъектовъ при всѣхъ равныхъ условіяхъ получились слѣдующія цифры въ омахъ: 1200, 1420, 1530, 1900 и т. д.; 2) у одного и того же субъекта, на однихъ и тѣхъ же мѣстахъ и вообще при всѣхъ равныхъ условіяхъ, но въ разные дни:  $^{15}/\text{II}$  1893 г.—1130;  $^{21}/\text{II}$ —1580;  $^{27}/\text{II}$ —1050;  $^1/\text{III}$ —1110;  $^2/\text{III}$ —1250 и т. д. 3) у одного и того же субъекта на разныхъ мѣстахъ кожи при всѣхъ прочихъ равныхъ условіяхъ: съ одного плеча на другое—40 омовъ, съ одного локтя на другой—250 омовъ. У животныхъ же являются еще и другіе факторы, затрудняющіе точность измѣренія.

Мы позволимъ себѣ надѣяться, что тѣ цифры, которыя мы получили при наблюденіи электровозбудимости фарадическимъ токомъ, мало уклоняются отъ абсолютныхъ величинъ, т. к. по послѣднимъ изслѣдованіямъ Gärtner'a, Frey'a и Windshaid'a фарадическое сопротивление очень мало измѣняется подъ вліяніемъ тока и въ этомъ отношеніи данныя, получае-

мыя съ фарадическимъ токомъ заслуживаютъ болѣе довѣрія, чѣмъ съ гальваническимъ.

### III.

#### I. Опыты надъ животными.

*Опытъ № 1. 29 декабря 98 г.*

Взрослый щенокъ, сука, 4-хъ мѣсяцевъ, вѣсъ—4520,0. Передъ тѣмъ какъ приступить къ опыту, собакѣ данъ былъ на ватѣ хлороформъ. Послѣ того, какъ животное уснуло, была произведена операція: отпрепарированъ п. ischiadicus. Первое сокращеніе получилось при разстояніи катушекъ равномъ 270 миллим. Перо кривой, отмѣчающее это сокращеніе, начало писать одновременно съ сигнальнымъ перомъ отмѣтчика Després (см. табл. III № 1). Кривая рѣзко подымается кверху (строго говоря, на законченномъ барабанѣ рѣзко опускается книзу, но мы будемъ всюду говорить вмѣсто „книзу“ — кверху; это проще и понятнѣе), затѣмъ дѣлаетъ небольшое колѣно еще кверху и быстро опускается. Иногда впрочемъ этотъ вторичный подъемъ (это колѣно) не ясно выражено: кривая рѣзко и быстро достигаетъ вершины, нѣсколько мгновений держится на ней и затѣмъ быстро падаетъ. Разстояніе вершины отъ основанія колеблется отъ 22 до 24 миллим. Токъ силы 270 миллим. вызываетъ подобныя кривыя въ теченіе пяти минутъ; затѣмъ нервъ, видимо, утомляется, кривая начинаетъ писать не такъ рѣзко и чтобы вызвать подобный же подъемъ необходимо нѣсколько передвинуть катушку. Теперь такой подъемъ получается отъ дѣйствія тока при разстояніи катушекъ въ 240 мил. При послѣднемъ разстояніи подобныя кривыя получаютъ въ теченіе 10 минутъ; затѣмъ опять ослабѣваютъ и аналогичныя кривыя можно вызвать при разстояніи катушекъ въ 220—210 мил. Такъ держится довольно долго.

Послѣ этого приступаемъ далѣе къ отсеяровкѣ сухожильной части *m. gracilis*; продѣваемъ черезъ него шелковую нитку, прикрѣпляемъ къ Мареевскому барабанчику, начинаемъ раздражать и слѣдимъ за кривой. Первое минимальное раздраженіе получается при разстояніи катушекъ въ 200 мил. (см. табл. III № 2). Но при этомъ сокращенія мышцы едва замѣтны глазу и съ трудомъ записываются на вращающемся, закопченномъ барабанѣ. Черезъ три минуты перо пишетъ почти прямую линію съ ничтожными отклоненіями. Чтобы вызвать нѣсколько замѣтную кривую, необходимо сдвинуть катушки до разстоянія въ 150 мил. Тогда, вскорѣ послѣ дѣйствія отмѣтчика Desprèz, перо начинаетъ записывать снова мышечную кривую, подъемъ ея довольно крутой, верхушка овально-остроконечная, скать тоже крутой. При указанной силѣ тока только что описаную кривую удалось вызывать въ теченіе пяти минутъ; но затѣмъ понадобилось для такой же кривой разстояніе катушекъ въ 100 мил. Другія мышцы этого животнаго давали ясно замѣтныя кривыя тоже, начиная съ 200 мил. разстоянія катушекъ.

Микроскопически нервъ и мышцу мы не изслѣдовали.

*Опытъ № 8. 28 января 99 г.*

Котенокъ слѣпой, 7 часовъ жизни. Вѣсъ 120,0. Опытъ велся безъ наркоза. Отпрепарированъ *n. ischiadicus*. Первое сокращеніе получилось при разстояніи катушекъ въ 60 мил.; но при этомъ кривая начала подниматься послѣ того, какъ сигналъ отмѣтчика Desprèz былъ опущенъ; черезъ 2 минуты перо кривой стало писать почти прямую линію и для полученія прежняго сокращенія понадобился болѣе сильный токъ; катушка была приведена на разстояніе въ 40 мил. Кривая сдѣлалась нѣсколько рельефнѣе, подъемъ ея начинается черезъ 0,07 секунды послѣ дѣйствія отмѣтчика Desprèz, вершина отъ основанія поднимается на 3 мил.; при этомъ она полукругло-овальной формы; затѣмъ кривая опу-

скается нѣсколько ниже основанія и приблизительно 0,3 секунды чертитъ прямую линію. Черезъ 7 минутъ послѣ этого полное сближеніе катушекъ уже не вызываетъ сокращенія.

Затѣмъ приступаемъ къ отсепаровкѣ сухожильной части *m. gracilis*, какъ въ первомъ опытѣ. Первые сокращенія *m. gracilis* получаютъ при разстояніи катушекъ въ 60 мил.: но перо чертитъ при этомъ волнистую линію, близко подходящую къ прямой. Чтобы получить нѣсколько замѣтную кривую катушки приходится сдвинуть до 30 мил.; кривая начинается подыматься черезъ 0,07 секунды послѣ отмѣтчика Desprèz, высота кривой—4 мил.; вершина отлогая, идетъ въ видѣ прямой линіи 0,035 секунды и затѣмъ медленно опускается внизъ. Вся кривая, начиная съ момента дѣйствія отмѣтчика Desprèz до того, какъ она приходитъ въ нормальное состояніе, т. е. чертитъ прямую линію,—занимаетъ разстояніе въ 22 мил., или по времени—0,5 сек. Съ момента какъ мы получили первые минимальныя сокращенія до того, какъ этого сокращенія нельзя было получить при полномъ сближеніи катушекъ, прошло 6 минутъ.

Гистологическая картина *n. ischiadici* не демонстративна. На поперечномъ разрѣзѣ ткань *intimae* и швановская оболочка выражена рѣзко; въ большинствѣ нервныхъ волоконъ на поперечныхъ срѣзахъ осевые цилиндры выпали; нигдѣ не видно мякотной оболочки.

Микроскопическая картина *m. gracilis* въ поперечномъ разрѣзѣ: поля Конгейма круглой формы; сильно развитая соединительная ткань; много зеренъ сарколеммы. При увеличеніи въ 1000 Leitz, oel. imm.  $\frac{1}{12}$ , ос. 4 видны мелкіе круглые первичные цилиндры, окруженные сильно преломляющею соединительною тканью; между ними неправильно разбросаны темныя зерна; кромѣ того въ соединительной ткани встрѣчаются лейкоциты. На продольномъ разрѣзѣ тоже рѣзко бросается въ глаза зернистость по бокамъ мышечнаго волокна и обиліе соединительной ткани.



## Опытъ № 14. 1-го Юня 99 г.

Слѣпой щенокъ, 12 часовъ отъ рожденія. Вѣсъ 205,0. Безъ наркоза. Взять п. ischiadicus лѣвой стороны. Первое минимальное раздраженіе удалось получить при разстояніи катушекъ въ 110 мил., но кривая при этомъ была не характерна. Токъ былъ усиленъ и при разстояніи въ 100 мил. получилась рѣзкая кривая (см. табл. 1 рис. № 2); средняя продолжительность скрытаго періода приблизительно—0,1 сек.; затѣмъ слѣдовалъ рѣзкій подъемъ; кривая овальнымъ угломъ или колѣномъ поворачивала на вершину; чертила приблизительно въ среднемъ 0,6 сек. прямую линію и отлого опускалась книзу. Въ началѣ высота подъема кривой 35 мил.; къ концу, даже при самыхъ сильныхъ токахъ—только 5 мил. Періодъ времени отъ начала сокращенія до полного покоя въ среднемъ продолжался 1,5 сек. Весь циклъ отъ момента полученія минимальной возбудимости до того, когда кривая при полномъ сближеніи катушекъ чертила прямую линію, равнялся, по времени 12 минутамъ. Первое минимальное сокращеніе п. gracilis мы получили при разстояніи катушекъ въ 90 мил. (см. табл. 1 рис. № 3). При этомъ скрытый періодъ оказался поразительно длиннымъ (почти 0,6 сек.) Послѣ чего кривая начала медленно подыматься и также медленно опускаться. Высота подъема кривой въ среднемъ около 3 мил. Періодъ времени отъ начала сокращенія равнялся 1,4 сек. Весь циклъ отъ момента минимальной возбудимости до полного истощенія (т. е. до полного сближенія катушекъ) 7 минутъ.

Послѣ того какъ щенокъ околѣлъ, мышцы давали еще въ теченіе получаса ясно замѣтныя сокращенія.

Микроскопическая картина п. ischiadici 1) нераздражаемой стороны: всѣ волокна очень тонкія, лишены мякоти. Нѣкоторыя волокна, однако, на небольшомъ разстояніи покрыты, какъ будто, тончайшимъ слоемъ мякотной оболочки. Рельефно выступаетъ Швановская оболочка съ многочислен-

ными ядрами. Перехватовъ Ranvier не видно. Осевые цилиндры едва окрашены въ свѣтло-фіолетовый цвѣтъ. 2) Раздражаемой стороны: (см. табл. IV, рис. 1.) большинство волоконъ еще не обложено мякотью; встрѣчается очень много тонкихъ волоконецъ. Довольно рѣзко бросается въ глаза зернистость, — нѣчто похожее на четкообразность нервныхъ волоконецъ. Тонкіе осевые цилиндры унизаны на своемъ пути какъ бы четками. Перехватовъ Ranvier не видно. Попадаютъ крупныя зерна Швандовской оболочки.

Микроскопическая картина мышцы: много зеренъ и соединительной ткани; волокна въ поперечномъ разрѣзѣ рѣзко круглой формы; первичные пучки при увеличеніи въ 1000 разъ являются рѣзко очерченными, круглыми; между ними въ соединительной ткани разбросано много зеренъ; ясно видны подсарколемныя клѣтки. Изслѣдованіе нервнаго волокна въ парализованномъ свѣтѣ: при изслѣдованіи гипсовой пластинкой фіолетоваго цвѣта 2-го порядка (violet-sensible) нервное волокно ни въ продольномъ, ни въ поперечномъ сѣченіи не даетъ преломленія.

*Опытъ № 9. 28 янв. 99 г.*

Котенокъ 14 часовъ отъ рожденія. Вѣсъ 150,0. *N. ischiadicus*. Первое минимальное сокращеніе получилось при разстояніи катушекъ въ 100 мил. Кривая однако не типична. Болѣе или менѣе характерную кривую удалось получить при разстояніи катушекъ въ 50 мил. Однако скоро наступило, видимо, утомленіе и кривая начала писать прямую линію. Скрытый періодъ вычислить трудно; приблизительно около 0,6 сек. Періодъ времени отъ начала сокращенія до полного покоя 0,5 сек. Весь циклъ отъ момента появленія минимальнаго сокращенія до полного истощенія 6 минутъ.

*M. gracilis* (см. табл. 1, рис. № 1). Первое сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 85 мил. Средняя величина скрытаго періода около 0,07 сек. Средняя высота подъема кривой

около 4 мил. Періодъ времени отъ начала сокращенія до полного покоя 1 сек. Весь циклъ отъ момента появленія минимальнаго сокращенія до полного истощенія 4 мин.

Микроскопическая картина мышцы: (см. табл. IV, рис. № 2 и № 3) очень много зеренъ и соединительной ткани; первичные пучки при увеличеніи въ 1000 разъ являются рѣзко очерченными круглыми. Мы не рѣшаемся отмѣтить разницу въ микроскопической картинѣ между раздражаемой и нераздражаемой стороной; но какъ будто въ послѣднемъ случаѣ поперечная полосатость рѣзче выражена, чѣмъ въ мышцѣ раздражаемой; у этой послѣдней нѣкоторыя волокна, какъ будто, даютъ видъ безструктурныхъ глыбокъ.

*Опытъ № 10. 22 мая 99 года*

Слѣпой щенокъ, сука, 24 часа жизни. Вѣсъ 280,0. Первое минимальное сокращеніе п. ischiadici получалось при разстояніи катушекъ въ 100 мил. Кривая при дѣйствіи отмѣтчика Desprèz чертила волнообразную линію съ небольшою амплитудою волнъ. Нѣсколько замѣтнѣе кривая сдѣлалась при усиленіи тока до разстоянія катушекъ въ 70 мил. Средняя продолжительность скрытаго періода 0,06 сек. Средняя высота подъема кривой 4—5 мил. Періодъ времени отъ начала сокращенія до полного покоя въ среднемъ продолжался 1,2 секунды. Весь циклъ отъ момента появленія минимальнаго сокращенія до полного истощенія нерва завершился въ 16 мин. Мышечную кривую мы не можемъ здѣсь описать такъ подробно, потому что она, по независящимъ отъ насъ обстоятельствамъ, испортилась; укажемъ только на тѣ цифры, которыя занесены были у насъ въ журналъ при производствѣ опыта. Первое минимальное сокращеніе получалось при разстояніи катушекъ въ 90 мил. Весь циклъ завершился въ теченіи 15 минутъ, когда нельзя уже было вызвать сокращенія при полномъ сближеніи катушекъ.

Микроскопическое изслѣдованіе п. ischiadici: волокна не имѣютъ мякотной оболочки, не имѣютъ двойныхъ контуровъ. Осевые цилиндры слабо окрашены. Швановская оболочка рѣзко обрисовывается: много ядеръ. Перехваты Ranvier отсутствуют.

Изслѣдованіе перваго волокна, какъ въ поперечномъ, такъ и въ продольномъ разрѣзѣ, въ поляризованномъ свѣтѣ дало отрицательный результатъ.

*Опытъ № 15. 2 іюня 99 г.*

Слѣпой щенокъ, кобель, 36 часовъ отъ рожденія. Вѣсъ—250,0.

*N. ischiadicus.* Минимальное сокращеніе получило при разстояніи катушекъ въ 120 мил. Однако кривая получилась не характерная, наиболѣе наглядную кривую удалось получить при разстояніи катушекъ въ 80 мил. Средняя продолжительность скрытаго періода около 0,22 сек. (отдѣльные латентные періоды 0,08 сек., 0,3 сек., 0,37 сек., 0,15 сек.). Средняя высота волны 9 мил. Періодъ времени отъ начала сокращенія до полнаго покоя въ среднемъ—1,1 сек. (см. таб. I, рис. № 4). Весь циклъ отъ момента появленія минимальнаго сокращенія до полнаго истощенія нерва, т. е. когда перо стало писать прямую линію, завершился въ 17 минутъ.

*M. gracilis.* Минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 110 мил. Кривая очень не характерна. Нѣсколько болѣе наглядную кривую удалось получить при разстояніи катушекъ въ 80 мил.; но и при этомъ замѣчалось вялое сокращеніе (см. таб. I рис. № 5). Средняя продолжительность скрытаго періода около 0,2 сек. Періодъ времени отъ начала сокращенія до полнаго покоя 1,5 сек. Весь циклъ отъ момента появленія минимальнаго сокращенія до полнаго утомленія мышцы завершился въ 5 мин. Микроскопическая картина п. ischiadici не раздражаемой стороны (см. таб. IV рис. № 4): на продольныхъ срѣзахъ большинство волоконъ

очень тонко; большинство волоконъ лишено мякоти; но на нѣкоторыхъ замѣтна мякотная оболочка очень тонкая и на очень короткомъ протяженіи; осевые цилиндры въ центрѣ слабо окрашены въ свѣтло-фіолетовый цвѣтъ, по краямъ нѣсколько рѣзче. Перехваты Ranvier не видны. Зерна Шванковской оболочки часто попадаютъ; на поперечныхъ срѣзахъ большинство осевыхъ цилиндровъ выпало; остались только кружки Швановской оболочки и околочковья соединительно-тканная влагалица.

Раздражаемая сторона: (см. табл. IV, рис. № 5) картина очень сходная съ предыдущей; но кромѣ того особенно рѣзко бросается въ глаза четкообразность волоконъ: нѣкоторые осевые цилиндры какъ-бы унизаны четками; на поперечныхъ срѣзахъ осевыхъ цилиндровъ выпало какъ будто больше.

Микроскопическая картина *m. gracilis*; (см. табл. IV рис. № 6) на поперечныхъ срѣзахъ мышечныя волокна круглой формы, обиліе зеренъ и интерстиціальной соединительной ткани; продольныя срѣзы даютъ приблизительно тотъ же характеръ.

Изслѣдованіе нервнаго волокна въ поляризованномъ свѣтѣ дало отрицательный результатъ.

*Опытъ № 11. 23 мая 99 г.*

Слѣпой щенокъ, кобель, двухъ дней отъ рожденія. Вѣсъ—260,0. *N. ischiadicus*. Минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 115 мил. Весь циклъ завершился въ 21 минуту. *M. gracilis*. Минимальное сокращеніе получилось при разстояніи катушекъ въ 90 мил. Весь циклъ завершился въ 17 мин. Сокращенія имѣютъ характеръ вялый, медленный. Остальныхъ данныхъ не можемъ привести, такъ какъ листокъ съ врывыми испортился. Гистологическихъ препаратовъ нерва и мышцы нѣтъ.

*Опытъ № 12. 24 мая 99 г.*

Слѣпой щенокъ, кобель 3 дней. Вѣсъ—230,0. *N. ischiadicus*. Минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 110 мил. Весь циклъ завершился въ 19 мин. *M. gracilis* (см. табл. II рис. № 4): минимальное сокращеніе при разстояніи въ 90 мил., но при этомъ кривая чертитъ едва замѣтные подъемы. Для полученія болѣе или менѣе замѣтнаго подъема скоро пришлось усилить токъ до разстоянія катушекъ въ 50 мил. Средняя продолжительность скрытаго періода около 0,2 сек. Средняя высота подъема кривой около 4-хъ мил. Періодъ времени отъ начала сокращенія до полного покоя въ среднемъ 1,3 сек. Весь циклъ отъ момента появленія до полного истощенія завершился въ 11 минутъ.

Послѣ окончанія опыта убиваю щенка перерѣзкой спиннаго мозга. На противоположной, нормальной сторонѣ начинаю изслѣдовать посмертную электровозбудимость мышцъ. Отсепаровываю мышцу, какъ при производствѣ предыдущихъ опытовъ. Это приблизительно занимаетъ 3—5 минутъ. Затѣмъ начинаю раздражать мышцу электрическимъ токомъ. Первое минимальное сокращеніе получается при разстояніи катушекъ въ 70 мил.; черезъ двѣ минуты уже для полученія этого надо придвинуть катушки до 60 мил.; еще черезъ 9 минутъ уже полное сближеніе катушекъ не вызываетъ сокращенія; но еще другія мышцы обнаруживаютъ, при дѣйствіи электрическаго тока, сокращеніе. Черезъ часъ 20 минутъ послѣ перерѣзки мозга, уже ни въ одной мышцѣ нельзя было даже при полномъ сближеніи катушекъ вызвать сокращеніе.

*Опытъ № 6. 27 января 99 г.*

Слѣпой щенокъ, сука, 4 дней отъ роду. Вѣсъ 170,0. Безъ наркоза. *N. ischiadicus* (см. табл. II рис. № 3) Минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 95 мил. Кривая не характерная; для полученія болѣе или менѣе ти-

пичной кривой пришлось быстро довести разстояніе катушекъ до 30 мил. Продолжительность скрытаго періода вычислить довольно трудно такъ же, какъ и среднюю высоту подъема кривой. Между прочимъ, высота волны кривой, представленной на рис. № 3 табл. II, достигаетъ 22 мил. Періодъ времени отъ начала сокращенія до полнаго покоя—2,4 сек. Весь циклъ отъ момента появленія минимальнаго сокращенія до полнаго утомленія нерва завершился въ 10 минутъ.

*M. gracilis.* Минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 80 мил. но затѣмъ быстро пришлось довести до нуля; причеъ полное сближеніе катушекъ вызывало слабое сокращеніе въ теченіе всего двухъ минутъ; затѣмъ уже нельзя было вызвать сокращенія. Весь циклъ завершился въ теченіе 4-хъ минутъ.

Микроскопическое изслѣдованіе мышць нераздражаемой стороны: (см. табл. V рис. № 2). волокна круговато-овальной формы; много интерстиціальной соединительной ткани; много зеренъ сарколеммы; при продольныхъ срѣзахъ картина почти такая же.

Мы не смѣемъ утверждать, но, какъ будто, на препаратахъ мышць подвергнутой дѣйствию электрическаго тока до полнаго ея утомленія, поперечная исчерченность менѣе рѣзко выражена, остальная картина та же, что и на предыдущемъ препаратѣ. (см. табл. V рис. № 1).

*Опытъ № 7. 29 января 99 г.*

Слѣпой щенокъ, сука, 6-ти дней. Вѣсъ—185,0.

*N. ischiadicus.* Минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 100 мил. Весь циклъ отъ момента появленія минимальнаго сокращенія до полнаго истощенія завершился въ 12 мин.

*M. gracilis.* Минимальное сокращеніе при разстояніи въ 95 мил. Весь циклъ завершился въ 8 мин.

Микроскопическая картина нераздражаемой мышцы очень близко подходит къ той, которую мы находили въ предыдущемъ опытѣ. Конхеймовскія поля хорошо выражены, много ядеръ и обиліе интерстиціальной соединительной ткани.

На препаратѣ раздражаемой мышцы число ядеръ какъ будто увеличено и нѣкоторыя мышечныя волокна, какъ будто, теряютъ свою поперечную полосатость.

*Опытъ № 13. 29 мая 99 г.*

Слѣпой щенокъ, кобель, 8-ми дней. Вѣсъ—335,0. Безъ наркоза.

*N. ischiadicus.* Первое минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 110 мил. Кривая не характерная, потому что у щенка лапка производила сократительныя движенія и становились все вялѣе и вялѣе; вскорѣ понадобилось для полученія подъема кривой болѣе сильныя токи. Средняя продолжительность скрытаго періода 0,054 сек. Средняя высота подъема кривой 6 мил. Періодъ времени отъ начала сокращенія до полного покоя въ началѣ раздраженія 1 сек., подъ конецъ 0,5 сек. Весь циклъ отъ момента появленія минимальнаго сокращенія до полного утомленія измѣряется въ 20 мин. (см. табл. II рис. № I).

*M. gracilis.* (см. табл. II, рис. № 2). Минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 100 мил. Средняя продолжительность скрытаго періода 0,08 сек. Средняя высота подъема кривой 3 мил. Періодъ времени отъ начала сокращенія до полного покоя 0,5 сек. Весь циклъ отъ момента появленія минимальнаго сокращенія до полного истощенія, чрезвычайно коротокъ—6 мин. Нѣкоторыя мышцы у этого щенка проходили этотъ циклъ въ еще болѣе короткій промежутокъ времени до 3,5 мин. Микроскопическая картина *n. ischiadici* раздражаемой стороны (см. табл. V рис. № 3): волокна очень тонки; большинство изъ нихъ лишены мякоти; но на многихъ волокнахъ видна мякоть въ видѣ очень



тонкой полоски, идущей съ обѣихъ сторонъ волокна, на очень небольшомъ разстояніи; лантермановскія насѣчки довольно трудно разглядѣть; на нѣкоторыхъ волокнахъ, какъ будто ихъ видно. Осевые цилиндры окрашены въ свѣтло-фіолетовый цвѣтъ; нѣкоторые, впрочемъ окрашены сильнѣе; перехваты Ranvier не наблюдаются. Видъ болѣе окрашенныхъ волоконъ какъ бы четкообразный, варикозный; въ полѣ зрѣнія иногда попадаетъ много зеренъ.

На расщипанномъ препаратѣ лантермановскія насѣчки яснѣе видны; кое гдѣ замѣтны также и перехваты Ranvier; на поперечныхъ срѣзахъ замѣтны двухконтурные ободки; многіе осевые цилиндры выпали.

*M. gracilis*. Много зеренъ сарколеммы; сильно развита также интерстиціальная соединительная ткань.

Ислѣдованіе первнаго волокна въ поляризованномъ свѣтѣ дало отрицательный результатъ.

*Опытъ № 2. 4 января 99 г.*

Слѣпой щенокъ, кобель, 12 дней. Вѣсъ—430,0.

*N. ischiadicus*. Минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 140 мил. Весь циклъ отъ момента появленія минимальнаго сокращенія до полнаго утомленія нерва 25 мин. *M. gracilis*. Минимальное сокращеніе при разстояніи въ 105 мил.; весь циклъ завершился въ 14 минутъ. Микроскопическое изслѣдованіе *n. ischiadici* не раздражаемой стороны (см. табл. V рис. № 4): много волоконъ обложено очень тонкимъ слоемъ мякоти; осевые цилиндры окрашены довольно сильно; какъ въ периферіи, такъ и въ центрѣ; кое-гдѣ замѣтны лантермановскія насѣчки, но перехватовъ Ranvier не видно; зеренъ Швановской оболочки значительно меньше, чѣмъ на предыдущихъ препаратахъ; рядомъ съ мякотными очень много безмякотныхъ волоконъ.

Волокна *n. ischiadici* раздражаемой стороны не представляютъ почти никакой разницы съ только-что описанной кар-

тиной, развѣ только осевые цилиндры нѣсколько темнѣе окрашены.

*M. gracilis*—не раздражаемой стороны: по прежнему очень много зеренъ саркалеммы; интерстиціальной соединительной ткани нѣсколько меньше; жировыхъ капель нѣтъ; въ поперечномъ сѣченіи первичные пучки теряютъ свою круглую форму и приобрѣтаютъ болѣе полигональный видъ. Микроскопическая картина *m. gracilis* раздражаемой стороны въ общемъ сходна съ только что описанной, но только появляются много жировыхъ капель и поперечная полосатость на многихъ мышечныхъ волокнахъ какъ будто исчезаетъ; видны трубки сарколеммы съ разросшимися ядрами.

Исслѣдованіе нервныхъ волоконъ въ парализованномъ свѣтѣ дало отрицательный результатъ.

*Опытъ № 3. 8 января 99 г.*

Щенокъ зрѣлый, сука, 16-ти дней. Вѣсъ 690,0. Хлороформный наркозъ.

*N. ischiadicus*. Минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 140 мил., но кривая не характерная. При разстояніи катушекъ въ 130 милл. получилась болѣе рельефная кривая. Скрытый періодъ въ среднемъ меньше 0,01 сек. (см. табл. III рис. № 3). Высота подъема кривой около 7 мил. Періодъ времени отъ начала сокращенія до полного покоя 0,3 сек. Нервъ мы не доводили въ данномъ случаѣ до полного истощенія. Мы прекратили опытъ, когда нервъ при разстояніи въ 100 мил. давалъ еще сокращенія. Для того чтобы перейти отъ момента появленія минимальнаго сокращенія при разстояніи въ 140 мил. до полученія такого же сокращенія въ 100, понадобилось 12 минутъ.

*M. gracilis* (см. табл. III рис. № 4). Минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 130 мил. Кривая мало

характерная. Катушки скоро пришлось сблизить для получения вообще кривой. Продолжительность скрытаго періода въ среднемъ 0,02 сек. Высота подъема кривой около 3 мил. Періодъ времени отъ начала сокращенія до полнаго покоя около 0,4 сек. Весь циклъ отъ момента появленія минимальнаго сокращенія до полнаго утомленія мышцы завершился въ 22 минуты.

Микроскопическая картина *n. ischiadici* раздражаемой стороны: волокна нѣсколько крупнѣе, чѣмъ на предыдущихъ препаратахъ; многія изъ нихъ снабжены мѣлиновымъ футляромъ. Осевые цилиндры окрашены довольно сильно, какъ на периферіи, такъ и въ центрѣ. Кое-гдѣ замѣтны перехваты Ranvier. Зерна Швановской оболочки не выступаютъ такъ рѣзко. На поперечныхъ срѣзахъ очень рѣзко бросаются въ глаза мѣлиновыя футляры (см. табл. V № 5). Нормальная сторона по сравненію съ раздражаемой никакихъ характерныхъ отличій не представляетъ.

*M. gracilis*. По сравненію съ предыдущими препаратами мышць, здѣсь поражаетъ малочисленность зеренъ сарколеммы.

Ислѣдованіе нервныхъ волоконъ въ поляризованномъ свѣтѣ, какъ въ продольномъ, такъ и въ поперечныхъ разрѣзахъ дало положительный результатъ: волокна продольныхъ срѣзовъ раздражаемой стороны внутри поляризуютъ слабо, но снаружи сильно,—двойко-переломляютъ. Кромѣ того, внутри видны двѣ системы фибръ, перекрещивающихся подъ угломъ въ  $40^{\circ}$ , которыя въ поляризаціонномъ свѣтѣ выступаютъ особенно рѣзко. При пластинкѣ второго порядка (*violet-sensible*) цвѣтъ поляризующихъ частей ярко красный (падаетъ). Погасаніе прямое параллельно фибрамъ; по длинѣ волоконъ оптической характеръ отрицательный. Нервъ не раздражаемой стороны, какъ въ поперечномъ, такъ и въ продольномъ сѣченіи поляризуетъ очень слабо.

*Опытъ № 4. 9 января 99 г.*

Щенокъ 17 дней, зрячій, кобель. Вѣсъ 550,0.

*N. ischiadicus*. Минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 180 мил. Кривая получилась не характерная, даже при болѣе сильномъ токъ. Въ виду этого мы прекратили опытъ при сближеніи катушекъ въ 50 мил.

Переходъ въ 180 мил. на 50 завершился въ теченіи 11 минутъ.

*M. gracilis*. Минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 110 мил. Вслѣдствіе того, что листъ съ нанесенными на немъ кривыми сильно потрескался и поломался, мы не можемъ сообщить болѣе точныхъ данныхъ. Весь циклъ отъ появленія минимальнаго сокращенія до полнаго утомленія мышцы завершился въ 20 минутъ.

Послѣ опыта щенокъ былъ убитъ; черезъ 4 часа послѣ смерти, ни при раздраженія нерва, ни при раздраженія мышцы не удалось получить сокращенія.

Микроскопическая картина *n. ischiadici*: выше и ниже мѣста раздраженія почти тождественны и очень походятъ на строеніе нерва въ опытѣ № 3, много мягкотныхъ волоконъ; осевые цилиндры очень сильно окрасились; поперечные сръзъ особенно характерны.

Первое волокно, взятое черезъ 4 часа послѣ смерти животнаго, никакихъ характерныхъ явленій не представляетъ. Микроскопическая картина *m. gracilis* почти тождественна съ картиной мышцы опыта № 3. (см. табл. V рис. № 6).

*Опытъ № 5. 10 января 99 г.*

Щенокъ 18 дней, зрячій, кобель. Вѣсъ 705,0. *N. ischiadicus*. Минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 185 мил. Нервъ не доведенъ до утомленія. Переходъ до разстоянія 80 мил. занялъ 15 м.

*M. gracilis* (см. табл. III № 5). Минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 140 мил. Величина скрыта-

го періода около 0,01 сек. Высота подъема кривой около 4 мил. Періодъ времени отъ начала сокращенія до полного покоя около 0,35 сек. До полного утомленія мышца не была доведена; опытъ былъ законченъ, когда получилась довольно ясная кривая при разстояніи катушекъ въ 70 мил. Переходъ отъ 140 мил. до 70 мил. завершился въ теченіе 18 минутъ.

(Окончаніе слѣдуетъ).

---

# Медико-хозяйственный отчетъ по психіатрическому отдѣленію (съ колоніей) Одесской Городской Больницы за 1901 годъ.

СОСТАВЛЕНЪ

Старшимъ Врачемъ **В. И. Воротынскимъ**

въ сотрудничествѣ ординаторовъ:

**Л. И. Айхенвальда, О. Ф. Бирсаго, Л. О. Бобровскаго-Норольно  
и В. И. Руднева.**

## ПРЕДИСЛОВІЕ.

Въ настоящее время почти все психіатрическія больницы, лечебницы и даже небольшія отдѣленія печатаютъ свои годовые медико-хозяйственные отчеты. Такіе отчеты имѣютъ большое практическое и немалое научное значеніе. Практическое значеніе ихъ заключается прежде всего въ томъ, что они знакомятъ публику съ внутренней жизнью больницы, прямо и открыто сообщаютъ о тѣхъ, подчасъ грустныхъ, событіяхъ въ этой жизни, о тѣхъ несчастныхъ случаяхъ, которые нерѣдко имѣютъ мѣсто въ психіатрическихъ больницахъ и которые, къ сожалѣнію, очень часто не представляется возможнымъ даже предусмотрѣть и предупредить. При этомъ отчеты нисколько не скрываютъ этихъ печальныхъ фактовъ и грустныхъ событій изъ жизни лечебницы, даютъ имъ соот-

вѣтствующее объясненіе и указываютъ на ихъ причины. Такимъ образомъ отчеты психіатрическихъ лечебницъ пріобрѣтаютъ какъ бы воспитательное значеніе, знакомятъ публику съ міромъ ихъ обитателей, съ его особенностями. Этимъ путемъ разсѣвается то предубѣжденіе, которое сложилось у публики по отношенію къ „сумасшедшимъ домамъ“, и постепенно отходятъ въ область предавія тѣ легенды, которыя такъ охотно распространяются относительно психіатрическихъ больницъ и которыя еще до сихъ поръ приходится слышать изъ устъ довѣрчивой публики.

Другое существенно важное практическое значеніе подобныя отчеты пріобрѣтаютъ еще потому, что такимъ путемъ психіатрическія больницы взаимно знакомятъ другъ друга съ устройствомъ, организаціей и постановкой дѣла въ каждой изъ нихъ. Благодаря этому врачи-психіатры имѣютъ возможность изъ года въ годъ слѣдить за тѣми усовершенствованіями и улучшениями, которыя вводятся въ различныхъ больницахъ, могутъ знакомиться съ результатами различныхъ методовъ леченія и способовъ содержанія душевно-больныхъ. вмѣстѣ съ этимъ такіе отчеты въ совокупности и въ итогѣ даютъ полную картину постепеннаго развитія дѣла прызрѣнія душевно-больныхъ въ нашемъ отечествѣ.

Что касается научнаго значенія отчетовъ, то и въ этомъ отношеніи они несомнѣнно имѣютъ не малое значеніе. Помимо описанія нѣкоторыхъ интересныхъ формъ душевныхъ заболѣваній, часто не попадающихъ въ спеціальную періодическую литературу, эти отчеты содержатъ много поучительныхъ статистическихъ данныхъ, которыя являются почти единственнымъ матеріаломъ для рѣшенія существенныхъ вопросовъ, касающихся этиологіи, теченія, терапіи и исхода различныхъ формъ душевныхъ заболѣваній.

До сего времени Психіатрическое Отдѣленіе Одесской Городской Больницы не печатало болѣе или менѣе подробныхъ отчетовъ и ограничивалось лишь ежегоднымъ представленіемъ въ Управу однихъ цифровыхъ данныхъ, касающихся

ся движенія больныхъ и ихъ содержанія. На мой взглядъ, отсутствіе ежегодныхъ подробныхъ печатныхъ отчетовъ о такой большой больницѣ, какъ Психіатрическое Отдѣленіе въ Одессѣ, представляется явленіемъ крайне нежелательнымъ и не выгоднымъ во многихъ отношенія для самой же больницы. Въ виду этого я рѣшилъ съ настоящаго года печатать возможно подробные медико-хозяйственные отчеты, обнимающіе всю внутреннюю жизнь больницы.

Что касается предлагаемаго *перваго* отчета за 1901 г., то относительно его содержанія считаю необходимымъ оговориться, что въ немъ несомнѣнно найдутся большіе пробѣлы и недочеты, объясняющіеся отсутствіемъ надлежаще подготовленныхъ и въ желательномъ видѣ разработанныхъ данныхъ. Я принялъ въ свое завѣдываніе Психіатрическое Отдѣленіе Одесской Городской Больницы въ концѣ октября отчетнаго года и слѣдовательно не имѣлъ возможности въ надлежащей степени ознакомиться со всѣмъ матеріаломъ, необходимымъ для составленія полнаго и подробнаго отчета. Однако и въ настоящемъ отчетѣ всѣ существенные моменты внутренней жизни лечебницы и колоніи будутъ вкратцѣ отмѣчены, и потому полагаю, что по предлагаемому краткому отчету можно составить общее представленіе о состояніи больницы въ медико-хозяйственномъ отношеніи. Въ виду того, что настоящій отчетъ по Психіатрическому Отдѣленію Одесской Городской Больницы является *первымъ печатнымъ* отчетомъ, мы нашли умѣстнымъ предпослать въ началѣ отчета сжатый историческій очеркъ основанія больницы и дать краткое ея описаніе съ приложеніемъ плана. Въ остальномъ отчетъ будетъ касаться тѣхъ данныхъ, которыя обычно разсматриваются во всѣхъ годовыхъ медико-хозяйственныхъ отчетахъ психіатрическихъ больницъ.

Настоящій отчетъ составленъ мною въ сотрудничествѣ всѣхъ наличныхъ ординаторовъ Отдѣленія, причемъ трудъ по составленію отчета распредѣлился такимъ образомъ: д-ръ О. Ф. Бирскій представилъ историческій очеркъ больницы и




описаніе ея; д-ръ Л. О. Королько разработалъ отдѣлъ о продовольствіи больныхъ, объ одеждѣ, бѣльѣ, обуви больныхъ и объ организаціи ухода и надзора за больными; д-ръ В. И. Рудневъ обработалъ статистическій матеріалъ о движеніи больныхъ и распредѣлилъ ихъ по формамъ болѣзни; д-ру Л. И. Айхенвальду принадлежитъ отдѣлъ о работахъ больныхъ, о происшествіяхъ съ больными и о развлеченіяхъ для больныхъ; мнѣ принадлежитъ составленіе программы и выработка плана отчета, а также общая его редакція.

Кромѣ того, въ концѣ отчета я нашелъ умѣстнымъ высказать нѣкоторыя соображенія по поводу данныхъ отчета и указать на нужды больницы.

*Б. Вортыньскій.*

2 апрѣля 1902 г.



## Исторія основанія больницы и краткое описа- ніе ея.

Мысль объ устройствѣ въ Одессѣ больницы для душевно-больныхъ восходитъ къ довольно отдаленному прошлому. Еще въ 1840 году главнымъ управленіемъ края былъ командированъ за границу архитекторъ для ознакомленія на мѣстѣ съ устройствомъ домовъ умалишенныхъ. Составленные на основаніи этого изученія планы и проэктъ были представлены въ министерство внутреннихъ дѣлъ, но практическаго осуществленія не получили.

Спустя 24 года, т. е. въ 1864 г., градоначальникъ Одессы баронъ Веліо возбуждаетъ ходатайство о командировкѣ въ Петербургъ ординатора больницы для ознакомленія въ клиникѣ профессора Балинскаго съ практической психіатріей, а также съ устройствомъ психіатрическихъ больницъ, наиболѣе соответствующихъ современнымъ научнымъ требованіямъ. Благое намѣреніе и на этотъ разъ осталось безъ практическаго осуществленія.

Между тѣмъ изъ года въ годъ, чѣмъ дальше, тѣмъ быстрѣе, увеличивалось число больныхъ, нуждавшихся въ спеціальному прирѣвніи.

За десятилѣтіе съ 1854 по 1864 г. поступило 967 чел. душевно-больныхъ, т. е. слѣдовательно ежегодно поступало въ среднемъ по 97 чел. Въ слѣдующее десятилѣтіе съ 1864 по 1874 г. насчитывается уже 2801 поступившихъ, или 280 чел. ежегодно. Такимъ образомъ, сама жизнь настоя-

тельно выдвинула вопросъ о призрѣніи душевно-больныхъ и съ этимъ вопросомъ Одесскому Городскому Общественному Управленію неминуемо пришлось считаться. Дѣйствительно, въ 1875 году Одесское Городское Самоуправленіе, въ вѣдѣніе котораго перешли больницы, принимаетъ за его разрѣшеніе. Одесская Городская Управа въ 1875 г., воспользовавшись готовностью проф. Балвинскаго помочь городу въ этомъ дѣлѣ своими специальными познаніями и опытностью, поручаетъ городскому архитектору составить планъ психіатрической больницы подъ руководствомъ проф. Балвинскаго. Въ то же время изучается постановка дѣла призрѣнія душевно-больныхъ въ Россіи и за границей: старшій врачъ больницы д-ръ Генрихсенъ, по порученію Управы, осмотрѣлъ и описалъ дома для умалишенныхъ въ Петербургѣ, въ Москвѣ, Базави, Кіевѣ и Варшавѣ, а д-ръ Донатъ представилъ подробное описаніе подобныхъ же учрежденій въ Лейпцигѣ (Альтъ-Шербицъ) и въ Берлинѣ (Дальдорфъ). Въ 1880 г. Городская Управа вноситъ въ думу предложеніе о сооруженіи въ Одессѣ психіатрической больницы на 200 челоз. стоимостью въ 600.000 рублей.

Проектируемый расходъ предполагалось покрыть отчисленіемъ 300.000 р. изъ неприкосновеннаго капитала Одесскаго Приказа Общественнаго Призрѣнія и пособіемъ отъ правительства тоже въ размѣрѣ 300.000 р., возбудивъ, конечно, соответственныя ходатайства въ министерствѣ. Дума приняла предложеніе Управы и поручила ей возбудить означенныя ходатайства.

Въ 1882 г. былъ полученъ уклончивый отвѣтъ министерства, побудившій думу войти съ вѣсколько видоизмѣненнымъ ходатайствомъ, выработаннымъ Городской Управой. Управа на этотъ разъ рекомендуетъ думѣ занять на сооруженіе больницы 600.000 рубл. въ Городскомъ Кредитномъ Обществѣ подъ залогъ городского имущества и въ тоже время ходатайствовать передъ министерствомъ о пособіи городу въ размѣрѣ 50% стоимости постройки послѣ ея окончанія, на

основаніи Высочайшее утвержденнаго 24-го октября 1879 г. постановленія Комитета министровъ о производствѣ пособій земствамъ до 50% ихъ затратъ на устройство психіатрическихъ больницъ. Дума одобрила предложеніе Управы и поручила возбудить ходатайство о пособіи, согласно упомянутому Высочайше утвержденному положенію Комитета министровъ. Такъ какъ на этотъ разъ отвѣтъ Министерства былъ, такъ сказать, обнадеживающій, то Управа не замедлила объявить конкурсъ на составленіе проэкта психіатрической больницы на 200 челов. съ возможностью увеличенія ея въ будущемъ еще на 100 челов. Конкурсъ объявленъ былъ Управой въ маѣ 1885 г.; въ сентябрѣ того же года было представлено въ Управу 4 проэкта. Въ октябрѣ особая коммиссія изъ членовъ Управы, врачей и техниковъ выбрала лучший изъ нихъ для представленія въ министерство.

Такъ какъ техническій комитетъ министерства нашелъ въ проэктѣ нѣкоторыя несовершенства, то послѣдній былъ исправленъ, согласно сдѣланнымъ указаніямъ профессоромъ архитектуры Штромомъ (членомъ строительнаго комитета), и представленъ въ министерство въ исправленномъ видѣ. Полученный затѣмъ отвѣтъ министерства разрушилъ надежды города на полученіе правительственной субсидіи, и дѣло опять затормозилось, хотя и не надолго. Въ 1888 г. Дума поручила избранной ею коммиссіи разработать вопросъ о постройкѣ больницы на городскія средства, безъ расчетовъ на какую-либо субсидію. Коммиссія выполнила возложенное на нее порученіе и въ слѣдующемъ году предложеніе ея было одобрено и принято Думой. Такимъ образомъ вопросъ о постройкѣ больницы и денежныхъ средствахъ, нужныхъ для этого, былъ разрѣшенъ Думой въ 1889 г. Строительныя работы были начаты однако только въ іюнѣ 1891, а больные переведены изъ стараго помѣщенія (при общей городской больницѣ) въ новую больницу въ декабрѣ 1892 г.

Психіатрическая больница построена непосредственно за однимъ изъ предмѣстій города—Слободкой Романовкой,

на открытомъ возвышенномъ мѣстѣ. Лечебница рассчитана на 150 челов., построена по павильонной системѣ и обошлась городу около 500.000 руб. Передній фасадъ лечебницы обращенъ къ городу, задній—окруженъ полями и угодьями (виноградникъ, плодовый садъ и питомникъ плодовыхъ и декоративныхъ растений), созданными постепенно трудомъ душевно-больныхъ. Психіатрическая больница состоитъ изъ лечебницы и коловіи. Группы построекъ, составляющихъ ту и другую, расположены довольно близко другъ отъ друга (см. *планъ*). Лечебница состоитъ изъ 8 павильоновъ, расположенныхъ по 4 съ обѣихъ сторонъ административнаго зданія, занимающаго средину передняго фасада лечебницы.

На планѣ видно, что павильоны—по 4 съ каждой стороны административнаго зданія—примыкаютъ къ вертикальнымъ, идущимъ отъ передняго фасада къ заднему и образующимъ съ лівіей фасада опрокинутую букву покой Ц. Расстоянія по переднему фасаду между административнымъ зданіемъ и боковыми передними павильонами заняты соединительными корридорами. Боковыя линіи опрокинутой буквы покоя, къ которымъ примыкаютъ павильоны, суть такіе же корридоры. Соединительный корридоръ, слѣдовательно, представляетъ изъ себя опрокинутую букву покой, къ боковымъ линіямъ которой примыкаютъ по 4 павильона, а соединяющая ихъ поперечная линія состоитъ изъ административнаго зданія и корридоровъ, соединяющихъ это зданіе съ передними павильонами.

Въ срединномъ внутреннемъ пространствѣ этой фигуры, какъ видно на планѣ, построена кухня, отъ которой, паралельно фасаду, въ обѣ боковыя стороны идутъ такіе соединительные корридоры. Такимъ образомъ павильоны лечебницы, административное зданіе и кухня связаны корридорами въ одно цѣлое. Соединительные корридоры, хотя и не отапливаемые, но хорошо освѣщенные, съ асфальтовыми полами, представляютъ большое удобство для больничной службы, такъ какъ доставка въ павильоны пищи, переводъ боль-

ныхъ изъ одного павильона въ другой, контрольные обходы всѣхъ павильоновъ днемъ и ночью и т. д. совершается во всякую погоду и во всякое время одинаково скоро и удобно.

Въ административномъ зданіи помѣщаются: канцелярія, приемная, бібліотека, аптека, квартиры старшаго врача и ординаторовъ.


Устройство симметрично расположенныхъ павильоновъ совершенно одинаково, и поэтому все то, что будетъ сказано объ устройствѣ мужскихъ павильоновъ, показанныхъ на планѣ слѣва отъ административнаго зданія, относится также къ соответственнымъ павильонамъ женскаго отдѣленія больницы. Первый, ближайшій къ административному зданію, павильонъ—для спокойныхъ больныхъ и слѣдующій за нимъ второй—для больныхъ безпобойныхъ, ничѣмъ не отличаются по своему устройству одинъ отъ другого и въ нихъ принята горизонтальная система дѣленія помѣщеній. Оба они двухъ-этажные съ широкими, во всю длину павильона, корридорами, къ которымъ съ одной стороны примыкаетъ помѣщеніе для больныхъ, а по другую сторону расположены клозеты, ванны.

Нижніе этажи этихъ павильоновъ служатъ для дневного пребыванія больныхъ, а въ верхнихъ этажахъ устроены спальни; въ верхнемъ же этажѣ каждаго изъ этихъ павильоновъ устроено по одной квартирѣ для фельдшеровъ. Дневныя помѣщенія въ обоихъ павильонахъ раздѣляются на отдѣленія для больныхъ изъ относительно культурныхъ слоевъ общества, которыя обставлены болѣе комфортабельно мебелью, и отдѣленія для больныхъ изъ низшаго класса, меблированные попроче.

Третій по порядку павильонъ—одноэтажный съ рядомъ небольшихъ комнатъ-изоляторовъ, открывающихся въ широкій корридоръ, служитъ помѣщеніемъ для буйныхъ больныхъ. Павильонъ этотъ раздѣленъ поперечными стѣнами на три неравныя части: первый отъ входа изъ соединительнаго корридора отдѣлъ его состоитъ изъ двухъ комнатъ—буфетной и столовой; второй, болѣе длинный отдѣлъ, заключаетъ

въ себѣ восемь изоляціонныхъ комнатъ, клозетъ и ванну, и наконецъ послѣдній, немвогимъ больше перваго, отдѣлъ состоитъ изъ квартиры надзирателя и комнаты для храненія тюфяковъ, бѣлья и проч. Стѣны изоляторовъ и корридора, въ который они открываются, покрыты масляной краской, не сплошь однако, а на протяженіе 3-хъ аршинъ ихъ высоты отъ пола.

Въ изоляторахъ и столовыхъ устроены асфальтовые полы. Кстати сказать, опытъ Одесской Психіатрической больницы показалъ непригодность асфальтовыхъ половъ, которые, кромѣ буйнаго отдѣленія, устроены также въ нѣкоторыхъ палатахъ павильоновъ для слабыхъ и неопятныхъ. Асфальтовая поверхность половъ съ теченіемъ времени дѣлается неровной и пористой, вслѣдствіе чего легко загрязняется нечистотами и требуетъ, сравнительно съ крашенными деревянными полами, большихъ усиленій при отмываніи ихъ; сверхъ того такой полъ послѣ мытья медленно сохнетъ, такъ какъ мелкія изъѣдины и трещины асфальта, недоступныя для швабры, наполняются водой, лишь медленно испаряющейся. Въ холодные дни такіе задерживающіе влагу полы и слѣдовательно сырые и холодные требуютъ лишнихъ предосторожностей для защиты больныхъ отъ простудныхъ заболѣваній.

Слѣдующій, послѣдній въ ряду, павильонъ, тоже одноэтажный, занятъ слабыми и неопятными больными. Въ отличіе отъ другихъ корпусовъ, построенныхъ правильными прямоугольниками, павильонъ для слабыхъ представляетъ по своей длинѣ два излома на подобіе такой фигуры 

Задній изломъ можетъ быть совершенно изолированъ отъ другихъ частей павильона. Благодаря отсутствію въ этомъ заднемъ отдѣлѣ асфальтовыхъ половъ, онъ выглядитъ чище, привѣтливѣе.

Каждый павильонъ лечебницы окруженъ собственнымъ дворомъ—садиномъ, огражденнымъ каменнымъ заборомъ. Въ теплую погоду больные цѣлые дни проводятъ въ этихъ садикахъ и тамъ же обѣдаютъ. Недостаточная высота заборомъ

нерѣдко соблазняетъ нѣкоторыхъ больныхъ мужчинъ къ побѣгамъ, которые и удаются иногда.

Отопленіе лечебницы производится нагрѣтымъ воздухомъ посредствомъ калориферовъ; топка съ нагрѣвательными камерами устроена въ подвальномъ этажѣ каждаго павильона. Съ отопленіемъ павильоновъ связана также вентиляція ихъ посредствомъ вытяжныхъ каналовъ. Освѣщеніе во всѣхъ помѣщеніяхъ больницы электрическое. Во всѣ помѣщенія, какъ лечебницы, такъ и колоніи, проведена вода изъ городского водопровода. Удаленіе нечистотъ совершается по сплавной системѣ.

Лечебница обошлась городу въ 467.000 рубл., а вмѣстѣ съ колоніей и электрическимъ освѣщеніемъ около 550.000 рублей.

### К о л о н і я .

Въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ лечебницей расположена колонія. Площадь колоніи съ огородомъ, парниками и питомникомъ декоративныхъ деревьевъ огорожена невысокой деревянной оградой, изолирующей ее отъ окружающихъ полей и проѣзжихъ дорогъ. Въ той части этой площади, которая ближе къ лечебницѣ, построены одноэтажные домики для колонистовъ, по три для мужчинъ и женщинъ, расположенные по обѣ стороны большой клумбы и довольно большого, такъ называемаго кухоннаго павильона. Четыре года тому назадъ кухонный павильонъ, какъ таковой, былъ упраздненъ и приспособленъ для помѣщенія прислуги и нѣкоторыхъ служащихъ, а кухня лечебницы стала готовить пищу и для колонистовъ. Устройство павильонныхъ домиковъ и по расположенію внутреннихъ помѣщеній, и по внѣшнему виду, и по величинѣ—совершенно одинаково. Средину фасада по длинѣ домика занимаетъ широкое крыльцо, ведущее въ теплую обширную переднюю, дѣлящую домикъ на 2 равныя части; передняя, впрочемъ,



не доходить до противоположной стѣны и упирается въ небольшую комнату, окно которой прорѣзано въ противоположной фасадѣ стѣнѣ. По обѣ стороны этой комнаты, составляющей задній отрѣзокъ вышеупомянутой передней, расположены по одной обширной спальнѣ, параллельно которымъ по передней фасадной сторонѣ слѣва устроена столовая съ выходомъ на веранду, а справа корридоръ, въ который открываются двери влозета, умывальной и помѣщеній надзирательскаго персонала. По первоначальному плану колонія была устроена на 100 челов., а Психіатрическая лечебница на 150 челов., но такое отношеніе этихъ частей всего учрежденія на первыхъ же порахъ было нарушено: въ то время, когда въ лечебницѣ въ первый же годъ количество больныхъ значительно превысило предполагавшуюся норму, число колонистовъ наоборотъ далеко не достигало проэктированной цифры. Изъ шести павильонныхъ домиковъ только 4 понадобилось для больныхъ, а два другихъ были заняты — одинъ мастерскими, а другой такъ называемымъ клубомъ, въ которомъ устраивались танцы, спектакли и литературно - музыкальные вечера. Въ настоящее время „клубъ“ колонистовъ упраздненъ и этотъ павильонъ приспособленъ для слабыхъ больныхъ, преимущественно паралитиковъ, которыхъ за недостаткомъ мѣста нельзя размѣстить въ лечебницѣ.

Всѣ помѣщенія на колоніи освѣщаются электричествомъ; отопленіе производится голландскими печами, водоснабженіе обезпечивается городскимъ водопроводомъ, удаленіе нечистотъ канализаціей. При колоніи устроена русская баня для нуждъ колонистовъ и низшаго служебнаго персонала. При банѣ имѣется небольшая прачешная и резервуаръ для купанія.

Въ прошломъ 1900 г. при психіатрическомъ отдѣленіи былъ открытъ небольшой павильонъ для пансіонеровъ, выстроенный по сосѣдству съ колоніей, на пожертвованные вдовой подполковника г. Атабековой 5000 руб. съ доассигновкой отъ города 2000 рублей. Павильонъ этотъ состоитъ

изъ 4-хъ отдѣльныхъ комнатъ, открывающихся въ общую гостиную — она же и столовая. Въ столовую открывается также небольшая комната-буфетная. Комната надзирателя и ванная съ клозетомъ открываются въ небольшую переднюю, куда открываются также буфетная и столовая. Освѣщеніе павильона электрическое, отопленіе пароводяное, а вентиляція по системѣ Бойля. Обстановка павильона комфортабельная, рассчитанная на культурныя привычки зажиточныхъ людей. Павильонъ рассчитанъ на 4 больныхъ. Плата за содержаніе въ немъ установлена въ размѣрѣ 50 руб. въ мѣсяць.

### Обстановка павильоновъ.

Внутренняя обстановка павильоновъ простая и однообразная. Въ павильонахъ для спокойныхъ и беспокойныхъ больныхъ, въ помѣщеніяхъ для дневного пребыванія, мебель состоитъ изъ тяжелыхъ деревянныхъ стульевъ и скамей; въ палатахъ для привилегированныхъ больныхъ имѣются мягкія кресла и диваны. Въ спальныхъ комнатахъ кровати всѣ желѣзныя, матрацы соломенные, одѣяла байковыя (лѣтомъ — тиковыя). Въ павильонахъ для буйныхъ больныхъ желѣзныя кровати съ деревянными бортами, а въ палатахъ для слабыхъ — съ бортами изъ крѣпкой парусины. Въ павильонахъ для слабыхъ больныхъ солома въ матрацахъ мѣняется по мѣрѣ загрязненія.

Матраць неопытныхъ больныхъ подъ простыней покрывается клеенкой. Подъ больныхъ, наклонныхъ къ пролежнямъ, подкладываются гутаперчевые круги, наполненные воздухомъ. Благодаря всѣмъ этимъ предосторожностямъ число больныхъ съ пролежнями сведено до minimum'a. При каждомъ павильонѣ имѣется ванная комната съ мраморной ванной. Вода для ваннъ нагревается посредствомъ особаго куба.

**Распределение павильоновъ между врачами.**

Въ отчетномъ году распределение павильоновъ между ординаторами было слѣдующее: мужскими павильонами для спокойныхъ и беспокойныхъ больныхъ завѣдывалъ д-ръ Л. О. Бобровскій - Королько, а соответственными женскими—д-ръ В. И. Рудневъ; въ павильонахъ для буйнымъ больныхъ, какъ въ женскомъ, такъ и въ мужскомъ, ординаторомъ состоялъ д-ръ О. Ф. Бирскій; въ павильонахъ для слабыхъ и на колоніи обязанности ординаторовъ исполняли двое палатныхъ врачей подъ наблюденіемъ старшаго врача.

**Составъ служащихъ.**

ВРАЧЕБНЫЙ ПЕРСОНАЛЬ.	Жалованіе.	Съ какого года на службѣ.
Старшій врачъ Воротынский Б. И. . . . .	3000	1901
Штатные ординаторы (3)		
1. Бирскій О. Ф. . . . .	1500	1888
2. Бобровскій-Королько Л. О. . .	1500	1898
3. Рудневъ В. И. . . . .	1500	1900
Сверхштатные ординаторы (2)		
1. Айхенвальдъ Л. И. . . . .	1200	1899
2. Вакансія. . . . .	1200	
Палатный врачъ (1)		
1. Вакансія. . . . .	600	

СОСТАВЪ СЛУЖАЩИХЪ.	Жалованіе.	Съ какого года на службѣ.
<b>ФЕЛЬДШЕРСКІЙ ПЕРСОНАЛЬ.</b>		
Фельдшера (3)		
1. Лихачевъ П. Н. (онъ же писъмов. при старшемъ врачѣ) . . . . .	600	1898
2. Домбровскій К. М. . . . .	360	1901
3. Скрипникъ Г. И. . . . .	480	1900
Фельдшерицы (3)		
1. Стобцкая Е. И. . . . .	600	1882
2. Вукотичъ А. Е. . . . .	360	1901
3. Третьякова О. В. . . . .	540	1888
Сестры милосердія (2)		
1. Топальская О. П. . . . .	300	1901
2. Коленда А. І. . . . .	300	1901
<b>НАДЗИРАТЕЛЬСКІЙ ПЕРСОНАЛЬ.</b>		
Надзиратели (5)		
1. Басенко Т. П. . . . .	360	1897
2. Сыпьянскій П. И. . . . .	360	1897
3. Бондаренко Н. И. . . . .	360	1897
4. Ивановъ П. Г. . . . .	420	1886

СОСТАВЪ СЛУЖАЩИХЪ.	Жалованіе.	Съ какого года на службѣ.
5. Ангелейко Н. Е. . . . .	360	1894
Помощники надзирателей. (3)		
1. Лапочинъ И. В. . . . .	180	1900
2. Лемпицкій Ѳ. В. . . . .	360	1899
3. Соколякъ Я. Ѳ.	180	1900
Надзирательницы (7)		
1. Томашевская В. В. . . . .	540	1884
2. Грудзинская І. І. . . . .	360	1897
3. Козерская М. Ф. . . . .	360	1898
4. Горгуль С. А. . . . .	360	1899
5. Сосина А. И. . . . .	420	1884
6. Васицкая Н. Г. . . . .	360	1896
7. Фогель Е. Г. . . . .	480	1892
Помощницы надзирательницъ (5)		
1. Березовская К. И. . . . .	180	1900
2. Стобецкая С. Г. . . . .	180	1900
3. Янковская М. В. . . . .	180	1900
4. Лешъ М. Ф. . . . .	180	1900
5. Цицъ М. М. . . . .	240	1900

СОСТАВЪ СЛУЖАЩИХЪ.	Жалованіе.	Съ какого года служить.
<b>АПТЕЧНЫЙ ПЕРСОНАЛЬ.</b>		
1. Управляющій аптекою Вейгандъ Н. Ф. . . . .	840	1893
<b>Контора и хозяйственный персоналъ.</b>		
Смотритель Сваричовскій Н. Н. . . . .	1500	1898
Письмоводитель Пашутинь Н. Я. . . . .	900	1900
Бухгалтеръ Рубановъ Ѳ. П. . . . .	900	1889
Писецъ Лебедева Л. М. . . . .	480	1900
Писецъ Мозоль И. П. . . . .	300	1898
Завѣдующая кухней Остаповичъ В. А. . . . .	420	1892
Завѣдующая цейхгаузомъ Дитерихсъ М. А. . . . .	360	1890
Садовникъ Бѣловъ Я. Е. . . . .	300	1890
Монтеръ Радике В. И. . . . .	480	1894
Надзиратель черного двора Томчикъ К. И. . . . .	300	1892

Старшій врачъ и штатные ординаторы имѣютъ квартиру при больницѣ; для сверхштатныхъ ординаторовъ, для палатнаго врача и для сестеръ милосердія квартиры при больницѣ нѣтъ. Фельдшерскій персоналъ и надзирательскій обязательно живутъ въ больницѣ при тѣхъ отдѣленіяхъ, гдѣ занимаются; помощники и помощницы надзирателей не все живутъ въ больницѣ за неизмѣнимъ помѣщенія; тѣ, которые живутъ внѣ больницы, получаютъ 120 руб. квартирныхъ въ годъ. Фельдшера, фельдшерницы, сестры милосердія, надзиратели, надзирательницы и ихъ помощники и помощницы могутъ или получать столъ отъ больницы или же по 10 рубл. столовыхъ въ мѣсяцъ. Неодинаковый размѣръ жалованія фельдшерскаго и надзирательскаго персонала зависитъ отъ продолжительности городской службы. Для фельдшеровъ (ицъ) и надзирателей (вицъ) установлены періодическія прибавки, причемъ первую 5 рублевую прибавку въ мѣсячному жалованію они получаютъ черезъ 10 лѣтъ службы, а слѣдующія уже черезъ 5 лѣтъ. Здѣсь же слѣдуетъ упомянуть, что для всѣхъ служащихъ въ Одесскомъ Городскомъ Управленіи учреждена пенсіонная касса, участіе въ которой обязательно, причемъ полная пенсія выдается черезъ 21 годъ службы; полная пенсія составляетъ  $\frac{1}{2}$  получаемаго въ годъ содержанія, а половинная пенсія  $\frac{1}{4}$  получаемаго въ годъ содержанія. Для образованія пенсіоннаго капитала дѣлаются ежемѣсячные вычеты изъ жалованія: до 600 р. годичнаго оклада—4%, до 1200 р.—5%, а свыше 1200 р. 6%.

Для характеристики надзирательскаго персонала можно привести еще слѣдующія данныя.

Надзиратели и ихъ помощники (8 чел.)	Надзирательницы и ихъ помощницы (12 чел.)
--------------------------------------	---

### 1. Образование.

Низшее—8 (100%),

Низшее 9 (75%)

Ниже средняго 2 (16,66%)

Среднее 1 (8,34%)

## 2. Занятіе до поступления въ Психіатрическое отдѣленіе въ качествѣ надзирателей (ницѣ).

Письмоводство 2 (25%)	Домашнее хозяйство 6 (50%)
Земледѣліе 1 (12,5%)	Сестра милосердія 1 (8,33%)
Военная служба 1 (12,5%)	Надзир. въ тюрьмѣ 1 (8,33%)
Надз. въ друг. Псих. больн. 2 (25%)	Служан. при Псих. больн. 1 (8,33%)
Служит. при Псих. больн. 1 (12,5%)	Безъ опредѣл. занят. 3 (25%)
Разн. частн. службы 1 (12,5%)	» » »

## 3. Семейное положеніе.

Холостые 2 (25%)	Дѣвицы 6 (50%)
Женатые 6 (75%)	Вдовы 5 (41,66%)
» »	Замужнія 1 (8,34%)

## Возрастъ.

Отъ (25—30)—3 (37,5%)	Отъ (20—25)—3 (25%)
» (30—35)—1 (12,5%)	» (25—30)—1 (8,34%)
» (35—40)—1 (12,5%)	» (30—35)—2 (16,66%)
» (40—45)—1 (12,5%)	» (35—40)—2 (16,66%)
» (45—50)—1 (12,5%)	» (40—45)—1 (8,34%)
» (50—55)—1 (12,5%)	» (45—50)—2 (16,66%)
» » » »	» (60—65)—1 (8,34%)

## 5. Продолжительность службы.

15 лѣтъ—1 (12,5%)	17 лѣтъ—2 (16,66%)
7 лѣтъ—1 (12,5%)	9 лѣтъ—1 (8,34%)
4 года—3 (37,5%)	6 лѣтъ—1 (8,34%)
2 года—1 (12,5%)	4 года—1 (8,34%)
1 годъ—2 (25%)	3 года—1 (8,34%)
» » »	2 года—1 (8,34%)
» » »	1 годъ—5 (41—66%)



## 6. Мѣсторожденіе.

Могилевской губ.—1 (12,5%)	Херсонской губ.—6 (50%)
Сѣдлецкой губ.—1 (12,5%)	Бессарабской губ.—1 (8,34%)
Тульской губ.—1 (12,5%)	Полтавской губ.—2 (16,66%)
Херсонской губ.—1 (12,5%)	Виленской губ.—2 (16,66%)
Кіевской губ.—1 (12,5%)	Область Войск. Донск.—1 (8,34%)
Кам.—Подольск. губ.—2 (25%)	» » »
Харьковской губ.—1 (12,5%)	» » »

Итакъ, какъ показываютъ вышеприведенныя данныя, контингентъ надзирательскаго персонала состоитъ главнымъ образомъ изъ лицъ съ низшимъ образованіемъ, причемъ особенно это замѣтно между мужскимъ персоналомъ. Что касается до подготовки къ уходу за душевно-больными, то ею обладали (нѣкоторымъ образомъ) до поступленія въ Психіатрическое Отдѣленіе Одесской Городской Больницы трое мужчинъ (служили уже въ другихъ психіатрич. больницахъ) и двѣ женщины (одна, какъ сестра милосердія, другая, какъ бывшая служанка при психическихъ больныхъ); остальные мужчины приступили къ уходу за душевно-больными, оставивъ разныя другія должности, а большинство женщинъ прямо отъ семейнаго очага. Большинство мужскаго надзирательскаго персонала состоитъ изъ уроженцевъ разныхъ губерній, половину же женскаго надзирательскаго персонала составляютъ мѣстныя уроженки (херсон. губ.)

*(Окончаніе слѣдуетъ).*



**Планъ**  
Одесской Городской Психіатрической больницы и колоніи.

Плодовой садъ 2 дес. 82 кв. саж.

Пашатная земля  
14 дес. 625 кв. саж.

Виноградникъ 1 дес. 200 кв. саж.

Пашатная земля и огорокъ 15 дес. 1800 кв. саж.

Колонія 2 дес. 400 кв. саж.

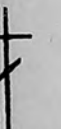
Павильонъ для пансіонеровъ 1 дес. 656 кв. саж.

Лечебница 4 дес. 400 кв. с.

Больничное  
кладбище  
600 кв. с.

Колонія: А — первый мужской пав., А<sub>1</sub> — перв. женск. пав.; В — второй м. пав., В<sub>1</sub> — вт. ж. пав. С — третій мужской пав. для слабыхъ, С<sub>1</sub> — здание для мастерскихъ; Д — квартиры служащихъ и служителей, Е — баня.

Лечебница: А — спок. муж., А<sub>1</sub> — сп.; ж.; В — безп. м., В<sub>1</sub> — безп. ж., С — буйн. м., С<sub>1</sub> — буйн. ж.; Д — слаб. м., Д<sub>1</sub> — слаб. ж. М — админист. здание, М<sub>1</sub> — кухня, а — ледникъ, Б — здание хозяйств. персонала, г — казармы для хозяйств. прислуги, в — конюшни и сарай, к — кладовая.



## КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Проф. А. Е. Щербакъ. Клиническія лекціи по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ. Варшава 1901 г.

Обширный томъ содержитъ 16 интересныхъ лекцій по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ. Название клиническихъ однако не можетъ всецѣло быть примѣнено ко всѣмъ лекціямъ, такъ какъ иногда авторъ или вовсе не приводитъ отдѣльныхъ случаевъ, разборъ которыхъ и долженъ составлять предметъ клинической лекціи, или описываетъ ихъ только въ качествѣ иллюстраціи къ высказаннымъ взглядамъ.

Первая лекція посвящена періодическому спинно-мозговому параличу. Авторъ очень подробно приводитъ литературу и съ большой полнотой излагаетъ ученіе о клинической картинѣ этой интересной формы, ея этиологіи, локализациі процесса и патогенезѣ. Въ основѣ пораженія авторомъ принимается заболѣваніе клѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга на почвѣ интоксикаціи. Что касается до сущности пораженія, то авторъ, отвергнувъ здѣсь возможность расстройства со стороны сосудодвигательнаго аппарата и связь съ истеріей, приходитъ сначала къ выводу, что „мы не знаемъ такого патологическаго процесса въ спинномъ мозгу, который могъ бы объяснить картину явленій періодическаго паралича“, но затѣмъ пытается объяснить картину болѣзни ненормальной подвижностью дендритовъ нервныхъ клѣтокъ. Въ пользу амѣбозизма однако не приводитъ ни одного основательнаго факта и даже монилморфному состоянію отростковъ при обработкѣ по способу Golgi на основаніи работы д-ра Иванова не придаетъ значенія, признавая здѣсь артефактъ или результатъ посмертныхъ измѣненій. Оставаясь на чисто теоретиче-

своей почвѣ, авторъ тѣмъ не менѣе придерживается гипотезы амёбозиса и въ послѣдующихъ лекціяхъ.

Во второй лекціи, продемонстрировавши 3 случая дѣтской хореи, авторъ останавливается на локализациі болѣзненнаго процесса при chorea vulgaris. Признавая, что при симптоматической хореи обыкновенно поражается система волоконъ thalami optici, при чемъ процессъ можетъ гнѣздиться въ самомъ ядрѣ, въ его приводахъ и наконецъ въ соответствующихъ корковыхъ областяхъ, авторъ думаетъ, что и при chorea vulgaris процессъ захватываетъ ту же систему, поражая корковыя центры ея и выражаясь опять таки ненормальной подвижностью отростковъ нервныхъ клѣтокъ.

Въ третьей лекціи авторъ приходитъ къ выводу, что сущность болѣзненнаго процесса при соматическихъ симптомахъ истеріи заключается въ патологическомъ состояніи ихъ высшихъ корковыхъ центровъ, пораженныхъ патологической игрой дендритовъ. Здѣсь авторъ не смотря на высказанное имъ же самимъ отрицательное отношеніе къ монилморфному состоянію отростковъ клѣтокъ, все таки снова беретъ изслѣдованія въ этомъ направленіи для поддержанія своей гипотезы и отмѣчаетъ, что авторы находили измѣненія въ дендритахъ корковыхъ клѣтокъ подъ вліяніемъ моментовъ, которые считаются agents provocateurs истеріи: при различныхъ отравленіяхъ, напр. алкоголемъ, свинцомъ, а также при дѣйствіи инфекціонныхъ токсиновъ.

Въ 4 й лекціи излагается весьма интересный и чрезвычайно важный въ практическомъ отношеніи вопросъ объ основныхъ и типическихъ психопатическихъ состояніяхъ. Необходимость знакомства съ этими основными, общими для многихъ клиническихъ формъ чертами патологической душевной дѣятельности представляется въ изложеніи автора весьма убѣдительною. Описаніе клиническихъ признаковъ сдѣлано съ достаточной полнотой и ясностью. По сравненію съ описаніемъ психопатическихъ состояній въ учебникѣ проф. Корсакова авторомъ добавлены состоянія автоматизма, патологическаго аффекта, импульсивное состояніе и резонирующее состояніе, для котораго авторъ предлагаетъ болѣе подходящее названіе „состояніе патологической односторонности“. Меланхолическое и маниакальное состояніе совершенно справедливо отнесены авторомъ къ первичному пораженію всѣхъ сторонъ душевной жизни, а не одной только сферы чувства. Сюда



же отнесены и различные виды аментивнаго состоянія. Въ основѣ разсматриваемыхъ состояній лежитъ, по мнѣнію автора, расстройство въ распредѣленіи и проведеніи нервной энергіи въ психическомъ органѣ. Подобнаго рода объясненіе, по крайней мѣрѣ для душевной боли и чувства счастья, далъ въ своей психіатріи еще Меуперт. Но объясненіе этого расстройства измѣненіями въ газообмѣнѣ нервныхъ элементовъ въ зависимости отъ активной гипереміи или анэмии мозга является у Меуперт'а болѣе убѣдительнымъ, чѣмъ ссылка автора на недоказанную гипотезу амѣобоизма.

5-я лекція посвящена сравнительному разсмотрѣнію классификацій душевныхъ болѣзней Крафф-Ебинг'а и проф. Корсакова. Послѣ обстоятельной критики классификаціи Крафф-Ебинг'а авторъ оказываетъ предпочтеніе классификаціи Корсакова, которая основана на клиническихъ признакахъ душевныхъ расстройствъ и благодаря своей гибкости позволяетъ включать новыя рубрики и новыя клиническія формы, приближаясь въ этомъ отношеніи къ естественной классификаціи. Авторъ дополняетъ ее включеніемъ новыхъ подраздѣленій.

Въ 6-й лекціи разбирается судебно-психіатрической случай, гдѣ авторъ на основаніи весьма интереснаго психологическаго анализа приходитъ къ выводу о патологической основѣ случая и трактуетъ его, какъ преступленіе, совершенное въ состояніи патологическаго аффекта (отчаянія), развившагося на почвѣ истеріи.

Въ дальнѣйшемъ изложеніи авторъ останавливается на весьма существенныхъ недостаткахъ психіатрической судебной экспертизы.

Прежде всего психіатру бываетъ трудно установить важныя для разбора случая вліянія наслѣдственности. Приходится считать въ этомъ отношеніи только съ показаніями подсудимаго, которыя могутъ быть и ложными. „Необходимо поэтому, чтобы сами юристы собирали и устанавливали соотвѣтственныя данныя еще на предварительномъ слѣдствіи“.

Экспертиза по справедливому настоянію автора должна являться ничѣмъ инымъ, какъ общедоступной клинической лекціей о данной формѣ душевнаго расстройства, а не должна ограничиваться стремленіемъ установить лишь душевную болѣзнь. Каждый, кто бывалъ экспертомъ на судѣ дѣйствительно знаетъ, какъ относятся юристы къ отдѣльнымъ признакамъ при попыткѣ отнести ихъ къ „нормальному или не-

нормальному“ состоянію подсудимаго, если не указать на характерность ихъ именно для данной формы душевнаго разстройства. Весьма важный фактъ, съ которымъ приходится считаться и при которомъ иногда получается крайне непріятное положеніе эксперта, отмѣчается авторомъ въ томъ, что предсѣдатель по окончаніи рѣчи по закону не даетъ эксперту слова и лишаетъ его возможности исправить иногда не совсѣмъ точную передачу мнѣнія прокуроромъ или защитникомъ, дать то или иное разъясненіе. Наконецъ еще болѣе важный недостатокъ законодательства указывается авторомъ въ томъ, что по постановленію суда отдаются въ заведенія лишь лица, совершившія преступленіе въ состояніи безумія и сумасшествія, а лица, совершившія преступленіе только въ припадкѣ умонутупленія и безпамятства остаются на попеченіи родственниковъ на свободѣ. Въ силу этого напримѣръ опасный эпилептикъ, говоритъ авторъ, остается на свободѣ послѣ совершенія преступленія въ состояніи припадка. Но здѣсь, какъ вамъ кажется, явное недоразумѣніе: эпилептикъ, совершившій преступленіе въ состояніи эквивалента эпилепсіи, долженъ рассматриваться какъ душевно-больной, слѣдовательно подлежитъ помѣщенію въ лечебницу. Авторъ предлагаетъ, чтобы въ каждомъ конкретномъ случаѣ судъ обращался къ психіатрической экспертизѣ и затѣмъ на основаніи заключенія врачей специалистовъ о степени опасности обвиняемаго для окружающихъ рѣшалъ его дальнѣйшую участь.

Въ 7 лекціи приводится случай сложнаго дегенеративнаго психоза, гдѣ авторъ весьма демонстративно излагаетъ состояніе патологической односторонности, развившееся у субъекта у котораго сначала были тяжелая нейрастенія, а затѣмъ развился бредъ преслѣдованія. Авторъ отмѣчаетъ у больного маниакальное состояніе, выразившееся въ томъ, что больной „не представляется какъ бы въ достаточной мѣрѣ угнетеннымъ своими идеями, которыя были окрашены непріятнымъ чувственнымъ тономъ, и обнаружилъ нѣкоторую шутивость, а также несоотвѣтственное обстоятельствомъ добродушіе; вмѣстѣ съ этимъ у больного наблюдалось частичное повышеніе активности въ видѣ несомнѣнной усиленной говорливости и склонности къ безконечнымъ и многословнымъ разсужденіямъ о различныхъ предметахъ. Это позволяетъ автору считать такое состояніе дисгармоніи различныхъ сферъ душевной жизни—характернымъ для дегенеративнаго состоя-

нія и причислить свой случай къ маниакальной формѣ резонирующаго состоянія.

8-я лекція посвящена физиологической анатоміи мозгового ствола. Здѣсь приводятся съ весьма обстоятельной полнотой и очень точной топической диагностикой случаи *gliosis medullae spinalis et medullae oblongatae, haemorrhagia partis inferioris pontis Varolii, haemorrhagia partis mediae pontis Varolii, encephalomalacia partis superioris pontis Varolii et pedunculi cerebri* и *tumor hemisphaerae dextrae cerebelli*. Последній діагнозъ былъ подтвержденъ при оперативномъ вмешательствѣ и въ деталяхъ оправдался при патолого-анатомическомъ изслѣдованіи. Вся лекція производитъ чрезвычайно приятное впечатлѣніе убѣдительною доводовъ автора, стоящаго въ данномъ случаѣ на твердомъ основаніи анатомо-физиологическихъ фактовъ а не на зыбкой почвѣ ученія о подвижности дендритовъ нервныхъ клѣтокъ. Отсутствие колѣнныхъ рефлексовъ въ своемъ случаѣ пораженія мозжечка авторъ объясняетъ на основаніи изслѣдованія д-ра Иванова поражениемъ подъ влияніемъ повышеннаго внутречерепного давленія заднихъ корешковъ и ихъ рефлекторныхъ коллатералій, такъ какъ они были найдены перерожденными при изслѣдованіи по способу Marchi.

Въ 9-й лекціи приводится случай тонической судороги диафрагмы истерического происхожденія. Излеченіе больной, у которой кромѣ того было опущеніе матки, исключительно подъ влияніемъ психическаго воздѣйствія (гипноза) позволяетъ автору остановиться на терапевтическомъ значеніи этого фактора при истеріи. Онъ приходитъ къ выводу, что различные больные обнаруживаютъ неодинаковую воспримчивость къ отдѣльнымъ видамъ психическаго воздѣйствія. Иногда назначеніе какого-либо индифферентнаго въ данномъ случаѣ средства можетъ уничтожить сразу явленія, которыя не устранялись и при весьма энергичныхъ мѣрахъ психическаго воздѣйствія. Къ числу подобнаго рода мѣръ авторъ относитъ и гинекологическія операціи, предпринимаемыя для устраненія истерическихъ явленій. Присутствіе психическаго момента въ данномъ случаѣ необходимо имѣть въ виду, по мнѣнію автора, въ дѣлѣ рѣшенія вопроса о связи между „гинекологіей и невропатологіей“.

Что психическое воздѣйствіе и въ видѣ гипноза можетъ у нѣкоторыхъ больныхъ не оказывать ожидаемаго ре-

зультата, показываетъ случай автора, описанный въ десятой лекціи (*paraplegia inferior hysterica*) гдѣ примѣненіе гипноза не могло быть сдѣлано, благодаря постоянному страху больной заснуть. Излеченіе наступило только послѣ систематическаго примѣненія внушеній на яву. Самое примѣненіе гипноза, съ лечебной цѣлью по мнѣнію автора (къ которому мы всецѣло присоединяемся; см. протоколъ засѣданія Казанскаго Общества невропат. и психиатровъ. Обзоріе психiatr. 1901 г. № 8) въ сущности сводится къ дѣйствию внушенія на яву или косвеннаго внушенія, орудіемъ котораго являлся гипнозъ какъ „могущественное средство“, которое непременно должно устранить тѣ или другіе симптомы.

Въ 11-й лекціи авторъ приводитъ случай истерической гемиплегіи съ „одноиманнымъ“ спазмомъ въ области развѣтвленія nn. *facialis* и *hypoglossi*. Здѣсь авторъ, считая этотъ спазмъ одноиманнымъ, повторяетъ ту ошибку, на которую указалъ Кoenig и затѣмъ Миноръ (журналъ имени Корсакова 1901 г. кн. 6). Отклоненіе при высовываніи языка въ правую сторону нельзя объяснять спазмомъ мышцъ правой половины его, такъ какъ подобное уклоненіе бываетъ какъ разъ при обратномъ явленіи—при параличѣ ихъ, слѣдовательно здѣсь долженъ быть принятъ перевѣсъ мышцъ лѣвой половины, т. е. спазмъ мышцъ въ области лѣваго n. *hypoglossi*. Такимъ образомъ въ случаѣ автора гемиспазмъ не одноиманный, а разноиманный: пораженіе праваго *facialis* и лѣваго n. *hypoglossi*. Авторъ отмѣчаетъ у больного постепенное исчезновеніе истерической гемиплегіи и мутизма въ томъ же порядкѣ, какъ это бываетъ при органическихъ гемиплегіяхъ и объясняетъ это психическими моментами, связывая съ прямымъ (слова врача) и косвеннымъ внушеніемъ (больной видѣлъ, какъ выздоравливаютъ другіе гемиплегіки). Но если вспомнить, что истерическое пораженіе по словамъ того же автора, есть пораженіе опредѣленныхъ корковыхъ центровъ, отличающееся отъ органическаго только характеромъ процесса, то можно также предположить, что и процессъ возстановленія функціи при истеріи можетъ быть аналогиченъ выздоровленію отъ органическаго пораженія.

Въ 12 лекціи авторъ поднимаетъ рядъ интересныхъ вопросовъ относительно половой жизни женщинъ. Но рѣшеніе ихъ, основанное на весьма недостаточномъ числѣ наблюденій (около 10), которыя даже не приводятся, является мало



убѣдительнымъ и вытекаетъ скорѣе изъ общаго впечатлѣнія и можетъ бы изъ нѣскольکو предвзятаго взгляда автора. Вся лекція, не смотря на свой интересъ, является необоснованной. Разбирая вопросъ о мазохизмѣ, авторъ считаетъ, что „половое удовлетвореніе при претерпѣваніи страданія отъ особы противоположнаго пола и при чувствѣ полнаго подчиненія ей“ является будто-бы болѣзненнымъ подчеркиваніемъ физиологическаго склада женщины. Можно было-бы ожидать поэтому, что такая аномалія встрѣчается чаще другихъ, но такъ какъ въ дѣйствительности грубыя формы мазохизма у женщинъ встрѣчаются рѣдко, то авторъ обращаетъ вниманіе „на болѣе маскированныя, не столь отчетливыя формы“, которыя онъ видитъ въ томъ, что женщина иногда увлекается человѣкомъ, стоящимъ далеко ниже ея во всѣхъ отношеніяхъ, отличающимся грубостью, жестокостью, склонностью къ актамъ насилія и не смотря на всѣ оскорбленія слѣдуетъ за нимъ. Но подобныя отношенія въ иныхъ случаяхъ могутъ найти и другое объясненіе. Женщина можетъ находить въ подобномъ человѣкѣ какія-либо положительныя черты, которыми она можетъ увлечься, можетъ быть одухотворена идеей исправить подобнаго человѣка, можетъ испытывать къ нему сильное чувство состраданія и считать, что безъ нея онъ можетъ окончателно погибнуть. Вопросъ здѣсь является до чрезвычайности сложнымъ и сводить все на патологическую почву представляется одностороннимъ. Точно также нѣскольکو одностороннимъ представляется разборъ явленія, которое авторъ называетъ „патологическимъ кокетствомъ“ и при которомъ женщина „въ своемъ кокетствѣ и нѣкоторомъ приближеніи къ себѣ мужчины находитъ полное удовлетвореніе своихъ половыхъ влеченій. При этомъ она не только не стремится къ нормальнымъ отношеніямъ, но даже испытываетъ къ нимъ отвращеніе.

Становясь на эту точку зрѣнія пришлось бы видѣть патологическую основу и въ идеальномъ платоническомъ чувствѣ молодыхъ дѣвушекъ. Что касается „до патологическаго кокетства“ женщины, то врядъ-ли можно видѣть психопатію, если женщина при своемъ кокетствѣ (которое при современныхъ социальныхъ условіяхъ можетъ быть единственнымъ разнообразіемъ въ ея жизни, единственной сферой, гдѣ можетъ быть выдвинута ея личность) и не стремится къ „нормальнымъ отношеніямъ“, и можетъ быть даже чувствуетъ къ нимъ

отвращеніе. Вѣдь это отвращеніе можетъ обусловливаться боязнью потерять свое положеніе въ обществѣ, чувствомъ долга передъ семьей и мужемъ; наконецъ женщина просто не находитъ въ человѣкѣ того, чего она искала, нельзя же все сводить только къ половымъ отправлениямъ. Взглядъ автора, не подтверждаемый съ его стороны отдѣльными наблюденіями, во всякомъ случаѣ не представляется убѣдительнымъ.

13-я лекція посвящена Fridreich'овой болѣзни. Здѣсь превосходно изложена литература вопроса, патологическая анатомія, клиническая картина и патогенезъ болѣзни. Авторъ весьма обстоятельно обосновываетъ свой взглядъ на эту болѣзнь, какъ на пораженіе центростремительныхъ и центробѣжныхъ путей мозжечка. Наслѣдственная мозжечковая атаксія является въ томъ случаѣ, когда процессъ поражаетъ не приводы, а самый мозжечекъ. Поэтому авторъ эту форму предлагаетъ назвать мозжечковой формой Fridreich'овой болѣзни. Касаясь вообще вопроса объ атаксії, авторъ разбираетъ сущность атаксії при *tabes* и въ противоположность мнѣнію Leyden'a видитъ причину ея не въ пораженіи чувствительнаго пути въ смыслѣ перерыва проведенія ощущенія, а въ заболѣваніи центростремительнаго пути къ мозжечку, какъ главному координирующему центру.

Въ 14 лекціи авторъ пытается установить новую форму пораженія нервныхъ стволовъ въ видѣ сензитивнаго неврита. Аналогично параличу Landry, въ основѣ котораго лежитъ пораженіе избирательнымъ процессомъ периферическаго двигательнаго нейрона, авторъ принимаетъ возможность пораженія подъ влияніемъ особыхъ условій исключительно чувствительнаго периферическаго нейрона.

Въ 15 лекціи авторъ приводитъ очень интересный случай гемигипертрофіи лица, сочетанный съ склеродерміей въ видѣ бляшекъ. Не смотря на интересъ случая, лекція не оставляетъ однако должнаго впечатлѣнія, благодаря недостаточной разработкѣ.

Въ послѣдней лекціи авторъ останавливается на сочетаніи различныхъ формъ прогрессивныхъ мышечныхъ атрофій. При разборѣ отдѣльныхъ формъ всегда нужно по мнѣнію автора, имѣть въ виду, возможность примѣси другихъ формъ.

Въ общемъ чтеніе труда уважаемаго автора производитъ очень пріятное впечатлѣніе, благодаря интересу изложенія и оригинальности взглядовъ. Языкъ весьма легкій, удобо-

понятный. Несколько невыгодное впечатлѣніе на читателя производит частое напоминаніе автора о томъ, что онъ уже объ этомъ говорилъ, хотя изъ предыдущаго изложенія этого и не видно. Очевидно, что авторъ при изданіи своихъ лекцій, какъ это впрочемъ указано и въ предисловіи его, имѣлъ въ виду главнымъ образомъ своихъ слушателей.

*А. Янишевскій.*

*Рефераты по психіатріи и неврологіи.*

*Труды съезда врачей въ Гамбургѣ.* (Sept. 1901. Centrbl. f. N. u. Ps. 1901. 142).

*Schuster. Къ леченію конвульсій у дѣтей.*

Исторія болѣзни въ двухъ случаяхъ указали автору, что дѣти, происходящія отъ родителей-сифилитиковъ могутъ заболѣвать эклампсіей; тогда на ряду съ меркуріальнымъ леченіемъ можно примѣнять инъекціи 10% раствора iodipin'a.

*Maas. Объ измѣненіяхъ центральной нервной системы послѣ перевязки сосудовъ щитовидной железы.*

Послѣ перевязки сосудовъ gl. thyr. у собакъ авторъ наблюдалъ тѣсноту мышцъ туловища, ригидность конечностей, повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, аналгезію при уколахъ булавкой. Патолого-анатомическая картина: перерожденіе заднихъ пучковъ, легкое измѣненіе боковыхъ и переднихъ, перерожденіе на всемъ мозговомъ протяженіи N. VIII., въ corp. trapez., striae acust., пирамидахъ (отъ моста до центральной извилины).

*A. Friedländer. Aphasia и dementia.*

Авторъ приводитъ два случая правосторонней гемиплегіи съ афазіей. Въ обоихъ случаяхъ этиологическимъ моментомъ является lues. Оба пациента слабоумны. Въ обоихъ случаяхъ часть интеллекта какъ бы „закрыта“ болѣзью, но не уничтожена.

Авторъ считаетъ необходимымъ въ подобныхъ случаяхъ лечить афазію методическими упражненіями для того, чтобы предотвратить нарушенія со стороны рѣчи.

*Л. Айхенвальдъ.*

Ernst Emil Moravcsik.—Ueber die Frühsymptome der progressiven Paralyse.—Allg-Zeitschr. f. Psychiatrie LVIII Bd., 5 Heft.—О раннихъ симптомахъ прогрессивнаго паралича.

Специалисту психиатру лишь изрѣдка приходится наблюдать ранніе симптомы прогрессивнаго паралича; обыкновенно на нихъ рѣдко обращается вниманіе частью по ихъ неясности, неопредѣленности, а частью потому, что сами больные, не придавая имъ особеннаго значенія, не всегда прибѣгаютъ къ врачебной помощи; между тѣмъ заблаговременное распознаваніе и надлежащая оцѣнка начальныхъ симптомовъ этой жестокой болѣзни очень важны, такъ какъ врачебное вмѣшательство въ этомъ стадіи ея могло-бы остаться не безъ успѣха. Правда, для того, чтобы установить, что эти симптомы дѣйствительно представляютъ начало прогрессивнаго паралича, приходится бороться со многими затрудненіями въ виду крайняго разнообразія, нестойкости и большого сходства ихъ съ проявленіями другихъ болѣзней, сопровождающихся симптомами общаго мозговаго раздраженія, напримѣръ неврастеніей, болѣзью, которая, какъ это часто случается, представляетъ собою начальный стадіи прогрессивнаго паралича; трудность эта еще болѣе увеличивается, если мы не знаемъ прошлой жизни больнаго, когда онъ былъ здоровъ, не можемъ получить точныхъ свѣдѣній относительно имѣющихся у него физическихъ разстройствъ, врожденныя-ли они, или зависать отъ другой какой-либо причины (истерія, алкоголизмъ, никотинизмъ etc.).

Авторъ въ своей статьѣ описываетъ начальные симптомы нѣсколькихъ своихъ больныхъ, которыхъ ему пришлось наблюдать съ самаго начала ихъ болѣзни до конца.

Начальные симптомы прогрессивнаго паралича развиваются еще за нѣсколько лѣтъ до появленія выраженныхъ разстройствъ; у больныхъ наблюдается медленное уменьшеніе ихъ умственныхъ силъ въ то время, какъ они, не замѣчая этого, сосредоточиваютъ свое вниманіе на какихъ-либо побочныхъ явленіяхъ, какъ разстройства пищеварительнаго аппарата, неопредѣленныя невралгическія боли и проч. Больные, которые прежде проявляли большую интеллектуальную дѣятельность, начинаютъ обнаруживать меньшую склонность, меньшую охоту къ умственному труду, работаютъ болѣе медленно, проявляютъ меньше инициативы: они только послѣ многократ-

наго самопринужденія берутся за работу. Но и тутъ они скоро устаютъ, или ихъ работѣ мѣшаютъ разныя субъективныя ощущенія (тяжесть въ головѣ, ощущеніе давленія или стука въ глазныхъ яблокахъ, мельканіе искръ въ глазахъ, шумъ въ ушахъ, усиленная пульсація височныхъ и шейныхъ артерій); въ письмѣ и въ разговорѣ они не такъ скоро подыскиваютъ слова, необходимыя для выраженія ихъ мыслей; обороты ихъ рѣчи въ большей или меньшей степени страдаютъ, вслѣдствіе чего работа уже не имѣетъ тѣхъ достоинствъ, какъ прежде. Они забываютъ фамиліи близкихъ родственниковъ и знакомыхъ, они легко теряютъ нить разговора, повторяются. Эти расстройства памяти часто обнаруживаются лишь въ слабой степени и являются только моментами. Въ противоположность этимъ симптомомъ иногда развитію рѣзкихъ проявленій паралича предшествуетъ яркая вспышка умственныхъ силъ. Такъ одинъ адвокатъ, у котораго уже наблюдались, какъ съ физической, такъ и съ психической стороны, нѣкоторые угрожающіе симптомы, собираясь по совету врача въ санаторію, привелъ въ порядокъ всю свою обширную канцелярію, безъ ошибокъ выполнилъ всѣ подсчеты, сдѣлалъ даже завѣщаніе, а спустя нѣсколько дней, не успѣвши доѣхать до санаторіи, онъ былъ отправленъ въ лечебницу для душевно-больныхъ, такъ какъ представлялъ уже полную картину прогрессивнаго паралича. Другой больной передъ появленіемъ тяжелыхъ симптомовъ паралича окончилъ цѣнное научное сочиненіе.

Характеръ больныхъ начинаетъ подвергаться уже очень рано едва замѣтному измѣненію: больные дѣлаются болѣе впечатлительными, непостоянными, поверхностными; хладнокровные прежде, они теперь дѣлаются легко возбудимыми: не могутъ до конца дослушать тяжелую піесу, не могутъ безъ слезъ на глазахъ читать сантиментальные романы; при видѣ крови у нихъ является головокруженіе, тошнота. Въ ихъ поступкахъ и дѣйствіяхъ обнаруживается непослѣдовательность: то они очень упрямы, то черзчуръ уступчивы; они высказываютъ мысли, совершенно противоположныя ихъ прежнимъ убѣжденіямъ. Они дѣлаются фамильярными, несдержанными: выбалтываютъ вещи интимнаго характера, они легко раздражаются изъ-за ничтожныхъ поводовъ. Случается, что нѣкогда внимательный хозяинъ забываетъ о своихъ гостяхъ и оставляетъ ихъ однихъ, или провожая ихъ, черезъ отворенную

дверь уходит первымъ. У нѣкоторыхъ больныхъ обнаруживаются психическія измѣненія параноическаго характера, они дѣлаются недоувѣрчивыми, подозрительными; то у нихъ появляется бредъ ревности такого-же свойства, какъ у алкоголиковъ, несмотря на то, что алкоголь, какъ этиологическій моментъ, можетъ совершенно отсутствовать. Одинъ парalyтикъ, напримѣръ, подозрѣвалъ свою жену въ половыхъ сношеніяхъ съ своими сыновьями. Нѣкоторые больные сами обращаютъ вниманіе на то, что почему-то съ нѣкотораго времени у нихъ пробудилось чувство ревности.

Одному больному адвокату при явленіяхъ бессонницы тоски, подавленности представлялось, будто онъ ходитъ по водѣ, будто люди и буквы передъ нимъ сливаются; ему казалось, что говорившіе съ нимъ повторяли то, что онъ сказалъ вчера; совершенно незнакомыя лица казались ему давно извѣстными; это его такъ беспокоило, что онъ боялся показаться въ обществѣ; кромѣ всего этого у него были жалобы ипохондрическаго характера. Говорилъ онъ разумно, въ памяти дефектовъ не наблюдалось; лѣвый зрачекъ былъ шире, рефлексъ повышенъ, языкъ дрожалъ. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ у него развилась классическая картина прогрессивнаго паралича. Нѣкоторые больные воображаютъ, что они обладаютъ большими способностями и познаніями, будто они легко владѣютъ какимъ-нибудь иностраннымъ языкомъ, который до этого знали плохо. Зародышъ развивающихся бредовыхъ идей величія иногда обнаруживается въ сновидѣніяхъ больного, когда ему снится, что онъ обладаетъ необыкновенно большимъ могуществомъ; въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни могутъ появляться бредовыя идеи величія и наиву, хотя и не надолго и настолько еще не рѣзко, что больной самъ видитъ ихъ ошибочность. Какъ примѣръ этого, авторъ приводитъ больного, который однажды заказалъ бочку пива, воображая при этомъ, что у него много денегъ, а когда сунулъ руку въ карманъ, то не нашелъ тамъ ни гроша; въ другой разъ онъ пригласилъ къ себѣ на торжественный обѣдъ всѣхъ своихъ родныхъ и началъ уже дѣлать соотвѣтствующія распоряженія, а когда окружающіе стали спрашивать его о деньгахъ, онъ растерялся и тутъ только, какъ и въ первомъ случаѣ, понялъ что все это онъ дѣлалъ подъ вліяніемъ своего болѣзненнаго состоянія:



Иногда бывают только одні галлюцинаціи, очень однообразныя, без какихъ либо другихъ проявленій психическаго разстройства; такъ одинъ больной жаловался, что онъ постоянно слышитъ въ стѣнѣ капанье воды, другой слышалъ плачь ребенка, третьему казалось, что кто-то играетъ на гармоніи одинъ и тотъ же мотивъ. Между разстройствами въ области органовъ чувствъ отмѣчается кратковременное помутнѣніе зрѣнія, двоеніе въ глазахъ, акустическая гиперестезія, шумъ въ ушахъ, обманы чувства обонянія большею частью непріятнаго характера (запахъ, напоминающій кровь, дымъ, сѣрнистый газъ). Иногда больнымъ кажется, что все вокругъ нихъ измѣнилось: предметы точно закрыты тонкимъ покрываломъ, или видны какъ-бы сквозь туманъ, то они какъ-бы измѣнили свою форму, величину, или висятъ въ воздухѣ.

Бываетъ, что въ раннемъ стадіи прогрессивнаго паралича, особенно тогда, когда сознаніе болѣзни начинаетъ утрачиваться, больные считаютъ кого-нибудь изъ окружающихъ также больнымъ (для этого явленія авторъ даетъ названіе *altero-aegrotismus*). Случается, напримѣръ, что паралитикъ супругъ, совѣтуясь съ врачомъ по поводу своей болѣзни, по секрету сообщаетъ ему о душевной болѣзни своей жены.

Постоянный ранній симптомъ прогрессивнаго паралича—это быстрое колебаніе душевнаго состоянія: чувство пріятнаго и непріятно могутъ быстро смѣнять другъ друга; больные то повышенно настроены, то вдругъ дѣлаются удрученными; наиболее постоянный симптомъ—это явленіе подавленности: малѣйшая причина можетъ вызвать уныніе, больные дѣлаются малодушными, приходятъ въ отчаяніе, даже думаютъ о самоубійствѣ; такое состояніе сопровождается вазомоторными разстройствами (краснота, блѣдность лица, чувство давленія въ области сердца, сердцебиеніе, тяжесть въ головѣ, затрудненіе дыханія и глотанія), выступаніемъ на лбу холоднаго пота и могутъ быть причиною ипохондрическихъ жалобъ.

Къ раннимъ, хотя и не постояннымъ симптомамъ, относятся головная боль, проявляющаяся у каждаго больного по своему; одни жалуются на тупую, другіе на острую, колющую, рѣжущую боль; одни ощущаютъ боль въ области темени, другіе въ области висковъ, или только въ одной половинѣ головы; то головная боль является на короткое время, то она тянется довольно долго, иногда къ ней присоединяется помутнѣніе зрѣнія или двоеніе въ глазахъ, сильный шумъ

въ ухахъ и головѣ; шумъ также бываетъ различенъ какъ по силѣ, такъ и по качеству въ видѣ свиста, въ видѣ звона, шипѣнія, жужжанія и т. под. Головная боль можетъ смѣняться другими ощущеніями: чувствомъ пустоты, давленія, стѣсненія въ черепѣ или-же больнымъ кажется, будто ихъ голову тянетъ какая-то сила назадъ.

Сонъ у больныхъ бываетъ различный: то они не спятъ по нѣсколько ночей подрядъ, то иногда на нихъ нападаетъ необыкновенная сонливость, иногда напр. они засыпаютъ за столомъ во время ѣды или во время занятія какимъ-либо умственнымъ трудомъ. По ночамъ сонъ обыкновенно бываетъ тревожный; больные вдругъ просыпаются подъ влияніемъ не-приятныхъ ощущеній: давленія въ головѣ, жара, стѣсненія въ области сердца, страха и предчувствія смерти и т. п. Сонъ не производитъ на нихъ освѣжающаго дѣйствія; проснувшись, они чувствуютъ тяжесть въ головѣ и потому мало способны къ умственной работѣ; незначительнаго душевнаго волненія достаточно, чтобы сонъ больныхъ сдѣлался ненормальнымъ; ворочаясь съ боку на бокъ, они вспоминаютъ свою прошлую жизнь, при чемъ вниманіе ихъ останавливается больше на темныхъ сторонахъ ихъ прошлаго и на этомъ фонѣ они рисуютъ свое будущее въ самыхъ мрачныхъ краскахъ.

Сила сопротивленія ихъ организма внутреннимъ и внѣшнимъ влияніямъ съ высокой степени уменьшается: незначительныя количества алкоголя уже вызываютъ нарушенія мозговой дѣятельности, душевныя волненія раздражаютъ отправленія пищеварительныхъ органовъ, организмъ чутко реагируетъ на малѣйшія измѣненія погоды, умѣренная умственная работа, ночь безъ сна—сопровождаются значительною усталостью. Довольно часто у больныхъ безъ всякой видимой причины появляется вдругъ расстройство пищеваренія; они теряютъ свой аппетитъ, худѣютъ, языкъ у нихъ обложенъ, на немъ видны отпечатки зубовъ, появляется отрыжка, дурной вкусъ во рту; сопутствующія нервныя явленія приписываются обыкновенно страданію желудка. Всякія лѣчебныя мѣропріятія въ подобныхъ случаяхъ остаются почти безъ результата. При дальнѣйшемъ теченіи болѣзни эти явленія смѣняются значительнымъ увеличеніемъ аппетита, при чемъ вѣсъ тѣла часто не прибываетъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при долгомъ страданіи расстройствомъ пищеварительнаго аппарата появляются ипохондрическія идеи и идеи отрицанія и раз-



вивается депрессивная форма паралича, заканчивающагося печальнымъ исходомъ.

Выраженіе и видъ лица, поведеніе больныхъ въ раннемъ стадіи паралича представляютъ характерныя особенности; лицо блѣднѣетъ, окруженные синими кругами глаза имѣютъ тусклый блескъ, блѣдность лица то безъ всякой видимой причины, то подъ влияніемъ душевныхъ волненій или раздражающихъ средствъ (алкоголь, табакъ) смѣняется гипереміей; больные дѣлаются небрежными, неаккуратными. Пульсъ относительно ритма и частоты подвергается быстрымъ колебаніямъ.

Какъ ранній симптомъ, у больныхъ иногда появляется безпричинное повышеніе температуры, особенно ночью; появляется усиленное слюотеченіе, на лицѣ выступаетъ аспе. Часто больные жалуются на невыносимый зудъ и жаръ въ головѣ.

Дальнѣйшими явленіями бываютъ кратковременныя ланцивирующія боли въ верхнихъ конечностяхъ, въ лицѣ, языкѣ, въ шеѣ, въ глоткѣ и по ходу интеркостальныхъ нервовъ, потомъ парестезіи. Одинъ изъ больныхъ автора жаловался на жженіе въ шеѣ, при этомъ у него было такое сильное слюотеченіе, что онъ принужденъ былъ носить съ собою бавку, въ которую онъ безпрестанно плевалъ. Другой больной въ теченіе цѣлаго года жаловался на болѣзненные ощущенія въ мочевомъ пузырьѣ, что заставляло его не разъ обращаться къ специалистамъ, которые при самомъ тщательномъ изслѣдованіи не находили никакихъ разстройствъ этого органа. У обоихъ этихъ больныхъ потомъ появились характерныя симптомы прогрессивнаго паралича.

Иногда появляются нѣкоторые бульбарные симптомы: затрудненіе дыханія и глотанія, стѣсненіе въ груди, внезапная потеря голоса и проч.

Въ письмѣ больныхъ уже довольно рано обнаруживаются измѣненія: форма написанныхъ буквъ становится неправильной, неясной, безъ надлежащихъ округленій, иногда отдѣльныя буквы сливаются, тонкія лініи бываютъ съ мелкими изгибами, пропускаются буквы, цѣлыя слова, слова смѣшиваются, дѣлаются болѣе или менѣе грубыя орфографическія ошибки; больные вопреки прежней аккуратности теперь мало заботятся о чистотѣ: пачкаютъ бумагу...

Къ раннимъ симптомамъ относится колебаніе величины и формы (не совсѣмъ круглая) зрачковъ, сопровождаемое не-

достаточной реакціей, paresis n. facialis, спотыканіе на слогахъ, неправильный выговоръ словъ (слова какъ-бы раздавливаются между зубами), трясеніе языка, рукъ, измѣненіе тембра голоса, подергиванія въ мышцахъ лица во время разговора, то повышеніе, то ослабленіе колѣннаго рефлекса на одной или на обѣихъ сторонахъ.

Эпилептиформные и апоплектиформные инсульты съ слѣдующимъ состояніемъ отупѣнія, паретическими явленіями, двигательной или амнестической афазіей уже явно указываютъ не серьезность заболѣванія.

Непостоянство и разнообразіе раннихъ симптомовъ прогрессивнаго паралича указываютъ, что различныя области центральной нервной системы находятся въ состояніи раздраженія, зависящаго отъ вазомоторныхъ и трофическихъ разстройствъ, вызванныхъ тѣми воспалительными процессами, которые наблюдаются какъ макроскопически, такъ и микроскопически: *rachy-et leptomeningitis*, *periencephalitis*, сращеніе мягкой мозговой оболочки съ мозговой корой, разбросанные энцефалиты, *ependymitis* мозговыхъ желудочковъ, особенно IV-го, гиперемія коры, аневризматическія расширенія кровеносныхъ сосудовъ, утолщенія сосудистыхъ стѣнокъ, эмиграція красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Съ этими измѣненіями несомнѣнно находятся въ соотвѣтствіи объективные и субъективные симптомы: то гиперемія, то блѣдность лица, инъекція конъюнктивъ, напряженіе шейныхъ и височныхъ артерій, разстройства сердечной дѣятельности, чувство напряженія, давленія и боли въ глазныхъ яблокахъ, въ полости черепа, синхроническій съ пульсовыми волнами шумъ въ головѣ и ушахъ и проч.

Наблюденія показываютъ, что атрофія нервныхъ элементовъ прежде всего и въ большей мѣрѣ обнаруживается въ фронтальныхъ и центральныхъ извилинахъ; такъ какъ въ этихъ частяхъ мозговой коры заложены центры высшей интеллектуальной дѣятельности и центры, регулируюція движенія, то тогда становится понятнымъ, почему ранніе симптомы проявляются прежде всего въ ослабленіи болѣе тонкой умственной и двигательной дѣятельности.

*Ependymitis* IV мозгового желудочка частью непосредственно, частью иррадіативно вліяетъ на заложенные въ продолговатомъ мозгу и смежныхъ областяхъ центры и въ зависимости отъ него несомнѣнно находятся временныя раз-

стройства глотанія, дыханія, отдѣленія различныхъ секретовъ (напр. слюны), вазомоторныя разстройства, измѣненія въ зрачкахъ и пр.

Въ сосудистой ткани мозговыхъ оболочекъ, мозговой коры, субстанціи мозга, мозгового ствола и независимыхъ другъ отъ друга базальныхъ ганглиевъ вслѣдствіе ненормальной иннервации происходятъ мѣстныя или общія застойныя явленія, сопровождающіеся экссудативными процессами; послѣдніе вызываютъ временное или продолжительное сдавленіе нервныхъ элементовъ, вслѣдствіе чего умственная и двигательная дѣятельность становится болѣе вялой, медленной и даже могутъ происходить кратковременныя потери сознания. Вслѣдствіе задержки кровообращенія можетъ произойти внезапное увеличеніе жидкости въ мозгу, сопровождающееся сдавленіемъ его, результатомъ чего появляются эпилептиформные и апоплектиформные припадки.

Наблюдаемое иногда повышеніе температуры можно объяснить раздраженіемъ мозговой коры. Исслѣдованія, Tuzcek'a указываютъ, что корковое вещество височной доли подвергается измѣненію именно въ томъ мѣстѣ, гдѣ локализуется центръ слуха; быть можетъ въ связи съ этимъ обстоятельствомъ находятся разстройства слуха, наблюдаемая у паралитиковъ, а по мнѣнію Wernicke и сенсорная афазія. Westphal указываетъ, что онъ наблюдалъ у паралитиковъ атрофію п. olfactorii; разъ это такъ, то тогда повятны и тѣ обманы обонянія, которые наблюдаются въ ранніе періоды паралича, тѣмъ болѣе, что и центръ обонянія находится въ височной долѣ, которая довольно рано затрогивается болѣзненнымъ процессомъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ на основаніи тѣхъ или другихъ симптомовъ установлена наличность прогрессивнаго паралича въ самыхъ раннихъ его стадіяхъ по мнѣнію автора соответствующее лѣченіе можетъ принести извѣстную пользу. Въ этомъ лѣченіи главную роль должно играть полнѣйшее измѣненіе и урегулированіе жизненнаго строя, отсутствіе всякаго рода раздражающихъ моментовъ (умственная работа, alcoholica, чай, кофе, половые эксцессы etc), умѣренная физическая работа, назначеніе средствъ, уменьшающихъ гиперемію мозга (холодный компрессъ на голову, *secale cognut.* etc) и др. *symptomata*. Тоскливое состояніе у анемическихъ больныхъ лучше всего устраняется назначеніемъ *opium'a* и его препаратовъ, особенно кодеина и тебаина въ восходящихъ

дозахъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ (повышенная раздражительность, чувство страха) хорошо помогаетъ помѣщеніе больного въ постель въ полутемной комнатѣ. Отъ противосифилитическаго лѣченія никакого успѣха ожидать нельзя.

*В. С. Болдыревъ.*

D-r. M. Lannois. Наблюденіе надъ грудью истерички. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.

Авторъ указываетъ, что истерическіе симптомы со стороны грудныхъ железъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ пріобрѣтаютъ важное значеніе и особый интересъ для невропатологовъ и хирурговъ.

Подъ наблюденіемъ автора находилась женщина, отягченная наслѣдственностью, проявлявшая всѣ симптомы истеріи. Но самымъ интереснымъ, центральнымъ симптомомъ, представлялась сильная гипертрофія правой груди; грудь была увеличена втрое противъ нормальной и внутри ея прощупывалась твердая плоская опухоль. Опухоль эта развивалась постепенно. Хирургами, подозрѣвавшими новообразование, была предложена операція, но проф. Олье, призвавъ въ данномъ случаѣ проявленіе истеріи, отсовѣтовалъ больной операцію и при помощи лѣченія внушеніемъ достигъ уменьшенія груди до нормальнаго ея размѣра.

Призывая истерическія опухоли груди (самое существованіе которыхъ нѣкоторые авторы совершенно отрицаютъ) заслуживающими особаго вниманія, авторъ приходитъ къ тому заключенію, что нерѣдко тамъ, гдѣ хирурги находятъ необходимымъ вмѣшательство ножа, слѣдуетъ быть особенно осторожнымъ, имѣя въ виду возможность истерогеннаго происхожденія опухоли. Въ подтвержденіе высказаннаго мнѣнія онъ приводитъ много случаевъ опухолей, признанныхъ за новообразования, которые влѣчивались самопроизвольно. Появленіе такихъ опухолей является результатомъ самовнушенія. Источникъ самовнушенія въ описанномъ случаѣ былъ въ томъ, что больная автора, бывши больничной сидѣлкой, видѣла не мало раковыхъ больныхъ.

Что касается лѣченія подобныхъ опухолей, то, самымъ рациональнымъ и единственнымъ способомъ является психотерапія, которая однако иногда требуетъ довольно продолжительнаго времени.

*А. Цареградскій*

## Хроника и смѣсь.

— 11 марта послѣ тяжелой болѣзни скончался С.-Петербургѣ извѣстный психіатръ почетный членъ Императорской Военно-Медицинской Академіи *Иванъ Михайловичъ Балинскій*.

Имя покойнаго относится къ числу тѣхъ именъ, забыть которое не въ состояніи наша отечественная психіатрія, и въ ея исторіи ему должно быть по праву отведено почетное мѣсто, какъ «отца отечественной психіатріи».

Начавъ въ 1857 г. читать лекціи по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ, покойный первый созналъ, что успѣхи въ области этихъ знаній тѣснѣйшимъ образомъ связаны съ устройствомъ спеціальной для того клиники, и поборовъ, массу препятствій къ достиженію намѣченной цѣли, вышелъ побѣдителемъ, поставивъ такимъ образомъ на твердую почву дѣло клиническаго преподаванія, такъ что своимъ современнымъ успѣхомъ психіатрія во многомъ обязана Ивану Михайловичу. Широко образованный и прекрасный руководитель покойный П. М., занимая кафедру въ теченіи 11 лѣтъ, успѣлъ образовать школу русскихъ психіатровъ и еще при жизни имѣлъ счастье видѣть своихъ дѣтей и внуковъ по спеціальности, занимающими видныя мѣста въ области клинической и практической психіатріи.

Но имя покойнаго остается незабвнымъ не только какъ выдающагося своею дѣятельностью клинициста-психіатра, но и какъ организатора въ дѣлѣ призрѣнія и леченія душевно-больныхъ вообще въ Россіи. Цѣлый рядъ городовъ, гдѣ воздвигнуты лечебницы для душевно-больныхъ, пользовались, въ свое время, совѣтами, руководствомъ и просвѣщеннымъ содѣйствіемъ П. М. Балинскаго. Казань, Рига, Митава и мн. друг. вспоминаютъ съ благодарностью имя покойнаго.

Дѣятельность покойнаго была чрезвычайна обширна и разнообразна и мы не въ силахъ перечислить всего, что совершено было первымъ русскимъ психіатромъ.

Умеръ Иванъ Михайловичъ 75 лѣтъ отъ роду послѣ тяжелой болѣзни, страдая въ послѣдніе годы атактическимъ паранарезомъ нижнихъ конечностей, осложнившимся воспаленіемъ легкихъ, что и свело его въ могилу.

Память покойнаго была почтена Обществомъ Невропатологовъ и психіатровъ въ Казани въ засѣданіи 24 марта, гдѣ проф. Н. М. Поповъ произнесъ рѣчь, характеризуя дѣятельность и выдающее значеніе И. М. Балинскаго

По предложенію предѣдателя Общество единодушно постановило посвятить памяти И. М. Балинскаго настоящей выпускъ Неврологич. Вѣстникъ.

— Пренія, возникшія въ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ въ Казани 3 марта «о тепло-важныхъ обертываніяхъ», проникнувъ въ мѣстную печать, породили массу всевозможныхъ толковъ въ обществѣ а также были подхваченны и другими газетами, въ которыхъ сообщенія не отличались должной точностью. Въ виду этого мы отсылаемъ желающихъ познакомиться съ содержаніемъ засѣданія Общества 3 марта, къ протоколу, который помѣщенъ нами въ концѣ настоящаго выпуска «Неврологическаго Вѣстника».

— Учрежденіе Русскаго Союза Невропатологовъ и Психіатровъ неожиданно встрѣтилось съ весьма существенными затрудненіями. Поводомъ къ нимъ послужила прибавка къ названію союза «въ память С. С. Корсакова», принятая на послѣднемъ Пироговскомъ Съѣздѣ въ Москвѣ. Казанское Общество невропатологовъ и психіатровъ, получивъ уставъ будущаго Союза, единогласно высказалось противъ такой прибавки, при чемъ руководствовало весьма понятными соображеніями. Мы лишились С. С. Корсакова весьма недавно; для правильной объективной оцѣнки его заслугъ у насъ пока нѣтъ существенно необходимаго условія—исторической перспективы. Вотъ почему легко допустить, что мнѣнія специалистовъ могутъ разойтись, и такое разногласіе внесетъ столь нежелательный въ этомъ дѣлѣ расколъ. Къ сожалѣнію опасенія Общества слишкомъ скоро оправдались. Со стороны многихъ товарищей послышались протесты, и намъ казалось-бы, что для восстановленія солидарности имѣется весьма естественный выходъ—устранить прибавку, явившуюся яблокомъ раздора. Къ крайнему прискорбію нѣкоторые изъ Московскихъ товарищей думаютъ, новидимому, иначе; и загорѣлась журнальная полемика, быстро приобрѣтающая болѣе и болѣе страстный тонъ. До крайней степени рѣзкости, перешедшей въ неприличіе, этотъ тонъ дошелъ въ письмѣ д-ра *Сербскаго*, и уже по этому одному мы не остановились бы на немъ, если бы авторъ не задѣлъ здѣсь и Казанское Общество невропатологовъ и психіатровъ. Д-ру Сербскому, очевидно, не понравилось отношеніе Общества къ спорной прибавкѣ, и вотъ онъ высказываетъ мысль, что Общество здѣсь не компетентно, такъ какъ въ составъ его членовъ «входятъ не только многие врачи, никогда не занимавшіеся невропатологіей и психіатріей, но и юристы и представители другихъ специальностей»<sup>1)</sup>. Познакомившись съ такими соображеніями д-ра

<sup>1)</sup> По поводу этихъ словъ д-ра Сербскаго считаемъ нужнымъ сказать, что въ данную минуту изъ 69 почетныхъ и действительныхъ членовъ (т. е. имѣющихъ право голоса) нашего Общества только 2 не имѣютъ врачебнаго диплома и среди нихъ, какъ нарочно, нѣтъ ни одного юриста. Что же касается членовъ-врачей, то всѣ они работаютъ въ области неврологій или интересуются ею.

Сербскаго, мы невольно приходимъ въ недоумѣніе. Казанскому Обществу, не взирая на его составъ, въ свое время былъ переданъ на обсужденіе весь проектъ устава; согласно последнему Общество имѣеть своего представителя въ составѣ Совѣта будущаго Союза, и между тѣмъ то же самое Общество оказывается не компетентно въ разсмотрѣніи сравнительно второстепеннаго вопроса.

Впрочемъ Казанское Общество очень не въ фаворѣ у автора разбираемаго нами письма. Проф. Бехтеревъ удивляется, почему онъ не получилъ устава Союза, хотя состоитъ членомъ трехъ специальныхъ Обществъ, а въ одномъ даже почетнымъ. Отвѣчая ему, д-ръ Сербскій говоритъ, что и онъ самъ не получилъ устава, хотя также состоитъ членомъ трехъ Обществъ, а въ одномъ изъ нихъ—въ Обществѣ фельдшеровъ—даже почетнымъ. Чтобы понять ядъ этихъ словъ, нужно припомнить, что проф. Бехтеревъ состоитъ почетнымъ членомъ Казанскаго Общества невропатологовъ и психіатровъ, которое такимъ образомъ д-ръ Сербскій сопоставляетъ съ Обществомъ фельдшеровъ. Но д-ръ Сербскій не ограничивается и этимъ; онъ идетъ далѣе и высказываетъ, что единогласное мнѣніе специальныхъ Обществъ, имѣеть въ данномъ случаѣ такое-же значеніе, какъ мнѣніе Обществъ трезвости, духовнаго просвѣщенія и другихъ, гдѣ также принимаютъ участіе и врачи. Подобное сопоставленіе конечно говорить само за себя и мы бы не привели его, если бы оно не характеризовало полемическихъ приемовъ, къ которымъ прибѣгаетъ д-ръ Сербскій. И здѣсь у насъ невольно является, вопросъ, съ какою цѣлью д-ръ Сербскій пользуется такими приемами. Неужели онъ думаетъ, что при ихъ помощи онъ можетъ выяснитъ истину, а тѣмъ болѣе способствовать единенію и солидарности для общей работы. Намъ жаль, что дѣло, для котораго такъ много потрудился покойный Корсаковъ тормозится его же друзьями; они, какъ бы нарочно, прибѣгаютъ къ такимъ мѣрамъ, которыхъ такъ чуждался Сергій Сергѣевичъ.

— На имя Предсѣдателя Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ получены письма г.г. почетныхъ членовъ Общества слѣдующаго содержанія:

Graz (Oesterreich) 22.5.02.

Hochgeehrter Herr Präsident!

Von einer Ferienreise zurückgekehrt finde ich Ihre liebenswürdigen Zeilen vor, in welchen Sie mich benachrichtigen, dass mich die Gesellschaft der Alienisten und Neurologischen von Kasan der hohen Ehre gewürdigt hat von ihr als Ehrenmitglied erwählt zu werden. Ich beeile mich Ihnen, hochgeehrter Herr College als Präsident meinen verbindlichen Danke für diese Ehrung auszusprechen und bitte Sie diesen Dank den Mitgliedern Ihrer hochverehrlichen Gesellschaft zu übermitteln. Es würde mich freuen, wenn ich in irgend einer Weise den Interessen der Gesellschaft dienen könnte und bitte ich vorkommendenfalls meine Dienste in Anspruch zu nehmen.

Genehmigen Sie Herr Praesident den Ausdruck persönlicher Hochachtung Ihres ergebenen.

Prof. R. v. Krafft-Ebing.

P. S. Den Empfang des Diploms bescheinige ich mit ergebensten Dank

Leipzig, den 5 mai, 1902.

Hochverehrter Herr College!

Gestatten Sie dass ich Ihnen als Präsident der Gesellschaft der Psychiater und Neurologen an der Universität Kasan den wärmsten Dank aussprechen für die Ehre, welche Sie mir zuerweisen die Güte hatte durch Ernennung zum Membre honoraire. Ich gedenke allezeit mit Vergnügen der Stunden, welche ich mit Ihnen und zahlreichen jungen Kollegen aus Russland verleben konnte. Ich habe aus diesen Verkehr reiche Ausregung gewonnen, und ich bin überzeugt, dass ich ohne die Ermunterung, welche mir die Sympathiebezeugungen meiner russischen Schüler gewährt haben, vieles nicht geschaffen würde, was mir jetzt als besonders wertvoll erscheint.

Ich bitte Sie der hochgeehrten Gesellschaft diesen meinen wärmsten Dank und zugleich meine besten Wünsche für das fernere Gedeihen derselben übermitteln zu wollen.

Ich bitte aber auch persönlich Ihnen hochverehrter Herr College noch den Ausdruck meiner besondere Hochschätzung darbringen zu dürfen, womit ich die Ehre habe zu verharren als Ihr.

Aufrichtig ergebener

Paul Flechsig.

Остальныя письма будутъ напечатаны нами въ слѣдующемъ выпускѣ нашего журнала.

— Въ дополненіе къ краткой замѣткѣ въ хроникѣ предыдущаго № нашего журнала о юбилеѣ директора Карамзинской колоніи душевно-больныхъ Симбирскаго Земства В. А. Копосова помещаемъ слѣдующія подробности этого праздника, не лишеныя бытоваго интереса.

Юбилейное чествованіе 25-лѣтія врачебно-общественной дѣятельности В. А. Копосова въ самой колоніи душевно-больныхъ, 21 ноября 1901 г., послѣ молебна въ колониальной церкви, въ присутствіи группъ больныхъ и служащихъ колоніи, заключалось въ чтеніи адреса отъ всѣхъ служащихъ, адреса отъ больныхъ, поднесеніи фотографической группы, разныхъ изящныхъ сувенировъ, сопровождавшемся рѣчами помощника директора К. М. Целерцкаго, ординатора О. В. Антекмана, фельдшерицы К. Д. Соломиной и привѣтствіями представителей разныхъ группъ больничной и хозяйственной службъ.

Въ 8 часовъ вечера въ г. Симбирскѣ состоялось экстренное засѣданіе Общества врачей въ честь юбиляра. На этомъ засѣданіи предѣвателемъ Общества врачевнымъ губернскимъ инспекторомъ А. Н. Антаевымъ былъ прочтенъ и врученъ юбиляру адресъ Общества врачей, а присутствовавшими въ собраніи Симбирскимъ губернаторомъ т. с. В. Н. Акинфовымъ, губернскимъ предводителемъ дворянства В. Н. Поливановымъ, предѣвате-



лемъ Симбирской губернской земской управы княземъ С. М. Баратаевымъ съ членами управы in corpore, председателемъ Симбирскаго окружнаго суда М. А. Евреиновымъ, старшимъ врачомъ губернской земской больницы К. М. Боровскимъ и городскимъ головою М. А. Волковымъ произнесены были приветственныя рѣчи юбиляру, сопровождавшіяся его благодарственными отвѣтами.

Затѣмъ прочтено было много телеграммъ изъ Москвы, Казани, Саратова, Новгорода, Вологды, Тамбова отъ медицинскихъ обществъ, профессоровъ, врачей-психіатровъ, нѣкоторыхъ общественныхъ дѣятелей, членовъ Симбирскаго окружнаго суда и пр. и письменное привѣтствіе отъ литератора А. С. Пругавина.

Письменныя привѣтствія получены были и послѣ юбилейнаго вечера, закончившагося оживленной товарищеской трапезой, отъ Совѣта Саратовскаго Общества вспомошествованія нуждающимся литераторамъ, отъ командующаго войсками Казанскаго Военнаго Округа генерала отъ-инфантерій, А. И. Косича и другихъ лицъ.

Симбирское губернское земское собраніе, по докладу ревизіонной комисіи, констатировавшей «блестящее состояніе колоній душевно-больныхъ, въ ознаменованіе особыхъ трудовъ и заслугъ юбиляра по организаціи и управленію колоніей постановило въ главномъ залѣ ея поставить портретъ В. А. Кошцова».

— *Премія Общества психіатровъ въ С.-Петербурѣ.* Общество психіатровъ согласно постановленію, состоявшемуся въ его засѣданіи 6-го апрѣля 1902 г., объявляетъ конкурсъ на премію врача Филиппова. Условія конкурса слѣдующія:

«Премія врача Филиппова», въ размѣрѣ 376 рублей, присуждается за оригинальныя работы на русскомъ языкѣ, написанныя лицами, посвятившими свою общественную и научную дѣятельность Россіи.

Предметомъ представляемой на конкурсъ работы должна служить одна изъ слѣдующихъ темъ, обозначенныхъ здѣсь въ общемъ видѣ:

- 1) Новыя изслѣдованія и усовершенствованія въ области патологіи и терапіи общаго прогрессивнаго паралича.
- 2) Изслѣдованія по анатоміи и физиологіи нервной системы относительно такъ называемыхъ функциональныхъ нервныхъ и психическихъ разстройствъ.
- 3) Изслѣдованія по физиологической и патологической химіи мозга.
- 4) Популярно-научное изложеніе психіатрическихъ вопросовъ, слѣланное съ цѣлью распространить въ Обществѣ болѣе правильныя понятія о душевныхъ болѣзняхъ, ихъ происхожденіи, причинахъ, проявленіяхъ (по возможности, самыхъ первоначальныхъ, мало замѣтныхъ) объ ихъ послѣдствіяхъ, леченіи и т. д., и побудить къ болѣе разумному обращенію съ душевно-больными.
- 5) Руководство по уходу и надзору за душевно-больными а) для прислуги психіатрическихъ заведеній; б) для надзирательскаго персонала.

Работы по вышеизложеннымъ предметамъ должны быть представлены въ Общество психіатровъ не позже 1-го октября 1903 года (адресъ: С.-Петербургъ, клиника душевныхъ и нервныхъ болѣзней, Боткинская 9, г. председателю или секретарю Общества психіатровъ).

Оцѣнка работъ будетъ сдѣлана комиссіей, состоящей изъ членовъ Общества психіатровъ, которые будутъ избраны для этой цѣли въ октябрьскомъ 1903 года засѣданіи Общества. Присужденіе преміи послѣдуетъ въ годичномъ засѣданіи Общества психіатровъ въ январѣ 1904 года.

Въ случай одинаковаго достоинства представленныхъ работъ въ научномъ и литературномъ отношеніяхъ, предпочтеніе дается сочиненіямъ написаннымъ на 1-ую и 4-ую тему.

Отъ усмотрѣнія Общества психіатровъ зависитъ раздѣлить премію между двумя авторами представленныхъ на конкурсъ работъ.

Если на конкурсъ не будетъ представлено никакихъ работъ, или послѣднія не будутъ удостоены одобренія Общества психіатровъ, то премія причисляется къ капиталу и конкурсъ откладывается до слѣдующаго срока, который будетъ назначенъ постановленіемъ Общества психіатровъ.

— 18 и 20 февраля врачи и сослуживцы по Новознаменской больницы тепло чествовали *Н. Н. Реформатскаго*, переведеннаго главнымъ-же врачомъ въ больницу Св. Николая Чудотворца. Какъ особенность *Н. Н.* въ поднесенномъ ему адресѣ отмѣчена «коллегіальность въ служебныхъ отношеніяхъ; являющаяся залогомъ успѣха во всякомъ живомъ общественномъ дѣлѣ, вопреки мертвящей казенщинѣ и бездушному формализму, нерѣдко царящимъ даже во взаимныхъ отношеніяхъ врачей».

Съ своей стороны мы отъ души поздравляемъ *Н. Н. Реформатскаго* съ назначеніемъ и желаемъ ему полного успѣха на новомъ мѣстѣ его службы, а тѣмъ болѣе въ больницѣ Св. Николая Чудотворца, которая ждетъ реформъ. Высокія качества вновь назначеннаго старшаго врача послужили залогомъ его успѣха въ этомъ направленіи.

Въ Александровскомъ отдѣленіи больницы св. Николая Чудотворца два раза въ мѣсяцъ устраиваются спектакли, въ которыхъ участвуютъ душевно-больные арестантскаго отдѣленія, находящіеся на испытаніи. 16 апрѣля вечеромъ состоялся очередной спектакль больныхъ; первые ряды зрительныхъ мѣстъ занималъ служебный персоналъ больницы. Здѣсь находился и главный врачъ больницы *Н. Н. Реформатскій*. Во время второго акта игравшейся на сценѣ комедіи въ третій рядъ протискался душевно-больной Сабатѣвъ. Зрители съ непрерывнымъ вниманіемъ слѣдили за ходомъ пьесы. Во второмъ ряду за д-ромъ Реформатскимъ сидѣлъ врачъ Саричевъ. Черезъ него Сабатѣвъ протянулъ руку, и со словами: «вотъ тебѣ за то, что ты держишь здоровыхъ», — ударилъ д-ра Реформатскаго два раза по головѣ какимъ-то твердымъ предметомъ. При второмъ ударѣ врачъ Саричевъ схватилъ за руку Сабатѣва, стараясь ослабить ударъ. Обливавшася

кровью Н. Н. Реформатскаго вынесли изъ залы. Произошелъ общій переполохъ. Спектакль немедленно прекратили. Въ рукахъ душевно-больного Сабатъева оказалась расколовшаяся отъ удара стеклянная банка въ четверть арш. вышиной. Банка наполнена была третьимъ хриномъ въ укусахъ, принесеннымъ родственниками больного, и закупорена апельсиномъ. Сабатъевъ неоднократно приставалъ къ д-ру Реформатскому съ просьбою выписать его изъ больницы, считая себя совершенно здоровымъ. У Реформатскаго оказалось 2 раны на головѣ. Общее состояніе его признано внушающимъ опасеніе; какъ полагаютъ, вслѣдствіе сотрясенія мозга и сильного испуга раненный находится въ безсознательномъ состояніи. («Волгарь», 21 апр.)

Къ только что сказанному мы можемъ добавить, что состояніе больного 28 апр. было тяжелое; больной, хотя и находился въ сознаніи, но лихорадилъ въ зависимости отъ мѣстнаго процесса въ области нанесеннаго ему тяжелаго пораненія.

Мы съ грустью помѣщаемъ эту замѣтку на страницахъ нашего журнала, еще разъ подтверждающую, что больница Св. Николая Чудотворца—терновый вѣнецъ для находящихся тамъ на службѣ врачей. Когда же Горьдское Управленіе приметъ мѣры къ устраненію переполненія больницы, при которомъ нѣтъ возможности учредить ни правильнаго ухода, ни надзора за душевно-больными. Нечальные случаи подобныя только-что описанному далеко не единичное явленіе и мы не разъ уже касались этого вопроса. Мы отъ души сожалѣемъ о несчастіи постигшемъ Н. Н. Реформатскаго, о которомъ Казань сохранила свѣтлыя воспоминанія, и желаемъ ему скораго выздоровленія.

Въ настоящее время здоровье д-ра Н. Н. Реформатскаго улучшилось.

— 3 марта въ Кронштадтѣ скончался Василій Михайловичъ *Неароновъ*, извѣстный своими работами въ области невропатологіи.

— Въ годичномъ засѣданіи вновь учрежденнаго при Императорской Военно-Медицинской Академіи Русскаго Общества нормальной и патологической психологіи председателемъ Общества избранъ профессоръ Академіи—академикъ *В. М. Вехтеревъ*, а членомъ Совѣта—профессоръ-академикъ *А. Я. Данилевскій*. (Спб. Вѣд.)

— Покойный профъ А. Я. Кожевниковъ завѣщалъ свою библіотеку, состоящую изъ нѣсколькихъ тысячъ томовъ, Московскому Университету.

— «Новости» сообщаютъ, что въ Московскомъ Обществѣ вспоможенія недостаточнымъ студентамъ рѣшено **выстроить** новую студенческую столовую имени покойнаго профъ С. С. Корсакова. Здѣсь же будетъ устроено бюро для присканія труда студентамъ.

— Варшавское Общество попеченія о душевно-больныхъ устраиваетъ вблизи деревни Дреwnицы *пріютъ для душевно-больныхъ, задержанныхъ полиціей.*

— А. В. Алексѣева пожертвовала 3000 рублей на расширеніе и улучшеніе психіатрической Алексѣевской больницы въ Москвѣ.

7-го февраля происходило торжественное освященіе новаго зданія церкви и профессиональной школы при приютѣ для дѣтей *кальк* и *паралитиковъ*, состоящемъ при Василеостровскомъ отдѣлѣ Общества бѣдныхъ и больныхъ дѣтей.

— По словамъ «Курьера», покойная А. К. Медвѣдниковъ завѣщала на устройство приюта для идиотовъ и эпилептиковъ въ Москвѣ 600 тыс. рублей. Управа остановилась на проектѣ зданія, выработанномъ архитекторомъ А. Ф. Мейснеромъ. Зданіе рассчитано на 80 дѣтей идиотовъ и эпилептиковъ—мальчиковъ и дѣвочекъ поровну. Стоимость его обойдется въ 220,683 руб., т. е. менѣе стоимости первоначальнаго проекта на сумму около 45,000 рублей.

— Штатъ центрального приемнаго покоя для душевно-больныхъ въ Москвѣ, фактически существующій уже съ 1899 г., по словамъ «Курьера» въ настоящее время утвержденъ.

— Общество попеченія о душевно-больныхъ въ Эстляндской губерніи въ 1901 году имѣло 83 постоянныхъ и 470 годовыхъ членовъ; имущество общества увеличилось на 18.970 руб. Постройка новой лѣчебницы для умалишенныхъ подвинулась уже настолько, что заведеніе можетъ быть открыто осенью, если до тѣхъ поръ удастся собрать еще 50—60 тыс. рублей, необходимыхъ для окончанія всѣхъ работъ. Во всѣхъ приходахъ Эстляндской губерніи будутъ организованы мѣстные комитеты для сбора пожертвованій. («Прав. В.»).

— Смоленское губернское земство, какъ сообщаетъ «Русскій Врачъ», кончило съ вопросомъ о *постройкѣ психіатрической лечебницы* въ с. Геденовкѣ (въ 6 верстахъ отъ Смоленска), гдѣ нѣсколько лѣтъ тому назадъ были выстроены нѣсколько простыхъ зданій для спокойныхъ больныхъ. Вся постройка со всѣми приспособленіями обойдется въ 600,000 руб.

— Въ Воронежскомъ губернскомъ земствѣ вопросъ о *постройкѣ психіатрической больницы*, остававшійся безъ движенія въ теченіе послѣднихъ трехъ лѣтъ, наконецъ разрѣшенъ земскимъ собраніемъ въ положительномъ смыслѣ. Собраніемъ принятъ составленный директоромъ больницы д-ромъ *Вырбовымъ* проектъ постройки по частямъ загородной колоніи-больницы. Съ весны текущаго года будетъ приступлено къ сооруженію двухъ павильоновъ—на 60 м. и 50 женщ., дома для врачебнаго персонала и пр. На постройку и оборудованіе зданій отпущено 75 т. рублей.

— Алкогольная коммиссія при Обществѣ Охран. Нар. Здрав. обсуждала вопросъ о времени созыва всероссійскаго съѣзда по борьбѣ съ алко-

лизмомъ. Обсужденіе этого вопроса вызвало оживленныя пренія. Всѣ принимавшіе участіе въ дебатахъ безъ исключенія высказывались за необходимость созыва подобнаго сѣзда, но расходились на срокъ созыва; одни настаивали на необходимости созыва въ ближайшемъ будущемъ, мотивируя свое предложеніе тѣмъ, что сѣздъ имѣетъ свою задачу, главнымъ образомъ, возбудить живой интересъ общества и дѣятелей на мѣстахъ къ борьбѣ съ алкоголизмомъ; другіе, указывая, что подготовка къ сѣзду, въ который должны войти разнообразныя дѣятели въ дѣлѣ борьбы съ алкоголизмомъ, потребуетъ много времени, предлагали созывъ сѣзда нѣсколько отдалить. Въ концѣ концовъ комиссіей, по предложенію председателя, было постановлено, не предѣляя вопроса о программѣ, организациі и времени созыва всероссійскаго сѣзда по борьбѣ съ алкоголизмомъ, образовать особую субкомиссію для выработки программы организациі и времени созыва сѣзда, при чемъ этой же субкомиссіи поручить снести по поводу сѣзда съ учреждениями и лицами, работающими на поприщѣ борьбы съ алкоголизмомъ и о результатахъ своей дѣятельности доложить или въ концѣ текущаго академическаго года, или въ началѣ будущаго. Въ субкомиссію избраны: М. Н. Нижегородцевъ, А. Н. Бородинъ, В. Ф. Брандтъ, проф. А. Я. Данилевскій, И. А. Дмитріевъ, Д. А. Дриль, Г. И. Дембо, Н. И. Григорьевъ, Д. Л. Никольскій, В. И. Покровский, Ф. И. Шотровский, П. Я. Розенбахъ, Е. П. Сивани, графъ Скаржинскій, Шумахеръ, А. Я. Черемшанскій.

— Возникшее 21 сентября 1877 г. въ Швейцаріи Общество голубого креста для борьбы съ алкоголизмомъ въ текущемъ году будетъ праздновать двадцатипятилѣтіе своей дѣятельности. За истекшій періодъ дѣятельность этого Общества значительно развилась, на что указываетъ уже одинъ составъ Общества: при возникновеніи насчитывалось въ Обществѣ всего 36 членовъ, теперь же насчитывается 29.658. Въ засѣданіи 6 марта состоящая въ Русскомъ Обществѣ народнаго здравія комиссія по вопросу объ алкоголизмѣ постановила въ день юбилея привѣтствовать Общество голубого креста.

— Въ Русскомъ Обществѣ охраненія народнаго здравія, по инициативѣ председателя комиссій по вопросу объ алкоголизмѣ д-ра М. Н. Нижегородцева, организуется особая комиссія для изслѣдованія вліянія погоды на человѣка. Въ комиссію эту делегатами отъ комиссій по вопросу объ алкоголизмѣ войдутъ академикъ И. И. Янжулъ и д-ръ Н. И. Григорьевъ.

— Въ г. Ригѣ образовалось и открыло свои дѣйствія Общество врачей для борьбы съ алкоголизмомъ. Председателемъ въ обществѣ избранъ д-ръ Майеръ. Въ виду того, что задачи этого Общества однородны съ стремленіями состоящей въ Русскомъ Обществѣ охраненія народнаго здравія комиссій по вопросу объ алкоголизмѣ, послѣдней рѣшено войти въ сношенія съ этимъ Обществомъ.

— 20 апрѣля въ Berlin'ѣ праздновали 70-лѣтіе жизни проф. *Ernst'a von Leyden'a*. Въ концѣ прошлаго года исполнилось 25 лѣтъ преподавательской дѣятельности юбиляра въ званіи ординарнаго профессора Берлинскаго Университета, а вскорѣ минууетъ 50 лѣтъ со дня полученія имъ докторской степени.

— Берлинскій приватъ-доцентъ по нервнымъ болѣзнямъ проф. *Oppenheim* въ концѣ этого семестра вышелъ изъ состава медицинскаго факультета. Поводомъ къ такому шагу было то обстоятельство, что министерство не дало согласіе на предложеніе медицинскаго факультета представить *Oppenheim'a* къ экстраординатурѣ.

— На освободившуюся за достиженіемъ предѣльнаго возраста проф. *Ribot* катедру экспериментальной психологіи въ Collège de France, назначенъ профессоромъ д-ръ *P. Janet*. (*Gazette médicale de Paris*, 3 марта).

— Срокомъ для созыва Петербургскаго Международнаго Съезда криминалистовъ окончательно назначено 6-е (19) сентября. Докладчиками назначены: по вопросу о значеніи, которое должно имѣть въ уголовномъ законѣ психическіе элементы преступленія по сравненію съ матеріальными,— *Гарро*, *Листъ* (или *Зейфертъ*) *Торнъ* (или *Галеруцъ*), *Ванъ-Гаммель* и *Шиловичъ*; по вопросу о реформѣ предварительнаго слѣдствія и преданія суду— *Пуатевенъ*, *Торнъ* (или *Галеруцъ*) и *Симонъ*; по вопросу о вывозѣ женщинъ за границу для разврата намѣченъ докладчикомъ сенаторъ *Беринже*, о патронатѣ *Бортелеми* и объ условномъ обсужденіи—Тардъ. Докладчики отъ Россіи еще не назначены.

— Въ Lauben'ѣ (Силезія) по всѣмъ питейнымъ домамъ разосланъ печатный поименный списокъ привычныхъ пьяницъ съ запрещеніемъ отпущать имъ спиртные напитки подъ опасеніемъ большихъ штрафовъ.

— «L'Academie des Sciences morales et politiques» рѣшила присудить главную награду имени *Beausouir'a* въ 5000 фр. автору лучшей работы по вопросу о мѣрахъ борьбы съ алкоголизмомъ, являющимся одной изъ главныхъ причинъ физическаго вырожденія. Срокомъ подачи работъ 31 декабря 1904 года.

## ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

*Протоколъ засѣданія О-ва 16 декабря 1901 года.*

Предсѣдательствовалъ проф. Н. М. Поповъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ, присутствовали: почетный членъ О-ва К. А. Ариштейнъ, гг. дѣйствительные члены: Г. А. Клячкинъ, Р. А. Лурія, В. П. Малѣевъ, Н. А. Миславскій, В. Н. Образцовъ, А. С. Сегель, Л. А. Сергѣевъ, Г. В. Сороковиковъ, Д. А. Тимофеевъ, и гости—д-ра Чирковский, Вишневскій, Готманъ, Левинъ, Тихомировъ, Павленко, Власовъ, Колетинскій, Иванцовъ, Фаворскій и человекъ около 15 посторонней публики.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Сдѣланъ докладъ д-ромъ Н. С. Власовымъ—«Къ вопросу объ иннервации мочевого пузыря» съ демонстраціей оперированныхъ животныхъ.

По поводу представленнаго проф. Ариштейна нашелъ возможнымъ подѣлиться тѣми наблюденіями, какія онъ самъ производилъ на мочевомъ пузырьѣ животныхъ. Извѣстно, что кромѣ тѣхъ нервныхъ стволовъ, которые идутъ отъ спинного мозга къ мочевому пузырю у собакъ и др. животныхъ и въ которыхъ встрѣчаются ганглиозныя нервныя клетки—симпатическія, многочлѣстчатая, покрытыя вокругкѣлочными сѣтями, каковыя представляютъ собою окончанія спинномозговыхъ волоконъ, есть еще и другія нервныя клетки другого типа; клетки второго рода автору пришлось наблюдать на мочевомъ пузырьѣ лишь у крысъ. Эти клетки залегаютъ болѣе поверхностно на мочевомъ пузырьѣ, въ очень обильномъ нервномъ сплетеніи, онѣ не снабжены перичеллюлярной сѣтью и ихъ нельзя поставить въ связь отъ центральной нервной системы; онѣ, можетъ быть, играютъ роль автоматическаго центрального аппарата для мочевого пузыря. Клетки эти мультиполярны, безмякотны и даютъ отростки, которые могутъ идти и къ мышцамъ, что однако не прослѣжно. Методъ Golgi и метиленовая синь даютъ возможность демонстрировать эти нервныя клетки; и существованіе ихъ такимъ образомъ—внѣ всякаго сомнѣнія, но значеніе ихъ еще не выяснено и, быть можетъ, эти клетки играютъ видную роль въ тѣхъ явленіяхъ, которыя получены докладчикомъ.

Проф. Н. М. Поповъ находилъ, что клиническія наблюденія не дали до сихъ поръ такихъ фактовъ, которые бы позволили сдѣлать выводы, аналогичные съ выводами докладчика, такъ что клиницисты на основаніи своихъ наблюденій принимаютъ, что мочевой пузырь иннервируется черезъ спинной мозгъ; для примѣра оппонентъ указалъ на случай Вестфала. Можетъ быть такое разногласіе клиническихъ наблюденій съ лабораторными экспериментами лежитъ въ разницѣ анатомическаго строенія нервной системы человѣка и животныхъ.

Проф. Н. А. Миславскій, ссылаясь еще и на случай Golz'a, высказывается въ томъ смыслѣ, что результаты докладчика, не стоя въ противорѣчій съ наблюденіями другихъ изслѣдователей, даютъ основаніе къ признанію существованія въ мочевомъ пузырѣ автоматическаго иннервационнаго аппарата.

Д-ръ П. Е. Влаеовъ полагалъ бы возможнымъ объяснить разногласіе между клиническими и лабораторными наблюденіямъ тѣмъ обстоятельствомъ, что большіе съ злокачественными опухолями, сдавливающими спинной мозгъ, умирали ранѣе, чѣмъ автоматическіе центры пузыря успѣли приспособиться къ выполнѣ самостоятельной функціи, тогда какъ собаки докладчика дожили до этого срока.

Второе сообщеніе д-ра А. Е. Янишевскаго, за отъѣздомъ докладчика, не было заслушано.

Въ административной части засѣданія проф. К. А. Ариштейнъ далъ согласіе прочесть въ предстоящемъ годичномъ засѣданіи рѣчь подъ заглавіемъ: «Морфологическое и функціональное значеніе тканевой фибриллы».

Присутствующіе благодарили проф. К. А. Ариштейна за взятый имъ на себя трудъ.

Заслушана просьба О-ва Русскихъ студентовъ въ Нью-Йоркѣ о безплатной высылкѣ въ ихъ бібліотеку журнала «Неврологическій Вѣстникъ».

Поставлено просьбу удовлетворить, а предложеніе Гродненскихъ Губернскихъ Вѣдомостей объ обмѣнѣ изданіями—отклонить въ виду неимѣнія свободныхъ экземпляровъ журнала.

### *Протоколъ годичнаго засѣданія О-ва невропатологовъ и психіатровъ 27-го января 1902 года.*

Предѣдательствовалъ проф. Н. М. Поповъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ, присутствовали г. почетный членъ о-ва К. А. Ариштейнъ и г. действительные члены: В. С. Болдыревъ, А. Ө. Гебертъ, В. С. Груздевъ, Р. А. Лурія, Н. А. Миславскій, В. Н. Образцовъ, К. Х. Орловъ, В. И. Разумовскій, М. П. Романовъ, А. С. Сегель, Л. А. Сергѣевъ, П. С. Скуридинъ, Г. В. Сороковиковъ, Д. А. Тимошеевъ, А. Е. Янишевскій и гости д-ра: г-жа Попова, Павленко, Егоровъ, Первушинъ, Владимировъ, и около 70 человекъ публики.

Предѣдатель О-ва, открывая засѣданіе, обратился къ присутствующимъ съ краткой рѣчью, въ которой указалъ, что 10 лѣтъ тому назадъ въ небольшомъ кружкѣ лицъ, тѣсно связанныхъ общими научными интересами, возникла мысль объ учрежденіи при Казанскомъ Университетѣ специально научнаго О-ва для изученія нервной системы въ ея нормальномъ и патологическомъ состояніяхъ. Осуществленіе этой мысли встрѣтило преніятивія



на первыхъ же порахъ, по О-во тѣмъ не менѣе, благодаря настойчивости и энергіи учредителей, было организовано; однако невзгоды продолжали его преслѣдовать, но тѣмъ не менѣе оно непрерывно продолжало въ теченіе 10 лѣтъ свою дѣятельность, которая выражалась періодическими ежемѣсячными засѣданіями и изданіемъ журнала «Неврологическій Вѣстникъ». Успѣхъ О-ва объясняется главнымъ образомъ жизненностью принципа, поставленнаго въ основу дѣятельности съ самыхъ первыхъ шаговъ и до послѣдняго времени. Имъ поднятые вопросы разрабатывались по возможности всесторонне и здѣсь одинаковое участіе принимали какъ клиницисты, такъ и теоретики, въ своихъ занятіяхъ преслѣдуя исключительно научную сторону дѣла.

Затѣмъ д-ромъ В. П. Образцовымъ былъ прочитанъ отчетъ о дѣятельности О-ва за минувшій 1901 годъ и д-ромъ В. В. Николаевымъ—за минувшее 10—лѣтіе; также прочитана телеграмма академика В. М. Бехтерева: «Привѣтствуя Общество съ десятой годовщиной, желаю дальнѣйшаго развитія и процвѣтанія. Всѣмъ товарищамъ—сердечный привѣтъ и поздравленіе. Бехтеревъ».

О-во, по предложенію проф. П. А. Миславскаго, постановило пріѣзжать телеграммой и проф. В. М. Бехтерева, какъ главнаго учредителя О-ва, много потрудившагося на его пользу.

Послѣ этого проф. К. А. Арштейнъ произнесъ рѣчь на тему: «Морфологическое и функціональное значеніе ткаевоу фибриллы». Рѣчь была покрыта аплодисментами.

Въ почетные члены о-ва при дружныхъ аплодисментахъ присутствующихъ были избраны заграничные представители неврологии: V. Krafft-Ebing, Erb, Déjérine, Ramon Y Cajal, Golgi, Langley, Flechsig и Retzius.

Въ бюро О-ва на 1902 годъ оказались избранными: въ председатели Н. М. Поповъ, (онъ же мѣстный редакторъ журнала), въ тов. председателя К. А. Миславскій, въ секретари В. В. Николаевъ и В. П. Образцовъ (онъ-же секретарь редакціи), въ кассиры А. Е. Янишевскій, въ бібліотекари В. С. Болдыревъ, въ члены Совѣта К. А. Арштейнъ, И. М. Догель и А. Ф. Грбертъ и въ члены ревизіонной комиссіи—В. П. Разумовскій, Д. В. Полумурдвиновъ и В. И. Левчаткинъ.

Предложенъ д-ръ М. М. Мeringъ въ дѣйствительные члены О-ва (проф. Н. М. Поповымъ, А. Е. Янишевскимъ и В. П. Образцовымъ) Послѣ того засѣданіе было закрыто.

### *Протоколъ засѣданія О-ва 3 марта 1902 г.*

Председательствовалъ проф. Н. М. Поповъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ. Присутствовали г.г. дѣйствительные члены О-ва: В. С. Болдыревъ, Г. А. Клячкинъ, Р. А. Лурія, В. П. Малѣевъ, П. А. Миславскій, В. П. Образцовъ, М. П. Романовъ, Л. А. Сергѣ-

евъ, П. С. Скуридинъ, Г. В. Сорочковиковъ, Д. А. Тимофеевъ, А. Е. Янишевскій, гости: д-ра Власевъ, Осокинъ, Павленко, Цареградскій, Ивановъ, Колотинскій и Сколосубовъ и человекъ около 13 публики.

Открывая засѣданіе, Н. М. Поповъ сообщилъ присутствующимъ о послѣдовавшей кончинѣ почетнаго члена О-ва А. Я. Кожевникова и, упомянувъ о наиболѣ важныхъ заслугахъ покойнаго передъ обществомъ и наукой, пригласилъ бывшихъ въ засѣданіи почтить память покойнаго вѣтаніемъ.

Также Н. М. Поповъ предложилъ посвятить памяти Ал. Як. Кожевникова 1-ю книжку журнала «Неврологическій Вѣстникъ» за 1902 г. при чемъ биогрѣфическій очеркъ покойнаго будетъ составленъ д-ромъ Сухановымъ, какъ послѣднимъ ассистентомъ у Ал. Як. и будетъ помещенъ во второй книжкѣ журнала, потому что не успѣетъ быть отпечатанъ къ сроку выхода 1-ой книжки, имѣющей появиться на дняхъ.

О-во приняло предложеніе.

Затѣмъ засѣданіе шло подъ предсѣдательствомъ проф. Н. А. Миславскаго, а проф. Н. М. Поповъ выступилъ докладчикомъ сообщенія «Современное состояніе ученія о мышьяковомъ параличѣ». Сообщеніе in extenso будетъ напечатано въ ближайшей книжкѣ Неврологическаго Вѣстника. Въ дебетахъ по данному вопросу принимали участіе А. Е. Янишевскій, Г. А. Клячкинъ, Р. А. Лурія, В. П. Образцовъ, Л. А. Сергѣевъ, В. В. Николаевъ, Н. Л. Миславскій и докладчикъ.

Д-ръ А. Е. Янишевскій (по ауто-реферату): «Я хотѣлъ бы сказать нѣсколько словъ по поводу того мѣста доклада Н. М., гдѣ онъ говоритъ о мѣстныхъ присницевскихъ обертываніяхъ, которыя могутъ быть примѣняемы для успокоенія болей.

Въ этихъ же случаяхъ можно было бы примѣнять съ той же цѣлью не мѣстныя, но общія тепло-влажныя обертыванія, тѣмъ болѣе, что у больной, о которой сообщилъ Н. М. и которую наблюдалъ также и я, было довольно сильное психическое возбужденіе, развившееся въ теченіе болѣзни, такъ что здѣсь влажныя обертыванія, помимо успокоенія болей, могли бы служить для успокоенія возбудимости нервной системы.

Но было бы умѣстнымъ поднять въ здѣшнемъ О-вѣ, гдѣ принимаютъ участіе представители теоретической и клинической медицины вопросъ о томъ, какъ слѣдуетъ примѣнять эти обертыванія, въ какихъ случаяхъ онѣ показаны и какъ долго можно безнаказанно оставлять больныхъ находиться въ такой гидротатической процедурѣ. Дѣло въ томъ, что тѣ свѣдѣнія объ этомъ, которыя мы получаемъ въ клиникахъ, съ каюдръ и изъ распространенныхъ руководствъ, нѣсколько не вяжутся съ фактами, какіе мы узнаемъ изъ практики больничныхъ заведеній. Въ нѣкоторыхъ больницахъ для душевно-больныхъ примѣняются тепло-влажныя обертыванія нѣсколько непонятнымъ, для меня по крайней мѣрѣ, образомъ. Тепло-влажныя обертыванія примѣняются и въ Казанской Окружной лѣчебницѣ, и я не думаю, что нарушу въ данномъ случаѣ какую-нибудь тайну научныхъ клиническихъ

онитовъ, если укажу на этотъ фактъ, такъ какъ повидимому тепло-влажныя обертыванія вошли тамъ въ систему дѣченія. Какъ мнѣ извѣстно, съ больнымъ поступаютъ слѣдующимъ образомъ: больной раздѣвается до нага, заворачивается въ одну или двѣ смоченныя и выжатыя простыни, которыя зашиваются, сверху простыни большой заворачивается въ теплое одѣяло, которое также зашивается, поверхъ одѣяла накладывается сухая простыня, которая опять таки зашивается. Получивши такое обертываніе утромъ, больной остается въ немъ до вечера, когда онъ расшнивается и развертывается, въ это время удаляются возможные при этихъ условіяхъ экскреты, больному дается отдыхъ—два часа; затѣмъ его вновь зашиваютъ прежнимъ способомъ и оставляютъ до утра. Такое тепло-влажное обертываніе продолжается сутки, а иногда и болѣе. Если справиться въ учебникахъ по гидротерапіи о тепло-влажныхъ обертываніяхъ, то оказывается, что онѣ дѣйствительно примѣняются для успокоенія нервной системы, но нигдѣ не говорится о зашиваніи больныхъ. Кромѣ того въ руководствѣ по гидротерапіи проф. Глакса указывается, что продолжительность обертыванія равна  $\frac{1}{2}$  до 1 часа и говорится: «особенно слѣдуетъ отмѣтить спотворное дѣйствіе этого пріема, которое во всемъ вѣроятіямъ стоитъ въ связи съ суженіемъ сосудовъ мягкой мозговой оболочки, доказаннымъ изслѣдованіемъ Schüller'a. Частота пульса, которую мы проверяемъ по височной или сонной артеріи въ тепло-влажномъ обертываніи послѣ кратковременнаго первоначальнаго подъема, падаетъ и остается низкой до начала повышенія температуры тѣла; послѣднее учащаетъ пульсъ и возбуждаетъ нервную систему. Въ этотъ моментъ, стало быть, слѣдуетъ закончить тепло-влажное обертываніе, если мы имѣемъ въ виду успокоеніе нервной системы».

Если взять послѣднее изданіе по психіатріи—учебникъ проф. Корсакова, то мы въ немъ встрѣтимъ указаніе на примѣненіе тепло-влажныхъ обертываній у душевно-больныхъ, но нигдѣ нѣтъ совѣта зашивать при этомъ больныхъ. Продолжительность обертываній—около двухъ часовъ.

Вотъ тѣ противорѣчія, которыя я желалъ бы указать и просить Общество дать разъясненіе по затронутымъ мною вопросамъ».

Проф. Н. М. П о л о в ы, отвѣчая д-ру Янишевскому, сказалъ, что онъ при мышьяковомъ параличѣ никогда не дѣлалъ общихъ присницевскихъ обертываній, потому что опасался производить сильныя измѣненія въ дѣятельности сердца, каковыя роковымъ образомъ наступаютъ при такихъ обертываніяхъ. Но мѣстныя обертыванія докладчику приходилось примѣнять и всегда съ положительнымъ результатомъ въ случаяхъ мышьяковыхъ параличей, при которыхъ болевые явленія достигаютъ значительной интенсивности.

Что же касается вообще тепло-влажныхъ присницевскихъ обертываній, то онѣ показаны при нѣкоторыхъ душевныхъ заболѣваніяхъ, напр.: при остромъ бредѣ, при delirium febrile, и способъ ихъ обычнаго примѣненія таковъ: смачиваютъ водой, нагрѣтой до 20°—24° по Цельсію, простыню, плотно обертываютъ ею больного съ ногъ до шеи и затѣмъ заворачиваютъ его послѣдовательно въ три ряда теплыхъ одѣялъ. кладутъ холодный ком-

прессъ на голову, который постоянно мѣняется, находящимся тутъ безотлучно служителемъ. Самыя обертыванія продолжаются обычно не долѣе 2-хъ часовъ, послѣ чего больного завертываютъ и или дѣлаютъ ему теплую ванну, или растираютъ на сухо. Подобныя обертыванія примѣняютъ иногда и при состояніяхъ возбужденія, когда больному нельзя сдѣлать почему либо теплую ванну.

«Какъ производится обертыванія въ Окружной лѣчебницѣ, я не знаю —сказалъ Н. М. Поповъ,—только просматривая исторіи болѣзней, я въ одной изъ нихъ встрѣтилъ помѣтку, что хронической больной, при состояніи возбужденія, было назначено приснидцевское обертываніе на день, послѣ чего больная успокоилась. Заинтересованный такимъ продолжительнымъ срокомъ, я спросилъ, какъ дѣлаются такія обертыванія, и получилъ приблизительно тѣ-же свѣдѣнія, какія сообщилъ д-ръ Янишевскій».

Говоря принципиально о подобныхъ обертываніяхъ, необходимо имѣть въ виду ихъ вліяніе на психическую и соматическую сферу. Прежде всего такое обертываніе яляется мѣрой механическаго стѣсненія, котораго современные психіатры строго избѣгаютъ, обращаясь къ нему лишь въ случаяхъ, когда существуетъ *indispositio vitalis*. Что касается вліянія на физическій организмъ, то результатомъ ихъ прежде всего, конечно, явится притокъ крови къ периферіи и оттокъ ея отъ внутреннихъ органовъ, а слѣдовательно и отъ головного мозга. При такихъ формахъ, какъ острый бредъ такой результатъ желателенъ, но при формахъ хроническихъ, чаще всего сопровождающихся истощеніемъ, онъ можетъ быть лишь вреденъ.

Далѣе нельзя упускать изъ виду, что связанный больной не можетъ дѣлать произвольныхъ движеній конечностями, что благоприятствуетъ явленію застоя въ нихъ; наконецъ, кожная перспирація происходитъ при явленіяхъ ненормальныхъ.

Въ виду того, что приснидцевскія обертыванія производятся безъ клеенки, можно думать, что влажность простыни удерживается сравнительно недолго и что большинство времени больной остается просто связаннымъ. Съ этой точки подобная мѣра, по сравненію со старымъ смирительнымъ камзолемъ, яляется мѣрою несравненно менѣе гуманною. 20 слишкомъ лѣтъ тому назадъ, когда Н. М. Поповъ начиналъ свою практическую дѣятельность, смирительныя рубашки находили себѣ широкое примѣненіе, но онѣ не стѣсняли движеній туловища и нижнихъ конечностей, смѣнялись черезъ каждыя шесть часовъ, а на ночь больные отъ нихъ совершенно освобождались.

Д-ръ Г. А. Клячкинъ отмѣтилъ интересъ затронутаго вопроса. Оппоненту по роду его спеціальности пришлось познакомиться съ примѣненіемъ общихъ тепло-влажныхъ обертываній во многихъ заграницныхъ гидропатическихъ заведеніяхъ, при чемъ наиболее распространеннымъ способомъ обертыванія яляется способъ Winternitz'a: пациента быстро завертываютъ съ ногъ до головы въ выжатую простыню, смоченную въ водѣ, температура которой 18°—20° С.; простыня должна плотно прилегать ко всѣмъ частямъ тѣла; поверхъ простыни пациента завертываютъ въ теплое

толстое шерстяное одѣяло; если можно, то больного укутываютъ еще нѣсколькими одѣялами; наблюдаютъ, чтобы у пациента шея была по возможности плотно обхвачена и нижній конец одѣяла былъ подвернутъ подъ ноги; обернутому пациенту для охлаждения головы кладутъ на голову колпачекъ изъ резиновыхъ трубокъ, по которымъ постоянно протекаетъ холодная вода; при больномъ находится дежурный служитель; обертываніе назначается на  $\frac{1}{2}$  часа—1 часъ и иногда долѣе. Для обертываній выработаны показанія и противопоказанія. При слабости сердца обертыванія всегда противопоказаны. Нигдѣ не приходилось ни видѣть, ни слышать оппоненту, чтобы больныхъ, подвергаемыхъ обертываніямъ, еще и зашивали; прочемъ, въ Дрезденѣ, припомнилъ д-ръ Клячкинъ, въ одной частной лѣчебницѣ, пользующейся, правда, дурной репутаціей, зашиванія примѣняются.

Д-ръ В. Н. О б р а з ц о в ѣ: «Вопросъ, затронутый д-ромъ А. Е. Яншевскимъ о примѣненіи тепло-влажныхъ обертываній у возбужденныхъ больныхъ, имѣетъ интересъ уже потому, что въ самомъ способѣ мы видимъ существенное уклоненіе отъ общепринятыхъ терапевтическихъ приемовъ въ дѣлѣ лѣченія душевно-больныхъ. Во первыхъ, здѣсь слишкомъ продолжительное присницевское обертываніе, а во вторыхъ,—сопряженное съ мѣрами стѣсненія въ видѣ зашиванія больныхъ въ простыни и одѣяла. Относительно продолжительности присницевскихъ обертываній къ уже сказанному я могу добавить, сославшись на наблюденія д-ра Свѣтлина, о которомъ упоминается въ учебн. проф. Krafft-Ebing'a. Имъ употреблялись укутыванія лишь на 1—2 часа (самое большее  $2\frac{1}{2}$  часа) при маниакальномъ возбужденіи и съ цѣлью вызвать сонъ. Благотворное дѣйствіе обертываній при бессонницѣ особенно отмѣчается, но требуется быть крайне внимательнымъ и къ состоянію пульса, такъ что средство это является далеко не безразличнымъ, а тѣмъ болѣе, если оно употребляется столь продолжительно.

Что же касается зашиваній больныхъ во влажныя простыни, то подобный способъ не можетъ найти себѣ сочувствія. Мнѣ кажется, что при сильной степени возбужденія, а тѣмъ болѣе двигательнаго, употребляя обертываніе совмѣстно съ зашиваніемъ, врядъ ли можно говорить въ строгомъ смыслѣ о терапевтическомъ воздѣйствіи, такъ какъ спокойствіе, больного, зашитаго въ простыни и одѣяла и лишенаго способности двигаться, является понятнымъ, и чѣмъ безпокойнѣе больной, тѣмъ плотнѣе, очевидно, приходится его зашивать. Оставлять же больного зашитымъ на продолжительный срокъ, значить рассчитывать на успокоительное дѣйствіе самого зашиванія.

Не могу умолчать, что подобный методъ не долженъ остаться безъ дурнаго вліянія на воспитаніе низшаго медицинскаго персонала въ духѣ современной психіатріи, отъ высоты развитія котораго во многомъ зависитъ дѣло ухода за душевно-больными. Начавшими же примѣнять подобный способъ, можно рисковать тѣмъ, что онъ будетъ примѣняться все чаще и чаще». (ауторефератъ).

Д-ръ Р. А. Лурія: «Я не берусь судить, насколько умѣтно примѣненіе обертываній по описанному типу въ психіатрической практикѣ, но

мий приходилось дѣлать тепло-влажныя обертыванія при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. При этомъ уже черезъ 1—1½ часа (дольше обертываній этихъ я не оставалъ) простыня оказывается сухой. Слѣдовательно, примѣненіе болѣе продолжительныхъ обертываній врядъ ли можно считать гидротатической процедурой. Если же принять во вниманіе упомянутые уже д-ромъ Янишевскимъ опыты Schüller'a, который видѣлъ у трепанированныхъ собакъ анэмію мозговыхъ оболочекъ и даже уменьшеніе пульсаторныхъ движеній самаго мозга, то ясное дѣло, что тепло-влажныя обертыванія, притѣнимыя изо дня въ день въ теченіе многотысячныхъ часовъ, должны ослабить питаніе и безъ того больного органа психики.

Кромѣ того д-ръ Лурія интересовался вопросомъ, какъ долго можетъ задерживаться мышьякъ въ организмѣ безъ того, чтобы произвести какое либо токсическое дѣйствіе на него и каковъ срокъ, чрезъ который мышьякъ потомъ начинаетъ ядовито дѣйствовать на тѣ или ниня параличи.

Проф. Н. М. Поповъ отвѣтилъ, что можетъ пройти нѣсколько недѣль послѣ перваго приема токсической дозы мышьяка и лишь затѣмъ выступать на сцену мышьяковые параличи, какъ симптомы отравленія. Нахожденіе же мышьяка въ кишечникѣ въ теченіе 3—4 часовъ не можетъ подходить подъ понятіе о залеживаніи.

Д-ръ Л. А. Сергѣевъ интересовался, какія дозы мышьяка могутъ считаться отравляющими, какъ измѣняется сердечная дѣятельность при отравленіи и нѣтъ ли избирательнаго дѣйствія мышьяка на нервную систему; мысль о послѣднемъ невольно возникаетъ при наблюденіяхъ за больными съ мышьяковыми параличами.

Н. М. Поповъ отвѣтилъ, что ему приходилось даже и дѣтямъ давать до 10 капель фовлеровскаго раствора, тогда какъ взрослыми иногда и меньшія дозы не переносились. Въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ считаться съ индивидуальностью пациентовъ, почему затруднительно отвѣтить на вопросъ, какую дозу надо считать токсическою. Появленіе параличей при отравленіи мышьякомъ по преимуществу на конечностяхъ не даетъ еще права говорить объ избирательномъ отношеніи мышьяка къ тѣмъ или другимъ нервамъ или мышцамъ, потому что обычная локализція параличей при невритахъ—конечности, то же наблюдается и при мышьяковомъ параличѣ, какъ не отличающемся отъ параличей, вызванныхъ другими ядами. Измѣненія со стороны сердца сказываются въ перерожденіи его мышцъ и сосудовъ и въ ослабленіи его дѣятельности.

Д-ръ Л. А. Сергѣевъ возразилъ д-ру Н. В. Образцову по поводу его замѣчанія о деморализующемъ влияніи тѣхъ или иныхъ мѣръ на служителей, что низшіе служакіе не имѣютъ въ лечебницѣ самостоятельнаго значенія при примѣненіи тѣхъ или иныхъ примѣновъ; а въ сообщенное д-ромъ А. Е. Янишевскимъ о примѣненіи тепло-влажныхъ обертываній въ Казанской Окружной Лѣчебницѣ, внесъ поправку о томъ, что больной, подвергающийся тепловлажнымъ обертываніямъ, всегда расшнуровывается, развертывается и очищается отъ экскрементовъ, а не допускаютъ больного, такъ сказать, гноиться въ собственныхъ изверженіяхъ, какъ то слѣдуетъ изъ

сообщеннаго д-ромъ Янишевскимъ. Обсужденіе достоинствъ и недостатковъ способа оппонентъ находить удобнымъ для себя отложить до болѣе подходящаго случая и времени.

На вопросы присутствующихъ, какъ узнать о послѣдовавшемъ отдѣленіи изверженной кала или мочи у завернутаго душевно-больнаго, д-ръ Л. А. Сергѣевъ отвѣтилъ, что это опредѣляется по запаху въ такихъ случаяхъ.

Д-ръ Янишевскій сказалъ, что «я говорилъ о возможности скопления выдѣленій больныхъ, если не о каловыхъ массахъ, то объ отдѣленіи пота и мочи».

Проф. Н. А. Миславскій, д-ръ В. В. Николаевъ и др. находили, что такая очистка больного произведется слишкомъ поздно, потому что моча узнается по запаху лишь послѣ того, какъ она станетъ разлагаться.

Д-ръ Клячкинъ желалъ бы узнать, какія физическія явленія наблюдаются у больнаго при достиженіи упомянутыми обертываніями терапевтическаго эффекта—успокоенія больнаго.

Д-ръ В. В. Николаевъ также интересовался, что понимать подъ выраженіемъ «успокоить больнаго» указанными тепловлажными обертываніями и какія колебанія въ состояніи пульса, кровяного давленія, дыханія обѣихъ веществъ произошли у тѣхъ больныхъ, которымъ были произведены столь долгія тепло-влажныя обертыванія.

Проф. Н. А. Миславскій, резюмируя сказанное, отмѣтилъ указанія специалистовъ,—что тепловлажныя обертыванія практиковались до сихъ поръ лишь на 2½ часа, максимумъ, тогда какъ примѣненіе обертыванія на день или на ночь является своеобразной особенностью; обсуждать примѣненіе такого продолжительнаго обертыванія, да еще съ прибавкой къ тому же экскретовъ Н. А. Миславскій отказывается, но какъ теоретикъ онъ интересуется и ждетъ со стороны примѣнявшихъ такія обертыванія, отвѣта, какія измѣненія, а они должны быть очень значительны, происходятъ при отмѣченной процедурѣ, въ физической сферѣ больныхъ, въ ихъ самочувствіи, въ пульсѣ и дыханіи, въ теплоотдачѣ.

Успокоить больнаго можно различными терапевтическими приѣмами, можно такъ успокоить, что больной никогда больше не встанетъ, но съ медицинской точки зрѣнія, не всѣ приѣмы можно считать допустимыми и цѣлесообразными. Лично на оппонента такое насильственное ограниченіе всѣхъ движеній больнаго производитъ удручающее впечатлѣніе; оппоненту кажется, что описанный героическій приѣмъ лѣченія больныхъ не можетъ быть допустимъ, ибо такія обертыванія не должны примѣняться и эксперимента ради на людяхъ, такъ какъ относятся не къ области *experimentum ad homines*, а сферѣ въ области *auto-da-fe*.

Что касается повторныхъ всасываній мышьяка, то они могутъ происходить въ случаѣ залеганія мышьяка въ печени, предполагать же о нахожденіи мышьяка въ теченіе 1—2 недѣль въ самыхъ кишкахъ—невозможно, такъ какъ тогда бы пришлось говорить о томъ, что онъ не всасывается и не выводится изъ кишечника съ каломъ.



Н. А. Миславскій думаетъ, что о мышьякѣ, о его дѣйствіи на нервную систему, требуется произвести еще съ новыми методами окрасокъ изслѣдованія, такъ какъ съ методомъ Nissl'a вопросъ не рѣшается окончательно, потому что этотъ методъ очень не надеженъ.

Кромѣ того оппоненту нѣсколько непонятно то предпочтеніе, какое докладчикъ отдаетъ строфанту; онъ полагалъ бы болѣе цѣлесообразнымъ примѣнить наперстянку или горицайтъ, какъ дѣйствующіе непосредственно на периферическіе аппараты въ самомъ сердцѣ.

Н. М. Поповъ отвѣтилъ, что говоря о долгомъ сохраненіи мышьяка въ организмѣ, имѣлъ въ виду не желудочно-кишечный каналъ а весь пищеварительный трактъ со всеми относящимися сюда железами. Что касается терапіи, то избѣгалъ примѣненія наперстянки, опасаясь кумулятивнаго дѣйствія; препараты же строфанта предпочиталъ потому, что принималъ во вниманіе пораженія ядомъ нервныхъ центровъ. Относительно способа Nissl'a совершенно согласенъ съ оппонентомъ, что онъ не надеженъ; если же въ данномъ случаѣ принималъ во вниманіе результаты, полученные при немъ, то лишь потому, что они идутъ рука объ руку съ тѣми, какіе открываютъ намъ другіе способы, напр. Gaule'a, Flemming'a.

За позднимъ временемъ сообщеніе д-ра Янишевскаго было отложено.

Въ административномъ засѣданіи была доложена просьба бібліотеки Казанской Губернской земской больницы о бесплатной высылкѣ въ нее «Неврологическаго Вѣстника» за 1902 годъ.

Постановлено: просьбу удовлетворить и кромѣ того выслать въ означенную бібліотеку журналъ и за предыдущіе годы.

Сообщена отвѣтная телеграмма О-ву отъ академика В. М. Бехтерева.

Заслушанъ и утвержденъ прозектъ сѣбты расходовъ и приходовъ О-ва на 1902 годъ.

Въ закрытой баллотировкой единогласно избранъ въ члены о-ва д-ръ М. М. Мерингъ.

Къ составленному протоколу засѣданія О-ва 3-го марта сдѣланы въ засѣданіи О-ва 24 марта слѣдующія дополненія въ видѣ поправокъ:

1) Докторъ Л. А. Сергѣевъ замѣтилъ. «Во-первыхъ считаю необходимымъ указать на то, что въ ауторефератѣ д-ра Образцова внесено добавленіе «о вліяніи развитія служащихъ на уходъ за душевно-больными» — чего не говорилось имъ прошлый разъ». «Далѣе я говорилъ слѣдующее: оставляя до болѣе благоприятнаго времени детальный разборъ описаннаго д-ромъ Янишевскимъ способа, я не могу не сказать, что мнѣ странно слышать, что д-ръ Образцовъ, бывшій ординаторъ Казанской Окружной Лѣчебницы, т. е. знающій существующіе въ ней порядки, по коимъ все дѣлается подъ непосредственнымъ руководствомъ врачей, а прислуга не имѣетъ никакого самостоятельнаго значенія, такъ что о предполагаемомъ д-ромъ Образцовымъ не можетъ быть и рѣчи. На что получить разъясненіе пр. Попова и д-ра Образцова, что сказанное не касается Окружной Казанской Лѣчебницы, а высказывается принципиально. Что касается самого заявленія д-ра Янишевскаго о способѣ примѣненія тепло-влажннхъ обертываній, то въ



виду того, что по его разсказу можно предположить, что разъ больной (-ному) примѣнено тепловлажное обертываніе, то онъ (она) лежитъ такъ, если даже обмочится и испражнится, пока не придетъ врачъ на визитацію, я во избежаніе могущихъ произойти недоразумѣній—можно подумать, что больной, такъ сказать, гноится въ своихъ испраженіяхъ,—считаю долгомъ сказать, что больная (ной) находится подъ особымъ наблюденіемъ и лишь будетъ замѣчено, что больная обмочилась или испражнилась, сейчасъ обертываніе мѣняется. (Само собою понятно въ присутствіи врача). На вопросъ проф. Попова—какъ Вы узнайте? я отвѣтилъ—по запаху, напр... на это д-ръ Николаевъ В. В. замѣтилъ «мочу по запаху можно узнать, когда она начнетъ разлагаться». Я отвѣтилъ, что съ этимъ не согласенъ—моча имѣетъ свой запахъ».

2) Д-ръ Г. А. Клячкинъ заявилъ, что онъ, разсказывая про зашиванія въ одной частной лѣчебницѣ въ Дрезденѣ, сказалъ, что эта лѣчебница пользуется популярностью, но въ ней примѣняются методы, не вполне обоснованные наукой; словъ же, что «лѣчебница эта пользуется дурной репутаціей»,—онъ не говорилъ.

### *Протоколы засѣданія О-ва 24 марта 1902 года.*

Предсѣдательствовалъ проф. Н. М. Поповъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ. Присутствовали г. почетные члены О-ва К. А. Ариштейнъ, и г. г. дѣйствительные члены: Н. А. Миславскій, Н. И. Наумовъ, В. И. Разумовскій, Р. А. Лурія, Г. А. Клячкинъ, А. С. Сегель, В. С. Болдыревъ, Л. А. Сергѣевъ, В. П. Малѣевъ, В. Н. Образцовъ, А. Е. Янишевскій и гости д-ра Врачебный инспекторъ Губкинъ, Готманъ, Покровскій, Власовъ, Вишневскій, г-жа Попова, Чирковскій, Пономаревъ, Осокинъ, Зеньковичъ, Кятеевъ, Калянинъ, Грахе, Ивановъ, Павленко, Сурковъ, Левханьянцъ и человекъ около 80 публики.

Открывая засѣданіе, проф. Н. М. Поповъ сообщилъ присутствующимъ о кончинѣ проф. Балинскаго и въ краткой рѣчи представилъ характеристику научной и общественной дѣятельности почившаго, какъ творца старѣйшей въ Россіи психіатрической школы. Затѣмъ предложилъ посвятить памяти покойнаго вторую книгу журнала Неврологическаго Вѣстника.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія, при чемъ въ видѣ поправокъ къ протоколу сдѣланы слѣдующія добавленія.

Д-ръ Л. А. Сергѣевъ сказалъ слѣдующее: «Во-первыхъ, считаю необходимымъ указать на то, что въ авторефератъ д-ра Образцова внесено добавленіе «о вліяніи развитія служащихъ на уходъ за душевно-больными», чего не говорилось имъ прошлый разъ».

«Далѣе я говорилъ слѣдующее: «Оставляя до болѣе благопріятнаго времени детальнѣйшій разборъ описаннаго д-ромъ Янишевскимъ способа, я не

могу не сказать прежде всего, что мнѣ странно слышать, что д-ръ Образцовъ, бывший ординаторъ Казанской Окружной Лѣчебницы, т. е. знающій существующіе въ ней порядки, по которымъ все дѣлается подъ непосредственнымъ руководствомъ врачей, а прислуга не имѣетъ никакого самостоятельнаго значенія, такъ что о предполагаемомъ д-ромъ Образцовымъ не можетъ быть и рѣчи, на что получилъ разъясненіе пр. Попова и д-ра Образцова, что сказанное не касается Окружной Казанской Лѣчебницы, а высказывается принципиально. Что касается самого заявленія д-ра Янишевскаго о способѣ примѣненія тепло-влажныхъ обертываній, то въ виду того, что по его разсказу можно предположить, что больной (ному) примѣнено тепло-влажное обертываніе, то онъ (она) лежитъ такъ, если даже обмочится или испражнится, пока не придетъ врачъ на визитацію, я во избѣжаніе могущихъ произойти недоразумѣній—можно подумать, что больной, такъ сказать, гноится въ своихъ испражненіяхъ, Считаю долгомъ сказать, что больная находится подъ особымъ наблюденіемъ и лишь будетъ замѣчено, что больная обмочилась или испражнилась, сейчасъ обертываніе мѣняется. (Само собою понятно въ присутствіи врача). На вопросъ проф. Попова, какъ вы узнаете? Я отвѣтилъ—по запаху, напр. На это д-ръ Николаевъ В. В. замѣтилъ «мочу по запаху можно узнать, когда она начнетъ разлагаться». Я отвѣтилъ, что съ этимъ не согласенъ—моча имѣетъ свой запахъ.

Д-ръ К л я ч к и н ъ заявилъ, что онъ, разсказывая про зашиванія въ одной частной лѣчебницѣ въ Дрезденѣ, сказалъ, что эта лѣчебница пользуется популярностью, но въ ней примѣняются методы не вполнѣ обоснованные наукой; словъ же, что лѣчебница эта пользуется дурной репутацией—онъ не говорилъ.

Врачебный инспекторъ д-ръ Губкинъ пожелалъ внести нѣкоторыя поправки въ сообщенное д-ромъ Янишевскимъ о примѣненіи тепло-влажныхъ обертываній въ Казанской Окружной Лѣчебницѣ. По обязанности должностнаго лица Г. И. Губкинъ ознакомился по этому съ ними и нашелъ, что 1) примѣнявшіяся въ Лѣчебницѣ съ мая 1901 года тепло-влажныя обертыванія есть мѣра чрезвычайная, а не вошедшая въ систему обычныхъ методовъ лѣченія; изъ 1500 больныхъ тепло-влажныя обертыванія получили лишь 16 человекъ; 2) описанная мѣра примѣняется какъ мѣра стѣсненія въ строго показанныхъ случаяхъ, а не только какъ гидропатическая процедура; 3) въ экскрементахъ больныхъ не оставляютъ долго лежать, а какъ только служанка замѣтитъ, что больная сдѣлала подъ себя, тотчасъ же дается знать ординатору, въ присутствіи котораго обертываніе перемѣняется; 4) никогда дурныхъ явленій у больныхъ примѣнявшіяся тепло-влажныя обертыванія не вызывали.

На предложенные ему вопросы Г. И. Губкинъ отвѣтилъ, что тепло-влажныя обертыванія бывали продолжительностью до 11 часовъ и что, если находили нужнымъ, то повторяли такое обертываніе черезъ короткіе промежутки времени подъ-рядъ нѣсколько разъ въ теченіе нѣсколькихъ дней. Болѣе подробное описаніе и оцѣнку метода, по словамъ д-ра Губкина, сдѣ-

лають въ недалекомъ будущемъ сами творцы этого метода—нѣкоторые врачи Окружной Лѣчебницы, представивъ докладъ въ одномъ изъ научныхъ обществъ.

При послѣдовавшемъ обмѣнѣ мыслей по поводу примѣненія тепло-влажныхъ обертываній, проф. В. И. Разумовскій выразилъ свое удивленіе, почему допускается обсужденіе новаго метода безъ его автора, каковымъ является директоръ Казанской Окружной Лѣчебницы—д-ръ Левчаткинъ. Н. А. Миславскій отвѣтилъ, что до сихъ поръ шло принципиальное обсужденіе примѣненія Присницевскихъ обертываній, а о тепло-влажныхъ обертываніяхъ, какъ о новомъ методѣ, авторомъ котораго проф. В. И. Разумовскій назвалъ д-ра Левчаткина, никто не говорилъ; но разъ есть новый методъ и извѣстное лицо, введшее его въ практику лѣченія душевно-больныхъ, то О-ву желательнѣе имѣть весь научный матеріалъ, собранный по этому поводу.

Д-ръ А. Е. Янинъ сдѣлалъ докладъ «Случай пораженія нервной системы при брюшномъ тифѣ съ разстройствомъ рѣчи».

По поводу сообщеннаго проф. Н. М. Поповъ затронулъ вопросъ о томъ, не существуетъ отъ особой избирательности яда тифа, вслѣдствіе чего въ данномъ случаѣ поражаются центры рѣчи головного мозга, подобно тому какъ при сифилисѣ, напр., наиболѣе часто страдаютъ опредѣленные участки центральной нервной системы.

Д-ръ Н. С. Власовъ доложилъ «Къ иннервации мочевого пузыря».

Въ обсужденіи доклада принимали участіе Н. А. Миславскій, В. И. Образцовъ, В. И. Разумовскій, Н. М. Поповъ и докладчикъ, при чемъ проф. В. И. Разумовскій, выразивъ свое удовольствіе, что въ фізіологической лабораторіи д-ромъ Власовымъ разрабатывается вопросъ, съ которымъ очень часто приходится встрѣчаться хирургу, отмѣтилъ, что изслѣдованія докладчика проливаютъ свѣтъ въ темную до сего область.—въ область ученія о параличахъ мочевого пузыря. Безотрадно смотрѣли хирурги на исходъ паралича мочевого пузыря, но теперь докладчикъ даетъ примѣры приспособленія природы, при помощи которыхъ организмъ можетъ справиться съ болѣзнію, такимъ образомъ хирурги теперь могутъ надѣяться на благопріятные исходы подобныхъ случаевъ, если удастся устранить инфекцію.

Проф. Н. М. Поповъ склоненъ объяснять разницу въ исходахъ клиническихъ наблюденій и лабораторныхъ изслѣдованій разницей въ анатомическомъ устройствѣ мочевого аппарата у чловѣка и животнаго.

Въ административномъ засѣданіи, разсматривался Уставъ Союза Невропатологовъ и психіатровъ и сдѣлано постановленіе: принять проектъ, но словъ «Въ память С. С. Корсакова» не вносить, о чемъ и сообщить проф. Роту.

## Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и библіотеку Общества:

- 1) В. В. Воробьевъ. Наружное ухо человека. Труды Антропологич. отдѣла. Т. XX.
- 2) И. К. Хмѣлевскій. Лѣчение сифилитическихъ поражений спинного мозга на Куляницкомъ лиманѣ. Москва 1901 г.
- 3) Н. Н. Боженовъ. Болѣзнь и смерть Гоголя. Москва 1902 г.
- 4) Прив.-доц. Вл. Сербскій. Къ вопросу о раннемъ слабоуміи (dementia praecox).
- 5) Вл. Сербскій. Къ характеристики научнаго значенія Сергѣя Сергѣевича Корсакова.
- 6) Д-ръ В. А. Будзинскій. Анапа, курортъ морскихъ купаній.
- 7) S. Soukhawoff. Contribution à l'étude de la maladie de Korsakoff.

# Объявленія.

На 1902 годъ

(десятый годъ изданія).

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЬ

## „НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“.

Органъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. БЕХТЕРЕВА и проф. Н. М. ПОПОВА.

Въ 1902 году «Неврологическій Вѣстникъ» будетъ издаваться Обществомъ по прежней программѣ и выходитъ по прежнему періодически четырьмя книжками въ годъ въ увеличенномъ объемѣ (болѣе 60 печатныхъ листовъ).

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА НА ГОДЪ 6 РУБ.

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

Издание К. Л. РИККЕРА, въ С.-Петербургѣ. Невскій пр., 14.

Открыта подписка на 1902 годъ.

(Седьмой годъ изданія).

# ОБОЗРѢНІЕ ПСИХІАТРИИ, НЕВРОЛОГИИ

И

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ.

Ежемесячный журналъ, посвященный неврологіи, невропатологіи, психіатріи, электротерапіи, хирургіи нервной системы, гипнотизму 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 современное ознакомленіе его читателей съ успѣхами и развитіемъ этихъ отраслей знанія. Въмѣ вопросовъ, имѣющихъ важное практическое значеніе и между прочимъ терапіи нервныхъ и душевныхъ болѣзней, будетъ отведено въ «Обозрѣніи» надлежащее мѣсто.

Журналъ выходитъ по слѣдующей программѣ:

1. 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 корреспонденція. IV. Критическія статьи, отзывы, рецензіи и библиографія. V. Хроника, новости и смѣсь. VI. Біографія и неврологи. VII. 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 редакція открыта по вторникамъ и пятницамъ съ 11—12 ч. дня. Письма

касающіяся благоустройства неврологическихъ и психіатрическихъ учреждений и корреспонденціи бытового характера, какъ матеріалъ для хроники, покорнѣйше просятъ адресовать на имя секретаря редакціи д-ра П. А. Останкова (СПВ. Выб. ст., Клиника душевныхъ болѣзней). Статьи, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ, авторамъ же по начатіи предоставляется 25 экземпляровъ отдѣльныхъ оттисковъ бесплатно. О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, будетъ издано заявленіе въ одномъ изъ ближайшихъ номеровъ журнала. По всемъ хозяйственнымъ вопросамъ (высылка гонорара, отдѣльныхъ оттисковъ, неполученныхъ МЖ, приемъ 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 всехъ извѣстныхъ книгопродавцевъ. Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города; такъ и съ доставкой въ Петербургѣ—9 руб.; на полгода—4 руб. 50 коп. на 3 мѣсяца—2 руб. 25 коп. Экземпляры «Обзрѣнія» за 1896, 1897, 1898, 1899, 1900 и 1901 года можно приобретать у издателя по 9 рублей за годъ.

Редакторъ Акад. В. М. Бехтеревъ.

Секретарь д-ръ П. А. Останковъ.

---

Принимается подписка на 1902 годъ

(13-й годъ изданія)

НА

**БОЛЬНИЧНУЮ ГАЗЕТУ БОТКИНА.**

выходящую еженедѣльно въ объемѣ 2—3 листовъ,  
подъ редакціей проф. М. М. Волкова и прив.-доц. Н. Я. Кетчера  
и при ближайшемъ участіи д-ра В. М. Бородулина, доц. Е. С. Боткина,  
Проф. С. С. Боткина, д-ра И. А. Дмитріева, д-ра А. А. Нечаева, проф. Г. П.  
Павлова, проф. В. Н. Сиротинина, доц. Г. А. Смирнова и д-ра А. А. Троянова.

Съ 1897 г. газета издается въ увеличенномъ объемѣ и по значительно расширенной программѣ, отвѣчая по своему характеру большимъ еженедѣльнымъ медицинскимъ иностраннымъ изданіямъ. Съ наступающаго 1902 года, желая сдѣлать газету болѣе доступной, редакція нашла возможнымъ, не измѣняя объема изданія, понизить подписную цѣну до шести рублей въ годъ. Программа газеты сохранитъ свой прежній характеръ

по отдѣлу больничнаго и общественно-санитарнаго дѣла въ Россіи и за границей, посвящаемый выясненію возникающихъ вопросовъ общественной медицины, будетъ подвергнутъ дальнѣйшему преобразованію и расширенію. Завѣдываніе этимъ отдѣломъ, а равно соприкасающимся съ нимъ отдѣломъ обзорнѣя текущихъ событій медицинской жизни принялъ на себя бывшій редакторъ «Общественно-санитарнаго Обзорнѣя», завѣдующій санитарнымъ бюро С.-Петербургской Губернской Земской Управы д-ръ П. А. Дмитріевъ; отдѣлъ будетъ заключать въ себѣ самостоятельныя статьи по вопросамъ врачебно-санитарнаго дѣла въ земствахъ и думахъ, обзоры его устройствъ въ разныхъ мѣстностяхъ и городахъ, отчеты о сѣздахъ врачей и т. п., статьи и обзоры по вопросамъ больничнаго быта, ухода за больными и т. п.

Такимъ образомъ программа газеты въ 1902 г. будетъ заключать въ себѣ слѣдующіе отдѣлы:

I. Оригинальныя статьи по всѣмъ отраслямъ теоретической и практической медицины и соприкасающихся съ ней наукъ.

II. Больничное и общественно-санитарное дѣло въ Россіи и за границей.

III. Систематизированные рефераты и обзорнѣя главнѣйшихъ произведеній русской и иностранной медицинской литературы.

IV. Корреспонденціи.

V. Отчеты о больничныхъ совѣщаніяхъ по научному отдѣлу, о засѣданіяхъ медицинскихъ обществъ, о медицинскихъ сѣздахъ, о диспутахъ Военно-Медицинской Академіи и медицинскихъ факультетовъ Имперіи. Газета печатаетъ официальные протоколы засѣданій Общества русскихъ Врачей, Общества Больничныхъ Врачей и Общества Дѣтскихъ Врачей въ С.-Петербурѣ.

VI. Критика и библиографія.

VII. Обзорнѣя текущихъ событій медицинской жизни; мелкія сообщенія; свравочныя свѣдѣнія; данныя о движеніи больныхъ въ С.-Петербуржскихъ больницахъ, сообщаемыя Спб. статистическимъ бюро.

Подписная цѣна: за годъ съ доставкой 6 руб., за полгода съ доставкой 3 р.

Подписка принимается въ магазинѣ книгъ и учебныхъ пособій Н. Н. Морера подъ фирмою Н. Фену и К<sup>о</sup> (С.-Петербургъ, Невскій просп., 90—92, телефонъ № 1323) и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Для ознакомленія съ газетой отдѣльныя №№ можно приобрѣтать по 20 к. въ книжномъ магазинѣ Н. Н. Морера.

---



# РУССКІЙ ВРАЧЪ,

органъ основанный въ память В. А. Манасеина

подъ редакціею

проф. В. В. Подвысоцкаго. и д-ра С. В. Владиславлева.

## ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

1) Статьи оригинальныя и переводныя по вѣмъ отраслямъ теоретической и клинической медицины, а также общественной и частной гигиены, съ рисунками и таблицами.

2) Статьи по вопросамъ врачебнаго быта.

3) Рефераты о заграничныхъ и русскихъ работахъ по вѣмъ отраслямъ медицины.

4) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, о докторскихъ диспутахъ и вообще о вѣхъ событіяхъ, касающихся врачей.

5) Письма изъ главнѣйшихъ западно-европейскихъ культурныхъ центровъ о состояніи медицинскихъ и врачебныхъ вопросовъ въ иностранныхъ государствахъ.

6) Рецензіи и бібліографія русскихъ и иностранныхъ книгъ по медицинѣ и гигиенѣ.

7) Корреспонденціи, письма въ редакцію, касающіяся вопросовъ врачебнаго быта.

8) Мелкія извѣстія, новости, слухи и т. д., касающіяся врачебныхъ вопросовъ.

9) Жизнеописанія и некрологи съ портретами выдающихся лица на поприщѣ медицины.

10) Списокъ защищенныхъ диссертацийъ въ русскихъ медицинскихъ факультетахъ.

11) Служебныя назначенія и перемѣшенія врачей по военному и по гражданскому вѣдомствамъ.

12) Приложение: Краткое содержаніе текущей литературы за истекающія недѣли и мѣсяцы.

Срокъ выхода журнала въ свѣтъ еженедѣльный.

Подписная цѣна, съ доставкой и пересылкою, на годъ 9 рублей.

«Русскій Врачъ» будетъ придерживаться тѣхъ-же принциповъ, которыми руководился покойный редакторъ «Врача». Но, сохраняя въ общемъ характеръ «Врача», новый органъ расширяетъ его программу введеніемъ нѣсколькихъ новыхъ отдѣловъ, изъ коихъ Письма изъ запада и Краткое содержаніе текущей журнальной литературы представляетъ особенный интересъ.

Рукописи статей и писемъ въ редакцію, а также отдѣльныя оттиски и книги, предназначаемыя для «Русскаго Врача» просить присылать одному изъ редакторовъ его или проф. В. В. Подвысоцкому (Одесса, Университетъ) или д-ру С. В. Владиславлеву (С.-Петербургъ, Ивановская, № 4).

Подписка принимается въ книжномъ магазинѣ О. А. Риккеръ въ С.-Петербургѣ (Невскій, 14), а также во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

1902. ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА НА ГОДЪ П.

## Журналъ Невропатологіи и Психіатріи

И МЕНИ С. С. КОРСАКОВА,

издаваемый Обществомъ Невропатологовъ и Психіатровъ при  
Императорскомъ Московскомъ Университетѣ,

выходить 6 разъ въ годъ выпусками въ 10—12 листовъ.

Подписная цѣна на годъ съ пересылкой и доставкой—  
10 руб. За границу—12 руб.

Подписка принимается въ конторѣ редакціи: Москва,  
Дѣвичье поле, Клиника Нервныхъ Болѣзней.



ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1902 ГОДЪ

2-й годъ изданія.

Н А

## „Казанскій Медицинскій Журналъ“.

органъ Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ,

издаваемый подъ редакціей предсѣдателя Общества

Проф. Л. О. Даршевича.

Журналъ посвящается русскимъ работамъ по всеѣмъ отраслямъ теоретической и практической медицины.

Программа журнала: I. оригинальныя статьи, II. рефераты лучшей литературы, III. годовые обзоры литературы по спеціальностямъ, IV. отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, съѣздовъ и вторскихъ диспутахъ въ Казанскомъ Университетѣ, V. отчеты еничныхъ учреждений, VI. корреспонденціи, VII. рецензіи, VIII. біографія, IX. письма въ редакцію, X. некрологъ, XI. хроника и мелкія извѣстія.

Срокъ выхода: ежемѣсячно, исключая Іюня и Іюля (двойныя книжки въ Маѣ и Августѣ).

Подписная цѣна для не членовъ Общества **5 руб. въ годъ.**

Подписка принимается въ бібліотекѣ Общества (Казань. Университетъ) и въ Книжномъ Магазиנѣ Бр. Башмаковыхъ (Казань. Пассажъ).

Объявленія принимаются въ Книжномъ Магазиנѣ Братьевъ Башмаковыхъ.

Рукописи для помѣщенія въ Журналѣ направляются по адресу: Казань. Университетъ. Общество врачей, въ редакцію „Казанскаго Медицинскаго Журнала“.

# Подписка на 1902 годъ на журналъ „ДЪЯТЕЛЬ“.

СЕДЬМОЙ ГОДЪ ИЗДАНИЯ

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

- |   |  |
|---|--|
| <p>1) Правительственныя распоряженія.<br/>2) Статьи литературнаго, экономическаго, гигиеническаго, педагогическаго и медицинскаго содержанія.<br/>3) Повѣсти, разсказы, стихотворенія и другія статьи бытоваго, нравственнаго и историческаго содержанія.<br/>4) Письма изъ провинцій.<br/>5) Свѣдѣнія, полезныя въ жизни.<br/>6) Изъ жизни и печати.</p> | <p>7) Свѣдѣнія о дѣятельности благотворительныхъ учреждений.<br/>8) Борьба съ пьянствомъ въ Россіи и другихъ странахъ.<br/>9) Свѣдѣнія о дѣятельности Обществъ Трезвости въ Россіи и за границею.<br/>10) Протоколы Казанскаго Общества Трезвости.<br/>11) Критика и библиографія.<br/>12) Объявленія.</p> |
|---|--|

*Подписная цѣна, только за полный годъ, 2 рублия.*

Журналъ за 1897 годъ допущенъ Ученымъ Комитетомъ Министер. Народ. Просвѣщ. въ бесплатныя народныя библіотеки и читальни.

Выписывающіе за 1897, 1898, 1899, 1900, 1901 годы платятъ 10 рублей;

Адресъ редакціи (Казань, Типографія Университета).

*Черезъ редакцію журнала „ДЪЯТЕЛЬ“ можно приобрѣтать книги допущенныя Ученымъ Комитетомъ для бесплатныхъ народныхъ читаленъ и народныхъ чтеній:*

- |  |            |
|--|------------|
| Царь-Освободитель, преобразователь и просвѣтитель Россіи, Императоръ Александръ II. Изд. 3-е. Проф. А. И. Александрова . . . . .           | » р. 20 к. |
| Отчего гибнутъ люди. Вино-ядъ. Защитникамъ умѣреннаго употребленія вина. Русскимъ матерямъ. За сотню . . . . .                             | 2 р. » к.  |
| Слова отца Іоанна Ильича Сергіева противъ пьянства. За сотню . . . . .   | 1 р. » к.  |
| Вино для человѣка и его потомства—ядъ. За сотню . . . . .  | 2 р. » к.  |
| Въ защиту вина . . . . .   | » р. 20 к. |
| Всѣмъ мѣрно должно удалаться отъ пьянства. Епископа Воронежскаго Тахона. За сотню . . . . .  | 1 р. » к.  |
| О пьянствѣ и его вредныя послѣдствія. П. Максименко . . . . .  | » р. 10 к. |
| Спиртныя напитки, какъ располагающая причина къ равнаго рода заболѣваніямъ человѣка. Проф. И. М. Догеля. (Одобр. Ученымъ Комит.) . . . . . | » р. 40 к. |
| Высокопресвященнѣйшій Владиміръ (некрологъ), съ портретомъ. Проф. А. И. Александрова . . . . .   | » р. 10 к. |
| Возможно-ли прекращеніе пьянства? Проф. И. М. Догеля . . . . .   | » р. 20 к. |
| Время, какъ, лекарство. Его же . . . . .   | » р. 20 к. |
| Знаніе и довѣріе какъ лекарство. Его же . . . . .  | » р. 30 к. |
| Исторія Казани. К. Ф. Фукса . . . . .  | » р. 50 к. |
| Простое руководство къ разумному пчеловодству, съ рисунками Свящ. В. И. Веселицкаго (Одобр. Учен. Комит.) . . . . .                        | » р. 30 к. |
| Письма С. А. Рачинскаго духовному юношеству о трезвости . . . . .  | » р. 30 к. |
| Развалины Болгаръ и древніе Болгары. Турнерелли . . . . .  | » р. 50 к. |
| Добрыя души. Е. Ф. Сосуцова . . . . .  | » р. 40 к. |
| Обиженные дѣти. І. Михаила . . . . .   | » р. 50 к. |

Редакторъ-издатель А. Соловьевъ.

# УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

ИМПЕРАТОРСКАГО КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

НА 1902 ГОДЪ.

Въ ученыхъ Запискахъ помѣщаются:

I. Въ отдѣлѣ наукъ: ученые изслѣдованія профессоровъ и преподавателей; сообщенія и наблюденія; публичныя лекціи и рѣчи; отчеты по научнымъ командировкамъ и извлеченія изъ нихъ; научныя работы студентовъ, а также рекомендованныя факультетами труды постороннихъ лицъ.

II. Въ отдѣлѣ критики и библіографіи: профессорскія рецензіи на магистерскія и докторскія диссертаціи, представляемыя въ Казанскій университетъ, и на студентскія работы, представляемыя въ Россіи и за границей книгахъ и сочиненіяхъ по всѣмъ отраслямъ знанія; библіографическіе отзывы и замѣтки.

III. Университетская лѣтопись: извлеченія изъ протокола засѣданій Совѣта; отчеты о диспутахъ, статьи, посвященныя обзорѣнню коллекцій и состоянію учебно-вспомогательныхъ учрежденій при университетѣ, біографическіе очерки и некрологи профессоровъ и другихъ лицъ, стоявшихъ близко къ Казанскому университету, обзорѣнія преподаванія распределенія лекцій, актовъ отчетъ и проч.

IV. Приложенія: университетскіе курсы профессоровъ и преподавателей; памятники историческіе и литературные съ научными комментаріями и памятники, имѣющіе научное значеніе и еще не обнародованные.

Ученыя Записки выходятъ ежемѣсяльно книжками въ размѣрѣ не менѣе 13 листовъ, не считая извлеченій изъ протоколовъ и особыхъ приложеній.

Подписная цѣна въ годъ со всѣми приложеніями 6 руб., съ пересылкою 7 р. Отдѣльныя книжки можно получать изъ редакціи по 1 руб. Подписка принимается въ Правленіи университета.

Редакторъ *Θ. Мищенко.*

## Рефераты по психіатріи и невропатологіи.

Труды съѣзда врачей въ Гамбургѣ: Schuster. Къ леченію конвульсій у дѣтей.—210. Maas. Обь измѣненіяхъ центральной нервной системы послѣ перевязки сосудовъ щитовидной железы.—210. A. Friedländer. Aphasia и dementia.—210. Ernst Emil Moravcsik. Ueber die Frühsymptome der progressiven Paralyse.—211. D-r. M Lannois. Наблюденіе надъ грудью истерички. . . . .	219.
Хроника и смѣсь. . . . .	220.
Протоколы Общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ . . . . .	230.
Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и бібліотеку Общества. . . . .	243.
Объявленія.	



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

Предсѣдатель Н. Поповъ

# „НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

О Р Г А Н Ъ

общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева и проф. Н. М. Попова.

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. Отдѣльныя 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 физиологіи и психологіи.

**ПРОГРАММА:** оригинальныя статьи и лекціи по всемъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературные обзоры, рефераты и рецензіи, относящіеся къ тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, дѣлопосъ О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается *въ редакціи* (Казань, Университетъ психо-физиологическая лабораторія) и во всехъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всеми разсчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльныхъ выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приему помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться *въ редакцію* (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ» просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней) или проф. Н. М. Попова (Казань, Университетъ, психо-физиологич. лабор.). Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя председателя (Казань, проф. Н. М. Попову). Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распредѣленіе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условій, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи получаютъ 50 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 г. по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи В. Н. Образцовъ.