

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 **Х**, вып. **З**.

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

Д. Подумордвиновъ. Объ отношеніи между возбудимостью и проводимостью нервовъ.

В. В. Николаевъ. Къ вопросу о сосудодвигателяхъ легкихъ лягушки.

В. Нарбутъ. Электрическая возбудимость мышцъ у новорожденныхъ въ связи со строеніемъ мышцъ и нервныхъ волоконъ. (Окончаніе).

А. Е. Янишевскій. Къ вопросу о дѣйствиіи брюшного тифа на нервную систему. (Случай множественнаго пораженія съ разстройствомъ рѣчи).

Н. М. Поповъ. Болѣзнь Marie (акромегалія).

Б. И. Воротынскій. Медико-хозяйственный отчетъ по Психіатрическому Отдѣленію (съ колоніей) Одесской Городской больницы за 1901 годъ. (Окончаніе).

Критика и библіографія.

Рефераты по психіатріи и невропатологіи.

Хроника и смѣсь.

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

Объявленія.

К а з а н ь.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1 9 0 2.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Стр.

Д. Полумордвиновъ. Объ отношеніи между возбудимостью и проводимостью нервовъ	1.
В. В. Николаевъ. Къ вопросу о сосудодвигателяхъ легкихъ лягушки	12.
В. Нарбутъ. Электрическая возбудимость мышцъ у новорожденныхъ въ связи со строеніемъ мышцъ и нервныхъ волоконъ. (Окончаніе)	32.
А. Е. Янишевскій. Къ вопросу о дѣйствиі брюшнаго тифа на нервную систему. (Случай множественнаго пораженія съ разстройствомъ рѣчи)	64.
Н. М. Поповъ. Болѣзнь Marie (акромегалия)	77.
В. И. Воротынскій. Медико-хозяйственный отчетъ по Психиатрическому Отдѣленію (съ колоніей) Одесской Городской больницы за 1901 годъ. (Окончаніе).	107.

КРИТИКА И БИБЛІОГРАФІЯ.

Академикъ В. Бехтеревъ. Сифилисъ центральной нервной системы	170.
Д-ръ С. Д. Колотинскій. Хроническое отравленіе спорыньей и наблюдаемыя при немъ измѣненія въ центральной нервной системѣ у животныхъ.	171.



Объ отношеніи между возбудимостью и проводимостью нервовъ.

Приватъ-доцента Д. Полумордвинова.

(Предварительное сообщеніе).

Вопросъ объ отношеніи между возбудимостью и проводимостью нервовъ, принадлежащій къ числу основныхъ вопросовъ въ общей нервной физиологіи, долгое время считался рѣшеннымъ въ одномъ, опредѣленномъ смыслѣ. Это рѣшеніе можетъ быть сформулировано словами Германа, который говоритъ слѣдующее.

„Во время проведенія раздражительный процессъ постоянно повторяется; каждая частица нерва приходитъ въ одинаковое состояніе, все равно будетъ ли она приведена въ раздраженное состояніе раздражительнымъ процессомъ, распространяющимся вдоль нерва, или же внѣшнимъ раздраженіемъ, приложеннымъ непосредственно къ ней.... Нервная проводимость съ этой точки зрѣнія есть ничто иное, какъ преемственная передача раздраженія отъ частички къ частичкѣ, а потому можетъ быть принята, какъ уже нами много разъ и дѣлалось, за процессъ тождественный съ распоряженіемъ раздражительнаго процесса вдоль нерва. Непосредственно съ этимъ связано представленіе, что каждый раздраженный нервный элементъ дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на сосѣдніе, на подобіе внѣшняго раздражителя“.

Такого взгляда придерживаются и въ настоящее время многіе фізіологи.

Но приблизительно въ 70-хъ годахъ появился и началъ быстро развиваться другой взглядъ, который теперь вполне сформировался въ опредѣленную доктрину, борящуюся, и, надо сказать, не безъ успѣха, по крайней мѣрѣ, внѣшняго съ тѣмъ, что указаннымъ старымъ ученіемъ.

Сущность новаго взгляда сводится къ признанію за возбудимостью и проводимостью двухъ свойствъ нервовъ, независимыхъ другъ отъ друга, могущихъ измѣняться не только безъ всякаго параллелизма, но даже въ противоположныхъ направленіяхъ; по этому ученію, существуютъ состоянія нервовъ, когда одно изъ свойствъ, именно проводимость, измѣняется въ смыслѣ пониженія до полного исчезанія, между тѣмъ какъ возбудимость того же самаго участка нерва остается очень мало измѣненной, и даже въ нѣкоторыхъ случаяхъ повышенной.

Мои собственныя изслѣдованія, касающіяся вопроса о взаимномъ отношеніи этихъ двухъ основныхъ свойствъ нервовъ, далеко еще не закончены; въ послѣднее время я долженъ былъ ихъ прервать и перенести на осень, такъ какъ работа на нервахъ перезимовавшихъ лягушекъ, какъ извѣстно, связана съ вмѣшательствомъ различнаго рода осложняющихъ вліяній, могущихъ затемнить истинный смыслъ наблюдаемыхъ явленій. Въ настоящее время я позволяю себѣ предложить вниманію общества нѣкоторыя соображенія, касающіяся тѣхъ фактовъ, которые положены въ основу ученія о раздѣльности проводимости и возбудимости нервовъ.

Всѣ изслѣдованія, довольно многочисленныя, говоряція за независимость проводимости отъ возбудимости, дали результаты, которые, въ сущности, сводятся къ двумъ фактамъ.

Первый фактъ, представляющій собою чрезвычайно рѣзко выраженное явленіе, которое наступаетъ съ большимъ постоянствомъ, и потому легко поддается провѣркѣ, добытъ опытами съ вліяніемъ на нервъ алкоголя, ээира, хророформа и

нѣкот. другихъ веществъ. (Czpilmann и. Luchsinger, Gad и. Sawyer, Efron, Piotrovsky, и др.). За типъ изслѣдованій этого рода я приведу опыты съ этильнымъ алкоголемъ; подъ вліяніемъ его явленіе, о которомъ будетъ рѣчь, наступаетъ съ большей легкостью, почему алкоголь и употреблялся всего чаще для данной цѣли.

Берутъ лягушечью лапку съ отпрепарованнымъ сѣдалищнымъ нервомъ; часть нерва помѣщаютъ въ камеру, состоящую изъ стеклянной трубочки, сообщающейся съ резервуаромъ для алкоголя; оба отверстія трубочки замазываются каолиномъ, смѣшаннымъ съ фізіологическимъ растворомъ паваренной соли. До введенія алкоголя опредѣляется возбудимость нерва въ двухъ пунктахъ: въ части нерва, помѣщающейся въ камерѣ, и въ центральномъ отрѣзкѣ нерва; возбужденіе, въ послѣднемъ случаѣ, прежде чѣмъ дойти до периферическаго отрѣзка нерва и мышцы, пройдетъ черезъ участокъ нерва, на которомъ должно сказаться дѣйствіе алкоголя. Когда возбудимость опредѣлена, вводятъ алкоголь, обыкновенно разведенный, (при другой постановкѣ пропускаютъ воздухъ съ парами алкоголя) и трубочку, служащую для введенія алкоголя также замазываютъ.

Слѣдя чрезъ опредѣленные промежутки времени за состояніемъ возбудимости въ обоихъ указанныхъ пунктахъ, находятъ, что нерѣдко въ началѣ дѣйствія алкоголя возбудимость и тутъ и тамъ растетъ; но это повышеніе бываетъ не всегда, и, если оно имѣется, то оно незначительно и непродолжительно; затѣмъ возбудимость начинаетъ падать и быстро, внезапно даже, въ чемъ согласны всѣ авторы, развивается слѣдующее очень характерное явленіе: раздраженіе всякой силы, напр. при надвинутыхъ катушкахъ, приложенное къ центральному концу, остается безъ эффекта, мышца не сокращается, между тѣмъ какъ при раздраженіи части нерва, подвергнутой дѣйствію алкоголя, эффектъ не исчезаетъ; возбудимость въ этомъ пунктѣ чаще всего бываетъ нѣсколько по-

ниженной, но иногда, согласно показаніямъ Sawyer'a, Piotrowsky, Gad'a, она является повышенной.

Отсюда было выведено заключеніе, что нервъ, подъ вліяніемъ алкоголя, сохранивъ свою возбудимость, теряетъ способность проводить возбужденія, доходящія до него съ центрального отрѣзка нерва. Само собою разумѣется, что опытъ, истолкованный такимъ образомъ, можетъ быть употребленъ лишь какъ несомнѣнное доказательство раздѣльности обоихъ свойствъ нерва проводимости и возбудимости.

Эти опыты были мною повторены. Прежде чѣмъ перейти къ ихъ изложенію, я долженъ указать на одинъ темный пунктъ, имѣющійся въ выводѣ, сдѣланномъ на основаніи опытовъ съ алкоголемъ, хлороформомъ и пр. Раздраженіе центрального конца сильными токами, при надвинутыхъ катушкахъ саннаго аппарата и одномъ элементѣ Даніэля въ цѣпи, не доходитъ до мышцы, между тѣмъ какъ часть нерва, подвергнутая дѣйствию одного изъ указанныхъ веществъ, сохранила свою возбудимость. Последнее выраженіе обозначаетъ, что при раздраженіи нерва въ какомъ-нибудь пунктѣ измѣненнаго участка, наступаетъ мышечное сокращеніе. Но вѣдь этотъ фактъ указываетъ на сохраненіе не только возбудимости, но и *проводимости* нерва, потому что какимъ же образомъ возбужденіе, начавшись на мѣстѣ приложенія раздражителя, достигнетъ до периферическаго, нормальнаго участка нерва, если лежащій на пути измѣненный кусокъ нерва уже не въ состояніи проводить возбужденія? Да и говоря вообще, какъ можемъ мы судить о возбудимости нерва, разъ онъ лишенъ проводимости?

Толкованіе, данное описаннымъ опытамъ, я принужденъ считать совершенно непонятнымъ. Значеніе ихъ сводится, по моему мнѣнію, къ признанію факта, что нервъ, подвергшійся дѣйствию алкоголя, и сохранившій свою возбудимость и проводимость, не въ состояніи тѣмъ не менѣе передавать возбужденія, идущія съ центрального конца, даже вызванныя дѣйствиемъ сильнѣйшаго раздражителя. Какимъ же образомъ

связать эти два явленія? Отвѣтъ на этотъ вопросъ я поступаю дать на основаніи своихъ опытовъ.

Помимо того, я не могъ не обратить вниманія на тѣ противорѣчія, какія имѣются въ литературѣ относительно состоянія возбудимости части нерва, подвергающейся дѣйствію алкоголя, въ моментъ, когда раздраженія центрального конца перестаютъ вызывать сокращеніе мышцъ. По мнѣнію однихъ, какъ я только что указывалъ, потеря проводимости можетъ наблюдаться даже тогда, когда возбудимость нерва повышена, по мнѣнію другихъ, подобнаго состоянія не наблюдается: потеря проводимости во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ связана съ пониженіемъ возбудимости изслѣдуемаго участка нерва. Въ скоромъ времени я убѣдился, что результатъ существеннѣйшимъ образомъ зависитъ отъ того, въ какомъ пунктѣ измѣненнаго алкоголемъ участка нерва опредѣляется возбудимость.

Я изслѣдовалъ возбудимость участка нерва, длиною около 3 сант., подвергаемаго дѣйствію алкоголя, въ трехъ пунктахъ. Опредѣливъ ее съ помощью размыкательныхъ ударовъ всегда одного направленія, (я бралъ восходящее направленіе), я вводилъ въ камеру алкоголь различныхъ разведеній. Начиная съ того момента, когда раздраженіе центрального конца при надвинутыхъ катушкахъ перестало вызывать мышечное сокращеніе, въ возбудимости трехъ пунктовъ нерва происходило измѣненіе, обнаруживавшее строгую опредѣленность: въ пунктѣ, лежащемъ около центрального конца она очень сильно падала, доходя при продолжающемся дѣйствіи алкоголя до 0, въ среднемъ пунктѣ пониженіе было менѣе значительно, и всего болѣе сохранялась возбудимость въ третьемъ пунктѣ около периферическаго отрѣзка нерва, оставаясь всетаки пониженной.

Принимая во вниманіе то обстоятельство, что возбудимость во всѣхъ пунктахъ должна претерпѣть одни и тѣже измѣненія, такъ какъ по отношенію къ дѣйствію алкоголя указанные пункты находятся въ однихъ и тѣхъ же условіяхъ, я заключаю, что подъ вліяніемъ алкоголя произошли какія-то нарушенія въ проводимости нерва.

Если мы будемъ изслѣдовать средній пунктъ и подыщемъ такую силу раздраженія, при которой наступаетъ минимальное сокращеніе мышцы, то мы легко убѣдимся, что найденная сила тока не пригодна ни для периферическаго пункта, ни для центральнаго; въ первомъ случаѣ она окажется слишкомъ большой и вызоветъ уже не минимальный эффектъ, а во второмъ—недостаточной.

Между тѣмъ разница въ условіяхъ при раздраженіи всѣхъ пунктовъ сводится лишь къ неодинаковой длинѣ измѣненныхъ алкоголемъ отрѣзковъ нерва, которые предстоитъ въ каждомъ случаѣ пройти возбужденію отъ мѣста раздраженія до периферической неизмѣненной части нерва. Отсюда я заключаю, что возбужденіе, соотвѣтствующее опредѣленной силѣ раздраженія, въ состояніи пройти лишь черезъ опредѣленной же длины участокъ, причемъ, проходя этотъ послѣдній, оно претерпѣваетъ постоянное угасаніе; далѣе оно окончательно гаснетъ; если сила раздраженія уменьшится, то пунктъ угасанія приблизится къ мѣсту раздраженія, если, напротивъ, она увеличится, то длина приходимаго возбужденіемъ участка нерва возрастетъ; говоря болѣе обще, чѣмъ длиннѣе часть нерва, измѣненная алкоголемъ, тѣмъ большей силы требуется раздраженіе, чтобы вызвать мышечное сокращеніе.

Съ этой точки зрѣнія становится понятнымъ указанное разногласіе въ опредѣленіи возбудимости въ моментъ потери проводимости.

Все зависитъ отъ того, въ какомъ пунктѣ опредѣлялась возбудимость. Не будучи еще знакомъ съ постановкой опытовъ Sawyer'a и др., находившихъ повышенную возбудимость нерва при полной потерѣ проводимости, я предположилъ, что они измѣряли возбудимость въ части нерва, очень близко лежащей къ периферическому, неизмѣненному участку нерва; и въ дѣйствительности оказалось, что они помѣщали внутренніе электроды вплоть около конца камеры, обращеннаго къ мышцѣ¹⁾.

¹⁾ При этихъ условіяхъ кромѣ того весьма трудно быть увѣреннымъ въ отсутствіи вмѣшательства петель тока.

Итакъ, я говорилъ, что раздраженіе, приложенное въ среднемъ пунктѣ, способное вызвать минимальное сокращеніе мышцы, перенесенное на центральный пунктъ не обнаружить теперь никакого дѣйствія; но это не значитъ, что въ данномъ случаѣ возбужденіе не возникаетъ; оно возникаетъ и распространяется по нерву, но лишь на прежней длины участіѣ; но такъ какъ теперь часть нерва, лежащая между раздражающими электродами и периферическимъ отрѣзкомъ нерва, удлинилась, то возбужденіе гаснетъ не дойдя до этого послѣдняго. За это говорить слѣдующій опытъ.

Я отпрепаровывалъ сѣдалищный нервъ и одну изъ вѣтокъ отходящую въ верхнемъ его отдѣлѣ и направляющуюся къ мышцамъ; вмѣстѣ съ вѣткой, отпрепарованной по возможности на большемъ протяженіи, я вырѣзалъ часть мышцъ.

Помѣстивъ нервъ въ параффиновую камеру и выведя наружу нервную вѣтку съ кусочкомъ мышцъ, которыя я помѣщалъ на стеклянную платформочку, придѣланную сбоку камеры, я закрывалъ эту послѣднюю стеклянной крышкой и замазывалъ всѣ отверстія и щели каолиномъ. Затѣмъ находилъ минимальныя силы тока, при которыхъ получаютъ сокращенія мышцъ лапки и вырѣзанныхъ мышцъ; обыкновенно находимыя силы раздраженія были очень близки. Введя въ камеру алкоголь, я слѣдилъ обычнымъ порядкомъ за сокращеніемъ тѣхъ и другихъ мышцъ.

Оказалось, что въ то время, когда раздраженіе центрального конца при надвинутыхъ катушкахъ не вызывало уже сокращенія мышцъ лапки, въ вырѣзанныхъ мышцахъ наблюдалось сокращеніе при разстояніи спиралей около 200 мил., а при 100 мил. къ размыкательному сокращенію присоединялось и замыкательное. При дальнѣйшемъ дѣйствіи алкоголя сокращеніе исчезало и здѣсь. Такимъ образомъ, нервъ, подвергнутой дѣйствію алкоголя, обнаруживаетъ измѣненіе своихъ свойствъ, выражающееся между прочимъ тѣмъ, что возбужденіе, распространяющееся по нерву, гаснетъ по его длинѣ; въ нормальныхъ нервахъ такого явленія не наблюдается: здѣсь возбужденіе идетъ по нерву безъ замѣтнаго уменьшенія; существуетъ

въ этомъ отношеніи даже противоположный взглядъ. Сопоставляя оба указанные опыта, я считаю себя въ правѣ утверждать, что въ тѣхъ случаяхъ, когда раздраженіе центрального конца не вызываетъ сокращенія мышцъ лапки, въ участкѣ нерва, измѣненномъ подѣ вліяніемъ алкоголя, процессы возбужденія тѣмъ не менѣе развивается; возбужденіе распространяется, постепенно угасая, на участокъ нерва извѣстной длины, которая бываетъ различна въ зависимости отъ силы раздраженія. Здѣсь дѣло идетъ *объ измѣненіи проводящей способности нерва, но не о потерѣ ея.*

На основаніи приведенныхъ фактовъ, я прихожу къ заключенію, что опыты съ алкоголемъ, а слѣдовательно и другими веществами, обнаруживающіе одновременное измѣненіе обоихъ основныхъ свойствъ нервовъ, не могутъ быть употреблены въ качествѣ доказательства независимости проводимости и возбудимости.

Второй фактъ, лежащій въ основѣ разбираемаго ученія, добытъ опытами съ углекислотой, произведенными впервые „Грюнгагеномъ; позднѣе къ нимъ присоединились изслѣдованія съ окисью углерода.

Часть нерва, подвергнутая дѣйствію углекислоты, обнаруживаетъ замѣтное пониженіе возбудимости, въ то время какъ она проводитъ возбужденія, возникающія въ центральномъ концѣ нерва при прежней силѣ раздраженія.

Собственно говоря, подобные опыты имѣли бы значеніе неопровержимаго доказательства въ пользу раздѣльности обоихъ свойствъ нерва, если бы они могли установить фактъ полной потери возбудимости при сохраненной проводимости. Подобнаго явленія однако до сихъ поръ не наблюдалось и еще вопросъ, возможно ли такое состояніе. Въ послѣдніе годы, правда, было сдѣлано указаніе Герценомъ, но самъ авторъ въ слѣдующихъ работахъ абсолютную невозбудимость долженъ былъ замѣнить терминомъ „относительной“, что совершенно измѣняетъ дѣло. При той постановкѣ, которая примѣнялась въ группѣ соотвѣствующихъ работъ, когда изслѣдованіе

ограничивалось исключительно качественной стороной явления, результаты опытовъ не приобрѣли сколько-нибудь достаточной убѣдительности. И дѣйствительно, если часть нерва съ пониженной возбудимостью оказывается способной проводить возбужденія, вызванныя болѣ слабыми раздраженіями, съ центральнаго конца, прежде всего возникаетъ вопросъ, не имѣется ли здѣсь дѣло съ уменьшеніемъ скорости проведенія; въ въ послѣднемъ случаѣ опытъ не только не говоритъ хоть самымъ отдаленнымъ образомъ за раздѣльность возбудимости и проводимости, но долженъ быть употребленъ противъ признанія такого взгляда, какъ доказывающій параллелизмъ между указанными свойствами нерва.

Подобнаго рода опыты должны быть непременно связаны съ мѣрительными приѣмами изслѣдованія.

Въ работѣ Піотровскаго мы имѣемъ единственное изслѣдованіе, гдѣ были сдѣланы опредѣленія скорости проведенія до и послѣ дѣйствія алкоголя и углекислоты.

Къ сожалѣнію, въ этой работѣ было несоблюдено одно основное правило, указанное еще Гельмгольцемъ, какъ обязательное для всѣхъ опредѣленій, производимыхъ въ данномъ направленіи, когда имѣютъ дѣло помимо нерва еще съ мышцей. Піотровскій производилъ измѣренія скорости проведенія слѣдующимъ образомъ. На нервно-мышечномъ препаратѣ онъ раздражалъ нервъ въ одномъ пунктѣ, причемъ начало раздраженія отмѣчалось сигналомъ Дергеа. Сокращеніе мышцы записывалось на Мареевскомъ барабанѣ; скорость движенія опредѣлялась, какъ обычно, камертономъ. Записавъ кривую при нормальныхъ условіяхъ, онъ подвергалъ часть нерва дѣйствию того или другого вещества, и снова получалъ кривую. Сравнивая соотвѣтствующія кривыя, онъ опредѣлялъ по общеизвѣстнымъ правиламъ скорость проведенія по нерву.

Промежутокъ времени, протекшій между началомъ раздраженія и подъемомъ кривой состоитъ изъ времени проведенія возбужденія по нерву и скрытаго періода раздраженія мышцы.

Само собою разумѣется, что лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ латентный періодъ мышцы остается однимъ и тѣмъ же, находимыя разницы въ началѣ подъема кривой указываютъ на различную скорость распространенія возбужденія по нерву. Латентный періодъ мышцъ однако измѣняется при различныхъ условіяхъ, какъ измѣненія температуры, утомленіе и, что имѣетъ особенно важное значеніе въ данномъ случаѣ, при раздраженіяхъ различной силы; чѣмъ выше мышечная кривая, тѣмъ, при равныхъ прочихъ условіяхъ, короче скрытый періодъ раздраженія. Поэтому-то Гельмгольцъ указалъ, что сравниваться могутъ лишь мышечныя кривыя одинаковой высоты; для этой цѣли приходится пользоваться или максимальными раздраженіями, или выбирать такія силы, при которыхъ съ обоихъ пунктовъ нерва получаютъ записи одной и той же высоты.

Приведенныя въ работѣ Піотровскаго мышечныя кривыя представляютъ громадныя различія въ высотѣ; полученныя послѣ дѣйствія алкоголя кривыя ниже сравниваемыхъ нормальныхъ въ 3 раза. При подобныхъ условіяхъ, измѣренія, произведенныя даже на одномъ и томъ же нормальномъ нервѣ, всегда обнаружатъ болѣе позднѣе поднятіе мышечной кривой въ одномъ случаѣ, именно въ томъ, гдѣ величины мышечнаго сокращенія окажется меньше; это запаздываніе будетъ имѣть въ своей основѣ не замедленіе проведенія по нерву ¹⁾, а удлинненіе латентнаго періода мышцы.

Паденіе скорости проведенія съ 23,9 метровъ на 1,44 метра, о которомъ говоритъ авторъ, имѣетъ своимъ происхожденіемъ именно это послѣднее условіе. Мои опредѣленія, произведенныя при помощи міографа Гельмгольца, говорятъ другое, какъ это видно на демонстрируемыхъ кривыхъ.

¹⁾ Существуетъ помимо того указанія, что при уменьшеніи силы раздраженія уменьшается и скорость проведенія по нерву.

Я имѣю въ виду при возобновленіи изслѣдованій воспользоваться маятниковымъ міографомъ Фикка, съ замѣной закопченной поверхности поверхностью другого свойства, позволяющей дѣлать гораздо болѣе точные отчеты. Детальное изложеніе опытовъ и взглядовъ, къ которымъ я пришелъ на основаніи включенія мѣрительныхъ приѣмовъ изслѣдованія, мною будетъ сдѣлано въ подробномъ сообщеніи.

Изъ фармакологической лабораторіи Казанскаго Университета.

Къ вопросу о сосудодвигателяхъ легкихъ лягушки.

Приватъ-доцента В. В. Николаева.

Въ Казанской фармакологической лабораторіи въ теченіе многихъ лѣтъ разрабатывается вопросъ о сосудодвигательныхъ нервахъ.

Д-ръ М. Сергѣевъ въ 1890 г. напечаталъ первое предварительное сообщеніе (*Къ ученію о кровообращеніи въ Membrana nictitans Ranae Esculentae. Вѣстникъ Естествознанія* № 1. 1891 г.), въ которомъ констатируетъ фактъ, что раздраженіе центральнаго отрѣзка п. ischiadici вызываетъ спазмъ сосудовъ въ Membrana nictitans той же стороны, а въ 1891 г. — второе предварительное сообщеніе подъ тѣмъ же заглавіемъ въ № 9 *Вѣстника Естествознанія*, гдѣ описываетъ продолженіе своихъ опытовъ, давшихъ въ концѣ концовъ возможность установить путь передачи раздраженія съ центральнаго отрѣзка п. ischiadici на сосуды Membranae nictitantis ranae esculentae. Съ бѣльшей полнотою результаты работы д-ра Сергѣева представлены въ статьѣ „Отношеніе нѣкоторыхъ спинномозговыхъ нервовъ къ кровообращенію въ membrana nictitans Ranae esculentae“. Кромѣ раздраженія п. ischiadici спазмъ сосудовъ Membranae nictitantis вызывается еще, по Сергѣеву, и раздраженіемъ центральнаго отрѣзка п. cruralis. Еще ранѣе проф. Догель (*Dogiel. Ueber*

den Einfluss des Ischiadicus und des Cruralnerven auf den Blutstrom in der Hinterextremität. Pflüger's Archiv. 1872) и Гумилевскій (Gumilewsky. Ueber den Einfluss der Muskelcontractionen d. Hinterextremität auf ihre Blut-circulation. Arch. f. Anat. und Physiol. 1886.) утверждали, что въ стволахъ сѣдалищнаго и бедреннаго нервовъ нѣтъ сосудосуживающихъ волоконъ для заднихъ конечностей. Егоровъ, напечатавшій въ Arch. f. Anat. und Physiol. 1890.— Ueber das Verhältniss des Sympaticus zur Kopfverzierung einige Vögel, помѣстилъ въ Неврологическомъ Вѣстникѣ за 1893 г. статью „Къ учению объ иннервации сосудовъ“, въ которой описываетъ нервныя сплетенія, нервныя волокна и нервныя клѣтки въ толщѣ стѣнокъ аорты и брызжеечной артеріи у лягушки. Свои находки Егоровъ иллюстрируетъ соотвѣстственными рисунками. Этотъ же авторъ указываетъ путь сосудодвигателей для задней конечности лягушки черезъ грудную и брюшную часть симпатической цѣпочки. Проф. И. М. Дюлемъ въ 1900 г. опубликовалъ (Société de Biologie—Contribution a la question de la circulation pulmonaire chez la grenouille) результаты своихъ изслѣдованій объ анатомическомъ расположеніи нервовъ на сосудахъ легкихъ; нервы тутъ сплетаются въ богатую сѣть, что даетъ автору право предполагать вліяніе нервовъ на колебаніе просвѣта сосудовъ при томъ или иномъ раздраженіи. Такое предположеніе тѣмъ болѣе вѣроятно, что въ этомъ направленіи произведены уже ранѣе изслѣдованія Couvreur'a (M. E. Couvreur. Sur l'innervation vaso-motrice du poumon. Supplement aux Comptes rendus des Seances de la Société de Biologie. 1889). Въ этомъ сочиненіи указывается, что подъ микроскопомъ видно, какъ артеріальные сосуды легкихъ сокращаются, если раздражать pneumogastrius, именно его периферическій конецъ послѣ предварительной перерѣзки сердечной вѣточки. М. М. Artaud et Butte (Action vaso-motrice du nerf pneumogastrique sur le poumon. Comptes rendus de la Société Biologie. 1890. № 4) пришли къ аналогичному же результату, наблю-

дая также за сосудами легкихъ лягушки при раздраженіи *n. vagi*, изолируя его и перерѣзывая.

Имѣя въ виду вышеприведенныя указанія и также анатомическое изысканіе проф. И. М. Догеля, я постарался съ возможной точностью установить, идутъ ли къ легкому лягушки сосудодвигатели въ стволѣ блуждающаго нерва.

Настоящая работа является такимъ образомъ продолженіемъ ряда идентичныхъ изслѣдованій, предпринятыхъ въ Казанской фармакологической лабораторіи подъ руководствомъ глубокоуважаемаго проф. И. М. Догеля, инициативѣ котораго обязана и эта работа своимъ осуществленіемъ.

Чтобы рѣшить намѣченный вопросъ, нужно отпрепаровать блуждающій нервъ и, при раздраженіи его электрическимъ токомъ, наблюдать за сосудами легкаго на той же сторонѣ. Извѣстно, однако, что раздраженіе *n. vagi* вызываетъ діастолическую остановку сердца, чѣмъ, конечно, тотчасъ же вызовется остановка кровообращенія въ легкихъ, какъ и во всемъ организмѣ. Поэтому необходимо поставить сердце въ такія условія, при которыхъ бы раздраженіе блуждающаго нерва не вызывало остановки сердца. Достигнуть этого можно атропинизаціей или перерѣзкой *r. cardiaci*. Я испробовалъ и тотъ и другой способъ, но остановился на способѣ перерѣзки сердечной вѣточки. Разъ четыре я пробовалъ атропинизацію, пользовался для этого очень слабыми водными растворами атропина (1:25000); спустя нѣкоторое время желаемый эффектъ наступалъ, т. е. раздраженіе блуждающаго нерва не вызывало остановки сердца, но за то я уже не могъ получить при этомъ суженія сосудовъ легкаго отъ раздраженія. Я пробовалъ атропинизировать лягушку, послѣ того какъ уже констатировалъ сокращеніе стѣнокъ сосудовъ при возбужденіи блуждающаго нерва, но атропинъ всякій разъ неизмѣнно устранялъ возможность получить желаемый сосудистый эффектъ. Трудно предполагать, что можно такимъ слабымъ растворомъ атропина парализовать сосуды, почему мы пока удерживаемся отъ какого-либо обобщенія, ибо четы-

рехъ опытовъ, хотя и съ одинаковыми результатами, слишкомъ недостаточно для построения выводовъ; теперь же отмѣтимъ, что мы получили съ атропинизаціей лягушки явленіе, нѣсколько стоящее въ противорѣчій съ установившимися воззрѣніями на дѣйствіе очень слабыхъ дозъ атропина, почему въ дальнѣйшемъ необходимы новыя обследованія этого вещества по отношенію къ сосудамъ лягушки.

Выдѣлить сердце отъ воздѣйствія на него раздраженія блуждающаго нерва можно, какъ мы уже упомянули, перерѣзкой *rami cardiaci*. Къ этому способу мы и прибѣгли.

Въ такомъ случаѣ постановка опытовъ была слѣдующая.

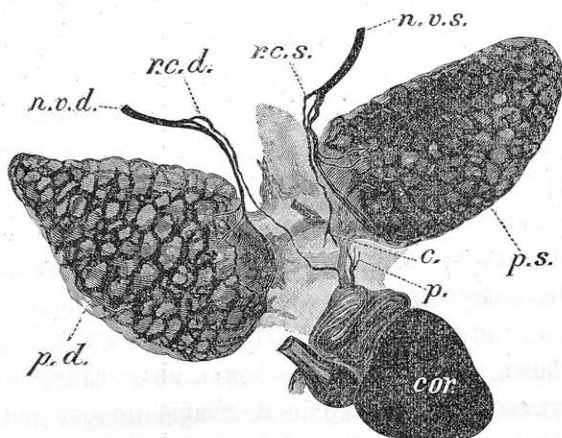
Лягушку (*Rana esculenta*), вѣсомъ 60,0—80,0 я отравлялъ стрѣльнымъ ядомъ. Обычный растворъ кураре (8:1000) разводился въ 3 раза и такого слабого раствора кураре вводилось въ лимфатическій мѣшокъ спины не болѣе двухъ капель. Спустя 25—35 минутъ лягушка теряла способность къ произвольнымъ движеніямъ. Необходимо очень осторожно кураризировать лягушку, иначе легко вызвать у нея паретическое состояніе сосудовъ, вслѣдствіе чего животное уже не будетъ пригодно для опыта. У кураризованной лягушки отпрепаровываемъ, перерѣзываемъ и беремъ на лигатуру лѣвый блуждающій нервъ вблизи мѣста его выхода изъ черепа, уже однако послѣ отхода отъ него *ram. laryngeus sup*; затѣмъ разрѣзываемъ кожу надъ грудиной, грудную кость удаляемъ и открываемъ такимъ образомъ сердце; вскрывъ сердечную сорочку, имѣемъ возможность, нѣсколько оттянувъ книзу тупыми инструментами предсердіе а лѣвую полую вену отжавъ въ сторону, открыть мѣсто, гдѣ сердечныя вѣтви блуждающаго нерва той и другой стороны подходятъ къ предсердію.

Вотъ здѣсь-то перерѣзываемъ лѣвую сердечную вѣточку. Перерѣзку я произвожу крайне осторожно, чтобы не прорѣзать лежащую глубже легочную ткань и близъ лежащія сосуды. При навыкѣ перерѣзка *r. cardiaci* удается безъ особеннаго труда, хотя нервнаго стволика сердечной вѣточки у живой лягушки совсѣмъ не видишь, а только знаешь его поло-

женіе. Для опредѣленія, сдѣлана ли перерѣзка *rami cardiaci sin.*, я всегда примѣнялъ раздраженіе электричествомъ ранѣе отпрепарованнаго ствола блуждающаго нерва. Раздраженіе производилось и прежде, когда еще не приступали къ перерѣзкѣ *r. cardiaci*; въ этомъ случаѣ всегда получалась обычная остановка сердца въ діастолѣ. Если перерѣзать *r. cardiaco-*
cardiaci, то этимъ прерываемъ путь для передачи раздраженія съ общаго ствола блуждающаго нерва на сердце, вслѣдствіе чего оно уже не останавливается, хотя бы силу тока значительно увеличили.

Такимъ образомъ прежде всего физиологическимъ путемъ убѣждаюсь въ совершенной перерѣзкѣ *r. cardiaci*. Впослѣдствіи, когда оканчивается опытъ, вновь повѣряю, правильно ли сдѣлана перерѣзка; въ этотъ разъ дѣлаю провѣрку, такъ сказать, анатомическую. Лягушку кладу въ $\frac{1}{2}\%$ -ный ра-

Рис. 1-й.



створъ уксусной или карболовой кислоты, отчего многіе нервные стволы, ранѣе невидимые, дѣлаются хорошо замѣтными; *r. cardiaci* также ясно вырисовывается среди окружающей ткани; и если сдѣлать ранѣе перерѣзку сердечной вѣтки нерва, то нетрудно, найти это мѣсто.

На прилагаемомъ рисункѣ, сдѣланномъ изъ-подъ кожи видно, что *r. cardiacus sin.* перерѣзанъ, такъ что его стволъ имѣетъ одинъ центральный конецъ (*c*) и другой-периферическій (*p*).

Изъ нарисованнаго ясно, какъ близко къ сердцу приходится дѣлать перерѣзку; это еще болѣе очевидно, послѣ того какъ скажу, что рисунокъ въ четыре раза болѣе оригинала. Возвращаюсь къ описанію постановки опытовъ.

Итакъ, убѣждаемся фізіологическимъ путемъ въ сдѣланной перерѣзкѣ, послѣ чего приступаемъ къ главной части опыта.

Со столикомъ Golmgren'a имѣемъ возможность слѣдить подъ микроскопомъ за кровообращеніемъ и за состояніемъ сосудовъ легкихъ. Лягушку я кладу вверхъ животомъ, чтобы можно было всегда видѣть біеніе сердца, и должнымъ образомъ располагаю легкое, такъ что подъ микроскопомъ видно, какъ совершается, кровообращеніе въ легкомъ. По направленію тока крови и по пульсациі легкого отличить артеріи отъ венъ.

Я велъ наблюденіе за артеріями; выбиралъ довольно значительную по размѣру артерію и слѣдилъ за ея просвѣтомъ до раздраженія блуждающаго нерва во время и послѣ его раздраженія. Опредѣленіе на глазъ, что происходитъ съ сосудомъ, суженіе его или расширеніе, очень затруднительно; поэтому я воспользовался окулярнымъ микрометромъ, по которому всегда опредѣлялъ, болѣе точно, какъ измѣняется наблюдаемый сосудъ, и видѣнное отмѣчалъ въ записной книжкѣ.

Я не перевожу записанныхъ цифръ, т. е. оставляю цифры, выражающія, сколькимъ дѣленіямъ окулярнаго микрометра равнялся сосудъ въ моментъ его наблюденія, не устанавливая абсолютной величины сосуда, такъ какъ нѣтъ въ этомъ никакой надобности, ибо важно относительное колебаніе стѣнокъ сосуда.

Такимъ способомъ мною было сдѣлано 12 опытовъ на лягушкахъ и измѣрены сосуды легкихъ.

Для раздраженія я пользовался саннымъ аппаратомъ Du Bois-Reymond'a и элементомъ Грене. Блуждающій нервъ во время всего опыта лежалъ на электродахъ, при одинако-

выхъ условіяхъ натяженія и прикосновенія, *n. vagus* время отъ времени овлажнялся фізіологическимъ растворомъ поваренной соли. Нервъ необходимо уложить на электроды и не смѣщать его, иначе отъ простого натяженія нерва можетъ произойти задержка тока крови въ близъ лежащихъ сосудахъ, и результаты опыта будутъ обезцѣнены.

Электроды, какими я пользовался, заключены въ стеклянномъ желобкѣ и лишь съ одной стороны остаются доступными; съ этой стороны кладется на нихъ блуждающій нервъ. Электроды нарочно изолируются въ стеклянный желобокъ, чтобы токъ не переходилъ на окружающія части.

Раздраженіе нерва производилось токами различной силы; лучшіе результаты получались, когда разстояніе между катушками первичной и вторичной спирали было отъ 70 до 100mm. Продолжительность раздраженія должна быть не менѣе 10—15 секундъ, если хотимъ получить болѣе или менѣе ясный эффектъ. Возможно продолжать раздраженіе нерва и долѣе; иногда продолжительность раздраженія я доводилъ до 3 минутъ.

Теперь приведу нѣкоторые изъ своихъ опытовъ, чтобы показать, какимъ измѣненіямъ подвергались сосуды легкаго при тѣхъ или иныхъ условіяхъ раздраженія.

Опытъ I. Лягушка, самка, вѣсомъ 87,0; получила подъ кожу 2 капли раствора кураре (8:3000); черезъ 27 минутъ значительно утратила способность къ произвольнымъ движеніямъ.

Отпрепарованъ и перерѣзанъ у лягушки *n. vagus sin.*, грудная кость удалена, сердечная сорочка вскрыта и перерѣзанъ *ramus cardiacus sin.*; лѣвое легкое уложено на столикъ Golmgren'a подъ микроскопомъ, по обычнымъ правиламъ. Электроды подведены подъ *n. vagus sin.* и приступлено къ наблюденію за состояніемъ сосудовъ въ лѣвомъ легкомъ. Наблюденіе ведется за артеріей, просвѣтъ которой въ дѣленіяхъ окулярнаго микрометра выражается слѣдующими цифрами.

Артерія № 1.

До раздраженія.

0 сек.	13	дѣл. окулярн. микрометра.			
10 сек.	14	—	—	—	
20 сек.	13	—	—	—	
30 сек.	13	—	—	—	
40 сек.	14	—	—	—	
50 сек.	14	—	—	—	
60 сек.	13	—	—	—	

Во время раздраженія.

61 сек.	электр. токомъ при разстояніи между батушками сан. аппарата Du Bois-Reymond'a въ 90 mm.				
65 сек.	13	дѣл. окулярн. микрометра.			
70 сек.	13	—	—	—	; ускореніе тока крови.
75 сек.	11	—	—	—	; замедленіе движенія крови.
80 сек.	11	—	—	—	; замедленіе продолжается.
85 сек.	9	—	—	—	; еще большее замедленіе.
90 сек.	9	—	—	—	} теченіе крови очень замедлено.
95 сек.	9	—	—	—	
100 сек.	9	—	—	—	

Послѣ раздраженія.

101 сек.—раздраженіе прекращено.

105 сек.— 9 дѣл. окулярн. микром.: теченіе крови все также медленно.

110 сек.— 9 — — — ; теченіе крови медленно.

120 сек.—10 — — — ; теченіе крови ускоряется.

130 сек.—12 — — — ; теченіе крови оч. быстрое.

140 сек.—13 — — — ; — — — —

150 сек.—14 — — — ; — — — —

160 сек.—15 — — — ; — — — —

170 сек.—15 — — — ; — — — —

180 сек.—14 — — — ; — — — —

190 сек.—14 — — — ; — — — —

Послѣ сдѣланнаго наблюденія въ теченіе 5 мин. данъ отлхъ нерву и сосудамъ легкихъ: не примѣнялось никакихъ раздраженій. А затѣмъ произведено наблюденіе за колебаніемъ просвѣта другой артеріи въ томъ же лѣвомъ легкомъ.

Артерія № 2.

До раздраженія.

0 сек.—20 дѣл. окулярн. микром.

10 сек.—19 — — —

20 сек.—20 — — —

30 сек.—20 — — —

40 сек.—19 — — —

50 сек.—19 — — —

60 сек.—20 — — —

Во время раздраженія.

61 сек.—начало раздраженія электр. токомъ при разстояніи между катушками саннаго аппарата Du Bois-Reymond'a—9 mm.

65 сек.—20 дѣл. окулярн. микром.

70 сек.—20 — — — ; скорость теченія крови увеличилась

80 сек.—18 — — — ; теченіе крови замедлилось.

90 сек.—18 — — — ; теченіе крови еще болѣе замедлилось.

100 сек.—17 — — — ; — — — — —

110 сек.—17 — — — ; теченіе крови медленное.

120 сек.—17 — — — ; — — — — —

130 сек.—18 — — — ; теченіе крови немного ускорилося.

140 сек.—17 — — — ; скорость теченія ея нѣсколько колеблется.

150 сек.—18 — — — ; — — — — —

151 сек.—катушки саннаго аппарата сближены, такъ что разстояніе между ними=70 mm.; слѣдовательно, раздраженіе усилилось.

160 сек.—16 дѣл. окулярн. микром.; теченіе крови замедлилось.

170 сек.—15 — — — ; теченіе крови еще болѣе замедлилось.

180 сек.—13 — — — ; теченіе крови еще медленнѣе.

190 сек.—12 — — — ; скорость теченія крови незначительна

200 сек.—12 — — — ; — — — — —

210 сек.—12 — — — ; — — — — —

Послѣ раздраженія.

211 сек.—раздраженіе прекращено.

215 сек.—13 дѣл. окулярн. микром.; теченіе крови медленное.

220 сек.—17 — — — ; теченіе крови значительно ускорилося.

230 сек.—20 — — — ; теченіе крови очень быстро.

240 сек.—22 — — — ; — — — — —

250 сек.—22 — — — ; — — — — —

260 сек.—21 — — — ; — — — — —

Вновь далъ лягушкѣ отдохнуть пять минутъ, послѣ чего приступилъ къ наблюденію за новой артеріей, которой просвѣтъ равнялся 20 дѣл. окулярн. микрометра.

Артерія № 3.

Д о р а з д р а ж е н і я .

0 сек.—20 дѣл. окулярн. микрометра.

10 сек.—21 — — —

20 сек.—21 — — —

30 сек.—20 — — —

40 сек.—20 — — —

50 сек.—21 — — —

60 сек.—21 — — —

В о в р е м я р а з д р а ж е н і я .

61 сек.—начало раздраженія электрич. токомъ, при разстояніи между катушками сан. аппарата Du Bois-Reymond'a въ 70 мм.

65 сек.—21 дѣл. окулярн. микром.; ускореніе теченія крови.

70 сек.—18 — — — ; теченіе крови замедлилось.

80 сек.—15 — — — ; теченіе крови еще болѣе замедлилось.

90 сек.—12 — — — ; теченіе крови очень замедленное.

100 сек.—10 — — — ; сильное замедленіе движенія крови.

110 сек.—9 — — — ; — — —

120 сек.—9 — — — ; очень слабое движеніе крови.

П о с л ѣ р а з д р а ж е н і я .

121 сек.—раздраженіе прекращено.

125 сек.—9 дѣл. окулярн. микром.; движеніе крови все также очень медленное.

130 сек.—10 — — — ; движеніе крови нѣсколько увеличилось.

140 сек.—12 — — — ; движеніе крови еще увеличилось.

150 сек.—15 — — — ; теченіе крови ускорилось.

160 сек.—17 — — — ; теченіе крови быстрое.

170 сек.—18 — — — ; теченіе крови очень быстро.

180 сек.—19 — — — ; очень скорое кровообращеніе.

190 сек.—20 — — — ; — — —

200 сек.—22 — — — ; — — —

210 сек.—19 — — — ; — — —

220 сек.—17 — — — ; движеніе крови быстрое.

230 сек.—18 — — — ; — — —

240 сек.—20 — — — ; — — —

Изъ прилагаемыхъ цифръ, выражающихъ колебаніе просвѣта трехъ артеріальныхъ сосудовъ, видно, что при раздраженіи электрическимъ токомъ блуждающаго нерва сосуды суживаются и наступаетъ замедленіе тока крови, которое можетъ быть чрезвычайно выраженнымъ, если сосудъ, по которому движется кровь, значительно сузится. Кромѣ того на этомъ же сосудѣ подмѣтили сильную игру сосуда послѣ прекращенія раздраженія.

По окончаніи опыта я убѣдился въ правильности сдѣланной перерѣзки *rami cardiaci sin.*

Опытъ II. Лягушка, самка, вѣсомъ 63,0; кураризована 1 каплей раствора кураре (8:3000); черезъ 35 минутъ лягушка утратила способность къ произвольнымъ движеніямъ. Отпрепарованъ и перерѣзанъ у нея *n. vagus sin.*, открыто сердце и перерѣзанъ *ramus cardiacus sin.* На столикиъ Golmgren'a, подъ микроскопомъ, уложено лѣвое легкое лягушки для наблюденія за сосудами и кровообращеніемъ. Периферическій конецъ *n. vagi sin.* помѣщенъ на электроды.

Артерія № 1.

До раздраженія.

0 сек.— 9 дѣл. окулярн. микрометра.

10 сек.— 9 — — —

20 сек.— 8 — — —

30 сек.— 8 — — —

40 сек.— 8 — — —

50 сек.— 9 — — —

60 сек.— 9 — — —

Во время раздраженія.

61 сек.— начало раздраженія электрическимъ токомъ при разстояніи между катушками саннаго аппарата Du Bois-Reymond'a въ 70 mm.

65 сек.— 9 дѣл. окулярн. микром.; ускореніе теченія крови.

70 сек.— 8 — — — ; замедленіе теченія крови.

80 сек.— 4 — — — ; очень сильное замедленіе теченія крови.

90 сек.— 3 — — — ; очень медленное движеніе крови.

100 сек.— 2 — — — ; кровь едва движется.

110 сек.— 2 — — — ; движеніе крови прекратилось.

Послѣ раздраженія.

114 сек.	—	раздраженіе прекращено.
115 сек.	—	2 дѣл. окулярн. микром.; движеніе крови нѣтъ.
120 сек.	—	3 — — — ; движеніе крови начинается.
130 сек.	—	5 — — — ; движеніе крови увеличивается.
140 сек.	—	9 — — — ; движеніе крови очень быстрое.
150 сек.	—	10 — — — ; — — — —
160 сек.	—	9 — — — ; — — — —
170 сек.	—	9 — — — ; — — — —

Никакого раздраженія нерва затѣмъ въ теченіе 5 мин. не примѣнялось, чтобы дать животному отдохнуть, послѣ чего вновь приступлено къ наблюденію за сосудомъ — артеріей.

Артерія № 2.

До раздраженія.

0 сек.	—	22 дѣл. окулярн. микрометра.
10 сек.	—	22 — — —
20 сек.	—	21 — — —
30 сек.	—	21 — — —
40 сек.	—	22 — — —
50 сек.	—	22 — — —
60 сек.	—	22 — — —

Во время раздраженія.

61 сек.	—	начало раздраженія электрическимъ токомъ, при разстояніи между катушками саннаго аппарата Du Bois-Reymond'a—70 mm.
65 сек.	—	22 дѣл. окулярн. микром.; ускореніе тока крови.
70 сек.	—	20 — — — ; замедленіе тока крови.
80 сек.	—	13 — — — ; замедленіе тока крови очень выражено.
90 сек.	—	10 — — — ; движеніе крови по сосуду очень незначительное.
100 сек.	—	9 — — — ; — — — —
110 сек.	—	9 — — — ; — — — —

Послѣ раздраженія.

111 сек.	—	раздраженіе п. v. прекращено.
115 сек.	—	9 дѣл. окулярн. микром.; движеніе крови по сосуду очень незначительное.
120 сек.	—	12 — — — ; теченіе крови усиливается.

130 сек.—16 дѣл. окулярн. микром.;	токъ крови ускоряется.
140 сек.—22 — — — ;	движеніе крови очень быстрое.
150 сек.—24 — — — ;	} движеніе крови очень быстрое.
160 сек.—24 — — — ;	
170 сек.—22 — — — ;	— — — — —

Данъ отдыхъ лягушкѣ въ теченіе 5 минутъ, затѣмъ приступлено къ наблюденію за новымъ сосудомъ.

Артерія № 3.

До раздраженія.

0 сек.—14 дѣл. окулярн. микрометра.		
10 сек.—14 — — —	—	—
20 сек.—14 — — —	—	—
30 сек.—13 — — —	—	—
40 сек.—13 — — —	—	—
50 сек.—14 — — —	—	—
60 сек.—14 — — —	—	—

Во время раздраженія.

61 сек.—начало раздраженія электрическимъ токомъ, при разстояніи между катушками саннаго аппарата Du Bois-Reymond'a въ 80 mm.		
65 сек.—14 дѣл. окулярн. микром.;	движеніе крови ускорилось.	
70 сек.—13 — — — ;	движеніе крови нѣсколько замедлилось.	
80 сек.—8 — — — ;	движеніе крови сильно замедлилось.	
90 сек.—7 — — — ;	движеніе крови медленное.	
100 сек.—7 — — — ;	— — — — —	

Послѣ раздраженія.

101 сек.—раздраженіе прекращено.		
105 сек.—7 дѣл. окулярн. микром.;	движеніе крови медленное.	
110 сек.—8 — — — ;	движеніе крови увеличилось.	
120 сек.—10 — — — ;	теченіе крови ускорилось.	
130 сек.—14 — — — ;	теченіе крови очень скорое.	
140 сек.—15 — — — ;	— — — — —	
150 сек.—15 — — — ;	— — — — —	
160 сек.—14 — — — ;	— — — — —	

Дальнѣйшія наблюденія за состояніемъ сосудовъ до раздраженія, во время и послѣ раздраженія дали аналогичныя цифры, которыхъ я поэтому не буду приводить. Опытъ оконченъ провѣркой, произведена ли была перерѣзка *rami cardiaci sin.*; *r. cardiacus sin.* перерѣзанъ въ надлежащемъ мѣстѣ.

Опытъ III. Лягушка, самецъ, вѣсомъ 69,0; кураризована—2 капли раствора кураре (8:3000) подъ кожу спины; черезъ 25 минутъ лягушка потеряла способность къ произвольнымъ движеніямъ. Я отпрепаровалъ и перерѣзалъ у лягушки *n. vagus sin.*; открылъ сердце и перерѣзалъ *ramus cardiacus sin.* На столикѣ Golmgren'a уложено лѣвое легкое лягушки для наблюденія подъ микроскопомъ за сосудами и кровообращеніемъ.

Периферическій конецъ *n. vagi sin.* помѣщенъ на электроды.

Артерія № 1.

До раздраженія.

0 сек.—12 дѣл. окулярн. микрометра.

10 сек.—12 — — —

20 сек.—11 — — —

30 сек.—11 — — —

40 сек.—12 — — —

50 сек.—12 — — —

60 сек.—12 — — —

Во время раздраженія.

61 сек.—начало раздраженія электрическимъ токомъ, при разстояніи между катушками саннаго аппарата Du Bois-Reymond'a въ 80 mm.

65 сек.—11 дѣл. окулярн. микром.; ускореніе теченія крови.

70 сек.—10 — — — ; замедленіе теченія крови.

80 сек.—6 — — — ; сильное замедленіе теченія крови.

90 сек.—3—2 — — — ; очень медленное теченіе крови.

100 сек.—2 — — — ; остановка теченія крови.

110 сек.—2 — — — ; — — — — —

Послѣ раздраженія.

111 сек.—раздраженіе прекращено.

115 сек.— 2 дѣл. окуляри. микром.; движенія крови нѣтъ.

120 сек.— 3 — — — ; очень слабое движеніе крови.

130 сек.— 5 — — — ; движеніе крови увеличивается.

140 сек.—10 — — — ; движеніе крови очень быстрое.

150 сек.—12 — — — ; — — — —

160 сек.—14 — — — ; — — — —

170 сек.—13 — — — ; — — — —

180 сек.—12 — — — ; — — — —

Далѣ лягушкѣ отдохнуть въ теченіе пяти минутъ; послѣ чего вновь слѣдилъ за той же артеріей, какую только что передъ тѣмъ наблюдалъ. Не буду приводить цифръ, выражающихъ измѣненіе просвѣта этой артеріи, потому что артерія такъ же живо реагировала на раздраженіе, какъ и въ первый разъ; всѣ измѣненія совершались совершенно одинаково съ тѣми, какія происходили у сосуда при первомъ наблюденіи. Повторенное въ третій разъ раздраженіе электрическимъ токомъ, послѣ того какъ сосуду опять давали отдыхъ въ пять минутъ, позволило убѣдиться въ довольно долго неослабѣвающей энергіи стѣнокъ сосудовъ легкихъ: сосудъ при раздраженіи сокращался опять совершенно такъ же, какъ въ первый и второй разъ, такъ что можно было по количеству времени, протекшему съ момента начала раздраженія нерва, предсказывать, какія измѣненія происходятъ въ просвѣтѣ сосуда и какъ соотвѣтственно этому колеблется скорость движенія крови по наблюдаемому сосуду.

Вновь дали отдыхъ отъ раздраженія нерву и сосудамъ легкихъ, послѣ чего подвергли наблюденію новый сосудъ (также артеріальный).

Артерія № 2.

До раздраженія.

0 сек.—18 дѣл. окуляри. микрометра.

10 сек.—18 — — — —

20 сек.—19 — — — —

30 сек.—19 дѣл. окулярн. микрометра.

40 сек.—18 — — —

50 сек.—18 — — —

60 сек.—19 — — —

Во время раздраженія.

61 сек.—начало раздраженія электрическимъ токомъ при разстояніи между катушками саннаго аппарата Du Bois-Reymond'a въ 70 mm.

65 сек.—19 дѣл. окулярн. микром; движеніе крови ускорилось.

70 сек.—18 — — — ; движеніе крови замедлилось.

80 сек.—14 — — — ; движеніе крови очень замедлилось.

90 сек.—8 — — — ; движеніе крови очень медленное.

100 сек.—6 — — — ; движеніе крови отсутствуетъ.

110 сек.—6 — — — , — — —

Послѣ раздраженія.

111 сек.—раздраженіе прекращено.

115 сек.—6 дѣл. окулярн. микром; движенія крови нѣтъ.

120 сек.—8 — — — ; движеніе крови началось.

130 сек.—13 — — — ; движеніе крови усилилось.

140 сек.—16 — — — ; движеніе крови очень быстрое.

150 сек.—19 — — — ; — — — —

160 сек.—20 — — — ; — — — —

170 сек.—20 — — — ; — — — —

180 сек.—19 — — — ; — — — —

Опытъ оконченъ; *r. cardiacus sin.* перерѣзанъ, какъ показано провѣркою.

Опытъ IV. Лягушка, самецъ, вѣсомъ 73,0; кураризована—1 капля раствора кураре (8:3000) въ лимфатическій мѣшокъ спины; черезъ 37 минутъ лягушка потеряла способность къ произвольнымъ движеніямъ. Отпрепарованъ и перерѣзанъ у лягушки *n. vagus sin.*, открыто сердце и перерѣзанъ *ramus cardiacus sinister*. По Golmgren'у уложено на столикъ лѣвое легкое лягушки для наблюденія подъ микроскопомъ за сосудами и кровообращеніемъ. Периферическій конецъ *n. vagi*

sin. помѣщенъ на электроды и приступлено къ наблюденію за сосудами.

Артерія № 1.

До раздраженія.

0 сек.—16 дѣл. окулярн. микрометра.

10 сек.—16 — — —

20 сек.—15 — — —

30 сек.—15 — — —

40 сек.—16 — — —

50 сек.—16 — — —

60 сек.—16 — — —

Во время раздраженія.

61 сек.—начало раздраженія электрическимъ токомъ при разстояніи между катушками саннаго аппарата Du Bois-Reymond'a въ 120 mm.

65 сек.—16 дѣл. окулярн. микром.; скорость теченія крови безъ измѣненія.

70 сек.—15 — — — ; скорость теченія крови увеличилась.

80 сек.—14 — — — ; скорость теченія крови уменьшилась.

90 сек.—14 — — — ; скорость теченія крови безъ измѣненія.

100 сек.—13 — — — ; — — — — —

110 сек.—13 — — — ; — — — — —

120 сек.—13 — — — ; — — — — —

130 сек.—14 — — — ; — — — — —

140 сек.—13 — — — ; — — — — —

141 сек.—Раздраженіе усилено: катушки сан. аппарата сближены, разстояніе между ними=70 mm.

145 сек.—13 дѣл. окулярн. микром.; скорость теченія крови прежняя.

150 сек.—12 — — — ; кровообращеніе замедляется.

160 сек.—8 — — — ; сильное замедленіе тока крови.

170 сек.—5 — — — ; очень медленное движеніе крови.

180 сек.—4 — — — ; кровообращеніе остановилось.

190 сек.—4 — — — ; движенія крови нѣтъ.

200 сек.—4 — — — ; — — — — —

Послѣ раздраженія.

201 сек.—4 дѣл. окулярн. микром.; движенія крови нѣтъ.

210 сек.—5 — — — ; слабое движеніе крови.

220 сек.—8 — — — ; движеніе крови усиливается.

230 сек.—14 дѣл. окулярн. микром.; очень оживленное кровообращеніе.

240 сек.—16—17 — — — ; — — —

250 сек.—18 — — — ; — — —

260 сек.—18 — — — ; — — —

270 сек.—17 — — — ; — — —

280 сек.—16 — — — ; — — —

290 сек.—17 — — — ; — — —

300 сек.—17 — — — ; — — —

Въ теченіе пяти минутъ лягушкѣ дали отдохнуть отъ раздраженія, послѣ чего взяли для наблюденія новую артерію.

Артерія № 2.

До раздраженія.

0 сек.—12 дѣл. окулярн. микрометра.

10 сек.—12 — — —

20 сек.—13 — — —

30 сек.—13 — — —

40 сек.—12 — — —

50 сек.—12 — — —

60 сек.—12 — — —

Во время раздраженія.

61 сек.—начало раздраженія электрическимъ токомъ при разстояніи между катушками саниаго аппарата Du Bois-Reymond'a въ 70 mm.

65 сек.—12 — — — ; ускореніе кровообращенія.

70 сек.—11 — — — ; слабое замедленіе кровообращенія.

80 сек.—7 — — — ; сильное замедленіе кровообращенія.

90 сек.—3 — — — ; оч. сильное замедленіе кровообращенія.

100 сек.—2 — — — ; кровообращеніе прекратилось.

110 сек.—2 — — — ; движеній крови нѣтъ.

120 сек.—2 — — — ; — — —

Послѣ раздраженія.

21 сек.—раздраженіе прекращено.

125 сек.—2 дѣл. окулярн. микром.; движеній крови нѣтъ.

130 сек.—3 — — — ; слабое движеніе крови.

140 сек.—6 — — — ; кровообращеніе увеличивается.

150 сек.—11 дѣл. окулярн. микром.; быстрое движеніе крови.

160 сек.—12 — — — ; 1 — —

170 сек.—13 — — — ; — — —

180 сек.—12 — — — ; — — —

Болѣе не буду приводить цифровыхъ данныхъ изъ своихъ опытовъ надъ сосудами легкихъ лягушки, потому что все полученные результаты вполне аналогичны только что описаннымъ. Характеръ игры сосудовъ до раздраженія, во время и послѣ раздраженія ясно очерченъ въ вышеописанныхъ опытахъ цифровыми данными. Мы видимъ, что сосудъ въ своемъ нормальномъ состояніи подвергается незначительнымъ измѣненіямъ; онъ то суживается, то расширяется не смотря на то, что нервъ нами не подвергается никакому раздраженію. Такая игра сосуда совершенно естественна у высшихъ животныхъ: извѣстны ритмическія сокращенія артерій, носящія названіе періодическихъ колебаній *Траубе-Геринга*, какъ результатъ измѣненій возбужденія сосудодвигательнаго центра. У лягушекъ, какихъ мы наблюдали, просвѣтъ сосудовъ колебался въ большинствѣ случаевъ въ предѣлахъ двухъ дѣлений окулярнаго микрометра.

Установивъ величину просвѣта сосуда при нормальныхъ, такъ сказать, условіяхъ, приступаю къ наблюденію за измѣненіями просвѣта при раздраженіи блуждающаго нерва.

Сосудъ не отвѣчаетъ вначалѣ на раздраженіе n. vagi; проходитъ извѣстный промежутокъ времени, періодъ скрытаго раздраженія, въ теченіе коего раздраженіе видимо не вліяетъ на величину просвѣта сосуда, и лишь сказывается нѣкоторымъ усиленіемъ тока крови по сосуду, вскорѣ послѣ чего начинается обнаруживаться измѣненіе и въ просвѣтѣ сосуда: сосудъ суживается мало по малу и достигаетъ maximum'a суженія то быстрѣе то медленнѣе, въ зависимости отъ силы примѣняемаго раздраженія и отъ степени раздражительности взятой лягушки.

Ускореніе теченія крови наблюдается въ большинствѣ случаевъ секундъ 5 спустя послѣ начала раздраженія блуждающаго нерва, секундъ черезъ 10 начинается обнаруживать-

я первое суженіе сосуда, которое дѣлается ясно замѣтнымъ, при токахъ значительной силы, черезъ 15—25 секундъ. При продолженіи раздраженія сосудъ еще нѣсколько суживается и находится въ такомъ состояніи еще секундъ 10 съ момента прекращенія раздраженія—это второй періодъ скрытаго раздраженія, послѣ чего сосудъ мало-по-малу начинаетъ возвращаться къ своей нормальной величинѣ, достигаетъ ее и затѣмъ расширение сосуда еще нѣсколько времени продолжается за предѣлы, бывшіе нормальными; въ этомъ случаѣ сказывается утомленіе мышцъ сосуда отъ бывшей чрезмѣрной работы вслѣдствіе ненормальнаго раздраженія; наступаетъ поэтому какъ бы паретическое состояніе стѣнокъ сосуда, отъ какового, впрочемъ, сосудъ скоро оправляется.

Такимъ образомъ мы можемъ, слѣдовательно, констатировать, что въ блуждающемъ нервѣ у лягушки находятся сосудосуживающія нервные волокна для сосудовъ легкихъ и что у лягушки сосуды легкихъ до, во время и послѣ раздраженія сосудо двигателей измѣняются такъ же, какъ сосуды у высшихъ животныхъ.



Изъ патолого-физиологической лабораторіи акад. В. М. Бехтерева.

Электрическая возбудимость мышцъ у новорожденныхъ въ связи со строеніемъ мышцъ и нервныхъ волоконъ.

В. Нарбута.

(Окончаніе; см. т. X, вып. 2).

II. Опыты надъ дѣтьми.

Переходя къ описанію опытовъ надъ дѣтьми считаемъ необходимымъ замѣтить, что протоколы расположены въ томъ же порядкѣ, въ какомъ слѣдовали наши опыты, а не по возрастамъ дѣтей.

А. Недоношенные дѣти.

Опытъ № 1. Младенецъ мужскаго пола, 28 дней отъ рожденія. Вѣсъ—1740,0; по порядку записи въ книгахъ Воспитательнаго Дома № 4285. Здоровый ребенокъ.

M. biceps. Первое замѣтное минимальное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 55 мил.

N. peroneus. Первое замѣтное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 62 мил.

M. vastus int. Первое замѣтное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 61 мил.

Опытъ № 2. Младенецъ женскаго пола, 25 дней отъ рожденія. Вѣсъ—1890,0 по порядку записи въ книгахъ Воспитательнаго Дома № 4289.

M. biceps: минимальное сокращеніе 56 мил.

N. peroneus: 62 мил.

M. vastus int. 51 мил.

Опытъ № 3. Млад. ж. п. 2-хъ мѣсяцевъ 14 дней.

Вѣсъ—2890; № 253.

M. biceps : 60 мил.

N. peroneus : 66 мил.

M. vastus int. : 52 мил.

Примѣчаніе: Ребенокъ во время опыта одинъ разъ испражнялся; но при этомъ былъ очень спокоенъ.

Опытъ № 4. Млад. м. п. 16 дней.

Вѣсъ—2040,0; № 4448.

M. biceps : 59 мил.

N. peroneus : 66 мил.

M. vastus int. : 62 мил.

Опытъ № 5. Млад. м. п. 2 мѣсяцевъ 6 дней.

Вѣсъ—2370,0 № 3589. Dyspepsia.

M. biceps : 54 мил.

N. peroneus : 55 мил.

M. vastus int. : 51 мил.

Опытъ № 6. Млад. м. п. 1-го мѣсяца 15 дней.

Вѣсъ—2620,0 № 4032.

M. biceps : 60 мил.

N. peroneus : 63 мил.

M. vastus int. : 61 мил.

Опытъ № 7. Млад. ж. п. 2 мѣс. 25 дней.

Вѣсъ—2320,0. № 3207.

M. biceps : 64 мил.

N. peroneus : 65 мил.

M. vastus int. : 60 мил,

Опытъ № 8. Млад. м. п. 26 дней.

Вѣсъ—2620,0 № 4281.

M. biceps : 63 мил.

N. peroneus : 63 мил.

M. vastus int. : 65 мил.

Опытъ № 9. Млад. ж. п. 2-хъ мѣсяцевъ 4 дней.

Вѣсъ—2650,0 № 3599.

M. biceps : 53 мил.

N. peroneus : 60 мил.

M. vastus int. : 51 мил.

Опытъ № 10. Млад. ж. п. 4-хъ мѣс. 10 дней.

Вѣсъ—2990,0; № 2499.

M. biceps : 68 мил.
N. peroneus : 68 мил.
M. vastus int. : 60 мил.

В. Доношенные дѣти.

Опытъ № 11. Млад. ж. п. 5-ти дней.

Вѣсъ—3320,0 № 4588.

M. biceps : 80 мил.

N. peroneus : 81 мил.

M. vastus int. : 76 мил.

Опытъ № 12. Млад. ж. п. 4-хъ мѣс.

Вѣсъ—5320,0; № 4565.

M. biceps : 83 мил.

N. peroneus : 84 мил.

M. vastus int. : 85 мил.

Опытъ № 13. Млад. м. п. 3-хъ мѣсяцевъ 5 дней.

Вѣсъ—4920,0. № 3012. *Hernia umbilicalis*.

M. biceps : 85 мил.

N. peroneus : 84 мил.

M. vastus int. : 81 мил.

Опытъ № 14. Млад. м. п. 1-го мѣсяца 3 недѣль.

Вѣсъ—4670,0 № 4212. Оспа 14-й день.

M. biceps : 72 мил.

N. peroneus : 84 мил.

M. vastus int. : 81 мил.

Опытъ № 16. Млад. ж. п. 1 мѣс. 2 недѣль.

Вѣсъ—4320,0. № 3964. Оспа 15-й день.

Hernia umbilicalis.

M. biceps : 88 мил.

N. peroneus : 92 мил.

M. vastus int. : 87 мил.

Опытъ № 16. Млад. м. п. 2-хъ мѣсяцевъ 21 дней.

Вѣсъ—5270,0 № 3983.

M. biceps : 75 мил.

N. peroneus : 72 мил.

M. vastus int. 71 мил.

Опытъ № 17. Млад. ж. п. 21-го дня.

Вѣсъ—3660,0 № 4362. Оспа 7 дней.

M. biceps : 64 мил.

N. peroneus : 63 мил.

M. vastus int. : 64 мил.

Опытъ № 18. Млад. м. п. 27 дней.

Вѣсъ—5620,0; № 4345. Оспа 4-й день.

M. biceps : 68 мил.

N. peroneus : 69 мил.

M. vastus int. : 68 мил.

Примѣчаніе: Во время опыта было одно испражненіе; ребенокъ былъ очень спокоенъ.

Опытъ № 19. Млад. м. п. 29 дней.

Вѣсъ—3980,0; № 4344. Оспа 7 дней.

M. biceps : 78 мил.

N. peroneus : 85 мил.

M. vastus int. : 84 мил.

Опытъ № 20. Млад. ж. п. 21 дня.

Вѣсъ—3540,0. № 4319. Оспа 7 дней.

M. biceps : 79 мил.

N. peroneus : 82 мил.

M. vastus int. : 82 мил.

Опытъ № 21. Млад. м. п. 25 дней.

Вѣсъ—4470; № 4342. Оспа 7 дней.

M. biceps : 84 мил.

N. peroneus : 80 мил.

M. vastus int. : 81 мил.

Опытъ № 22. Млад. м. п. 3-хъ мѣсяцевъ 16 дней.

Вѣсъ—4300,0. № 3215. Otitis purulenta.

Varicella.

M. biceps : 85 мил.

N. peroneus : 85 мил.

M. vastus int. : 86 мил.

Опытъ № 23. Млад. м. п. 11 дней.

Вѣсъ—3770 0; № 4489.

M. biceps : 78 мил.

N. peroneus : 75 мил.

M. vastus int. : 77 мил.

Опытъ № 24. Млад. ж. п. 10 дней.

Вѣсъ—2490,0. № 4416.

M. biceps : 65 мил.

N. peroneus : 60 мил.

M. vastus int. : 60 мил.

Опытъ № 25. Млад. м. п. 9 дней.

Вѣсъ—3620,0. № 4582.

M. biceps : 87 мил.

N. peroneus : 87 мил.

M. vastus int. : 88 мил.

Опытъ № 26. Млад. ж. п. 8 дней.

Вѣсъ—2620,0. № 4580.

M. biceps : 69 мил.

N. peroneus : 68 мил.

M. vastus int. : 68 мил.

Опытъ № 27. Млад. ж. п. 6-ти мѣс.

Вѣсъ—5200,0. № 1514.

M. biceps : 75 мил.

N. peroneus : 80 мил.

M. vastus int. : 73 мил.

Опытъ № 28. Млад. ж. п. 1-го года 9 дней.

Вѣсъ—7750,0 № 4349. Оспа 11 дней.

Macula cornea.

M. biceps : 92 мил.

N. peroneus : 90 мил.

M. vastus int.: 95 мил.

Примѣчаніе: Ребенокъ былъ во время опыта очень спо-
коенъ; нѣсколько разъ давалъ проверять полученные цифры.

Опытъ № 29. Млад. ж. п. 5-ти мѣс.

Вѣсъ—5600,0; № 4323. Оспа 14 дней.

M. biceps : 89 мил.

Опытъ № 30. Млад. м. п. 5 мѣс. 21 дня.

N. peroneus : 94 мил.

M. vastus int. : 88 мил.

Вѣсъ—7600,0; № 4378.

M. biceps : 77 мил.

N. peroneus : 84 мил.

M. vastus int. : 75 мил.

Опытъ № 31. Млад. м. п. 5 мѣс. 7 дней.

Вѣсъ—5240,0. № 2836.

M. biceps : 83 мил.

N. peroneus : 86 мил.

M. vastus int. : 86 мил.

Примѣчаніе: Ребенокъ очень беспокойный; крайне трудно было производить изслѣдованіе. Цифры были провѣрены врачомъ, который во всѣхъ опытахъ помогалъ намъ, передвигая катушку и отмѣчая разстояніе въ мил. послѣ нашего „довольно“ (см. способы изслѣдованія).

Опытъ № 32. Млад. ж. п. 4-хъ мѣсяцевъ 23 дней.

Вѣсъ—6090,0 № 2064.

M. biceps : 84 мил.

N. peroneus : 87 мил.

M. vastus int. : 86 мил.

Опытъ № 33. Млад. м. п. 8-ти дней.

Вѣсъ—3040; № 4560.

M. biceps : 80 мил.

N. peroneus : 86 мил.

M. vastus int. : 85 мил.

Опытъ № 34. Млад. ж. п. 4-хъ мѣсяцевъ 18 дней.

Вѣсъ—4600,0. № 4520.

M. biceps : 61 мил.

N. peroneus : 59 мил.

M. vastus int. : 65 мил.



Примѣчаніе: Ребенокъ, не смотря на то, что считается здоровымъ, на видъ блѣдный, вялый и истощенный. Во время

постановки опыта не выражалъ совершенно никакого сопротивленія.

Опытъ № 35. Млад. ж. п. 16-ти дней.

Вѣсъ—2990,0 № 4492.

M. biceps : 64 мил.

N. peroneus : 70 мил.

M. vastus int. : 68 мил.

Опытъ № 36. Млад. ж. п. 29-ти дней.

Вѣсъ—3450,0; № 4232.

M. biceps : 85 мил.

N. peroneus : 90 мил.

M. vastus int. : 87 мил.

Опытъ № 37. Млад. ж. п. 26-ти дней.

Вѣсъ—3520,0; № 4423.

M. biceps : 82 мил.

N. peroneus : 85 мил.

M. vastus int. : 80 мил.

Опытъ № 38. Млад. м. п. 4-хъ дней.

Вѣсъ—3400,0; № 4587.

M. biceps : 66 мил.

N. peroneus : 61 мил.

M. vastus int. : 65 мил.

Опытъ № 39. Млад. м. п. 14-ти дней.

Вѣсъ—3250,0; № 4485.

M. biceps : 63 мил.

N. peroneus : 67 мил.

M. vastus int. : 62 мил.

Примѣчаніе: ребенокъ поразительно спокойный и позволялъ нѣсколько разъ демонстрировать полученныя цифры.

Опытъ № 40. Млад. м. п. 16-ти лѣтъ.

Вѣсъ—3080,0; № 4481.

M. biceps : 77 мил.

N. peroneus : 76 мил.

M. vastus int. : 80 мил.

Примѣчаніе: ребенокъ во время опыта мочился.

Опытъ № 41. Млад. м. п. 1-го мѣс. 7 дней.

Вѣсъ—5030,0; № 4015.

M. biceps : 66 мил.

N. peroneus : 73 мил.

M. vastus int. : 70 мил.

Опытъ № 42. Млад. м. п. 5-хъ мѣс. 5 дней.

Вѣсъ—5370,0; № 4254.

M. biceps : 68 мил.

N. peroneus : 77 мил.

M. vastus int. : 76 мил.

Примѣчаніе: ребенокъ лежалъ поразительно спокойно, такъ что позволилъ очень тонко дифференцировать моментъ ощущаемаго имъ минимальнаго раздраженія.

Опытъ № 43. Млад. ж. п. 12-ти дней.

Вѣсъ—2670,0; № 4547.

M. biceps : 62 мил.

N. peroneus : 68 мил.

M. vastus int. : 65 мил.

Примѣчаніе: ребенокъ во время опыта испражнялся.

Опытъ № 44, Млад. ж. п. 2-хъ мѣс. 5 дней.

Вѣсъ—5230,0; № 3602.

M. biceps : 78 мил.

N. peroneus : 78 мил.

M. vastus int. : 76 мил.

Опытъ № 45. Млад. м. п. 20 дней.

Вѣсъ—4550,0; № 4469.

M. biceps : 69 мил.

N. peroneus : 73 мил.

M. vastus int. : 63 мил.

Примѣчаніе: Ребенокъ во время опыта спалъ. При наступленіи дѣйствія тока ребенокъ не проснулся, но только слегка отдернулъ ручку, при изслѣдованіи M. biceps, и ножку, при изслѣдованіи N. peroneus и M. vasti int.

Опытъ № 46. Млад. ж. п. 3-хъ мѣсяцевъ.

Вѣсъ—4150,0; № 3234.

M. biceps : 84 мил.

N. peroneus : 81 мил.

M. vastus int. : 79 мил.

Опытъ № 47. Млад. м. п. 1-го мѣс. 12 дней.

Вѣсъ—4590,0; № 4473.

M. biceps : 84 мил.

N. peroneus : 85 мил.

M. vastus int. 86 мил.

Опытъ № 48. Млад. ж. п. 24-хъ дней.

Вѣсъ—3420,0; № 4395.

M. biceps : 78 мил.

N. peroneus : 84 мил.

M. vastus int. : 78 мил.

Опытъ № 49. Млад. ж. п. 31-го дня.

Вѣсъ—3930,0 № 4202. Оспа 14 дней.

M. biceps : 76 мил.

N. peroneus : 83 мил.

M. vastus int. : 83 мил.

Опытъ № 50. Млад. м. п. 2-хъ мѣс. 3 дней.

Вѣсъ—4350,0; № 3807.

M. biceps : 84 мил.

N. peroneus : 86 мил.

M. vastus int. : 85 мил.

Примѣчаніе: Ребенокъ во время опыта мочился.

Опытъ № 51. Млад. м. п. 1-го мѣс. 6 дней.

Вѣсъ—3920,0; № 4183.

M. biceps : 71 мил.

N. peroneus : 72 мил.

M. vastus int. : 74 мил.

Опытъ № 52. Млад. м. п. 7 мѣс. 25 дней.

Вѣсъ—5520,0; № 4111.

Labium leporinum. Rachitis.

M. biceps : 57 мил.

N. peroneus : 49.

M. vastus int. : 57.

Примѣчаніе: Въ виду болѣзненности, ребенка не отправляли въ округъ (въ деревню) и со дня его поступленія по настоящее время онъ находится въ Воспитательномъ домѣ.

Опытъ № 53. Млад. ж. п. 1-го мѣс. 10 дней.

Вѣсъ—4280,0; № 4112. Оспа 21 день.

M. biceps : 86 мил.

N. peroneus : 89 мил.

M. vastus int. : 87 мил.

Опытъ № 54. Млад. ж. п. 3-хъ мѣс. 27 дней.

Вѣсъ—5920,0; № 2113.

M. biceps : 88 мил.

N. peroneus : 90 мил.

M. vastus int. 92 мил.

Примѣчаніе: Удивительно упитанный ребенокъ.

Опытъ № 55. Млад. м. п. 1-го мѣсяца 21 дня.

Вѣсъ—4450,0; № 3691.

M. biceps : 85 мил.

N. peroneus : 87 мил.

M. vastus int. : 87 мил.

Опытъ № 56. Млад. ж. п. 18-ти дней.

Вѣсъ—3140,0; № 4539.

M. biceps : 84 мил.

N. peroneus : 88 мил.

M. vastus int. : 86 мил.

Опытъ № 57. Млад. ж. п. 2 мѣс. 7 дней.

Вѣсъ—4240,0; № 4240.

M. biceps : 86 мил.

N. peroneus : 87 мил.

M. vastus int. : 84 мил.

Опытъ № 58. Млад. м. п. 3-хъ дней.

Вѣсъ—4000,0; № 4577.

M. biceps : 65 мил.

N. peroneus : 72 мил.

M. vastus int. : 73 мил.

Опытъ № 59. Млад. м. п. 4-хъ мѣс. 14 дней.

Вѣсъ—6160,00 № 2825.

M. biceps : 77 мил.

N. peroneus : 86 мил.

M. vastus int. : 83 мил.

Опытъ № 60. Млад. м. п. 2-хъ мѣсяцевъ 14 дней.

Вѣсъ—4770,0, № 3566.

M. biceps : 63 мил.

N. peroneus : 71 мил.

M. vastus int. : 67 мил.

Опытъ № 61. Млад. м. п. 3-хъ мѣс. 18 дней.

Вѣсъ—5220,0; № 2897.

M. biceps : 80 мил.

N. peroneus : 86 мил.

M. vastus int. : 84 мил.

Опытъ № 62. Млад. ж. п. 15 дней.

Вѣсъ—2920,0; № 4483.

M. biceps : 64 мил.

N. peroneus : 64 мил.

M. vastus int. : 62 мил.

Примѣчаніе: ребенокъ во время опыта былъ удивительно спокоенъ.

Опытъ № 63. Млад. м. п. 6-ти мѣс. 10 дней.

Вѣсъ—8200,0; № 4594.

M. biceps : 87 мил.

N. peroneus : 79 мил.

M. vastus int. : 80 мил.

Примѣчаніе: У ребенка рахитическій черепъ, но въ остальномъ онъ совершенно здоровъ.

Опытъ № 64. Младенецъ ж. п. 4-хъ мѣс. 4 дней.

Вѣсъ—5200,0; № 61.

M. biceps : 79 мил.

- N. peroneus : 89 мил.
M. vastus int. : 87 мил.
- Опытъ № 65. Млад. м. п. 4-хъ мѣс. 5 дней.
Вѣсъ—6990,0; № 2646.
M. biceps : 20 мил.
N. peroneus : 83 мил.
M. vastus int. : 83 мил.
- Опытъ № 66. Млад. ж. п. 6-ти дней.
Вѣсъ—2550,0; № 4598. Icterus neonatorum.
M. biceps : 66 мил.
N. peroneus : 66 мил.
M. vastus int. : 67 мил.
- Опытъ № 67. Млад. ж. п. 13-ти дней.
Вѣсъ—3550,0; № 4552.
M. biceps : 80 мил.
N. peroneus : 81 мил.
M. vastus int. : 81 мил.
- Опытъ № 68. Млад. м. п. 12-ти дней.
Вѣсъ—3300,0; № 4599.
M. biceps : 77 мил.
N. peroneus : 86 мил.
M. vastus int. 87 мил.
- Опытъ № 69. Млад. м. п. 4-хъ мѣсяцевъ.
Вѣсъ—5700,0; № 2961.
M. biceps : 78 мил.
N. peroneus : 81 мил.
M. vastus int. : 75 мил.
- Опытъ № 70. Млад. м. п. 6-ти мѣс. 15 дней.
Вѣсъ—8370,0; № 4502.
M. biceps : 87 мил.
N. peroneus : 90 мил.
M. vastus int. : 86 мил.

Примѣчаніе: Ребенокъ не смотря на свой возрастъ, былъ очень спокоенъ во время опыта.

Опытъ № 71. Млад. ж. п. 4-хъ дней.

Вѣсъ—2650,0; № 4574. Icterus neonatorum.

M. biceps : 65 мил.

N. peroneus : 65 мил.

M. vastus int. : 65 мил.

Опытъ № 72. Млад. ж. п. 9-ти дней.

Вѣсъ—3450,0; № 4596.

M. biceps : 49 мил.

N. peroneus : 65 мил.

M. vastus int. : 66 мил.

Примѣчаніе: Ребенокъ во время опыта былъ очень спокоенъ.

Опытъ № 73. Млад. м. п. 5-ти мѣс. 1-го дня.

Вѣсъ—5040,0; № 1971.

M. biceps . 84 мил.

N. peroneus : 87 мил.

M. vastus int. : 90 мил.

Опытъ № 74. Млад. ж. п. 2-хъ мѣс. 17 дней.

Вѣсъ—3800,0; № 3436.

M. biceps : 70 мил.

N. peroneus : 76 мил.

M. vastus int. : 68 мил.

Опытъ № 75. Млад. м. п. 5-ти мѣс. 12 дней.

Вѣсъ—6620,0; № 2655.

M. biceps : 73 мил.

N. peroneus : 74 мил.

M. vastus int. : 71 мил.

Опытъ № 76. Млад. м. п. 5-ти мѣсяцевъ.

Вѣсъ—6620,0; № 4305.

M. biceps : 76 мил.

N. peroneus : 75 мил.

M. vastus int. : 76 мил.

Опытъ № 77. Млад. ж. п. 13 дней.

Вѣсъ—3570,0; № 4602.

M. biceps : 68 мил.

N. peroneus : 74 мил.

M. vastus int. : 75 мил.

Опытъ № 78. Млад. ж. п. 22-хъ дней.

Вѣсъ—4700,0; № 4609.

M. biceps : 88 мил,

N. peroneus : 90 мил.

M. vastus int. : 89 мил.

Примѣчаніе: Ребенокъ во время опыта мочился.

Опытъ № 79. Млад. ж. п. 23-хъ дней.

Вѣсъ—3400,0; № 4611.

M. biceps : 96 мил.

N. peroneus : 92 мил.

M. vastus int. : 94 мил.

Примѣчаніе: Ребенокъ во время опыта мочился и испражнялся.

Опытъ № 80. Млад. ж. п. 14-ти дней.

Вѣсъ—3340,0; № 4612.

M. biceps : 84 мил.

N. peroneus : 93 мил.

M. vastus int. : 85 мил.

Опытъ № 81. Млад. ж. п. 7 дней.

Вѣсъ—3320,0; № 4588.

M. biceps : 70 мил.

N. peroneus : 72 мил.

M. vastus int. : 73 мил.

Примѣчаніе: Ребенокъ во время опыта мочился и испражнялся.

Опытъ № 82. Млад. м. п. 15-ти дней.

Вѣсъ—4540,0 № 4614.

M. biceps : 73 мил.

N. peroneus 74 : мил.

M. vastus int. : 66 мил.

Опытъ № 83. Млад. ж. п. 23-хъ дней.

Вѣсъ—4000,0; № 4624.

M. biceps : 71 мил.

N. peroneus : 78 мил.

M. vastus int. : 77 мил.

Опытъ № 84. Млад. м. п. 24-хъ дней.

Вѣсъ—3600,0; № 4625.

M. biceps : 77 мил.

N. peroneus : 81 мил.

M. vastus int. : 78 мил.

Опытъ № 85. Млад. ж. п. 25 дней.

Вѣсъ—4100,0; № 4608.

M. biceps : 78 мил.

N. peroneus : 84 мил.

M. vastus int. : 86 мил.

Опытъ № 86. Млад. м. п. 12 дней.

Вѣсъ—4350,0; № 4626.

M. biceps : 75 мил.

N. peroneus : 66 мил.

M. vastus int. : 70 мил.

Примѣчаніе: Ребенокъ во время опыта мочился.

Опытъ № 87. Млад. м. п. 30 дней.

Вѣсъ—3350,0; № 4586.

M. biceps : 80 мил.

N. peroneus : 86 мил.

M. vastus int. : 81 мил.

Опытъ № 88. Млад. м. п. 22-хъ дней.

Вѣсъ—3150,0; № 4564.

M. biceps : 71 мил.

N. peroneus : 78 мил.

M. vastus int. : 68 мил.

Примѣчаніе: Во время опыта ребенокъ не переставалъ сосать грудь, не смотря на отдергиваніе ручки и ножки при ощущеніи раздраженія.

ОПЫТЪ № 89. Млад. ж. п. 31 дня.

Вѣсъ—4100,0; № 4554.

M. biceps : 76 мил.

N. peroneus : 81 мил.

M. vastus int. : 77 мил.

ОПЫТЪ № 90. Млад. м. п. 6 дней.

Вѣсъ—4000,0; № 4577.

M. biceps : 74 мил.

N. peroneus : 76 мил.

M. vastus int. : 76 мил.

ОПЫТЪ № 91. Млад. ж. п. 10-ти дней.

Вѣсъ—3400,0; № 4596.

M. biceps : 76 мил.

N. peroneus : 78 мил.

M. vastus int. : 83 мил.

ОПЫТЪ № 92. Млад. м. п. 7 дней.

Вѣсъ—2950,0; № 4595.

M. biceps : 81 мил.

N. peroneus : 78 мил.

M. vastus int. : 78 мил.

ОПЫТЪ 93. Млад. ж. п. 5-ти дней.

Вѣсъ—2650,0; № 4574.

M. biceps : 65 мил.

N. peroneus : 65 мил.

M. vastus int. : 63 мил.

ОПЫТЪ № 94. Млад. ж. п. 17 дней.

Вѣсъ—3320,0; № 4556.

M. biceps : 62 мил.

N. peroneus : 66 мил.

M. vastus int. : 66 мил.

ОПЫТЪ № 95. Млад. м. п. 11 дней.

Вѣсъ—3550,0; № 4606.

M. biceps : 74 мил.

N. peroneus : 74 мил.

M. vastus int. : 71.

Опытъ № 96. Млад. ж. п. 19 дней.

Вѣсъ—2820,0; № 4573.

M. biceps : 83 мил.

N. peroneus : 86 мил.

M. vastus int. : 84.

Опытъ № 97. Млад. м. п. 10 дней.

Вѣсъ—3740,0. № 4618.

M. biceps : 82 мил.

N. peroneus : 85 мил.

M. vastus int. : 77 мил.

Опытъ № 98. Млад. м. п. 6 дней.

Вѣсъ—3600,0; № 4617.

M. biceps : 69 мил.

N. peroneus : 71 мил.

M. vastus int. : 71 мил.

Опытъ № 99. Млад. ж. п. 28 дней.

Вѣсъ—5150,0; № 4600.

M. biceps : 86 мил.

N. peroneus : 84. мил.

M. vastus int. : 86 мил.

Опытъ № 100. Млад. ж. п. 17-ти дней.

Вѣсъ—3160,0; № 4604.

M. biceps : 83 мил.

N. peroneus : 77 мил.

M. vastus int. : 75 мил.

Опытъ № 101. Млад. ж. п. 3-хъ мѣс. 21 дня.

Вѣсъ—3700,0; № 4620.

M. biceps : 79 мил.

N. peroneus : 77 мил.

M. vastus int. : 78 мил.

Опыты надъ животными съ міографомъ Гельмгольца.

Приступая къ постановкѣ опытовъ надъ животными при помощи этого прибора, мы прежде всего вычислили скорость вращенія закопченнаго цилиндра. Скорость эта равнялась 3 сек. Для полученія самой кривой сокращенія мы поступали нѣсколько иначе, чѣмъ это рекомендуетъ Rosenthal¹⁾: мы обклеивали вращающійся цилиндръ бумагой, закапчивали ее и затѣмъ насаживали цилиндръ на стержень. Вслѣдствіе этого по снятіи закопченной бумажки съ цилиндра кривая у насъ получалась въ обратномъ видѣ, т. е. противоположная той, которую приводятъ въ руководствахъ по физиологіи.

Для опытовъ мы взяли взрослую бѣлую крысу, 5-ти дневную бѣлую крысу и 11-ти дневнаго слѣпного щенка.

Начали съ 5-ти дневной крысы.

Ампутировали у нея одну изъ заднихъ конечностей; отсепаровали *m. quadriceps cruris* такъ, что онъ остался прикрѣпленнымъ только около колѣнной чашки; зажали конечность немного ниже колѣнной чашки въ тискахъ; висящій конецъ мышцы привязали къ крючку рычага, записывающаго при помощи тонкаго пера кривую, затѣмъ къ мышцѣ приложили два электрода, находящіеся въ одномъ деревянномъ футлярѣ и проводившіе токъ отъ вторичной катушки саннаго аппарата Du-Bois-Raymond'a; отъ первичнѣй катушки проводники шли къ двумъ столбикамъ основанія прибора, поддерживающимъ рычагъ, отъ движенія котораго вверхъ или внизъ зависитъ размыканіе или замыканіе тока. Время отъ ампутированія конечности до приведенія прибора въ дѣйствіе оказалось для мышцы пятидневной крысы слишкомъ долгимъ, такъ какъ, когда аппаратъ былъ пущенъ въ ходъ,—мышца оказалась уже мертвою и не давала сокращенія.

¹⁾ Rosenthal. Allgemeine Physiologie der Muskeln und Nerven. Leipzig 1899.

Почти тоже случилось и съ мышцею взрослой бѣлой крысы. Мышца эта дала намъ только два очень вялыхъ сокращенія.

Надъ щенкомъ мы нѣсколько видоизмѣнили опытъ. Сперва мы произвели операцію—ампутировали правую заднюю конечность и оставили на ней висѣть *m. gracilis*. Щенка передъ операціей захлороформировали. Ампутированную конечность зажали въ тискахъ; спускавшійся книзу конецъ *m. gracilis* при помощи шелковой нитки привязали къ крючку рычага. При пропусканіи тока *m. gracilis* нѣсколько разъ далъ довольно вялые сокращенія; но затѣмъ, не смотря на поливаніе мышцы теплымъ фізіологическимъ растворомъ поваренной соли, мышца скоро умерла и перестала давать сокращенія. Съ тѣмъ же захлороформированнымъ щенкомъ, но не удаляя мышцы изъ тѣла, мы произвели дальнѣйшіе опыты.

Щенокъ былъ уложенъ на столикъ прибора; отсепарованъ *m. quadriceps cruris* лѣвой задней конечности; послѣдняя въ коленной чашкѣ крѣпко стиснута въ винтовомъ зажимѣ. Висящій конецъ мышцы былъ привязанъ шелковой ниткой къ крючку рычага. При пропусканіи тока мышца вслѣдствіе своего сокращенія стала писать очень типичную кривую. Замѣтимъ кстати, что первыя сокращенія мышцы получились при разстояніи катушекъ въ 100 милл. Затѣмъ минутъ черезъ десять, чтобы вызвать записываніе на законченномъ цилиндрѣ пришлось сдвинуть катушки до разстоянія въ 60 милл. Вскорѣ послѣ этого щенокъ внезапно погибъ отъ хлороформеннаго наркоза. Мышца въ теченіе 8—10 мин. писала еще сокращенія, но все вялѣе и вялѣе и затѣмъ перестала сокращаться.

При первомъ же взглядѣ на кривую бросается въ глаза рѣзкое ея отличіе отъ кривой сокращенія мышцы взрослого животного: латентный періодъ значительно длиннѣе, амплитуда кривой меньше, паденіе волны значительно длиннѣе, чѣмъ у взрослого.

IV.

Сопоставляя добытыя данныя на животныхъ и дѣтяхъ съ тѣми, которыя получены упомянутыми учеными, работавшими въ этомъ направленіи, мы, не смотря на накопленіе новыхъ фактовъ, не осмѣливаемся сдѣлать какіе-либо точно сформулированныя выводы.

Все выводы, полученные на животныхъ, говорить проф. Влад. Мих. Бехтеревъ, возможно переносить на человѣка лишь въ томъ случаѣ, когда путемъ анатомическихъ изслѣдованій убѣждаемся, что изслѣдуемая часть у тѣхъ и другихъ находится въ одинаковомъ періодѣ развитія.

Руководствуясь этимъ положеніемъ, мы позволимъ себѣ сдѣлать нѣкоторыя догадки. Впрочемъ, цифры будутъ говорить сами за себя.

Начнемъ съ разсмотрѣнія наиболѣе сложныхъ явленій, менѣе контролируемыхъ, съ данныхъ, полученныхъ при опытахъ надъ дѣтьми.

Все, сообщенное нами въ протоколахъ, мы постарались изобразить на прилагаемыхъ таблицахъ въ видѣ отдѣльныхъ кривыхъ. Весь матеріалъ мы распредѣлили на двѣ группы: наибольшая, трактующая о дѣтяхъ доношенныхъ, и меньшая— о недоноскахъ. Дѣти распредѣлены по возрасту, начиная съ 3-го дня жизни. За время нашихъ занятій въ Воспитательномъ Домѣ дѣтей первыхъ двухъ дней жизни, къ сожалѣнію, не было. Хотя, строго говоря, характеръ кривой отъ этого, пожалуй, ничего не выигралъ. Слѣдя за движеніемъ кривой вѣса тѣла младенца, мы конечно, нисколько не удивляемся, что онъ постепенно растетъ, увеличивается. О болѣе тонкихъ колебаніяхъ его мы скажемъ ниже. Но затѣмъ, переходя къ наблюденію за движеніемъ трехъ кривыхъ раздраженія *m. bicipitis*, *nervi peronei* и *m. vasti interni*, насъ поражаетъ почти полный параллелизмъ между ними. Эти три кривыя можно раздѣлить на всемъ ихъ протяженіи на три части: первая часть занимаетъ направленіе кривой съ 3-го по 23-й день; вторая часть—съ 24-го дня по 10-ю недѣлю

и третья часть—съ 10-ой недѣли до года и далѣе. Первую часть можно охарактеризовать тѣмъ, что въ ней электровозбудимость имѣетъ, повидимому, наклонность возрастать; начиная съ 4-ой недѣли до 10 недѣли электровозбудимость ясно падаетъ; затѣмъ снова начинаетъ подыматься и къ году достигаетъ своей нормальной величины, какъ у взрослого. Замѣтимъ здѣсь, кстати, что приступая къ наблюденію электровозбудимости надъ дѣтьми, мы каждый разъ испытывали силу элемента Грене при помощи вольтметра. Элементъ давалъ всегда постоянную величину. Ощущеніе минимальнаго раздраженія у указанныхъ лицъ колебалось между 117 и 112 мил. разстоянія катушекъ; рука рѣзко отдергивалась при разстояніи катушекъ въ 98—95 мил. Возвращаясь къ дальнѣйшему сопоставленію кривыхъ, мы видимъ, что кривую вѣса такъ строго разграничить на періоды нельзя. На основаніи этого мы осмѣливаемся сказать, что однимъ вѣсомъ, наростаніемъ или уменьшеніемъ его, нельзя объяснить повышеніе или пониженіе электровозбудимости; тѣмъ не менѣе вѣсъ занимаетъ безусловно первенствующее мѣсто при объясненіи электровозбудимости. Болѣе детальное наблюденіе за всѣми четырьмя кривыми освѣтитъ рельефнѣе это послѣднее наше положеніе. Мы видимъ полный параллелизмъ въ 29 опытахъ (№№ 71, 11, 90, 26, 33, 91, 97, 95, 23, 39, 62, 82, 35, 78, 51, 53, 74, 16, 101, 54, 64, 42, 65, 34, 59, 29, 30, 27, 28); почти параллельно въ 26 опытахъ (№№ 38, 93, 25, 77, 80, 40, 100, 96, 84, 85, 21, 37, 87, 49, 55, 50, 57, 60, 13, 22, 61, 12, 32, 73, 63, 70); слѣдовательно, болѣе чѣмъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ (въ 63,5%) и только 14 случаевъ дѣйствительно представляютъ ясное несоотвѣтствіе между вѣсомъ и электровозбудимостью (№№ 72, 86, 56, 45, 83, 18, 99, 36, 19, 14, 46, 76, 31). Протоколы этихъ послѣднихъ опытовъ ничего существеннаго намъ не говорятъ; очевидно здѣсь чисто индивидуальныя колебанія и при томъ, въ одинаковой мѣрѣ, какъ у мальчиковъ, такъ и у дѣвочекъ.

Желая основательнѣе убѣдиться въ томъ, дѣйствительно ли существуетъ тѣсная зависимость между вѣсомъ даннаго

субъекта и степени его электровозбудимости, мы создали чисто теоретически, такъ называемую, „удѣльную электровозбудимость“, т. е. электровозбудимость, приведенную къ килограмму вѣса тѣла. Вслѣдствіе того, что, какъ нами уже выше было указано, электровозбудимость мышцы и нерва идетъ почти параллельно, мы взяли среднее изъ трехъ величинъ, показывающихъ въ отдѣльности электровозбудимость *m. bicipitis*, *nervi peronei* и *m. vasti interni* $\left(\frac{a+b+c}{3}\right)$ и раздѣлили полученное число на вѣсъ младенца (Р). Такимъ образомъ получили новую кривую, которая нанесена у насъ на таблицѣ коричневой краской. Кривая эта однако, не такъ типична, какъ мы это теоретически предполагали; тѣмъ не менѣе тутъ еще яснѣе видна наклонность кривой къ паденію. Склонъ этой еще болѣе рѣзко выступаетъ, если сравнивать отдѣльно мальчиковъ и дѣвочекъ.

Мы умышленно обходили молчаніемъ опытъ № 52. Если бы соединить, хотя бы пунктиромъ, точки кривой 26-ти недѣльнаго ребенка съ кривой ребенка 31 недѣли, то получилось бы поражающее паденіе всѣхъ величинъ. Очевидно это явленіе аномальное и въ протоколѣ даннаго опыта мы видимъ дѣйствительно подтвержденіе этого: предъ нами рѣзко выраженный рахитикъ. Зависитъ ли это пониженіе мышечной и нервной электровозбудимости отъ рахитизма, мы не рѣшаемся утверждать; да на основаніи одного-двухъ опытовъ ни въ коемъ случаѣ нельзя было бы это и дѣлать. Мы только констатируемъ тотъ фактъ, что здѣсь явленіе аномальное.

Обращаясь теперь къ разсмотрѣнію кривыхъ у недоносковъ, мы видимъ здѣсь значительно яснѣе выраженный параллелизмъ между вѣсомъ младенца и воспримчивостью его къ электрическому току. Здѣсь также можно довольно точно разграничить кривыя на три части: до 25-го дня электровозбудимость какъ будто увеличивается, съ 28 дня по 10-ую недѣлю постепенно падаетъ, затѣмъ снова возрастаетъ.

Удѣльной электровозбудимости мы въ этой таблицѣ не высчитывали, такъ какъ параллелизмъ и безъ того бросается

въ глаза. Въ общемъ слѣдуетъ отмѣтить поразительную низкую электровозбудимость у недоносковъ. Дать объясненіе этому явленію мы не беремся. Къ сожалѣнію никѣмъ изъ ученыхъ этотъ вопросъ не былъ еще затронутъ. Гистологическое изслѣдованіе въ этомъ направленіи могло бы дать, намъ кажется, цѣнные данныя.

Какую роль играетъ при проведеніи электрическихъ токовъ жировая подкладка мы не можемъ сказать. Сопротивленіе кожи мы не изслѣдовали. Вполнѣ возможно, что среди 14-ти субъектовъ, давшихъ рѣзкое уклоненіе отъ параллелизма между кривыми электровозбудимости и кривою вѣса, часть изъ нихъ объясняется тѣмъ или инымъ характеромъ жировой подкладки, другая же — патологическимъ состояніемъ кожи ребенка, какъ въ опытахъ № 86, 18, 19, 14 (и отчасти въ 15, 16, 17 и 20). Опытъ № 31 нельзя принимать во вниманіе, такъ какъ во время изслѣдованія ребенокъ былъ чрезвычайно беспокоенъ; дѣлать наблюденія надъ нимъ было крайне трудно; за точность цифръ не ручаемся: въ виду сильнаго крика ребенка провѣрены онѣ не были.

По наблюденіямъ Westphal'я на электровозбудимость у новорожденныхъ влізаетъ не столько сопротивленіе кожи, сколько степень развитія изслѣдуемаго аппарата (нерва или мышцы). Правда, онъ сдѣлалъ это заключеніе только по аналогіи (методъ наиболѣе шаткій). Ему не удалось произвести гистологическихъ изслѣдованій мышцъ и нервовъ у тѣхъ дѣтей, которыя испытывались на электровозбудимость. Мы въ нашихъ изслѣдованіяхъ были въ этомъ отношеніи въ болѣе благоприятныхъ условіяхъ. Мы имѣли возможность изслѣдовать гистологическое строеніе нервовъ и мышцъ у тѣхъ же самыхъ животныхъ, у которыхъ испытывалась электровозбудимость. Что касается дѣтей, то у нихъ мы не могли сдѣлать того же самаго, такъ какъ ни одинъ изъ изслѣдуемыхъ младенцевъ, за время нашей работы въ Воспитательномъ Домѣ, не умеръ. Производить же гистологическія изслѣдованія надъ мертвыми дѣтьми мы отказались, такъ какъ это было бы буквальное повтореніе работы Westphal'я.

Кривыя, полученныя въ опытахъ надъ животными, съ удивительной ясностью указываютъ на почти полный параллелизмъ между вѣсомъ даннаго индивидуума и степенью его электровозбудимости. Несмотря на это, мы однако не рѣшаемся выставять эту зависимость, какъ нѣчто безусловное, не требующее новыхъ доказательствъ. Не рѣшаемся сдѣлать этого на томъ основаніи, что матеріаль, вслѣдствіе недостатка времени не былъ нами искусственно подобранъ; пользовались мы такими щенятами и котятами, которыхъ посылала природа. Однѣ суки рождали сильныхъ, крѣпкихъ щенковъ, съ большимъ вѣсомъ; другія — тщедушныхъ, захудалыхъ, съ очень малымъ вѣсомъ. Такъ, мы видимъ, что щенокъ 24 часовъ жизни (опытъ № 10) чуть-ли не вдвое по вѣсу тяжелѣе, чѣмъ щенокъ 4-хъ дневный (опытъ № 6) или 6-ти дневный (опытъ № 7); повторяемъ, устранить этого мы не могли вслѣдствіе ограниченности времени и полной зависимости отъ того матеріала, который мы получали.

Болѣе наглядный параллелизмъ, полученный въ опытахъ надъ животными, мы рѣшаемся объяснить тѣмъ, что здѣсь былъ удаленъ одинъ изъ затемняющихъ картину электровозбудимости ингрѣдиентовъ, именно — сопротивленіе кожи. Постановку самыхъ опытовъ мы уже описали выше. Мы раздражали непосредственно нервъ и непосредственно мышцу.

Несмотря на то, что измѣреніе скрытаго періода производилось нами при помощи относительно грубаго прибора (черезъ Мареевскіе барабанчики, соединенные длинной каучуковой трубкой; затѣмъ надо принять вниманіе, что часть энергіи шла на натягиваніе эластической нитки, связывавшей лапку животнаго съ первымъ барабанчикомъ, на растягиваніе самихъ барабанчиковъ и наконецъ на поднятіе пера), тѣмъ не менѣе полученныя цифры, хотя и грубо гармонируютъ съ данными, добытыми при помощи очень тонкаго прибора — міографа Гельмгольца.

Мы можемъ утвердительно сказать, что продолжительность скрытаго періода съ возрастомъ животнаго безусловно

уменьшается. Кромѣ того самый характеръ кривой постепенно измѣняется: изъ довольно длинной съ небольшою высотой волны и очень покатымъ скатомъ она, по мѣрѣ развитія животнаго, пріобрѣтаетъ болѣе высокую амплитуду и менѣе отлогую покатость. При утомленіи скрытые періоды значительно удлиняются. Невольно напрашивается вопросъ, чѣмъ объяснить это явленіе, какой анатомическій субстратъ лежитъ въ основаніи его. Задерживающее вліяніе кожи и подкожной кѣтчатки удалено. Какимъ новымъ факторомъ можно объяснить только что указанное явленіе? Здѣсь на помощь являютъ намъ гистологическія изслѣдованія.

При сопоставленіи цифровыхъ данныхъ, полученныхъ при раздраженіи мышцъ и нервовъ, Westphal сдѣлалъ тотъ выводъ, что между раздраженіемъ нервовъ и непосредственнымъ раздраженіемъ самой мышцы не существуетъ никакой разницы. На основаніи нашихъ наблюденій мы не рѣшаемся выставить такое опредѣленное положеніе. Всѣ наши опыты надъ животными и большинство опытовъ надъ дѣтьми указываютъ намъ на то, что, при всѣхъ прочихъ равныхъ условіяхъ, нервъ реагируетъ на раздраженіе электрическимъ токомъ нѣсколько раньше (при большемъ разстояніи катушекъ) и сильнѣе, энергичнѣе, чѣмъ мышца. Кромѣ того, нервъ утомляется, истощается значительно труднѣе, медленнѣе, чѣмъ мышца. Очевидно, это зависитъ отъ различнаго гистологическаго строенія того и другаго аппарата.

Обращаясь къ разсмотрѣнію гистологическаго строенія нервовъ и резюмируя то, что мы получили въ нашихъ опытахъ, мы можемъ сдѣлать приблизительно слѣдующія положенія: первныя волокна у новорожденныхъ характеризуются слабой окраской, по мѣрѣ развитія животнаго они пріобрѣтаютъ болѣе интенсивную окраску; большинство нервныхъ волоконъ у новорожденныхъ очень тонко; волокна лишены мякотной оболочки; но по мѣрѣ развитія животнаго послѣдняя начинаетъ кое-гдѣ появляться, такъ что къ 12-му дню мы уже видимъ много волоконъ обложенныхъ тонкимъ слоемъ мякотной обо-

лочки. Правда, эта оболочка находится только мѣстами; на всемъ протяженіи вдоль волокна намъ не удалось ее наблюдать и у 16-ти дневнаго щенка. Вслѣдствіе слабого развитія мякотной оболочки лантермановскихъ насѣчекъ почти не видно. Перхватовъ Ранвье у новорожденныхъ намъ не удалось наблюдать; повидимому они совершенно отсутствуютъ. Зато рѣзко обрисовывается Швановская оболочка и лежація въ ней зерна. Соединительная ткань какъ эндо,—такъ и перинейриума прекрасно развиты; въ ней (на поперечныхъ срѣзахъ) можно наблюдать много зеренъ. Ширину діаметра волоконъ у новорожденныхъ мы не измѣряли; но всѣ данныя, особенно сравненія съ препаратами нервовъ взрослого животнаго, указываютъ на то, что у новорожденныхъ волокна значительно тоньше. Сравнивая кромѣ того гистологическую картину нерва раздражаемой стороны съ контрольной нераздражаемой того же животнаго,—мы позволимъ себѣ отмѣтить, на нашъ взглядъ, довольно рѣзко бросающуюся особенность строенія, именно, нервныя волокна послѣ раздраженія электрическимъ токомъ приобрѣтають видъ болѣе или менѣе варикозный, четкообразный.

Это явленіе намъ довольно рѣзко удалось наблюдать у животныхъ до 3-го дня жизни. Впрочемъ, нѣчто подобное замѣтно и у животныхъ болѣе старшаго возраста, но тамъ это выступаетъ не такъ характерно.

Характерными отличіями строенія мышцъ новорожденныхъ по сравненію съ мышцами взрослыхъ животныхъ мы можемъ считать: обиліе у новорожденныхъ зеренъ сарколеммы и интерстиціальной соединительной ткани, кромѣ того почти всѣ волокна у нихъ округловаты; начиная, впрочемъ, приблизительно съ 12-го дня часть волоконъ приобрѣтаетъ полигональное строеніе. Величину діаметра волоконъ у новорожденныхъ мы не имѣли возможности измѣрить; но уже грубое сравненіе строенія мышцы взрослого животнаго наглядно указываетъ, что діаметръ волоконъ у новорожденныхъ

значительно меньше и увеличивается по мѣрѣ роста и развитія животнаго.

Мы не рѣшаемся дѣлать дальнѣйшіе выводы на основаніи добытыхъ нами наблюденій, считая съ одной стороны, что этихъ наблюденій сдѣлано еще слишкомъ мало, чтобы дѣлать строго опредѣленные выводы, а съ другой-переносить эти немногочисленные данныя полученные у животныхъ на дѣтей и на основаніи ихъ дѣлать болѣе или менѣе остроумные догадки слишкомъ рискованно. Этихъ догадокъ нельзя дѣлать еще, главнымъ образомъ потому, что у насъ не было никакой возможности анатомически сопоставить данныя полученные на животныхъ съ изслѣдованіями надъ дѣтьми. Мы не могли даже прослѣдить степень электровозбудимости у одного и того же ребенка по мѣрѣ его развитія, такъ какъ, если ребенокъ здоровъ, его черезъ 2—3 недѣли отправляютъ въ округъ; надъ больными же дѣтьми мы умышленно избѣгали производить эксперименты. Дѣти болѣе поздняго возраста, послужившіе намъ для опыта, были раньше больны и поэтому задержаны въ Воспитательномъ Домѣ. Во время нашихъ занятій они находились тамъ на испытаніи, какъ здоровые. У двухъ-трехъ младенцовъ еще можно было-бы прослѣдить электровозбудимость по мѣрѣ ихъ развитія; но это такое ничтожное число и индивидуальныя колебанія могутъ быть такъ значительны, что дѣлать на основаніи ихъ какія-либо выводы, по меньшей мѣрѣ, рискованно, если не прямо бесполезно.

Мы позволимъ себѣ еще остановиться на томъ поразившемъ насъ фактѣ, что нервныя волокна, не снабженные мякотной оболочкой или которыя начинаютъ только облагаться тонкимъ мякотнымъ футляромъ, не даютъ двойкаго преломленія. Фактъ этотъ можетъ быть сопоставленъ съ переданнымъ намъ устно давнимъ наблюденіемъ акад. В. М. Бехтерева, что сръзъ изъ центральной нервной системы новорожденных и зародышей въ мѣстахъ, гдѣ волокна содержатъ еще нѣжную недоразвитую мякотную обкладку не поляризуетъ, тогда

какъ другія мѣста, содержація хорошо развитую мякотную обкладку поляризуютъ, какъ и у взрослыхъ животныхъ. Около 16-го дня жизни (въ нашихъ опытахъ), когда волокна уже являются съ замѣтной мякотной оболочкой, выступаетъ новое явленіе: нервное волокно начинаетъ поляризовать, причемъ на периферіи сильнѣе, чѣмъ въ центрѣ. При этомъ оптическій характеръ по длинѣ волоконъ отрицательный. Кромѣ того, нами замѣчено было еще одно обстоятельство: нервное волокно контрольной, не раздражаемой стороны, какъ въ поперечномъ, такъ и въ продольномъ сѣченіи, поляризовала относительно слабо. На основаніи этихъ данныхъ мы можемъ закончить, что явленія поляризаціи зависятъ во 1) отъ степени развитія мякотной оболочки и во 2) отъ дѣйствія электрическаго тока.

Констатируя только что указанныя явленія и не рискуя дѣлать какихъ либо опредѣленныхъ изъ него выводовъ, мы тѣмъ не менѣе позволимъ себѣ подчеркнуть это наблюденіе. По вопросу о поляризаціи нервного вещества еще сдѣлано слишкомъ мало, чтобы обходить молчаніемъ наблюдаемые факты. Вопросъ этотъ самъ по себѣ, по нашему мнѣнію, настолько глубокъ и можетъ открыть такіе широкіе горизонты, что безусловно заслуживаетъ тщательнаго вниманія и серьезной обработки.

Резюмируя всѣ выводы, полученные при нашихъ изслѣдованіяхъ, мы рѣшаемся ихъ формулировать въ видѣ слѣдующихъ положеній.

Электровозбудимость у новорожденныхъ зависитъ:

- 1) Отъ возраста даннаго индивидуума.
- 2) Отъ вѣса его тѣла.
- 3) Отъ сопротивленія кожи (отъ количества жировой подкладки) (см. Westphal, Тишковъ).
- 4) Отъ степени развитія мышечнаго вещества.
- 5) Отъ степени обложенія нервовъ мякотной оболочкой.
- 6) Отъ молекулярныхъ измѣненій въ самой мякотной оболочкѣ.

7) Электровозбудимость мышц возрастает параллельно электровозбудимости нервов.

Считаю счастливымъ долгомъ принести искреннюю благодарность проф. Влад. Мих. Бехтереву, проф. Дмитр. Петр. Косоротову и проф. Конст. Дмитр. Хрущову за ихъ совѣты и указанія въ настоящей работѣ.

Л и т е р а т у р а.

1. Bechterew.—Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark. Zweite Auflage. Leipzig. 1899. 2.
- 2. Ueber die Erregbarkeit verschiedener Hirnbezirke bei neugeborenen Thieren. Neur. Centr. 1889. № 18.
- 3. О возбудимости двигательныхъ центровъ мозговой коры у новорожденныхъ щенятъ. Врачъ № 34. 1886. Т. 7.
- 4. Объ изслѣдованіи возбудимости отдѣльныхъ пучковъ въ спинномъ мозгу новорожденныхъ животныхъ. Врачъ № 22. 1887. Т. 8.
- 5. О возбудимости различныхъ частей головного мозга у новорожденныхъ животныхъ. Врачъ № 15. 1889.
- 6. О двойномъ лучепреломленіи нервными волокнами. Вѣстникъ психіатріи. Годъ 6. Вып. 2.
- 7. Физиологія двигательной области мозговой коры. Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной психопатологіи. Т. 9 и 10. 1887.
- 8. О возбудимости мозговой коры у новорожденныхъ животныхъ. Обзорніе психіатріи. 1897 г. № 7.
9. Westphal.—Die elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln Neugeborener. Neurologisch. Centralblatt. 1866. № 16.
10. A. Westphal.—Die elektrische Erregbarkeitsverhältnisse des peripherischen Nervensystems des Menschen in jugendlichem Zustand und ihre Beziehungen zu dem anatomischen Bau desselben. Arch. Psychiatrie. 1894. B. 26.
11. Soltmann.—Ueber einige physiologische Eigenthümlichkeiten der Muskeln und Nerven der Neugeborenen. Jahrbuch für Kinderheilkunde und Phys. Erziehung. No. F. 12. 1873.
12. Докладъ № 7 Pädiatr. Sect. der 52 Naturforsch.—Versammlung zu Baden-Baden. 1869.

13. Otto Soltmann.—Experimentelle Studien über die Funktionen des Grosshirns der Neugeborenen. Jahrbuch für Kinderheilkunde und Physische Erziehung. No. F. 9. B. 1875.

14. Max Schulze.—Handbuch der allgemeinen und speziellen Gewebelehre des menschlichen Körpers. Zweite Auflage 1854.

15. Соколовъ.—О развитіи периферическихъ нервовъ у новорожденныхъ дѣтей. Врачъ 1890. № 17 и № 20.

16. Діамидовъ.—Исслѣдованіе нервной ткани въ поляризованномъ свѣтѣ. Труды Общества естествоиспытателей при Казан. Унив. Т. 22. Вып. 4.

17. Erb. Zur Pathologie und pathologischen Anatomie peripherischer Paralysen. Deutsch. Arch. für Klinisch. Medicine 5. B. 1869.

18. Remak.—Основы электродиагностики и электротерапіи. 1896.

19. Ладовскій и Овсянниковъ. Основанія къ изученію микроскопической анатоміи челоѣка и животныхъ. 2 т. 1887.

20. Штеръ.—Учебникъ гистологіи и микроскопической анатоміи челоѣка. 1891.

21. Ранъе.—Техническій учебникъ гистологіи, пер. Тарханова. С.-Петербургъ. 1876—77.

22. Типковъ.—О сопротивленіи челоѣческаго тѣла электрическому току. Дисс. 1886. С.-Петербургъ.

23. Ferri.—Functions of the brain London. 1886.

24. Francois Franck et Pitres. Analyse expérimentale des mouvements prov. par l'excitation de la substance grise du cerveau. Progrès medic. 1878 № 1.

25. Travaux du Laboratoire de Moray V. 4. 1878—79.

26. Ellenberger.—Systematische und topographische Anatomie des Hundes.

27. Жуковъ.—О вліяніи удаленія двигательныхъ центровъ мозговой коры на возбудимость сосѣднихъ съ ними корковыхъ областей. Дисс. 1895.

28. Бари.—О возбудимости мозговой коры новорожденныхъ животныхъ. Дисс. 1898.

29. Obersteiner.—Руководство къ изученію строенія центральной нервной системы въ нормальномъ и патологическомъ состояніи. Москва. 1897.

30. Hermann.—Lehrbuch der Physiologie. Berlin. 1900.

31. Tigerstedt.—Zehrbuch der Physiologie des Menschen. 1897.

32. Cyon.—Methodik der Physiologischen Experimente und Vivisectionen.

33. Rosenthal.—Allgemeine Physiologie der Muskeln und Nerven.

34. Бурдонъ—Сандерсонъ. Практическій курсъ физиологіи.

35. Учебники физиологіи: Фостера, Ландуа, Бернштейна, Чирьева и Beaunis.

Объясненіе таблицъ.

ТАБЛИЦА I.

№ 1. Кривая мышечнаго сокращенія (*m. gracilis*) котенка 14 часовъ жизни (опытъ № 9. 38 января 1899 года).

№ 2. Кривая нервнаго сокращенія (*n. ischiadici*) щенка 12 час. жизни. (Опытъ № 14. 1 июня 1899 года).

№ 3. Кривая мышечнаго сокращенія (*m. gracilis*) щенка 12 часовъ жизни. (Опытъ № 14. 1 июня 1899 года).

№ 4. Кривая нервнаго сокращенія (*n. ischiadici*) щенка 36 часовъ жизни. (Опытъ № 15. 2 июня 1899 года).

№ 5. Кривая мышечнаго сокращенія (*m. gracilis*) щенка 36 часовъ жизни. (Опытъ № 15. 2 июня 1899 года).

ТАБЛИЦА II.

№ 1. Кривая нервнаго сокращенія (*n. ischiadici*) щенка 8-ми дней. (Опытъ № 13. 29 мая 1899 года).

№ 2. Кривая мышечнаго сокращенія (*m. gracilis*) щенка 8 дней. (Опытъ № 13. 29 мая 1899 года).

№ 3. Кривая нервнаго сокращенія (*n. ischiadici*) щенка 4-хъ дней. (Опытъ № 6. 27 января 1899 года).

№ 4. Кривая мышечнаго сокращенія щенка 3-хъ дней. (Опытъ № 12. 24 мая 1899 года).

ТАБЛИЦА III.

№ 1. Кривая нервнаго сокращенія (*n. ischiadici*) щенка 4-хъ мѣсяцевъ. (Опытъ № 1. 29 декабря 1898 года).

№ 2. Кривая мышечнаго сокращенія (*m. gracilis*) щенка 4-хъ мѣсяцевъ. (Опытъ № 1. 29 декабря 1898 года).

№ 3. Кривая нервнаго сокращенія (*n. ischiadici*) 16 дней щенка. (Опытъ № 3. 8 января 1899 года).

№ 4. Кривая мышечнаго сокращенія (*m. gracilis*) щенка 16 дней. (Опытъ № 3. 8 января 1899 года).

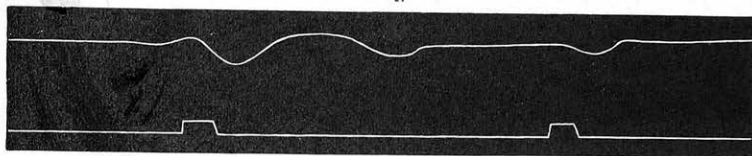
№ 5. Кривая мышечнаго сокращенія (*m. gracilis*) щенка 18-ти дней. (Опытъ № 5. 10 января 1899 года).

ТАБЛИЦА IV.

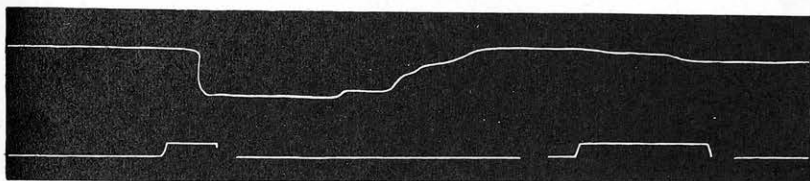
Кривыя вѣса и разстоянія катушекъ при миним. раздраженіяхъ у доношенныхъ дѣтей.

Мас. 1.

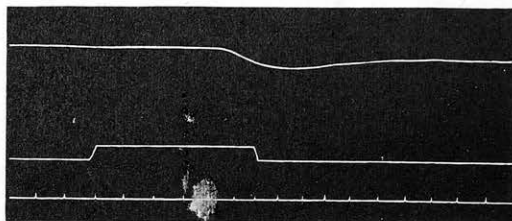
1.



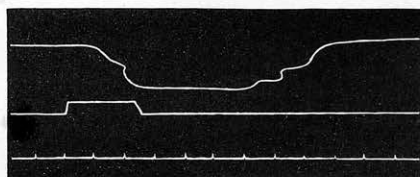
2.



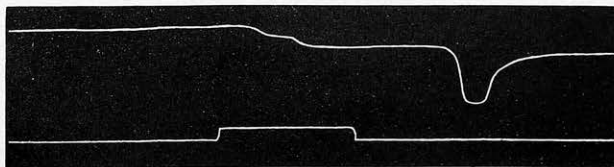
3.



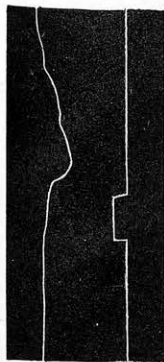
4.



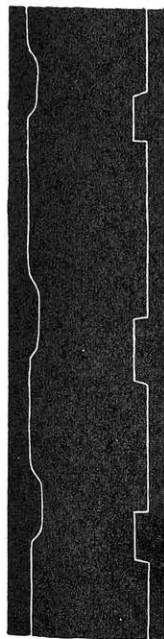
5.



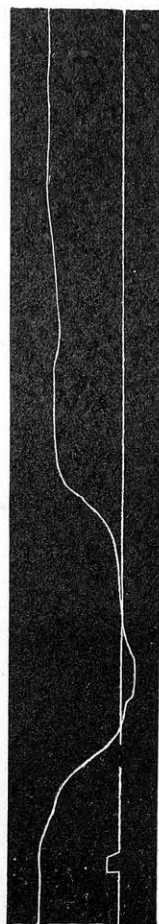
1



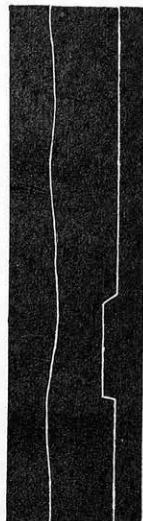
2.



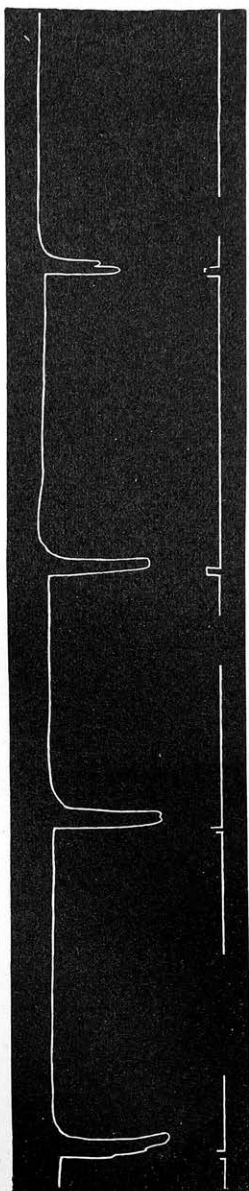
3.



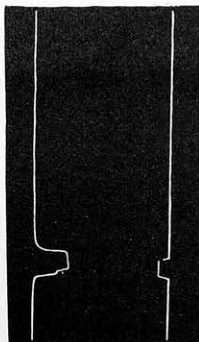
4.



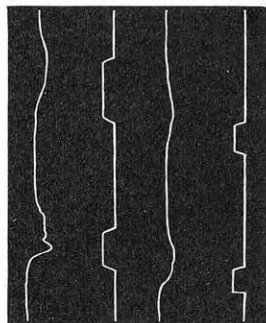
1.



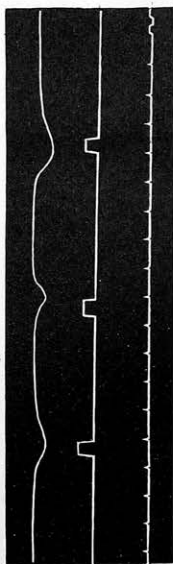
2.



3.



4.



5.



Кривыя вѣса (въ границахъ) и разстоянія катушекъ (въ миллиметрахъ при минимальныхъ раздраженіяхъ) у доношенныхъ дѣтей.

Таблица IV.

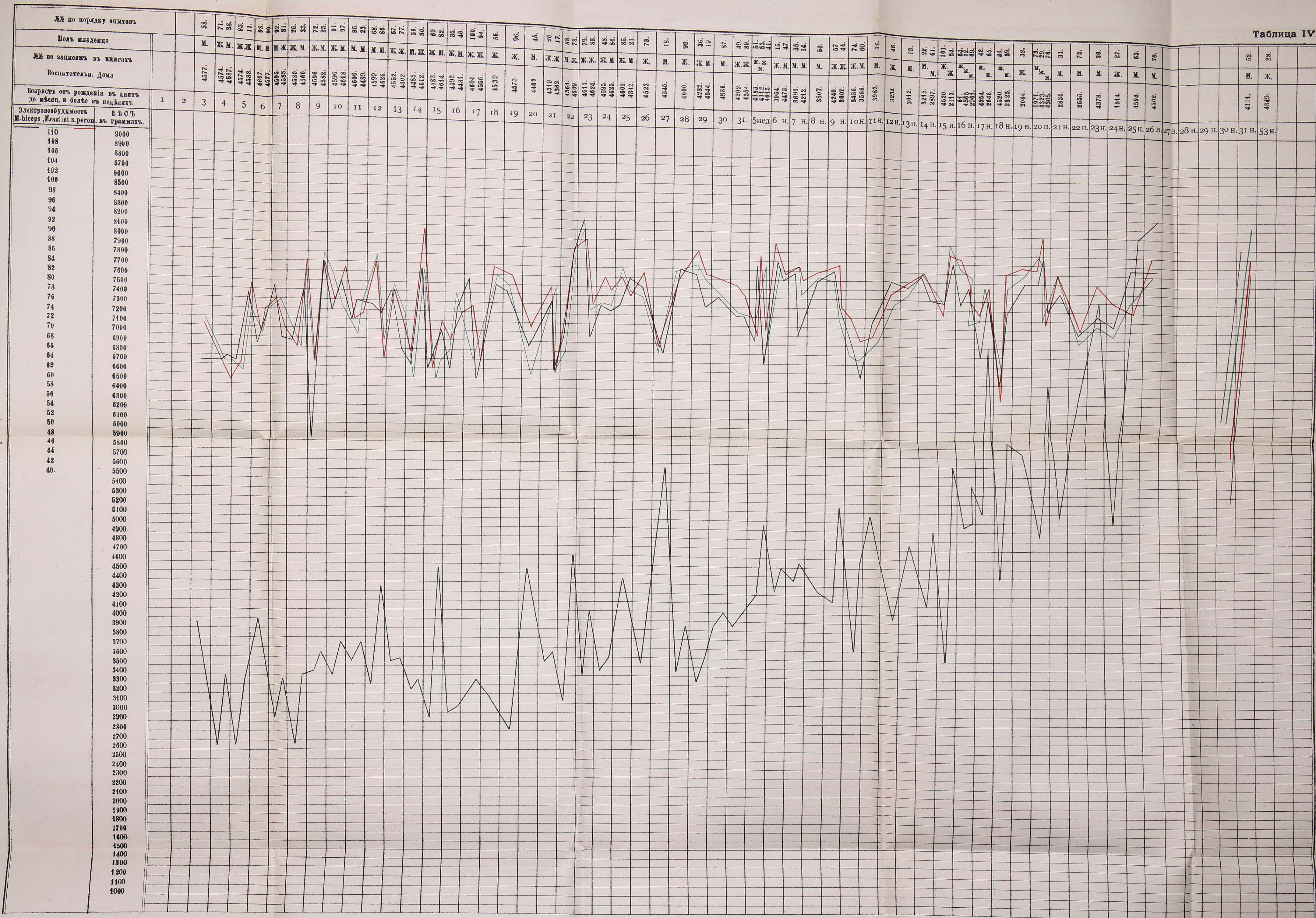


Таблица V

[illegible]

Таблица VI.

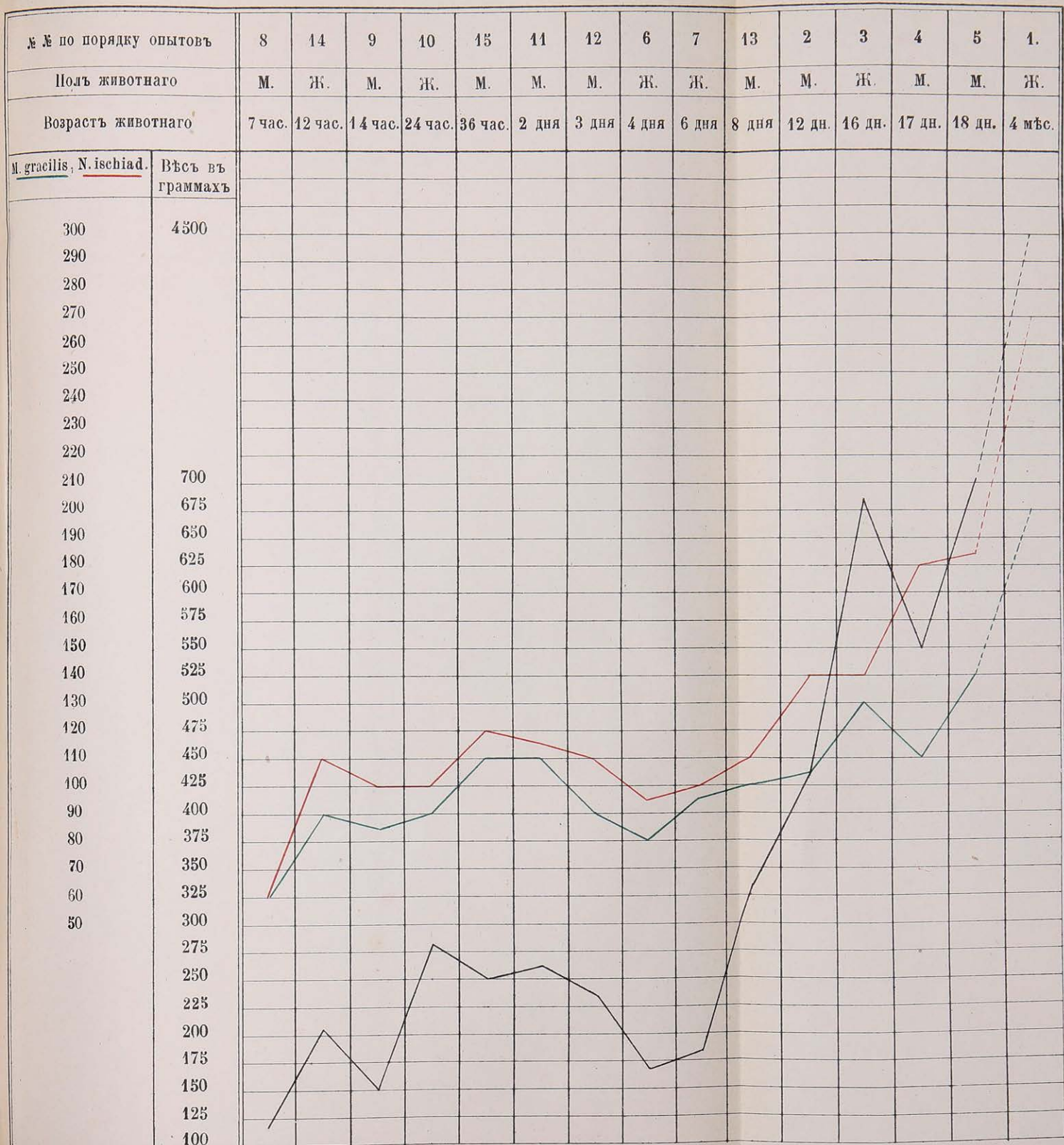


ТАБЛИЦА V.

Кривыя вѣса и разстоянія катушекъ при миним. раздраженіяхъ у недоносковъ.

ТАБЛИЦА VI.

Кривыя вѣса и разстоянія катушекъ при минимальныхъ раздраженіяхъ *m. gracilis* и *n. ischiadici* у животныхъ.



Изъ нервнаго отдѣленія проф. Н. М. Попова Казанской Земской Больницы.

Къ вопросу о дѣйствіи брюшнаго тифа на нервную систему. (Случай множественнаго пораженія съ разстройствомъ рѣчи ¹⁾).

Д-ра А. Е. Янишевскаго,

профессорскаго стипендіата при кафедрѣ психіатріи Казанскаго Университета.

Брюшной тифъ, поражая нервную систему, можетъ дать чрезвычайно разнообразную клиническую картину въ зависимости отъ мѣста и способа своего воздѣйствія. Въ этомъ отношеніи онъ среди прочихъ инфекціонныхъ болѣзней всего ближе стоитъ къ сифилитической инфекціи. Подобно сифилису тифозный ядъ поражаетъ всѣ тѣли входящія въ нервную систему; при немъ могутъ заболѣть периферическіе нервы, оболочки головного и спинного мозга, сосуды и мозговое вещество. Но кромѣ сходства въ пестротѣ клиническихъ симптомовъ брюшной тифъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ напоминаетъ сифилисъ еще и въ замѣчательной элективности дѣйствія яда на нервную систему: несмотря на общую интоксикацію здѣсь въ процессъ иногда вовлекаются почему-то извѣстные отдѣлы нервной системы, поражаются опредѣленные участки ихъ. Какъ при сифилисѣ всего чаще страдаютъ отдѣльные

¹⁾ Докладъ въ засѣданіи 24 марта 1902 года Казанскаго Общества невропатологовъ и психіатровъ.

глазодвигательные нервы, такъ и при тифѣ мы часто сталкиваемся съ поражениемъ одного опредѣленнаго ствола среди спинныхъ и черепно-мозговыхъ нервовъ. Въ этомъ случаѣ сходство въ дѣйствіи на нервную систему двухъ совершенно разныхъ возбудителей заболѣванія повидимому должно находить себѣ объясненіе главнымъ образомъ въ самомъ устройствѣ нервной системы, въ болѣе ранимости того или другого отдѣла ея.

Изъ периферическихъ нервовъ по изслѣдованіямъ *Pitres* и *Vaillard*'а ¹⁾ наиболѣе часто страдаетъ локтевой нервъ. Въ весьма цѣнной компилятивной работѣ *Fridländer*'а ²⁾, гдѣ собрана и прореферирована громадная литература по вопросу о вліяніи брюшного тифа на нервную систему, наиболѣе частымъ невритомъ указанъ невритъ *n. peronei*; за нимъ по частотѣ слѣдуетъ поврежденіе *n. ulnaris*, затѣмъ *n. mediani* и самое рѣдкое заболѣваніе — невритъ *n. radialis*. Точно также изолированно могутъ поражаться и черепно-мозговые нервы; такъ описаны случаи поврежденія *n. facialis*, *n. hypoglossi*, *n. optici* и отдѣльныхъ вѣтвей глазодвигательныхъ нервовъ. При дѣйствіи брюшного тифа на спинной мозгъ элективность его яда можетъ проявиться въ исключительномъ поврежденіи переднихъ роговъ сѣраго вещества, и это поврежденіе клинически скажется въ формѣ остраго восходящаго паралича *Landry* (*Etienne* ³⁾). Головной мозгъ, по мимо указанныхъ отдѣльныхъ черепныхъ нервовъ, также можетъ быть пораженъ въ опредѣленныхъ своихъ отдѣлахъ. Среди этихъ поврежденій въ данномъ случаѣ особенный интересъ представляютъ корковые поврежденія и въ частности поврежденія центровъ рѣчи,

¹⁾ Цитир. по *A. Chantemesse*. Брюшной тифъ. Трактатъ по медицинѣ. *Charcot-Bouchard-Brissaud*. Русск. перев. Москва 1900 г.

²⁾ «Ueber den Einfluss des Typhus abdominalis auf das Central nervensystem». *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. Bd. V, Heft. 4, Bd. VI. Heft. 1, 4, 5, 6; Bd. VII. Heft. 2, 3, 4.

³⁾ «Des paralysies généralisées dans la fièvre typhoïde». *Revue Neurol.* 1899. № 3.

разстройство которой иногда выступает по своей тяжести на первый планъ въ картинѣ заболѣванія.

По своему характеру и происхожденію пораженіе рѣчи при брюшномъ тифѣ можетъ быть весьма различно. *Bohn*¹⁾ указываетъ, что очень часто можно отмѣтить у тифозныхъ больныхъ медленную, монотонную рѣчь (*bradyphasia*). Другіе авторы (*Simson, Westphal, Ebstein, Eisenlor*¹⁾) приводятъ случаи разстройства рѣчи въ формѣ дизартріи, развивающейся на почвѣ утраты координаціи движеній рѣчевого аппарата. Наконецъ весьма многіе авторы описываютъ настоящую афазію. Этотъ симптомъ развивается по преимуществу у дѣтей; такъ *Kühn*¹⁾ среди 28 случаевъ афазіи нашелъ только 3 случая у взрослыхъ, въ остальныхъ 25 случаяхъ были дѣти отъ 7 до 13 лѣтъ. Мужской полъ превалируетъ надъ женскимъ по *Longuet*¹⁾ и *Fridländer*'у почти вдвое. Развивается афазія или во время лихорадочнаго стадія, или чаще во время паденія температуры. Продолжительность ея отъ одного дня до одного мѣсяца, при чемъ исчезнуть она можетъ такъ же быстро, какъ появилась. Предсказаніе ставится благопріятнымъ (*Kühn, Longuet, Fridländer*).

Что касается до причинъ, то *Kühn* высказываетъ предположеніе о возможности чисто функціональнаго пораженія рѣчевыхъ центровъ. Такое пораженіе, по его мнѣнію, можетъ зависеть отъ анеміи, развивающейся при тифѣ. Особенно рѣзко анемія можетъ выступить во время паденія температуры, когда сердце начинаетъ работать медленнѣе и такимъ путемъ перестаетъ компенсировать недостаточное кровенаполненіе мозга своей ускоренной дѣятельностью. *Ketscher*¹⁾ также признаетъ возможность существованія чисто функціональных разстройствъ рѣчи. Но кромѣ того, *Ketscher, Vulpian*¹⁾ и другіе авторы указываютъ, что причиной афазіи могутъ быть тромбозы и эмболии мозговыхъ сосудовъ. За это говорятъ также и то, что афазія можетъ быть соединена съ правосторонней гемиплегіей.

¹⁾ Цит. по *Fridländer*'у.

Въ развитіи самой гемиплегіи при тифѣ мы опять-таки встрѣчаемъ сходство съ сифилисомъ: здѣсь, какъ и при сифилисѣ, чаще страдаетъ правая половина тѣла; такъ по статистикѣ *Fridländer*'а изъ 31 случая гемиплегіи только въ 9 была поражена лѣвая половина, въ остальныхъ былъ правосторонній параличъ, въ большинствѣ случаевъ соединенный съ разстройствомъ рѣчи.

Что касается до причинъ сосудистыхъ разстройствъ, на почвѣ которыхъ можетъ развиваться афазія и гемиплегія, то въ основѣ ихъ лежатъ тифозный эндартеритъ (*Taupin, Vulpian, Landuzy, et Siredey, Raymond, Barie*¹⁾).

Случай тифознаго пораженія нервной системы, который пришлось намъ наблюдать въ нервномъ отдѣленіи проф. Н. М. Попова при Губернской Земской больницѣ представляется весьма типичнымъ по пестротѣ клинической картины и весьма поучительнымъ по своимъ особенностямъ.

Больная В. 26 лѣтъ, фельдшерица, 13 ноября 1901 года поступила въ госпитальную терапевтическую клинику проф. Н. И. Котовщикова съ жалобами на головную боль, лихорадочное состояніе, общую слабость. Изъ анамнестическихъ свѣдѣній нужно указать, что какая-либо невропатическая наследственность здѣсь отрицается, какимъ-либо рѣзко выраженнымъ нервнымъ разстройствомъ больная раньше не страдала, но мѣсяца за два до настоящаго заболѣванія была сильно потрясена смертью матери. На основаніи данныхъ изслѣдованія лихорадочное заболѣваніе было діагностировано проф. Н. И. Котовщиковымъ, какъ брюшной тифъ. Сначала теченіе болѣзни было правильнымъ, какихъ-либо рѣзкихъ разстройствъ со стороны нервной системы не было.

²²/XI. Появилась нѣкоторая раздражительность; сознание нѣсколько спутано. Сообщаетъ окружающимъ о посѣщеніи лицъ, которыхъ у нея не было. Утренняя температура 37,5, вечерняя — 39,0.

¹⁾ Цит. по Chantemesse.

²³/хІ. Утренняя температура 38,2, вечерняя—37,0. Пульсъ слабый, малый. Больная лежитъ закрывши глаза, на вопросы не отвѣчаетъ.

²⁴/хІ. Температура утромъ 36,2; вечеромъ—36,9. Состояніе прежнее.

²⁵/хІ. На всѣ вопросы отвѣчаетъ: „остома“, „постома“. Принимать лекарства и пищу отказывается. Правый зрачекъ шире лѣваго. Жалуется на головную боль. Температура утромъ 36,4; вечеромъ—37,3.

²⁷/хІ. Общее состояніе лучше; появился аппетитъ. Приходящихъ узнаетъ, улыбается. Можетъ разумно отвѣтить „да“. При попыткѣ говорить произносить „остеома“, „постома“. Вопросы понимаетъ. Температура нормальна.

²/хІІ. Начинаетъ говорить нѣсколько словъ, при чемъ своеобразно оканчиваетъ всѣ слова на „мъ“: „ничегомъ“, „сплюмъ“, „хорошомъ“. Съ большимъ трудомъ разбирая каждую букву могла прочесть по печатному „мясной порошокъ“. Написанную фразу: „болитъ-ли у Васъ голова“ долго разбирала, коверкая буквы: „вясъ“ и проч., и все-таки прочесть не могла. На просьбу написать отвѣтъ на повторенный вопросъ написала, повторяя вслухъ каждую букву „не больше“, желая отвѣтить повидимому не болитъ. Подъ конецъ разговора, снова на все отвѣчала: „постомъ“, „остеома“, „постолямъ“. Появилась сонливость и слабость. Стала жаловаться на головную боль во лбу и затылкѣ.

³/хІІ. Знаетъ словъ при разговорѣ больше. Часто употребляетъ одно слово вмѣсто другого. „Нѣкоторыя слова вѣрно беретъ“ сообщаетъ она о себѣ. Стала жаловаться на двойное видѣніе.

⁴/хІІ. При чтеніи замѣняетъ однѣ буквы другими. Въ словѣ „звукъ“ долго разбирала по складамъ, называла „у“ „я“: „звякъ“ и отказывалась понимать, что это напечатано. При указаніи, что здѣсь буква „у“ долго не могла выговорить и называла ее „о“, „а“. Когда было сказано, что здѣсь напечатано слово звукъ, могла его прочесть правильно. Черезъ нѣсколько времени снова забыла „у“, не могла прочесть слова, и только послѣ нѣкотораго усилія прочитала „звукъ“. Двое-ніе предметовъ. При изслѣдованіи глазныхъ мышцъ оказалась недостаточность лѣвой наружной прямой мышцы.

⁵/хп. Настроение хорошее. Большое желание говорить, но при этомъ вмѣсто одного слова говорить другое; такъ вмѣсто „не помню“, говоритъ „не пухну“, вмѣсто „ординаторъ“ говоритъ несообразно „горохъ“, вмѣсто карандашъ—„каздрамъ“. Благодаря этому не можетъ составить ни одной фразы совершенно правильно. Кромѣ замѣны однихъ словъ другими не соблюдаетъ грамматики: вмѣсто женскихъ окончаній употребляетъ мужскія: „онъ сильно болитъ“, указываетъ она на голову. „Онъ хочетъ ѣсть“, говоритъ про себя. Многихъ длинныхъ фразъ понять совершенно нельзя. Когда показали бутылку и просили написать—что это, написала „бутылк“. Когда было указано, что это невѣрно, она подумала и прибавила на концѣ „ъ“—„бутылкъ“. Ошибки понять не могла.

⁶/хп. Многіе предметы, которые ей показываются, называть не можетъ, хотя отрицательно качаетъ головой, когда ей подсказываютъ невѣрно. Не можетъ иногда также и повторить названіе, хотя сознаетъ, что это названіе правильно. Такъ не можетъ назвать колокольчика. На просьбу повторить слово „колокольчикъ“ говоритъ „зѣконъ“. Когда это слово было написано, то по складамъ прочитала колокольчикъ и могла повторить, но затѣмъ снова забыла. Если заставлятъ читать длинное слово черезъ отверстіе въ картѣ по одной буквѣ, то при каждой новой буквѣ она старается вслухъ вспомнить всѣ предыдущія, но подъ конецъ слова обѣ нихъ забываетъ и отказывается понять, что это такое. Такимъ путемъ она не могла прочесть слова „одеколонъ“. Но прочла его, когда оно не было прикрыто картой. Въ какомъ городѣ живетъ ея братъ—сказать не могла. Повторить слово Юрьевъ не умѣла, но могла прочесть его по складамъ. Построение фразы остается неправильнымъ: несогласованіе въ родѣ, въ числѣ и падежѣ. Полный параличъ лѣвой отходящей мышцы.

⁸/хп. При изслѣдованіи поля зрѣнія оказалась правосторонняя геміанопсія въ томъ и другомъ глазу. Кромѣ того въ лѣвомъ глазу скотома въ лѣвой половинѣ поля зрѣнія. На просьбу написать, гдѣ она родилась написала: „я родилась въ Симбирскѣ“. Грамматическую ошибку въ окончаніи сознавала, но не умѣла исправить. На вопросъ гдѣ училась, написала: „я училась въ епархіальной“, хотѣла дальше написать „училищѣ“, но поняла, что снова сдѣлала ошибку въ

окончании, исправить которую не умѣла. Понимаетъ написанное слово только послѣ того, какъ прочитаетъ его по складамъ вслухъ. Повторить сказанное нѣсколько разъ слово можетъ съ большимъ трудомъ, но дѣлаетъ это теперь нѣсколько лучше. Когда пишетъ, то громко говоритъ каждую букву. Не можетъ написать слово, если его не можетъ произнести. Копировать можетъ.

¹⁰/хп. Можетъ понимать написанное безъ прочитыванія вслухъ. Произвольная рѣчь очень затруднена благодаря постоянному позабыванію нужныхъ названій, но повторяетъ названія легко. Нѣкоторыя латинскія надписи прочитываетъ: не разобрала Pulvis Doweri, но могла прочитатъ convallaria majalis и сообщила частью жестами, частью коверкая слова, что это—растение, цвѣтетъ весной. Русское названіе вспомнить не могла, но сумѣла повторить „ландышъ“. Суженіе поля зрѣнія въ правой половинѣ значительно лучше. Параличъ лѣвой отводящей мышцы тотъ-же. При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи въ правомъ глазу глазное дно нормально, въ лѣвомъ—явленія заглазничнаго неврита. (Д-ръ А. А. Элинсонъ).

¹²/хп. Отдѣльныя слова повторяетъ свободно. Можетъ повторить нѣкоторыя большія фразы. Произвольная рѣчь очень затруднена. Читаетъ быстро. Названіе предметовъ плохо помнитъ. Могла съ большими ошибками прочитатъ молитвы, нѣкоторыя басни. Забытое слово быстро вспоминаетъ при подсказываніи перваго слога. Воспроизвести длинныя фразы не можетъ.

¹⁵/хп. Появилось слабое движеніе лѣваго глаза кнаружи.

При дальнѣйшемъ теченіи болѣзни явленія паралича лѣвой отводящей мышцы постепенно исчезли. Постепенно исчезла и правосторонняя геміанопсія и только въ лѣвомъ глазу оставалась небольшая скотома въ правой половинѣ поля зрѣнія до конца наблюденія надъ больной. Остались слабые слѣды неврита лѣваго зрительнаго нерва. Со стороны рѣчи при отъѣздѣ больной въ мартѣ 1902 года были замѣтны слѣдующія особенности: произвольная рѣчь возможна, но больная между отдѣльными словами фразы дѣлала паузы и затѣмъ произносила слово скороговоркой. Въ самомъ произношеніи слова замѣтенъ какъ-бы иностранный акцентъ. Повтореніе словъ вполне возможно. Чтеніе возможно какъ про

себя, такъ и вслухъ, послѣднее однако для больной легче. Способность письма вернулась вполне. Что касается до другихъ отдѣловъ нервной системы, то нельзя было за все время подмѣтить какихъ-либо разстройствъ ни со стороны нервныхъ стволовъ конечностей, ни со стороны другихъ черепно-мозговыхъ нервовъ; нѣкоторое время больная жаловалась лишь на неопредѣленные боли въ верхнихъ конечностяхъ, которыя можно было объяснить миозитомъ.

Такимъ образомъ у данной больной въ періодъ паденія температуры развился весьма сложный симптомокомплексъ: у нея была правосторонняя гемипарезія, невритъ лѣваго зрительнаго нерва, параличъ лѣвой отводящей мышцы и сложный разстройствъ рѣчи. Всякая попытка объяснить всѣ эти явленія однимъ фокусомъ пораженія представляется совершенно невозможной, такъ какъ пришлось бы допустить поражение всего лѣваго полушарія. Здѣсь нужно допустить множественность и разбросанность фокусовъ. Явленія ретробулбарнаго неврита лѣваго зрительнаго нерва нужно всего скорѣе считать токсическимъ невритомъ ¹⁾. Параличъ *n. abducentis* можно было бы объяснять или поражениемъ его ядра или поражениемъ периферическаго ствола. Въ виду того, что поражение здѣсь развилось не сразу, а нарастало медленно и также медленно убывало, кончившись полнымъ выздоровлениемъ, можно скорѣе думать о невритѣ. *Braun* ²⁾ въ своихъ двухъ случаяхъ тифознаго пораженія *n. abducentis*, кончившихся выздоровлениемъ, признаетъ также невритъ, въ третьемъ же случаѣ со смертельнымъ исходомъ, гдѣ параличъ держался долго, до самой смерти, онъ нашелъ при аутопсіи размягченіе ядеръ того и другого *n. abducentis*. Въ четвертомъ случаѣ тифознаго пораженія *Braun* встрѣтился съ невритомъ.

¹⁾ Изъ обзора литературы въ работѣ *Fridländer's* видно, что пораженіе зрительныхъ нервовъ при тифѣ явленіе довольно рѣдкое.

²⁾ *Geber seltenerer nervöse Störungen mit nachweisbarer anatomischer Grundlage beim Abdominaltyphus. Wiener medic. Presse. 1900. № 16.*

n. optici въ сочетаніи съ парезомъ *n. facialis* и *ptosis*’омъ. Для подобнаго рода пораженія черепныхъ нервовъ онъ допускаетъ возможность перехода воспаления съ мозговыхъ оболочекъ. Если принять во вниманіе существованіе у нашей больной коматознаго состоянія, неравномѣрности зрачковъ и головной боли, то можно думать, что и въ данномъ случаѣ былъ первоначальный менингитъ, который и повлекъ за собою явленія неврита *n. optici* и *n. abducentis*. Правостороннюю геміанопсію у нашей больной необходимо объяснить поражениемъ зрительныхъ волоконъ позади хіазмы на пространствѣ между перекрестомъ и корой лѣвой затылочной доли. Въ виду существованія расстройства рѣчи, которую слѣдуетъ объяснить корковымъ заболѣваніемъ, можно думать, что здѣсь и геміанопсія вызвана поражениемъ лѣваго зрительнаго центра.

Что касается до афазіи, то прежде, чѣмъ установить, какіе рѣчевые центры здѣсь поражены, необходимо разобратъ въ сложномъ сочетаніи разстройствъ рѣчевыхъ функций.

На первый планъ здѣсь выступало разстройство разговорной рѣчи. Больная вначалѣ на всѣ вопросы, которые она несомнѣнно понимала, могла отвѣчать странными словами: „остома“, „постома“ и ничего больше, т. е. у больной утратились двигательные образы словъ, утратилась способность привести въ движеніе свой рѣчевой аппаратъ. Затѣмъ больная начала произносить нѣкоторыя слова, при чемъ переиначивала въ нихъ слога, употребляла одни названія вмѣсто другихъ, своеобразно оканчивала слова на „мъ“: „ничегомъ“ „сплюмъ“, „хорошомъ“. Такимъ образомъ у больной развилась картина парафазіи. Этотъ симптомокомплексъ можно объяснить тѣмъ, что у больной вернулись нѣкоторыя двигательныя представленія словъ, но они были неясны, двигательный импульсъ передавался въ рѣчевой аппаратъ несовершеннымъ образомъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда больная усиленно старалась произнести нужное ей слово, этотъ двигательный

импульсъ передавался и на сосѣднія области коры, вызывая движеніе конечностями и всѣмъ тѣловищемъ: больная, стараясь произнести слово, двигалась по всей постели. Впослѣдствіи, когда у больной явился достаточный запасъ словъ, когда двигательныя рѣчевыя образы сдѣлались болѣе ярки, можно было подмѣтить разстройство въ плавности рѣчи: больная дѣлала остановки между отдѣльными словами, стараясь вызвать двигательный образъ, во время паузы двигательный импульсъ нарасталъ до крайней степени и затѣмъ нужное слово произносилось скороговоркой. Несовершенство въ передачѣ движенія къ рѣчевому аппарату сказывалось и въ своеобразномъ, какъ бы иностранномъ акцентѣ рѣчи.

Эти соображенія заставляютъ признать здѣсь пораженіе двигательнаго центра рѣчи, т. е. 3-й лобной извилины.

Вторая особенность разстройства рѣчи заключалась въ томъ, что наша больная сначала не могла читать ни вслухъ, ни про себя, т. е. она совершенно утратила зрительные образы словъ. Затѣмъ у больной постепенно возстановилась возможность чтенія по складамъ, но только при томъ условіи, если чтеніе было громкимъ, т. е. если больная приводила въ движеніе рѣчевой аппаратъ и такимъ путемъ улавливала значеніе слова, пользуясь двигательными ощущеніями съ периферическихъ органовъ, участвующихъ въ актѣ рѣчи и слыша произносимыя слова. Такимъ путемъ здѣсь разстройство въ воспріятіи зрительныхъ образовъ словъ компенсировалось со стороны двигательнаго и слухового центровъ рѣчи. Кромѣ того, опыты съ отверстіемъ въ картѣ, черезъ которое больная могла прочитывать отдѣльныя буквы, составляющія слово, не будучи въ состояніи въ то же время повторить все слово, ясно указываетъ, что у больной была ослаблена память зрительныхъ образовъ буквъ и разстроена способность сочетанія ихъ въ слова. Все это съ несомнѣнностью указываетъ на пораженіе зрительнаго центра рѣчи, именно области *g. angularis*, т. е. пораженіе затылочной доли лѣваго полушарія. Это, какъ

мы видѣли, стоитъ въ связи и съ правосторонней гемипарезией.

Что касается до слухового центра, то онъ не представлялся пораженнымъ, такъ какъ съ самаго начала заболѣванія больная всегда понимала обращенныя къ ней слова и знала, когда показываемые предметы называютъ неправильно.

Но здѣсь встрѣтились еще нѣкоторые особенности въ разстройствѣ рѣчи, заключавшіяся въ слѣдующемъ. Если больную заставляли повторить произнесенное слово, то она сдѣлать этого иногда положительно не была въ состояніи, какъ бы ей это слово быстро или медленно не произносили. Но если это слово было написано, то разбирая по складамъ вслухъ, она его прочитывала, послѣ чего произносила правильно, затѣмъ скоро забывала вновь и могла опять-таки вспомнить не по подсказкѣ, но лишь прочитавши его. Такимъ образомъ здѣсь выступало парадоксальное явленіе: больная воспринимая звуковой образъ слова не могла передать его въ двигательный центръ рѣчи, но могла сдѣлать эту передачу изъ зрительнаго центра, а между тѣмъ мы нашли у больной полную неприкосновенность центра звуковыхъ образовъ словъ и пораженіе зрительнаго центра. Такое явленіе, какъ мнѣ кажется, можно объяснить только въ томъ случаѣ, если принять во вниманіе ученіе Charcot и другихъ французскихъ авторовъ о существованіи различныхъ видовъ памяти.

Наша больная повидимому принадлежала къ „type visuel“, т. е. при своей мыслительной дѣятельности она пользовалась по преимуществу зрительными образами. По крайней мѣрѣ, она, когда поправилась, могла сообщить намъ, что она, припоминая какое-нибудь слово, старается себѣ представить, какъ оно пишется; такъ вспоминая названіе того отдѣленія больницы, гдѣ она занималась, она вспомнила его, послѣ того какъ представила себѣ его надпись—„терапевтическое“. Это обстоятельство заставляетъ предположить, что и при разговорной рѣчи она пользуется зрительной памятью. Такимъ образомъ здѣсь возможна болѣе прочная связь между зритель-

нымъ и двигательнымъ центромъ, чѣмъ между послѣднимъ и слуховымъ, и хотя въ данномъ случаѣ зрительный центръ пораженъ, а слуховой сохраненъ, тѣмъ не менѣе ея заболѣвшій двигательный центръ всетаки пользуется по привычной ассоціаціи остатками функций зрительнаго центра, а не слуховымъ. Очевидно раздраженіе въ слуховомъ центрѣ у данной больной недостаточно, чтобы вызвать къ дѣятельности заболѣвшій двигательный центръ.

Если признать въ нашей больной „type visuel“ то это позволитъ намъ исключить здѣсь пораженіе центра письменной рѣчи, хотя у больной и была аграфія. Эту послѣднюю можно въ данномъ случаѣ объяснить утратой зрительной памяти. Больная не могла писать благодаря тому, что утратила способность воспроизводить зрительные образы слова, что необходимо было ей для письма. За это говорить отчасти то, что копировать написанное больная могла, когда научилась читать.

Возможность подобаго объясненія въ данномъ случаѣ исключаетъ необходимость принимать здѣсь пораженіе еще въ новой области поверхности коры, а это необходимо было бы допустить потому, что пораженіе всѣхъ этихъ центровъ нельзя объяснить однимъ обширнымъ фокусомъ заболѣванія. Противъ этого говорить полное отсутствіе у больной паралитическихъ явленій со стороны правыхъ конечностей.

Такимъ образомъ здѣсь слѣдуетъ допустить по крайней мѣрѣ два фокуса пораженія: въ третьей лобной извилинѣ и въ затылочной долѣ. Пораженіе здѣсь не можетъ быть функциональнымъ въ смыслѣ Kühn'a, такъ какъ существовало очень продолжительное время. Очевидно здѣсь клиническую картину всего скорѣе нужно объяснить сосудистымъ пораженіемъ въ области развѣтвленія артеріи Сильвиевой борозды. Такъ какъ по изслѣдованіямъ Naum'a, Barie и Hoffman'a¹⁾ при тифѣ страдаютъ по преимуществу мелкіе сосуды, то можно

¹⁾ Цитир. по Chantemesse.

предположить, что въ данномъ случаѣ при ослабленной сердечной дѣятельности у нашей больной произошла закупорка мелкихъ вѣточекъ *art. fossae Silviae*, именно первой и пятой ея вѣтвей, пораженныхъ тифознымъ эндартеріомъ.

Итакъ, въ данномъ случаѣ мы встрѣчаемся съ невритомъ п. *optic.*, невритомъ п. *abducentis*, поражениемъ затылочной и лобной доли съ сопутствующей афазіей. Такое сочетание отдѣльныхъ фокусовъ пораженія у взрослой больной указываетъ на интересъ нашего случая въ ряду другихъ, описанныхъ въ литературѣ. Во множественности и разбросанности фокусовъ пораженія нельзя не видѣть здѣсь своеобразной особенности тифознаго заболѣванія. Особенность сказывается и въ явной элективности пораженія: здѣсь, не смотря на разбросанность фокусовъ, болѣзненный процессъ всетаки локализируется только въ лѣвой половинѣ черепного мозга, указывая такимъ образомъ на большую ранимость этого отдѣла его.

По отношенію къ разбору афазическихъ разстройствъ нашъ случай показываетъ еще разъ, что рѣчь представляетъ собою весьма сложный психологическій актъ, гдѣ всегда необходимо считаться съ индивидуальной психологіей. Существующія графическія схемы рѣчи не могутъ объяснить всѣхъ разстройствъ ея потому, что, помимо установленія извѣстныхъ центровъ и связей ихъ, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ необходимо принимать въ расчетъ болшую прочность этихъ связей въ томъ или другомъ отдѣлѣ, болшее развитіе того или другого центра.

Болѣе детальный разборъ разстройства рѣчи возможенъ только у интеллигентныхъ больныхъ. Въ нашемъ случаѣ больная могла намъ дать ключъ къ пониманію нѣкоторыхъ особенностей пораженія ея рѣчи только потому, что сообщила данныя самонаблюденія.

Болѣзнь Marie (акромегалія),

Проф. Н. М. Попова.

(Изъ лекцій, читанныхъ студентамъ Казанскаго Университета).

Мм. Гл.!

Во время нашихъ бесѣдъ мнѣ неоднократно приходилось останавливаться на вопросѣ о трофическихъ функціяхъ нервной системы и мы видѣли, что цѣлый рядъ клиническихъ фактовъ неопровержимо свидѣтельствуетъ, какое глубокое вліяніе оказываютъ на ростъ и питаніе всего организма первые центры.

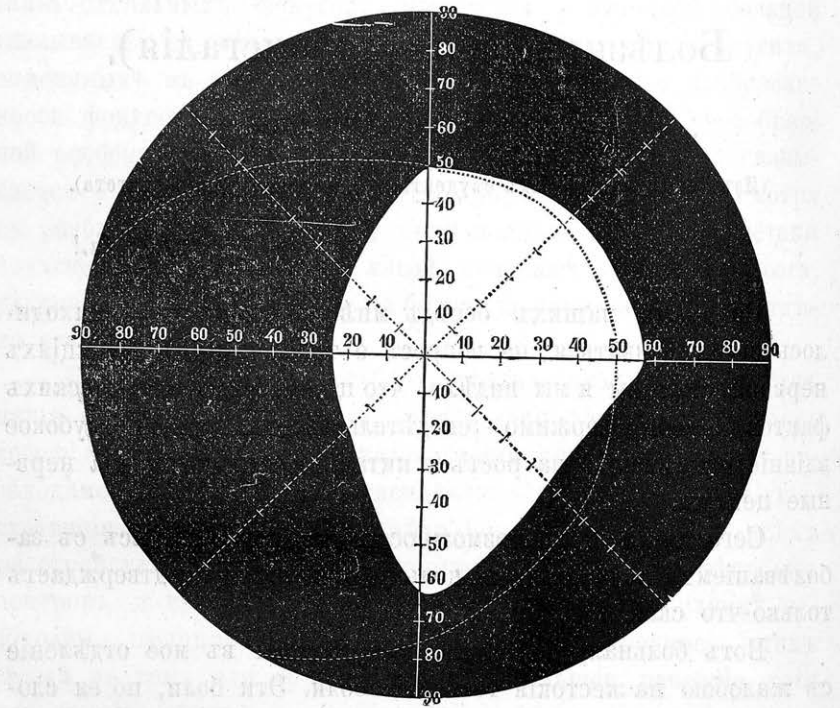
Сегодня я имѣю возможность познакомить Васъ съ заболѣваніемъ, которое какъ нельзя болѣе рѣзко подтверждаетъ только-что сказанное мною.

Вотъ больная, на дняхъ поступившая въ мое отдѣленіе съ жалобою на жестокія головныя боли. Эти боли, по ея словамъ, развились постепенно и продолжаются теперь уже болѣе года. Объективное изслѣдованіе сразу открываетъ рядъ выдающихся симптомовъ страданія, на которыхъ я прежде всего и позволю себѣ остановиться.

Вы видите, что больная смотритъ только правымъ глазомъ (табл. III); лѣвый совершенно закрытъ верхнимъ вѣкомъ, которое она, не смотря на всѣ свои усилія, не можетъ приподнять. Раскрывъ глазъ пальцами, Вы замѣчаете, что глазное яблоко фиксировано у наружнаго угла глазной щели;

всѣ движенія его вверхъ и внутрь совершенно невозможны, внизъ же хотя и возможны, но въ очень ограниченной степени. Лѣвый зрачекъ значительно шире праваго, реакція на свѣтъ отсутствуетъ. Всѣ движенія правымъ глазомъ выполняются вполне нормально. Периметрическое изслѣдованіе по-

Фиг. I.



Поле зрѣнія праваго глаза.

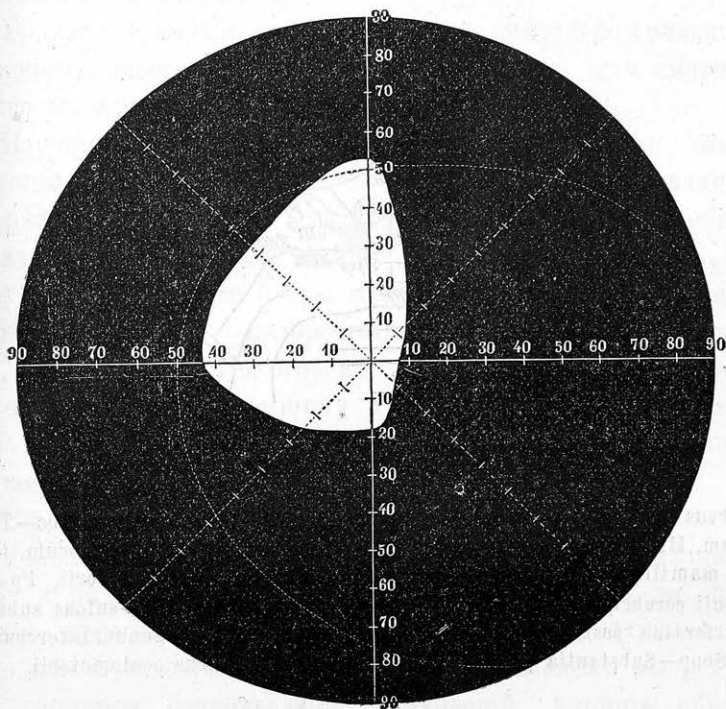
казало въ обоихъ глазахъ значительное суженіе поля зрѣнія, особенно рѣзко выраженное въ лѣвомъ. Это суженіе, какъ видно изъ прилагаемыхъ схемъ, далеко не отличается равномернымъ характеромъ; особенно суженымъ оказывается поле зрѣнія съ височныхъ сторонъ, такъ что мы имѣемъ право говорить о *hemianopsia bitemporalis*. Офтальмоскопъ обнаружи-

ваетъ блѣдность зрительныхъ сосковъ, преимущественно же лѣваго.

Ограничимся на время этими данными и постараемся выяснить себѣ ихъ значеніе.

Мы констатировали у больной параличъ всѣхъ вѣтвей лѣваго глазодвигательнаго нерва и выпаденіе наружныхъ по-

Фиг. II.

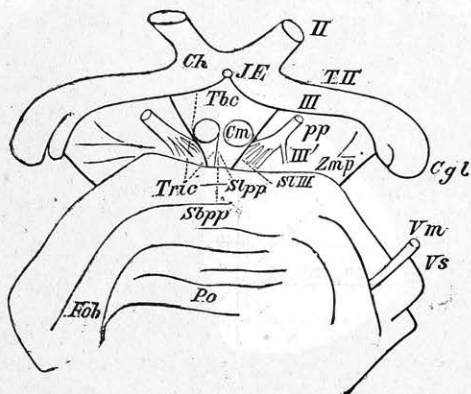


Поле зрѣнія лѣваго глаза.

ловинѣ поля зрѣнія. Послѣдній симптомъ несомнѣнно указываетъ на уничтоженіе функціи обѣихъ внутреннихъ половинокъ сѣтчатки. Въ самомъ дѣлѣ, Вы помните, что зрительныя волокна, идущія изъ послѣднихъ, перекрещиваясь, занимаютъ внутренніе отдѣлы зрительнаго перекреста. Обратите теперь вниманіе на эту схему, представляющую анатомиче-

скія отношенія зрительнаго перекреста къ сосѣднимъ образованіямъ. Изъ нея Вамъ будетъ ясно, что патологическій процессъ, развившійся въ этой области, легко можетъ нарушить какъ функціи зрительныхъ нервовъ, такъ и глазодвигательныхъ и нарушить именно такимъ образомъ, что прежде всего должны выпасть наружныя половины зрительнаго поля. Итакъ, мы опредѣлили локализацию процесса. Спрашивается, каковъ его вѣроятный характеръ?

Фиг. III.



II—nervus opticus, III—Tractus nervi optici, TF—Infundibulum, Tbc—Tuber cinereum, III—nervus oculomotorius, Ch—Chiasma nervorum opticorum, Cm—corpus mamillare, III'—прибавочный боковой корешок oculomotorii, Pp—Pes pedunculi cerebri, Lmp—пучокъ отъ петли къ ножкѣ, SIPP—sulcus substantiae perforatae post. Cgl—corpus genicul. later. Tric—Trigonum intercrurale, SIPP—Substantia perforata posterior, SI III—Sulcus oculomotorii.

Въ полости черепа мы чаще всего встрѣчаемся или съ нарушеніями кровообращенія, и въ такомъ случаѣ вся клиническая картина разворачивается быстро, или съ новообразованіями, и тогда всѣ симптомы страданія выступаютъ исподволь. Наша пациентка категорически утверждаетъ, что глазъ у ней началъ закрываться мало-по-малу параллельно съ усиленіемъ головныхъ болей. Отсюда мы имѣемъ основаніе заключить, что по всей вѣроятности у нея имѣется опухоль на

основаніи мозга, которая одновременно сдвинула задне-внутреннія волокна перекреста, съ одной стороны, и стволъ лѣваго глазодвигательнаго нерва—съ другой. Опытъ, далѣе, учить, что чаще всего новообразованія, проявляющіяся подобнымъ симптомокомплексомъ, имѣютъ своей исходной точкой *hypophysis cerebri* (который на приведенной схемѣ представленъ отрѣзаннымъ отъ *tuber cinereum*).

Запомнимъ эти факты и перейдемъ къ дальнѣйшему объективному изслѣдованію.

Больная невольно поражаетъ Васъ непропорціональнымъ удлиненіемъ своего лица, особенно замѣтнымъ, если смотрѣть на него въ профиль.

Изучая подробнѣе ея голову, легко убѣдиться также, что, тогда какъ на костяхъ черепа мы не встрѣчаемъ какихъ-либо рѣзкихъ уклоненій отъ нормы, послѣднія въ изобилии констатируются на лицѣ и прежде всего на костномъ его скелетѣ. Такъ, лобные бугры представляются сильно развитыми; рѣзко выступаютъ надбровныя дуги; скуловые кости утолщены, расширены. Но особенно измѣнена нижняя челюсть: тѣло ея увеличено въ вышину и толщину, зубной отростокъ сильно утолщенъ, вѣтви ея замѣтно удлинены, поверхность ихъ расширена.

Вы видите, далѣе, что патологическія измѣненія не ограничиваются только костями лица. Подкожная клѣтчатка на лбу и на вѣкахъ сильно развита, самая кожа въ этой области представляется очень огрубѣлой, сохраняющей однако обычную окраску. При давленіи пальцемъ мы встрѣчаемъ упорное сопротивленіе; углубленій, которыя обычно остаются послѣ этого при отекахъ, здѣсь не замѣчается. Особенно увеличенъ у больной носъ и именно его мягкія части. Носовая перегородка крайне утолщена, равно какъ и крылья носа. При надавливаніи мы констатируемъ ту же плотность консистенціи, какъ и на лбу. Губы больной, особенно нижняя, утолщены, наощупь тверды. Раскрывая ихъ, Вы убѣждаетесь, что нижняя челюсть выстоитъ впередъ и потому нижніе рѣзцы не совпадаютъ съ верхними.

Языкѣ утолщенъ; по краямъ его отчетливо видны отпечатки зубовъ.

Еще болѣе кидаются въ глаза измѣненія со стороны конечностей и преимущественно верхнихъ. Уже при первомъ взглядѣ Васъ невольно поражаетъ громадное развитіе пальцевъ и вообще кистей, представляющихъ рѣзкій контрастъ съ предплечіями. Всматриваясь пристальнѣе въ пальцы, Вы видите, что длина ихъ не превышаетъ нормы, но они рѣзко утолщены, при чемъ утратилась обычная разница въ объемѣ отдѣльныхъ фалангъ; каждый палецъ поэтому получилъ цилиндрическую форму, только нѣсколько сплюснутую спереди назадъ. Ощупывая далѣе кости и мягкія части пальцевъ, мы замѣчаемъ, что въ гипертрофіи послѣднихъ принимаютъ участіе всѣ составляющія ихъ ткани. Своеобразной формой обладаютъ ногти: они совершенно плоски, укорочены, расширены, отличаются рѣзкой продольной исчерченностью. Со стороны кистей Вы также видите чрезмѣрное расширение и утолщеніе ихъ при сохраненіи обычной длины. Осмотръ ладоней показываетъ, что всѣ мягкія части чрезмѣрно развиты; области *thenar* и *hypothelar* рѣзко выдаются; всѣ складки на ладони, равно какъ и на тылѣ кисти, отличаются своей глубиной. Кожа на кистяхъ и на пальцахъ рукъ желтовато-блѣдной окраски, вполне подвижна, легко захватывается въ толстую складку. При давленіи здѣсь, какъ и на лицѣ, мы констатируемъ ту же твердость, плотность. Всѣ движенія пальцами и кистью возможны, но совершаются съ нѣкоторой медленностью, неловкостью; больная съ трудомъ сжимаетъ руку плотно въ кулакъ.

Какъ я уже выше сказалъ, предплечье и плечо рѣзко отличаются отъ кисти. Однако болѣе внимательное изслѣдованіе показываетъ, что окончанія локтевой и лучевой костей отличаются нѣсколько большими размѣрами, чѣмъ у нормальнаго человѣка такого же роста и возраста, да и самыя кости, какъ предплечья, такъ и плеча, оказываются утолщенными

на всемъ протяженіи, особенно въ мѣстахъ прикрѣпленія мышцъ, гдѣ только эти области доступны оцупыванію.

Нижнія конечности представляютъ точно такую же картину, какъ верхнія, и здѣсь необычайнымъ развитіемъ отличаются пальцы и стопа. Большой палецъ достигаетъ особенно громадныхъ размѣровъ; вся стопа, повидимому мало увеличенная въ длину, ясно увеличена въ поперечномъ діаметрѣ. Но я не буду останавливаться на подробномъ описаніи ногъ, такъ какъ мнѣ пришлось бы буквально повторить то же самое, что я говорилъ выше относительно верхнихъ конечностей.

Патологическія измѣненія у нашей больной не ограничиваются только головой и конечностями; они распространяются и на туловище. Это туловище непропорціонально большое, неуклюжее, сутуловатое. Обнаживъ больную до пояса, Вы замѣчаете сверхъ того искривленіе позвоночника назадъ въ области перехода шейного отдѣла въ грудной. Кромѣ этого горба назадъ Вы видите также какъ-бы горбъ спереди: грудная клѣтка, сдавленная съ боковъ, выпячивается впередъ; особенно сильно выстоятъ мѣста прикрѣпленія реберъ къ грудинѣ, такъ что послѣдняя лежитъ какъ въ ложбинѣ между двумя валами. Изслѣдуя подробнѣе каждую кость туловища въ отдѣльности, мы убѣждаемся, что ключицы, преимущественно на концахъ, утолщены, грудная кость расширена, равно какъ и ребра. Относительно тазовыхъ костей трудно сказать что-нибудь опредѣленное, такъ какъ больная категорически не желаетъ подвергнуться подробному осмотру въ этомъ направленіи. Тѣмъ большій протестъ выражаетъ она, когда заходитъ рѣчь о гинекологическомъ изслѣдованіи. Ко всему сказанному необходимо добавить, что при осмотрѣ шеи замѣчается усиленное развитіе *prom. Adami*, а при оцупываніи щитовидной желѣзы мы не встрѣчаемъ никакого утолщенія, соотвѣтствующаго ея перешейку и долькамъ.

Всѣ движенія больной вялы, неловки; она вообще крайне неповоротлива. Со стороны грубой мышечной силы ясныхъ

уклоненій отъ нормы нѣтъ. Сухожильные рефлексъ слабы. Всѣ виды кожной чувствительности всюду нормальны. Гололъ грубый, низкій, съ гнусавымъ оттѣнкомъ.

Обычное настроеніе больной угнетенное; она часто плачетъ, чрезвычайно раздражительна, капризна, съ трудомъ понимаетъ самыя простыя разъясненія. Вообще интеллектъ видимо пониженъ. Главная жалоба,—постоянныя головныя боли, сопровождаемыя шумомъ въ ухахъ.

Анамнестическія свѣдѣнія можно было получить только отъ самой пациентки; вотъ почему они далеко не отличаются желательной полнотой и точностью. Больная сообщила, что она крестьянка Симбирской губ., что ей теперь 30 лѣтъ и что она уже 9 лѣтъ замужемъ. Какую-либо наследственность она отрицаетъ, равно какъ сифилисъ и алкоголизмъ. Была беременна только одинъ разъ, шесть лѣтъ тому назадъ, и родила въ срокъ здороваго ребенка; черезъ два года послѣ родовъ прекратились регулы и почти одновременно больная стала замѣчать усиленный ростъ конечностей и лица. Головной боли сначала не было; она появилась лишь годъ тому назадъ, вмѣстѣ съ чѣмъ сталъ закрываться и лѣвый глазъ.

До сихъ поръ описывая больную, я ограничивался общимъ указаніемъ на гипертрофію той или другой области. Теперь, чтобы дать Вамъ болѣе ясное понятіе, какъ о степени гипертрофіи, такъ и о ея распространеніи, я попрошу Васъ взглянуть на эту таблицу, въ которой собраны данныя точнаго антропометрическаго изслѣдованія нашей больной и сопоставлены съ таковыми же, полученными у сидѣлки, вполне здоровой женщины, такихъ же лѣтъ и такого же роста ¹⁾. Цифры, относящіяся къ нашей больной, занимаютъ лѣвый столбецъ, а къ сидѣлкѣ—правый. Въ третьемъ столбцѣ помѣщены цифры, показывающія разность.

¹⁾ Измѣренія произведены д-ромъ В. Н. Образцовымъ.

Передне-задній діаметръ черепа . . .	18,5 сент.	17,5 . .	1,0
Наибольшій бипаріетальний діаметръ	14,7 . . .	14,7 . .	0
Окружность головы	56,0 . . .	53,0 . .	3,0
Передне-задняя кривая головы . . .	35,0 . . .	33,0 . .	2,0
Біаурикулярная кривая головы . . .	35,0 . . .	35,0 . .	0
Высота лба по средней линіи . . .	5,0 . . .	6,0 . .	1,0
Отъ наружнаго слухового прохода до середины подбородка . . .	17,0 . . .	14,5 . .	2,5
Отъ угла нижней челюсти до середины подбородка	14,0 . . .	11,0 . .	3,0
Прямое разстояніе между углами нижней челюсти	10,5 . . .	9,6 . .	0,9
Длина носа отъ корня до верхушки	5,0 . . .	5,0 . .	0
Толщина носа у основанія	3,2 . . .	2,9 . .	0,6
Продольный діаметръ ушей	6,0 . . .	5,9 . .	0,1
Поперечный — —	3,5 . . .	2,9 . .	0,6
Ширина рта	5,0 . . .	4,4 . .	0,6
— языка	5,5 . . .	3,2 . .	2,3
Ширина кисти	{ правой. 9,6 . . . лѣвой . 9,5 . . .	8,0 . .	1,6
		8,0 . .	1,5
Длина большого пальца	{ правой. 6,5 . . . лѣвой . 6,5 . . .	5,0 . .	1,5
		5,0 . .	1,5
— стопы		35,0 . . .	23,0 . . 12,0
Окружность голени подъ мыщелками	{ прав. 25,0 . . . лѣв. 24,5 . . .	21,0 . .	4,0
		21,0 . .	4,5
Ширина ногтя указательнаго пальца	{ прав. 1,5 . . . лѣв. 1,5 . . .	1,2 . .	0,3
		1,2 . .	0,3
— большого пальца	{ прав. 2,0 . . . лѣв. 2,0 . . .	1,7 . .	0,3
		1,7 . .	0,3
Толщина кисти рукъ	{ прав. 3,0 . . . лѣв. 3,0 . . .	2,4 . .	0,6
		2,4 . .	0,6
Окружность первой фаланги пальца	{ прав. 8,0 . . . лѣв. 7,8 . . .	6,0 . .	2,0
		6,0 . .	1,8

—	второй	—	{ прав. 7,0 . . . 6,0 . . 1,0
			{ лѣв. 7,5 . . . 6,0 . . 1,5
Окружность предплечья надъ			{ прав. 19,0 . . . 15,5 . . 3,5
кистью			{ лѣв. 18,5 . . . 15,5 . . 3,0
Окружность стопы у корня			{ прав. 26,0 . . . 21,5 . . 4,5
пальцевъ			{ лѣв. 26,0 . . . 21,5 . . 4,5
Окружность большого пальца			{ прав. 11,0 . . . 8,0 . . 3,0
ноги			{ лѣв. 10,0 . . . 8,0 . . 2,0
Отъ нижняго края переднихъ			
рѣзцовъ до края подбородка			4,6 . . . 3,5 . . 1,1
Окружность шеи			38,0 . . . 32,0 . . 6,0
Ростъ			157,0 . . . 151 . . 6,0
Окружность груди			98,0 . . . 84,0 . 14,0
Окружность живота на уровнѣ пупка.			96,0 . . . 80,0 . 16,0
Вѣсъ тѣла			6 п. 20 ф. 5 п. 10 ф. 1 п. 22 ф.

Покончивъ съ изслѣдованіемъ больной, обратимся теперь къ оцѣнкѣ полученныхъ результатовъ.

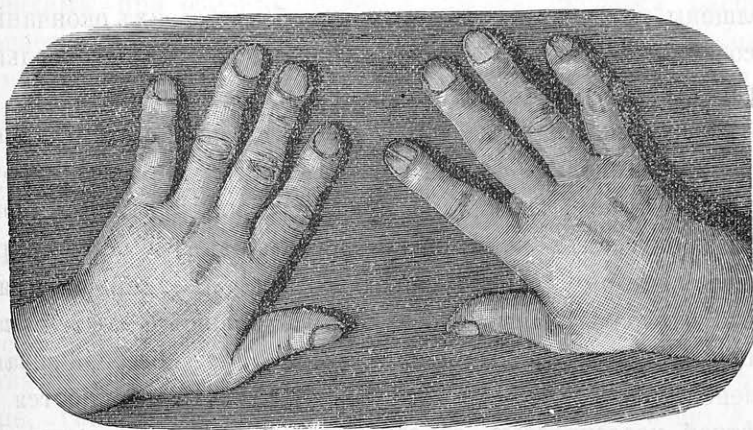
Мы видѣли, что наиболѣе выдающееся патологическое явленіе—гипертрофія, захватившая различныя области тѣла. Спрашивается, на что указываетъ этотъ симптомъ, при какихъ условіяхъ онъ можетъ наблюдаться? Современнымъ невропатологамъ извѣстенъ цѣлый рядъ страданій, которыя выражаются увеличеніемъ объема всего организма или отдѣльных его частей. Къ нимъ относятся: *osteo-arthritis hypertrophiantе pneumique*, *osteitis deformans*, *leontiasis ossea*, *elephantiasis arabum*, *reumatismus chronicus*, *gigantismus*, *myxoedema*, *akromegalia*.

Первымъ я назвалъ *osteo-arthritis hypertrophiantе pneumique*. Дѣйствительно, клиническая картина, извѣстная подъ этимъ именемъ, во многомъ напоминаетъ ту, съ какой мы встрѣтились въ нашемъ случаѣ. Однако между ними есть и существенная разниа. Чтобы сдѣлать ее болѣе наглядной, я попрошу Васъ обратить вниманіе на присутствующаго здѣсь больного, котораго могу демонстрировать благодаря любезно-

сти проф. *Котовщикова*. Этотъ больной три мѣсяца тому назадъ поступилъ въ госпитальную терапевтическую клинику съ явленіями гнойнаго плеврита и уже здѣсь на глазахъ врачей у него развился симптомокомплексъ, который *Marie* называлъ *osteo-arthropathie hyperthrophiante pneumique*. Взгляните прежде всего на руки больного (см. фиг. IV).

Первое, что Вамъ бьется въ глаза, это—громадное увеличеніе кисти, распространяющееся далеко неравномѣрно на всѣ части послѣдней. Особенно рѣзко утолщены пальцы

Фиг. IV.



и преимущественно ихъ концевые фаланги, такъ что каждый палецъ имѣетъ булабовидную форму, („барабанные пальцы“). Ясныя измѣненія Вы замѣчаете и въ ногтяхъ; они нѣсколько расширены, значительно удлиннены, загнуты на концѣ, обладаютъ ясною продольной исчерченностью. Если посмотрѣть на палецъ въ профиль, то онъ дѣйствительно напоминаетъ собою, какъ выражаются французскіе авторы, клювъ попу-гая. При внимательномъ изслѣдованіи можно далѣе убѣдиться, что утолщеніе пальца обусловливается главнымъ образомъ гипертрофіей кости, мягкія же части въ немъ, повидимому, принимаютъ мало участія. Путемъ изслѣдованія при помощи

рентгеновскихъ лучей этотъ фактъ возводится на степень очевидности. Собственно рука или, выражаясь анатомически, regio carpo-metacarpea, въ противоположность пальцамъ не представляетъ очевидныхъ уклоненій отъ нормы и только головки пястныхъ костей замѣтно утолщены. Въ кистевомъ сочлененіи мы снова встрѣчаемъ рѣзкія измѣненія, которыя здѣсь состоятъ въ утолщеніи локтевой и лучевой костей, благодаря чему весь суставъ является обезображеннымъ. Въ болѣе высокихъ частяхъ костей предплечья гипертрофіи мы уже не замѣчаемъ и только у самаго локтевого сочлененія локтевая кость снова оказывается нѣсколько утолщенной. Замѣтно утолщены также плечевыя кости въ обоихъ своихъ окончаніяхъ и особенно въ нижнемъ. Нижнія конечности у нашего больного измѣнены совершенно также, какъ и верхнія: особенно гипертрофированными на нихъ являются пальцы и главнымъ образомъ концевыя фаланги послѣднихъ. Ногти приобрѣли такую же форму, какъ и на рукахъ; стопа и ея кости поражены процессомъ, но мышелки достигаютъ громадныхъ размѣровъ, которые однако довольно быстро уменьшаются и только около колѣна мы снова видимъ утолщеніе костей, какъ берцовыхъ, такъ и бедренной. Благодаря обезображиванію сочлененій всѣ движенія въ конечностяхъ совершаются съ замѣтной медленностью, съ затрудненіемъ; они не ловки. Переходя къ туловищу, мы видимъ здѣсь только одно отступленіе отъ нормы, а именно кифозъ, занимающій нижній грудной и поясничный отдѣлы позвоночника; ни со стороны реберъ, ни со стороны грудной кости и ключицъ мы не можемъ открыть ничего ненормальнаго; вполне нормальный видъ имѣетъ также голова и лицо.

Такова картина *ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique*, которую мы можемъ наблюдать у больного и притомъ въ ея типичной формѣ. Сравнивая ее съ той, какую мы встрѣтили у женщины, являющейся предметомъ нашей бесѣды, мы безъ труда открываемъ между обоими рядъ существенно важныхъ различій:

1) При *ostéo-arthropathie* въ процессѣ всегда принимаетъ участіе почти исключительно только костная ткань, утолщаются только кости и особенно ихъ окончанія,—отсюда деформированіе сочлененій и самое названіе болѣзни. У нашей больной между тѣмъ гипертрофія наблюдается и въ мягкихъ частяхъ: въ кожѣ, подкожной клѣтчаткѣ, мышцахъ.

2) При увеличеніи конечностей у нашей больной гипертрофія равномерно наблюдается во всѣхъ частяхъ послѣднихъ, вслѣдствіе чего нормальныя анатомическія отношенія не утрачиваются; рука, напр., вполне напоминаетъ руку здороваго субъекта, обладающаго только громаднымъ ростомъ. Не то мы видимъ при *ostéo-arthropathie*. Здѣсь процессъ распространяется неравномерно, вслѣдствіе чего получается болѣе или менѣе рѣзкое обезображиваніе; о сравненіи, напр. руки съ рукой нормальнаго человѣка нечего и думать.

3) У больной мы констатировали патологическій процессъ и въ области лица. Ничего подобнаго нельзя встрѣтить при *osteo-arthropathie*¹⁾, гдѣ лицо и его отношенія къ черепу сохраняютъ свой обычный характеръ.

Но этими тремя пунктами различіе далеко не исчерпывается. Обращаясь къ пальцамъ, мы у нашей больной не встрѣчаемъ колбовидной формы ихъ, какъ при *ostéo-arthropathie*, гипертрофія же довольно равномерно замѣчается по всей длинѣ. Ногти точно также представляютъ совершенно иную картину. При *ostéo-arthropathie* кифозъ занимаетъ гораздо болѣе низкую область, а со стороны реберъ, грудины и ключицъ мы не открываемъ никакихъ особенностей; мы не видимъ также выпячиванія грудной клѣтки впередъ, если же иногда и встрѣчается ея обезображиваніе, то лишь

¹⁾ Правда, нѣкоторые авторы упоминаютъ, что и при этой формѣ иногда встрѣчаются на лицѣ болѣе или менѣе ясныя уклоненія отъ нормы; такъ, иногда носъ представляется какъ бы вздутымъ, напоминаетъ собою бургундскій, а зубной отростокъ верхней челюсти бываетъ утолщенъ; однако эти уклоненія, являясь непостоянными, ни мало не сходны съ тѣми, какія мы видѣли у нашей больной.

такое, какое зависитъ отъ пораженія дыхательныхъ путей. Нѣтъ никакихъ измѣненій и въ области шеи, которая въ противоположность тому, что мы имѣемъ у нашей больной, при *ostéo-arthropathie* является скорѣе утонченной.

Если мы ко всему сказанному добавимъ, что *ostéo-arthropathie* всегда развивается у лицъ съ тяжелымъ заболѣваніемъ дыхательнаго аппарата и что всѣ симптомы ея возникаютъ въ теченіе весьма непродолжительнаго времени, то мы должны будемъ придти къ рѣшительному заключенію: въ нашемъ случаѣ не можетъ быть и рѣчи объ этомъ столь своеобразномъ симптомокомплексѣ.

Съ явленіями гипертрофіи мы встрѣчаемся далѣе при *osteitis deformans*—страданіи, которое по имени описавшаго его автора, часто называютъ также болѣзью *Paget*. Здѣсь характерной клинической чертой является утолщеніе и искривленіе длинныхъ костей конечностей и особенно нижнихъ. Бедренная и берцовыя кости, постепенно утолщаясь, въ то же самое время искривляются выпуклостью впередъ, вслѣдствіе чего самая походка рѣзко затрудняется. Въ дальнѣйшемъ теченіи гипертрофируются обыкновенно кости туловища и головы. Благодаря спайкѣ реберъ дыханіе становится весьма затруднительнымъ и пріобрѣтаетъ чисто брюшной типъ. Все туловище болѣе или менѣе наклоняется впередъ. На головѣ утолщенія наблюдаются на костяхъ черепа, кости же лица совсѣмъ или почти совсѣмъ не участвуютъ въ процессѣ. По мѣрѣ развитія болѣзни нижнія конечности обезображиваются сильнѣе и сильнѣе, такъ что могутъ наконецъ перекрещиваться на подобіе буквы Х. Длинные кости рукъ также вовлекаются въ страданіе, утолщаясь и искривляясь, какъ и на нижнихъ конечностяхъ. Болѣзнь *Paget* обыкновенно наблюдается у лицъ не моложе 40 лѣтъ. Страданіе не отличается симметричностью; одна конечность можетъ измѣняться вслѣдъ за другой иногда черезъ значительный промежутокъ времени.

Если Вы сравните это описаніе съ клинической картиной нашего случая, то, конечно, увидите рѣзкую разницу. У нашей больной измѣненія отличаются строгой симметричностью, длинныя кости пострадали сравнительно мало, болѣе всего гипертрофированы окончанія конечностей, т. е. тѣ области, которыя при болѣзни *Paget* какъ разъ остаются пощаженными. Измѣненія туловища носятъ точно также совершенно иной характеръ. Иными они представляются и на головѣ, гдѣ у нашей пациентки пострадало исключительно лицо. Я не говорю уже о томъ, что при болѣзни *Paget* въ процессъ вовлекается только костная ткань, мягкія же части, если и измѣняются, то лишь вторично. У нашей больной, наоборотъ, послѣднія поражены наравнѣ съ костями и одновременно съ ними.

Еще менѣе напоминаетъ нашу больную *leontiasis ossea Virchow'a*. При этомъ страданіи все дѣло сводится исключительно на пораженіе костей черепа и лица, да и тѣ представляются не гипертрофированными въ строгомъ смыслѣ этого слова, а лишь покрытыми бугристыми утолщеніями, экзостозами самой неправильной формы, придающими всей головѣ иногда чрезвычайно странный видъ.

Рѣзко отличается отъ клинической картины нашего случая и *elephantiasis arabum*. Начать съ того, что это заболѣваніе встрѣчается исключительно въ тропическихъ странахъ и локализуется почти всегда въ области нижнихъ конечностей. Въ основѣ его лежитъ лимфангоитъ, вѣроятно, паразитарнаго происхожденія, ведущій за собою крайнюю гипертрофію кожи и подкожной кѣтчатки. Кожа теряетъ способность потѣть и выдѣлять жиръ, отличается блѣдно-желтоватой окраской. Иногда страданіе захватываетъ половые органы, верхнія конечности, даже лицо, но чаще ограничивается лишь одной нижней конечностью. О симметричности страданія, объ участіи костей въ гипертрофическомъ процессѣ, объ измѣненіи лица, о всѣхъ этихъ столь характерныхъ для

нашей больной особенностяхъ при elephantiasis arabum нѣтъ и рѣчи.

Иногда лица, страдающія хроническимъ ревматизмомъ, могутъ, пожалуй, напоминать нашу больную; у нихъ точно также замѣчается утолщеніе костей, особенно на конечностяхъ; пальцы точно также представляются нерѣдко утолщенными, позвоночникъ искривленнымъ; даже на лицѣ мы можемъ встрѣтить утолщеніе костей. Тѣмъ не менѣе однако нашу пациентку никакъ нельзя причислить къ ревматикамъ: у нея нѣтъ, да и никогда не было, тѣхъ жестокихъ болей, которыя характерны для ревматизма, у нея нѣтъ обезображиванія сочлененій, нѣтъ хруста въ нихъ, нѣтъ мышечныхъ атрофій. Наконецъ, при ревматизмѣ мы не встрѣчаемъ равномернаго пораженія костей и активнаго участія въ процессѣ со стороны мягкихъ тканей, результатомъ чего является не ростъ пораженной конечности въ ея цѣломъ, а лишь ея обезображиваніе.

Большее сходство наша больная представляетъ далѣе съ тѣмъ патологическимъ состояніемъ, которое извѣстно подъ именемъ gigantismus. Я говорю „патологическимъ“, потому что наблюденіе надъ великанами и тщательное изслѣдованіе ихъ открываетъ обыкновенно въ психо-нервной организаціи рядъ болѣе или менѣе рѣзкихъ уклоненій отъ нормы, такъ что гигантскій ростъ является лишь однимъ изъ симптомовъ сложнаго комплекса. Однако аналогія между картиной, представляемой нашимъ случаемъ, и гигантизмомъ, только кажущаяся; на самомъ дѣлѣ между ними лежитъ глубокая разница. Во первыхъ, гигантизмъ обнаруживается еще съ дѣтскаго возраста, тогда какъ у нашей больной симптомы страданія появились уже послѣ двадцати лѣтъ. Во вторыхъ, при гигантизмѣ увеличено все тѣло, такъ что отдѣльныя его части сохраняютъ обычное взаимное отношеніе. У нашей больной мы видѣли совершенно обратное; ея ростъ, напримѣръ, ни мало не соотвѣтствуетъ размѣру конечностей. Въ третьихъ, изучая руки нашей больной, мы видѣли, что онѣ какъ

и ноги, чрезвычайно увеличены въ толщину, но не въ длину; слѣдовательно, даже въ развитіи отдѣльныхъ областей тѣла тутъ нѣтъ строгой пропорціональности. Рука или нога великана, напротивъ, пропорціональна во всѣхъ своихъ деталяхъ.

Увеличеніе объема конечностей и лица мы можемъ встрѣтить также при микседемѣ, но этой общей чертой все сходство между нашимъ случаемъ и названнымъ страданіемъ и ограничивается. При микседемѣ никогда не наблюдается измѣненія костной системы, а утолщеніе происходитъ исключительно насчетъ кожи и подкожной клѣтчатки. Кожа плотно спаивается съ послѣдней, такъ что приподнять ее въ отдѣльную складку невозможно; она тверда, плотна, желтоватаго или восковиднаго цвѣта. Увеличеніе конечностей замѣчается не только въ самыхъ периферическихъ ихъ отдѣлахъ, но захватываетъ органъ на всемъ его протяженіи. Лицо при микседемѣ обладаетъ закругленной формой; брови и вѣки представляются опухшими. Прибавьте сюда состояніе глубокаго слабоумія и Вы получите картину, такъ мало напоминающую нашу больную, что на дальнѣйшихъ деталяхъ дифференціальной діагностики врядъ ли стоитъ останавливаться.

Изъ всѣхъ перечисленныхъ мною выше заболѣваній остается только акромегалия, о которой я до сихъ поръ не сказалъ ни слова. Но сходство нашего случая съ типичной картиной акромегалии настолько велико, что мнѣ нѣтъ надобности приводить здѣсь описаніе послѣдней; иначе я долженъ былъ бы до слова повторить все то, на что обращалъ Ваше вниманіе, изслѣдуя больную. Дѣйствительно, мы имѣемъ у ней слишкомъ характерныя измѣненія конечностей, головы и туловища, чтобы можно было усумниться въ діагнозѣ. Вотъ почему къ данному уже мною описанію я добавлю еще немного, и такимъ образомъ Вы получите болѣе полную характеристику страданія.

Хотя случаи, напоминающіе собою болѣе или менѣе акромегалию, мы находимъ еще у старыхъ авторовъ, но первый, кто выдѣлилъ послѣднюю, какъ самостоятельную

клиническую единицу, набросалъ рельефную характеристику ея и далъ ей названіе, былъ—*Marie* ¹⁾).

Въ первое время послѣ изслѣдованій *Marie* невропатологи склонны были думать, что акромегалія встрѣчается крайне рѣдко, но чѣмъ болѣе мы стали знакомиться съ ней, тѣмъ чаще приходится ее наблюдать. Въ настоящемъ учебномъ году это, напримѣръ, второй случай, который попадаетъ лично мнѣ, а въ специальныхъ ежегодникахъ уже имѣется постоянная рубрика „акромегалія и сродныя съ ней состоянія“, и эта рубрика съ каждымъ годомъ становится все болѣе и болѣе обширной. Такимъ образомъ, мы обладаемъ теперь сравнительно богатой казуистикой и, основываясь на ней, можемъ дать довольно обстоятельную характеристику болѣзни.

Акромегалія поражаетъ женщинъ рѣшительно чаще, чѣмъ мужчинъ. Правда, нѣкоторые авторы, напр. *Massalongo*, утверждаютъ, что она наблюдается одинаково часто у обоихъ половъ, но такому заявленію противорѣчитъ приводимая имъ же статистика. Такъ, изъ 38 случаевъ, о которыхъ говорится въ диссертации *Souza-Leite* ²⁾, 22 относится къ женщинамъ и 16 къ мужчинамъ. Изъ 15 позднѣйшихъ наблюденій, собранныхъ въ работѣ *Duchesneau* ³⁾, 9 касаются женщинъ и только 6 мужчинъ. Изъ семи больныхъ, которыхъ мнѣ пришлось наблюдать и изслѣдовать, пять были женщины.

Заболѣваніе обыкновенно начинается въ молодомъ возрастѣ между двадцатью и тридцатью годами. Болѣе ранніе случаи встрѣчаются очень рѣдко и, пожалуй, вызываютъ сомнѣніе въ правильности діагноза; что касается болѣе позднихъ, то относительно нихъ всегда можно допустить, что начало болѣзни не было установлено съ достаточной точно-

¹⁾ Sur deux cas d'acromégalie etc. Rev. de Méd № 4, 10 avril, 1886.— De l'acromégalie; étude clinique et anatomo-pathologique. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière 1888 et 1889.

²⁾ De l'acromégalie. 1890.

³⁾ De l'acromégalie. 1892.

стью. Последнее предположение вполне естественно, такъ какъ страданіе начинается незамѣтно и даже интеллигентные больные обращаютъ на себя вниманіе лишь тогда, когда отдѣльные симптомы достигли уже большого развитія. Въ одномъ случаѣ, на примѣръ, больной только потому обратился къ врачебной помощи, что, постоянно увеличивая номеръ перчатокъ, не могъ ихъ, наконецъ, подобрать по своей рукѣ. Женщины довольно часто совѣтуются прежде всего съ гинекологами, такъ какъ у нихъ пропадаютъ регулы. Самая обычная причина, однако, которая заставляетъ больныхъ лечиться, это—или головныя боли, какъ въ нашемъ случаѣ, или боли въ конечностяхъ, зависящія отъ раздраженія спинно-мозговыхъ нервовъ; последнее повидимому вызывается процессомъ въ позвонкахъ. Страданіе обыкновенно тянется долгіе годы, десятки лѣтъ. Иногда больные погибаютъ отъ кахексіи, но чаще ихъ дни заканчиваются ранѣе этого времени благодаря внутри-черепному страданію.

Такова въ краткихъ словахъ общая характеристика страданія, съ которымъ мы встрѣтились сегодня. Сущность клинической картины, какъ Вы видѣли, состоитъ въ явленіяхъ гипертрофіи, локализирующихся на опредѣленныхъ территорияхъ тѣла. Естественнымъ прежде всего является вопросъ, отчего зависитъ эта гипертрофія, какими причинами она вызывается. Болѣе или менѣе остроумные попытки отвѣтить на него мы находимъ въ различныхъ гипотезахъ, высказанныхъ относительно патогенеза акромегаліи. *Klebs*, опираясь на результаты произведеннаго имъ вскрытія одного случая, гдѣ онъ констатировалъ гипертрофію *glandulae thymus*, выразилъ предположеніе, что акромегалія возникаетъ вслѣдствіе усиленной дѣятельности этой желѣзы. Онъ полагаетъ, что въ фолликулахъ *gl. thymus* развиваются эндотеліальныя кѣтки, которыя разносятся кровью по всему организму, задерживаются въ тѣхъ областяхъ, гдѣ теченіе крови отличается особенной медленностью, тамъ размножаются и образуютъ зародышевые сосуды; изъ послѣднихъ потомъ развивается сосуди-

стая ткань. Такимъ образомъ, по *Klebs*'у, акромегалия есть ничто иное, какъ общій ангиоматозъ.

Нѣкоторые наблюденія другихъ авторовъ какъ-бы подтверждаютъ взглядъ *Klebs*'а. Такъ, напр. *Duchesneau* въ своемъ случаѣ также встрѣтилъ гипертрофію *glandulae thymus*. Въ общемъ однако должно сказать, что подобная находка далеко не обязательна для акромегалии и уже одинъ этотъ фактъ категорически указываетъ на шаткость всей гипотезы. Но противъ нея можно возразить и еще очень многое. Наши свѣдѣнія о функціяхъ *glandulae thymus* далеко не полны и никакъ нельзя считать доказаннымъ, что она дѣйствительно является органомъ образованія ангиобластовъ. Далѣе, въ наукѣ извѣстны случаи, когда вскрытіе показывало гипертрофію *glandulae thymus*, при жизни же не было никакихъ симптомовъ акромегалии. Наконецъ, явленія, на которыя указываетъ *Klebs*, вообще имѣютъ мѣсто при всѣхъ видахъ гипертрофіи, такъ что *Klebs* скорѣе констатировалъ фактъ, чѣмъ его объяснилъ. Въ силу такихъ соображеній взгляды этого автора не нашли себѣ послѣдователей.

Еще менѣе приверженцевъ встрѣтила гипотеза *Freund*'а. *Freund* принимаетъ, что у нѣкоторыхъ субъектовъ обычный ходъ развитія организма нарушается въ зависимости отъ задержки развитія половой жизни; у однихъ это развитіе не доходитъ до нормы, въ другихъ ее превышаетъ. Въ первомъ случаѣ мы имѣемъ инфантилизмъ, нанизмъ, въ другомъ—гигантизмъ, акромегалию. Всѣ эти состоянія связаны загадочнымъ путемъ съ половой жизнью. Развивая свои взгляды далѣе, *Freund* говоритъ, что акромегалия начинается уже въ эпоху второго прорѣзыванія зубовъ, но съ эпохой созрѣванія всѣ симптомы ея усиливаются особенно быстро. Половыя функціи при развитой болѣзни обыкновенно отсутствуютъ; зато вначалѣ у заболѣвающихъ акромегалией онѣ проявляются черезъ - чуръ рано и обыкновенно въ теченіе извѣстнаго времени бываютъ ненормально усилены. Такимъ образомъ, по *Freund*'у, развитіе

всего организма связано съ развитіемъ половой жизни. Но съ такимъ взглядомъ уже а priori врядъ ли можно согласиться. Не встрѣчаетъ онъ себѣ поддержки и въ клиническихъ наблюденіяхъ. Акромегалія обнаруживается чаще всего въ ту пору жизни, когда половое развитіе уже вполне закончилось и вдобавокъ у субъектовъ, у которыхъ до заболѣванія въ немъ не было никакихъ отклоненій отъ нормы.

Я не буду останавливаться на взглядахъ *Холцевникова* и *Recklinghausen*'а, которые появленіе симптомовъ акромегаліи ставили въ прямую связь съ пораженіемъ периферической нервной системы и спинного мозга. Эта гипотеза имѣетъ подъ собою слишкомъ мало фактическихъ данныхъ и основана на единичномъ случаѣ, врядъ-ли даже относящемся къ разбираемому нами страданію.

Несравненно болѣе твердую почву имѣетъ подъ собою гипотеза, по которой симптомокомплексъ акромегаліи вызывается пораженіемъ *glandulae pituitariae*. Изъ 10 первыхъ случаевъ болѣзни, закончившихся вскрытіемъ, во всѣхъ было найдено увеличеніе этой железы. Въ большей части позднѣйшихъ вскрытій можно было точно также констатировать увеличенный *hypophysis*; а если сюда добавить, что при объективномъ изслѣдованіи лицъ, страдающихъ акромегаліей, мы очень часто встрѣчаемся съ явленіями, ясно указывающими на пораженіе *hypophysis*, какъ напр., у нашей больной, если принять все это въ расчетъ, то мы необходимо должны будемъ придти къ заключенію: при акромегаліи пораженіе *hypophysis* не случайная находка; оно должно стоять въ какой то зависимости со всѣмъ страданіемъ. Но какого же рода можетъ быть эта зависимость? Громадное большинство авторовъ склонно видѣть здѣсь причинную связь, т. е. признавать, что акромегалія есть явленіе вторичное, вызванное заболѣваніемъ *hypophysis*. Прийдя къ такому выводу, наблюдатели однако расходятся между собою въ дальнѣйшемъ выясненіи вопроса, какимъ именно путемъ заболѣваніе мозгового придатка можетъ вести къ столь рѣзкимъ трофическимъ раз-

стройствамъ. *Marie* и *Marinesco* ¹⁾ формулируютъ свое мнѣніе слѣдующимъ образомъ: „*Роговичъ* предполагаетъ, что *gl. thyreoidea* и *gl. pituitaria* назначены для нейтрализаціи въ крови нѣкоторыхъ веществъ, задержка которыхъ производитъ токсическое вліяніе на нервныя центры. Если бы эта гипотеза оказалась вѣрна, она объяснила бы намъ патогенезъ акромегаліи. Дѣйствительно, мы тогда имѣли бы право допустить, что, благодаря прекращенію дѣятельности *gl. pituitariae*, скопленіе этихъ веществъ въ конечностяхъ производитъ постоянное раздраженіе и, какъ результатъ его, гиперплазію костей и другихъ видовъ соединительной ткани. Такимъ образомъ акромегалія сводилась бы на аутоинтоксикацію“. Въ заключеніе осторожные авторы добавляютъ: „Какъ эта гипотеза ни заманчива, она лишена пока фактическаго основанія“.

Совсѣмъ иначе смотритъ на дѣло *Massalongo* ²⁾. Этотъ авторъ указываетъ, что при вскрытіи лицъ, страдавшихъ акромегаліей, кромѣ гипертрофированнаго мозгового придатка часто находятъ также увеличеніе *gl. thymus*. Обѣ железы, какъ извѣстно, играютъ важную роль въ зародышевой жизни и необходимы для нормальнаго развитія всего организма; гипертрофія ихъ при акромегаліи заставляетъ думать, что онѣ здѣсь усиленно функціонируютъ и въ болѣе позднемъ періодѣ жизни. Пока организмъ еще растетъ, такое усиленіе функціи не проявляется внѣшнимъ образомъ, но послѣ того, какъ ростъ пріостановился, а зародышевыя железы съ ихъ трофическимъ вліяніемъ продолжаютъ функціонировать,—появляются признаки акромегаліи. *Massalongo* обращаетъ далѣе вниманіе на гипертрофію узловъ и нервныхъ пучковъ *p. sympathici*, указанную *Henrot*омъ, и придаетъ этому факту видное значеніе; онъ допускаетъ, что трофическое вліяніе зародышевыхъ железъ играетъ важную роль въ патогенезѣ акромегаліи.

¹⁾ Sur l'anatomie pathologique de l'acromégalie. Arch. de méd. expér. 1891. Т. 3, р. 539.

²⁾ Акромегалія. С.-Петербургъ, 1897.

дышевыхъ железъ передается тканямъ конечностей черезъ посредство именно симпатическаго нерва. Такимъ образомъ, итальянскій ученый думаетъ, что на акромегалию слѣдуетъ смотрѣть, какъ на разновидность гигантизма. Хотя при акромегалии гипертрофія охватываетъ лишь конечности, а при гигантизмѣ весь скелетъ, но это различіе не можетъ имѣть глубокаго существеннаго значенія и *Massolongo* даже называетъ акромегалию позднимъ аномальнымъ гигантизмомъ.

Близко примыкаетъ къ воззрѣніямъ *Massolongo* одинъ изъ позднѣйшихъ авторовъ, *Hutchinson* ¹⁾. Онъ также устанавливаетъ тѣсную связь между акромегалией и гигантизмомъ. Подчеркивая кратковременность жизни гигантовъ, ихъ половую слабость, умственную ограниченность, чрезвычайно частое непропорціональное увеличеніе лица и другіе симптомы, *Hutchinson* думаетъ, что акромегалия и гигантизмъ—различные виды одного и того же патологическаго состоянія; при возникновеніи его въ періодъ роста мы имѣемъ гигантизмъ, и въ болѣе позднемъ—акромегалию. Такъ какъ, по автору, измѣненіе *hypophysis* общее для обоихъ видовъ, то онъ допускаетъ, что эта железа играетъ видную роль въ организмѣ,—она представляетъ собою центръ роста; при вышеназванныхъ страданіяхъ дѣло идетъ вначалѣ, повидимому, о функціональной ея гипертрофіи, а затѣмъ развиваются измѣненія уже вторичнаго характера.

Какъ *Marie* и *Marinesco*, такъ и *Massolongo*, откровенно признавая недостатокъ нашихъ свѣдѣній объ акромегалии, все же высказали довольно опредѣленно свой взглядъ на патогенезъ страданія. Гораздо осторожнѣе отнесся къ вопросу проф. *Кожевниковъ* ²⁾. Говоря о гипотезѣ *Marie* и приводя клиническіе и патолого-анатомическіе факты, которые ее подтверждаютъ, этотъ авторъ замѣчаетъ, что болѣзни мозгового придатка, и именно его перерожденіе, встрѣчаются очень не-

¹⁾ The pituitary gland ect. № 4. Med. Journal. 1900. Vol. 72. № 4.

²⁾ Случай акромегалии. Медицинское Обозрѣніе. 1893, № 1.

рѣдко у такихъ лицъ, у которыхъ не наблюдалось при жизни никакихъ признаковъ акромегаліи и всѣ симптомы страданія носили чисто мѣстный характеръ. Если же допустить, что акромегалія вызывается не перерожденіемъ мозгового придатка вообще, а какимъ-нибудь строго опредѣленнымъ его измѣненіемъ, то и противъ подобной гипотезы рѣшительно говорятъ патолого-анатомическіе факты: при вскрытіи мы встрѣчаемся съ самыми различными процессами, поразившими придатокъ. Наконецъ, авторъ упоминаетъ о случаѣ *Arnold'a*, гдѣ *hypophysis* оказался совершенно нормальнымъ. Всѣ эти данныя, рѣшительно опровергають взгляды *Marie* и *Marinesco*. Однако и *Кожевниковъ* не считаетъ случайнымъ совпаденіе акромегаліи съ гипертрофіей *gland. pituitariae*; но какая связь между этими двумя явленіями, онъ отказывается пока сказать и, повидимому, правильнѣе разсматривать гипертрофію костей и другихъ тканей при акромегаліи и увеличеніе мозгового придатка, какъ явленія самостоятельныя, хотя и происходящія отъ одной общей причины, остающейся для насъ неизвѣстной.

Въ послѣдніе годы, какъ я уже говорилъ, акромегалія особенно интересуесть невропатологовъ и специальная литература обогатилась цѣлымъ рядомъ наблюденій и изслѣдованій, авторы которыхъ задаются цѣлью такъ или иначе выяснить характеръ страданія. Одни стараются подойти къ рѣшенію вопроса экспериментальнымъ путемъ, другіе при помощи тщательнаго анализа клиническихъ фактовъ.

Изъ экспериментальныхъ изслѣдованій я долженъ назвать прежде всего работы *Lo Monaco* и *van Rymberk'a* ¹⁾ и *Friedmann'a* и *Maas'a* ²⁾.

Первые изъ только что названныхъ авторовъ, основываясь на критическомъ разборѣ литературы вопроса и опираясь на собственные опыты, пришли къ выводу, что *hypo-*

¹⁾ Ricerche sulla funzione della ipofisi cerebrale. Rivista mens. di Neuropat. e. Psych. 1901. (Реферировано въ *Neurolog. Centralb.* 1902 № 5).

²⁾ Berlin. Klin. Woch. 1900, № 52.

physis,—это рудиментарный органъ, безъ какого-либо общаго или спеціального функціональнаго значенія. Явленія, наблюдавшіяся послѣ его экстирпации, вызваны или поврежденіемъ сосѣднихъ частей, или зависятъ отъ болѣе или менѣе остраго шока, а также отъ инфекціи.

Къ подобнымъ же результатамъ приходятъ *Friedmann* и *Maas*. Желая выяснить роль hypophysis, они произвели рядъ экспериментовъ съ полнымъ и частичнымъ его удаленіемъ. Послѣ операціи многія животныя, пока ихъ не убивали, т. е. по нѣсколько мѣсяцевъ, чувствовали себя вполне хорошо. Патолого-анатомическое изслѣдованіе внутреннихъ органовъ также не показало у нихъ никакихъ измѣненій, которыя можно было бы поставить въ связь съ удаленіемъ железы.

Вы видите такимъ образомъ, что до сихъ поръ экспериментальныя изслѣдованія не дали намъ ничего для выясненія патогенеза акромегаліи.

Указанія несравненно болѣе опредѣленнаго характера мы встрѣчаемъ у патолого-анатомовъ.

Benda ¹⁾ пытается построить гипотезу о патогенезѣ акромегаліи, основываясь на данныхъ, которыя онъ получилъ при изученіи гистологическаго строенія gland. pituitariae. Если разрѣзать hypophysis здороваго человѣка и подавить ножомъ на разрѣзѣ, то изъ него выдѣляется жидкость, похожая на молоко; ея цвѣтъ зависитъ отъ громаднаго количества мелкихъ зернышекъ, сильно преломляющихъ свѣтъ. *Benda* убѣдился, что эти зернышки находятся внутри железистыхъ клѣтокъ; онъ считаетъ поэтому ихъ продуктомъ дѣятельности послѣднихъ, такъ что по количеству зернышекъ можно судить о степени функціональной дѣятельности органа. При morbus Basedowii, у лицъ преклоннаго возраста и у карликовъ авторъ нашелъ рѣзко уменьшенную зернистость клѣ-

¹⁾ Berlin. Klin. Woch. 1900, № 52.

токъ hypophysis при вполне нормальной величинѣ послѣдняго. Наоборотъ, въ четырехъ случаяхъ акромегаліи микроскопическое изслѣдованіе увеличенной gland. pituitariae показало, что по строенію опухоль представляетъ ничто иное, какъ простую гиперплазію железистыхъ элементовъ. Если принять выводы автора, то въ симптомокомплексѣ акромегаліи мы должны видѣть результатъ гипертрофіи hypophysis и такое заключеніе совпадало бы съ взглядомъ, высказаннымъ еще *Marie*.

Однако, обращаясь къ результатамъ посмертнаго изслѣдованія лицъ, страдавшихъ акромегаліей, мы видимъ, что на самомъ дѣлѣ gland. pituitaria представлялась ареной крайне разнообразныхъ патологическихъ процессовъ. Я не буду останавливаться на старой литературѣ и для подтвержденія своей мысли приведу лишь нѣсколько наблюдений, опубликованныхъ въ послѣднее время. Въ случаѣ *Meyers'a* ¹⁾ вскрытіе показало аденому hypophysis. *Gubler* ²⁾ при вскрытіи констатировалъ опухоль мозгового придатка, похожую на мелко-клеточную саркому. *Parona* ³⁾ встрѣтился при аутопсіи съ ангио-саркомой, *Mendel* ⁴⁾ съ крупной кругло-клеточной саркомой. Въ случаѣ, описанномъ *Furnivall'емъ* ⁵⁾, hypophysis оказался превращеннымъ въ кисту, содержащую прозрачную жидкость. Въ случаѣ *Strumpell'a* ⁶⁾ была найдена саркома, захватившая часть мозгового придатка; другая часть послѣдняго представляла явленіе простой гиперплазіи.

Въ наблюдении *Pfanenstill'a* и *Iosefson'a* ⁷⁾ при вскрытіи была обнаружена аденома hypophysis, а микроскопъ показалъ размноженіе хроматофильныхъ клетокъ.

¹⁾ Acromegalie. Psychiatr. en neurol. Bladen. 1900.

²⁾ Ueber einen Fall von acuter Akromegalie. Correspbl. f. Schweiz, Aertzte. 1900.

³⁾ Riv. crit. di Clin. med. 1900.

⁴⁾ Berlin klin. Wochenschrift. № 46 и 47.

⁵⁾ Lancet. 6 Nov. 1897.

⁶⁾ Ein Beitrag zur pathol. Anatomie der Akromegalie. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1897 r.

⁷⁾ Hygiea. LXI. 1899.

Подобныхъ фактовъ я могъ бы привести еще довольно много. Всѣ они категорически свидѣтельствуютъ, что при акромегаліи мозговой придатокъ дѣйствительно можетъ измѣняться самыми разнообразными процессами. Чаще всего, по видимому, мы здѣсь встрѣчаемся съ новообразованиемъ, особенно съ саркомой; и если уже дѣлать какіе-либо выводы, основываясь на данныхъ патологической анатоміи, то скорѣе всего можно допустить, что акромегалія вызывается разрушеніемъ *gland. pituitariae*, resp. паденіемъ ея функціи. Однако и такой выводъ встрѣчается съ весьма вѣскими возраженіями. Такъ, мы нерѣдко при вскрытіи находимъ новообразование *hypophysis*, не вызвавшее никакихъ прижизненныхъ симптомовъ акромегаліи, кромѣ, конечно, разстройствъ чисто мѣстного характера. Подобные факты настолько часты, что попадаютъ каждому клиницисту, и я поэтому не буду обременять Васъ долѣе литературными ссылками. Сверхъ того опытъ показываетъ намъ, что существуютъ наблюденія какъ разъ обратнаго характера: при аутопсіи лицъ, представлявшихъ несомнѣнную картину акромегаліи, самое тщательное изслѣдованіе иногда не могло открыть никакихъ измѣненій мозгового придатка. Къ этой категоріи относится напр. случай *Arnold'a* ¹⁾. Правда онъ считается нетипичнымъ, тѣмъ не менѣе нѣмецкіе авторы настойчиво причисляютъ его къ акромегаліи. Не оказалось вовсе увеличенія *gl. pituitariae* и въ наблюденіи д-ра *Bonardi* ²⁾. *Pel* ³⁾ описалъ случай акромегаліи, гдѣ вскрытіе обнаружило большую гліому въ лѣвомъ полушаріи; *hypophysis* оказался вполне нормальнымъ, *gland. thymus* нѣсколько увеличенной, а *gl. thyreoidea* замѣтно атрофированной.

Всѣ эти факты невольно приводятъ къ мысли, что поврежденіе мозгового придатка не играетъ такой видной роли

¹⁾ Ueber Acromegalie. Tagbl. der 62 Naturforschervers in Heidelb. 1889.

²⁾ Un caso di acromegalia. Arch. Ital. di Clinica Med. 1893. (Цитир. въ работѣ *Massalongo*).

³⁾ Цитировано по указанной выше работѣ *Duchesneau*.

Meyers ¹⁾ и нѣкоторые другіе убѣдились, что опотерапія не оказываетъ никакого вліянія на болѣзнь, не смягчаетъ даже отдѣльных ея симптомовъ ²⁾.

Я ограничусь этими литературными указаніями; они далеко не претендуютъ на полноту, тѣмъ не менѣе довольно ясно обрисовываютъ современное положеніе вопроса. Изъ нихъ Вы видите, что до сихъ поръ мы не знаемъ ничего опредѣленнаго о характерѣ болѣзни и должны довольствоваться лишь болѣе или менѣе правдоподобными предположеніями, да и то самаго общаго характера. Прежде всего кидается въ глаза клиническое сродство акромегаліи съ гигантизмомъ: при гигантизмѣ мы имѣемъ ненормальное усиленіе роста всего организма, при акромегаліи этотъ же фактъ наблюдается только на извѣстной территоріи. Далѣе слѣдуетъ отмѣтить, что чаще всего акромегалія развивается въ молодомъ возрастѣ, т. е. вскорѣ послѣ окончанія роста. Отсюда мы имѣемъ нѣкоторое основаніе предполагать, что для заболѣванія необходимы нѣкоторые условія, присущія организму уже ab ovo. Но достаточно ли ихъ, чтобы вспыхнула болѣзнь или необходимо еще содѣйствіе другихъ причинныхъ моментовъ, вліяющихъ на личную жизнь индивидуума, этого пока мы не знаемъ.

Большинство авторовъ признаетъ тѣсную связь между пораженіемъ мозгового придатка и акромегаліей. Анализъ клиническихъ фактовъ показываетъ однако, что измѣненія hypophysis отнюдь не необходимы для развитія болѣзни и

¹⁾ Op. cit.

²⁾ Замѣчу кстати, что нѣкоторые клиницисты пробовали пользоваться при лѣченіи акромегаліи препаратами изъ мозгового придатка, но по большей части не замѣтили никакого вліянія на симптомы болѣзни. Впрочемъ *Blair* (Acromegaly and insanity. Journ. of ment. sc. № 189. 1899) въ трехъ случаяхъ душевнаго заболѣванія, развившагося на почвѣ акромегаліи, видѣлъ ясное улучшеніе послѣ ext. hypophysis.

въ патогенезѣ акромегаліи, какъ это принято думать, что оно, взятое въ отдѣльности, далеко необязательно для развитіи болѣзни, что здѣсь необходимы еще какія-то иныя условія. *Mitchell* и *Leconnt* ¹⁾ думаютъ, что случаи акромегаліи, въ которыхъ на самомъ дѣлѣ имѣется опухоль *hypophysis*, не такъ часты; болѣзнь зависитъ конечно, не только отъ нарушенія функціи мозгового придатка; по всей вѣроятности много значить и часто имѣющееся налицо пораженіе *gland. thyreoideae*. Вообще мысль о значеніи щитовидной железы въ патогенезѣ страданія довольно часто высказывается въ настоящее время, особенно клиницистами, которые неоднократно пытались воспользоваться ею при терапіи. Результаты, полученные ими, однако до сихъ поръ довольно неопредѣленны. Тѣмъ не менѣе, въ виду важности вопроса, я позволю себѣ остановиться на нихъ нѣсколько долѣе. *Baylac* и *Fabre* ²⁾ въ одномъ случаѣ рѣзко выраженной акромегаліи примѣнили лѣченіе свѣжей щитовидной железой. Больная потеряло 8 kilo и объективные симптомы значительно ослабѣли. *Greene* ³⁾ въ своемъ случаѣ видѣлъ успѣхъ отъ примѣненія препаратовъ щитовидной железы; но этотъ успѣхъ оказался непрочнымъ. *Gibson*'у ⁴⁾ лѣченіе тиреоидиномъ не дало положительнаго результата. *Rolleston* ⁵⁾, который рассматриваетъ акромегалію, какъ результатъ нарушеннаго равновѣсія между функціями щитовидной железы и мозгового придатка, въ своемъ случаѣ примѣнилъ лѣченіе вытяжкой *gland. thyreoideae* и *gl. pituitariae*; получалось ослабленіе головной боли, но измѣненія костнаго скелета остались въ прежнемъ видѣ. *Köster* ⁶⁾,

¹⁾ Philag. Med. Journal. Vol. III. 1894.

²⁾ Un cas d'acromégalie traité par la médication thyroïdienne. Arch. de Neurol. № 22. 1897.

³⁾ Acromegalie. Journal of Americ. med. Assos. 1899.

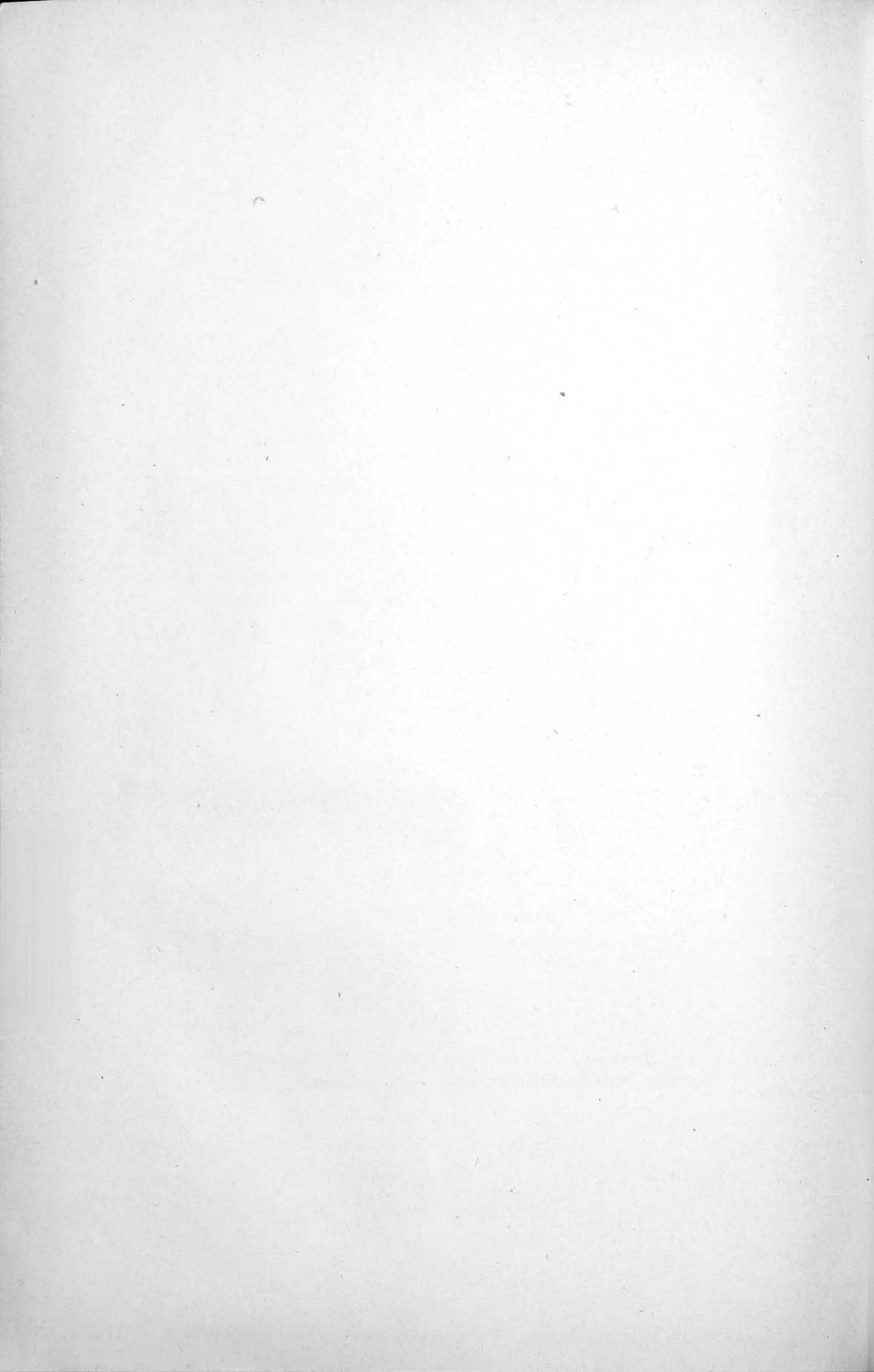
⁴⁾ Edinburgh. Med. Journal. Dezember. 1899.

⁵⁾ A case of acromegalie. Lancet. 17 April 1897.

⁶⁾ Ett fall af akromegali. Hygiea. 1900.

мы не имѣемъ даже права утверждать, что увеличеніе объема *gl. pituitariae* есть ея симптомъ равноправный съ гипертрофіей другихъ органовъ. Мы не можемъ думать, что какой-то этиологическій моментъ одновременно вызываетъ измѣненія мозгового придатка, съ одной стороны, утолщеніе костей—съ другой. Это было бы допустимо лишь при одномъ условіи: если бы измѣненія *hypophysis* были столь же однообразны по своей природѣ, какъ измѣненія костей, подкожной клѣтки т. д., а этого, какъ Вы видѣли, на самомъ дѣлѣ нѣтъ. Вотъ почему о роли мозгового придатка въ патогенезѣ акромегаліи мы должны выражаться съ большою осторожностью. Я охотно признаю, что не слѣдуетъ совершенно игнорировать поразительную частоту измѣненій *gl. pituitariae* при акромегаліи, но правильно оцѣнить ихъ мы можемъ лишь тогда, когда въ нашемъ распоряженіи будутъ хоть сколько-нибудь опредѣленные свѣдѣнія о физиологической функціи этой железы.





Медико-хозяйственный отчетъ по психіатрическому отдѣленію (съ колоніей) Одесской Городской Больницы за 1901 годъ.

СОСТАВЛЕНЪ

Старшимъ Врачемъ Б. И. Воротынскимъ

въ сотруди́чествѣ ординаторовъ:

Л. И. Айхенвальда, О. Ф. Бирсаго, Л. О. Бобровскаго-Королько
и В. И. Руднева.

(Окончаніе; см. т. X. вып. 2).

Палатная прислуга.

Во всѣхъ отдѣленіяхъ больницы и колоніи въ теченіе 1901 года состояло среднимъ числомъ ежедневно—77 палатныхъ служителей и 56 палатныхъ служанокъ; всего палатной прислуги 133 чел. На одного служителя и одну служанку въ среднемъ приходилось—3,7 больныхъ. Относительно прислуги можно привести еще слѣдующія данныя.

Служителя (77)

Служанки (56)

1. Образование.

Грамотных—45 (58,44%)
Неграмотных—32 (41,36%)

Грамотных—6 (10,71%)
Неграмотных—50 (89,29%)

2. Возраст.

Менѣ 20 лѣтъ—1 (1,29%)
Отъ (20—25)—23 (99,87%)
» (25—30)—27 (35,06%)
» (30—35)—7 (9,09%)
» (35—40)—9 (11,68%)
» (40—45)—2 (2,59%)
» (45—50)—5 (6,49%)
» (50—55)—2 (2,59%)
» (55—60)—1 (1,29%)

Менѣ 20 лѣтъ—6 (10,71%)
Отъ (20—25)—18 (32,14%)
» (25—30)—12 (21,42%)
» (30—35)—8 (14,28%)
» (35—40)—8 (14,28%)
» (40—45)—2 (3,57%)
» (45—50)—1 (1,78%)
» (50—55) » »
» (55—60)—1 (1,78%)

3. Семейное положеніе.

Холостые—53 (68,83%)
Вдовы—1 (1,29%)
Женаты—23 (29,87%)

Дѣвицы—16 (28,57%)
Вдовы—15 (26,78%)
Замужнія—25 (44,64%)

4. Занятіе до поступленія на службу

Палатной прислуги.

Хлѣбопашество—42 (54,54%)	Домашнее хозяйство (хлѣбопаш.) 32 (57,14%)
Чернорабочіе—10 (12,98%)	Горничныя—7 (12,50%)
Торговцы—2 (2,59%)	Прачки—2 (3,57%)
Ремеслен. (кузнец, маляр.)—7 (9,09%)	Кухарки—5 (8,92%)
Домашн. присл. (лакей., дворн., куч. и т. д.)—9 (10,68%)	Няни—4 (7,14%)
Музыкантъ—1 (1,29%)	Чернорабочія—2 (3,57%)
Военная служба—1 (1,29%)	Служили въ друг. больн.—4 (7,14%)
Разн. части. службы—5 (6,49%)	» » »

5. Служили на дѣйстви. военной службѣ.

Служили—17 (22,07%)	»	»	»
Не служили—60 (77,93%)	»	»	»

6. Жалованіе.

Пятнадцать руб.—3 (3,89%)	Четырнадцать р.—6 (10,71%)
Четырнадцать—4 (5,19%)	Тринадцать р.—2 (3,57%)
Двѣнадцать—24 (21,16%)	Двѣнадцать р.—5 (8,92%)
Десять—2 (2,59%)	Одинадцать—3 (5,35%)
Девять—44 (57,15%)	Десять руб.—16 (28,57%)
» » »	Девять р.—2 (3,57%)
» » »	Восемь—22 (39,28%)

7. Продолжительность службы.

Меньше года—46 (59,74%)	Меньше года—24 (42,85%)
Больше года—16 (20,77%)	Больше года—11 (19,56%)
Два года—1 (1,29%)	Два года—8 (14,28%)
Три года—2 (2,59%)	Три года—3 (5,35%)
Пять лѣтъ—2 (2,59%)	Четыре года—3 (3,35%)
Шесть лѣтъ—1 (1,29%)	Пять лѣтъ—1 (1,78%)
Семь лѣтъ—2 (2,59%)	Шесть лѣтъ—2 (3,57%)
Восемь лѣтъ—1 (1,29%)	Семь лѣтъ—1 (1,78%)
Девять лѣтъ—2 (2,59%)	Восемь лѣтъ—1 (1,78%)
Десять лѣтъ—2 (2,59%)	Семнадцать лѣтъ—1 (1,78%)
Одинадцать лѣтъ—1 (1,29%)	Девятнадцать лѣтъ—1 (1,78%)
Тринадцать лѣтъ—1 (1,29%)	

8. Мѣсторожденіе.

Гродненская губ. 22 (28,57%)	Гродненская губ.—6 (10,71%)
Ковенская губ.—8 (10,38%)	Минская губ.—3 (5,35%)
Виленская губ.—3 (3,89%)	Сувальская губ.—1 (1,28%)
Могилевская губ.—1 (1,29%)	Камен.-Подольск.—4 (7,14%)
Минская губ.—2 (2,59%)	Кіевская губ.—4 (7,14%)
Сѣдлецкая губ.—2 (2,59%)	Херсонская губ.—6 (10,71%)
Камен.-Подольск.—10 (12,98%)	Орловская губ.—14 (25%)
Волынская губ.—2 (2,59%)	Курская губ.—1 (1,78%)
Кіевская губ.—12 (15,58%)	Черниговская губ.—1 (1,78%)

Херсонская губ.—2 (2,59%)	Калужская губ.—11 (19,64%)
Орловская губ.—2 (2,59%)	Тульская—4 (7,14%)
Харьковская губ.—4 (5,19%)	Екатеринославская—1 (1,78%)
Полтавская—2 (2,59%)	» « «
Тамбовская—1 (1,29%)	» » »
Самарская—1 (1,29%)	» » »
Пермская—1 (1,29%)	» » »
Австрийско-поддан.—2 (2,59%)	» » »

9. Квартира прислуги.

Въ больницѣ—65 (84,41%)	Въ больницѣ—41 (73,21%)
На частной кварт.—12 (15,59%)	На частной кварт.—15 (26,79%)

10. Уволились по собственному желанію и снова поступили на службу въ 1901 г.

Служителей—8 (10,38%)	Служанокъ—7 (12,5%)
-----------------------	---------------------

11. Уволились въ теченіе 1901 г. по собственному желанію.

Служителей—52 (67,53%)	Служанокъ—21 (37,5%)
Послѣ 5 лѣтъ службы—1.	Послѣ 3 лѣтъ службы—2.
Послѣ 3 лѣтъ службы—1.	Послѣ 2 лѣтъ службы—1.
Послѣ 2 лѣтъ службы—2.	Послѣ года службы—1.
Послѣ года службы—1.	Меньше года службы—17.
Меньше года службы—47.	» » »

12. Уволились по болѣзни.

Служителей—1 (1,29%)	Служанокъ—3 (5,35%)
----------------------	---------------------

13. Умерло.

Служанокъ—1 (1,78%)	отъ брюшного тифа.
---------------------	--------------------

14. Переведено изъ палатной прислуги на другія должности въ больницѣ.

Служителей—2 (2,59%)

15. Были уволены врачами.

Служителей—25 (32,46%)	Служанокъ 11.
За грубое обращеніе съ больн. 5.	За грубое обращеніе съ больн. 5
За нанесеніе побоевъ больн.—7.	За небрежн. отнош. къ службѣ—1.
За небрежное отнош. къ службѣ—3.	По неспособн. къ уходу за больн. 3.
По неспособн. къ уходу за больн.—5.	За дерзкое отнош. къ служаш.—1.
За содѣйствіе къ побѣгу больного	За воровство—1.
арестанта—1.	
За пьянство—2	» » »
За воровство—2	» » »

Изъ приведенныхъ выше свѣдѣній относительно палатной прислуги видно, что на долю безграмотныхъ падаетъ еще очень большой процентъ, особенно у женщинъ (почти 90%); мужчины раньше 20-ти лѣтъ почти не поступаютъ на службу больничной прислугой, женщинъ же поступаетъ 10%; какъ между служителями, такъ и между служанками наибольшій (64,93 и 53,56) процентъ приходится на возрастъ отъ 20 до 30 лѣтъ. Что касается семейнаго положенія, то огромный процентъ (70%) служителей не семейные (холостые и вдовцы); служанокъ также большинство не семейныхъ, но процентъ этотъ значительно ниже (55,35%). Занятіемъ до поступленія на службу въ качествѣ палатной прислуги было: служителей — преимущественно хлѣбопашество (54,54), затѣмъ поденныя работы (12,98%), ремесло (9,09%); остальной процентъ падаетъ на разныя другія занятія. У служанокъ также наибольшій (57,14%) процентъ приходится на домашнее хозяйство (включая сюда хлѣбопашество); далѣе идетъ хозяйственная прислуга (кухарки, горничныя, прачки, няни)—32,13%; небольшой процентъ падаетъ на другія профессіи. Малый процентъ служителей (22,07%), находившихся на дѣйствительной военной службѣ.

Относительно продолжительности службы служителей и служанокъ слѣдуетъ констатировать слѣдующее неблагоприятное для больницы явленіе: большинство служителей (почти 60%) служили меньше года; среди служанокъ эта неустой-

чивость меньше замѣтна, тѣмъ не менѣе служившихъ меньше года было 42,85%. Такъ какъ вознагражденіе прислуги тѣсно связано съ продолжительностью службы, то по этой причинѣ наибольшій процентъ служителей и служанокъ падаетъ на низшій окладъ жалованья: у служителей—на девятирублевый (57,15%), у служанокъ на восьмирублевый (39,28%). По мѣсту рожденія мужская прислуга разнится отъ женской: почти половина *служителей* (49,31%) происходитъ изъ Сѣверо-Западнаго края, затѣмъ слѣдуютъ уроженцы Юго-Западнаго края, на уроженцевъ Херсонской губ. приходится очень небольшой процентъ (2,59%), остальной процентъ падаетъ на разныя губерніи центральной Россіи. Большинство *служанокъ* (53,56%) происходитъ изъ центральной Россіи, далѣе слѣдуютъ уроженки Сѣверо-Западнаго края (17,84%), Юго-Западнаго края (14,28%); сравнительно большой процентъ (10,71%) приходится на уроженокъ мѣстной (Херсонской) губерніи. Большинство палатной прислуги (84,4% и 73,21%) живетъ при больницѣ; остальные, почти исключительно семейные, живутъ на частныхъ квартирахъ на Слободкѣ Романовѣ. Причиной этого нежелательнаго явленія служить отсутствіе помѣщеній даже для несемейной прислуги. Большое количество служителей и служанокъ ютится въ подвальныхъ помѣщеніяхъ, совершенно не приспособленныхъ для жилья, сырыхъ, грязныхъ и темныхъ. Огромный процентъ палатной прислуги (67,53% служителей и 37,5% служанокъ), особенно служителей, увольнялся въ теченіе 1901 г. по собственному желанію. Около 33% служителей и около 20% служанокъ были уволены главнымъ образомъ за грубое обращеніе съ больными, отчасти же по неспособности къ уходу за душевно-больными.

На продовольствіе палатной прислуги полагается 5 руб. въ мѣсяцъ; недѣльное меню въ 1901 году было слѣдующее:

Воскресенье. Обѣдъ: борщъ съ мясомъ, пилавъ изъ говяд., молочн. каша.

Ужинъ: мясной вермишелевъ. супъ.

Понедѣльникъ.	Обѣдъ: борщъ съ мясомъ, гречневая каша съ саломъ. Ужинъ: мясной рисовый супъ.
Вторникъ.	Обѣдъ: борщъ съ мясомъ, пшенная каша съ саломъ. Ужинъ: мясной вермишел. супъ.
Среда.	Обѣдъ: борщъ съ мясомъ, картофельный супъ съ мясомъ. Ужинъ: кулешъ гречневый съ саломъ.
Четвергъ.	Обѣдъ: борщъ съ мясомъ, макароны съ сыромъ. Ужинъ: кулешъ пшенный.
Пятница.	Обѣдъ: борщъ съ мясомъ, каша пшенная съ саломъ. Ужинъ: мясной рисовый супъ.
Суббота.	Обѣдъ: борщъ съ мясомъ, каша гречневая съ саломъ. Ужинъ: мясной гречневый супъ.

Въ сутки слугитель и служанка получали 1 фунтъ ржаного и 1 фунтъ бѣлаго хлѣба; обѣдъ раздавался не позже 10¹/₂ час. дня, ужинъ не позже 4 час. вечера. Обѣдала палатная прислуга въ отдѣленіяхъ, среди больныхъ, такъ какъ особой столовой нѣтъ.

Кромѣ увольненій со службы палатная прислуга подвергалась денежному взысканію за различныя упущенія и неисправности по службѣ; штрафныя деньги въ концѣ года распредѣлялись между исправной прислугой; въ теченіе 1901 года собралось штрафныхъ денегъ 140 р. 20 коп.

Палатная прислуга дѣлится на штатную и экстренную, причемъ штатной прислуга становится съ полученіемъ 10 руб. жалованья въ мѣсяцъ; штатная прислуга обязательно участвуетъ въ пенсіонной кассѣ, причемъ дѣлается вычетъ въ кассу 4⁰/₁₀₀; переводъ прислуги въ штатъ и опредѣленіе ей соотвѣтствующаго содержанія зависитъ отъ врачей, которые руководствуются при этомъ качествомъ прислуги, продолжительностью и мѣстомъ службы. Какъ выше было упомянуто, семейная прислуга живетъ на частныхъ квартирахъ на Слободѣ Романовкѣ, за неимѣніемъ подходящихъ помѣщеній; несемейная прислуга тоже не пользуется удобными квартирами: часть живетъ въ общей небольшой казармѣ, приспособленной изъ бывшей кухни на колоніи, часть—въ помѣщеніяхъ при отдѣленіяхъ, часть—въ подвалахъ, мало приспособ-

собленныхъ для жилья. Прислуга, живущая при больницѣ, получаетъ соломенный тюфякъ и подушку, по возможности постельное бѣлье и одѣяло; носильнаго бѣлья и платья прислуга не получаетъ, а служителя получаютъ только верхнюю блузу, служанки—кофту. Для соблюденія чистоты прислуга ежедневно обязательно моется въ больничной банѣ. Служба палатной прислуги продолжается отъ 4 $\frac{1}{2}$ час. утра до 6 $\frac{1}{2}$ ч. вечера, т. е. 14 час. Дежурство прислуги начинается въ 6 $\frac{1}{2}$ ч. вечера и оканчивается въ 4 $\frac{1}{2}$ час. утра, т. е. продолжается 10 часовъ; вступающая на дежурство прислуга пользуется свободнымъ временемъ (для сна) отъ 1 часу до 4 $\frac{1}{2}$ —5 ч. (ужинъ); послѣ дежурства прислуга свободна до 9-ти ч. утра (отъ 4 $\frac{1}{2}$ ч. до 9 ч.); ежедневно по очереди одинъ изъ служителей или служанокъ изъ каждаго павильона, преимущественно изъ дежурившихъ, пользуется полусуточнымъ отпускомъ. Дежурить приходится большею частью черезъ 3 дня, въ рѣдкихъ случаяхъ черезъ 2 дня, но въ экстренныхъ случаяхъ и черезъ день. Хорошей прислугѣ, давно служащей, разрѣшался мѣсячный отпускъ, но безъ содержанія. Краткіе отпуска до 10 дней (по болѣзни или другимъ уважительнымъ причинамъ) разрѣшались съ сохраненіемъ содержанія.

Какъ во всѣхъ больницахъ, такъ и въ нашей, какъ это выше приведено, констатируется частая смѣна прислуги; причинами служатъ отсутствіе квартиръ для семейныхъ, плохія квартиры для несемейныхъ, тяжелая отвѣтственная служба, малое, сравнительно съ тяжестью службы, вознагражденіе и возможность, особенно лѣтомъ, найти, можетъ быть, не всегда постоянную, но гораздо лучше оплачиваемую службу или занятіе; послѣднее очень важно для нашего пришлаго служительскаго персонала.

Надзоръ и уходъ за больными.

Кромѣ врачей, ближайшій надзоръ и уходъ за больными имѣютъ фельдшера, фельдшерицы, сестры милосердія, надзиратели и ихъ помощники, надзирательницы и ихъ помощницы.

Въ теченіе 1901 года ежедневно состояло среднимъ числомъ 492 больныхъ, изъ нихъ мужчинъ—287 ч., женщинъ—205, такъ что на каждого ординатора приходилось 123 человека (вакантна и по сіе время должность сверхштатнаго ординатора; при полномъ комплектѣ ординаторовъ всеаки приходилось бы 98 чел. на одного ординатора). Въ мужскихъ отдѣленіяхъ работали 2 фельдшера, одна фельдшерица (она же въ женскихъ павильонахъ колоніи) и 2 сестры милосердія; причемъ послѣднія въ отдѣленіяхъ для слабыхъ больныхъ. На каждого фельдшера (включая фельдшерицу) приходилось въ среднемъ 95 больныхъ; въ женскихъ отдѣленіяхъ работали 3 фельдшерицы (включая сюда работавшую въ мужскихъ павильонахъ колоніи), такъ что на фельдшерицу приходилось среднимъ числомъ 68 больныхъ женщинъ. Кругъ обязанностей фельдшеровъ и фельдшерицъ опредѣлялся слѣдующей инструкціей, выработанной въ самомъ концѣ отчетнаго года:

1. Фельдшера и фельдшерицы обязаны присутствовать въ своихъ отдѣленіяхъ при визитаціи ординатора, причемъ до его прихода должны занести въ дневникъ всѣ свѣдѣнія о больныхъ своего отдѣленія, взятые изъ журнала для ночныхъ дежурствъ, какъ-то: сонъ больныхъ, различныя происшествія съ больными, переводъ ихъ въ другое отдѣленіе, распоряженіе дежурнаго врача и прочее, а также всѣ свѣдѣнія о больныхъ за предшествовавшій день, причемъ особенное вниманіе должно быть обращено на поведеніе больныхъ, отказъ отъ пищи, отъ приѣма лекарствъ, отъ ваннъ и т. д.

2. Фельдшера и фельдшерицы обязаны присутствовать въ своихъ отдѣленіяхъ при чаѣ, обѣдѣ и ужинѣ больныхъ, причемъ они слѣдятъ за порядкомъ раздачи пищи, за чистотой въ палатахъ и проч.

3. Ванны больныхъ дѣлаются подѣ наблюдениемъ фельдшеровъ (—ицъ). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ требуется того состояніе больныхъ (слабое и возбужденное), ванны производятся въ присутствіи фельдшеровъ (—ицъ).

4. Кормленіе больныхъ «съ рукъ» производится подѣ наблюдениемъ фельдшеровъ (—ицъ). Кормленіе чрезъ зондъ можетъ производиться фельдшерами (—ицами) только по порученію ординатора и подѣ его наблюдениемъ.

5. Переводъ больныхъ изъ отдѣленій въ отдѣленія производится по распоряженію ординатора или дежурнаго врача. Фельдшерамъ и фельдшерицамъ разрѣшается самимъ переводить больныхъ въ другое отдѣленіе только въ исключительныхъ случаяхъ, когда требуется немедленная изоляція больного и то главнымъ образомъ въ ночное время, послѣ чего они объ этомъ доносятъ дежурному врачу.

6. Фельдшера (—ицы) несутъ по очереди дежурства по больницѣ. Фельдшеръ, ведущій писмоводство при старшемъ врачѣ, отъ дежурства освобождается, но онъ, въ случаѣ надобности, замѣняетъ своихъ товарищей по распоряженію старшаго врача.

7. Дежурства фельдшеровъ и фельдшерицъ начинается съ 7-ми час. веч. Принимая дежурство, фельдшеръ (—ица) обязаны освѣдомляться о всѣхъ слабыхъ больныхъ, возбужденныхъ, или требующихъ особеннаго надзора. Ночью дежурные фельдшера (—ицы) обходятъ всѣ отдѣленія 4 раза: въ 9 ч., въ 11 час., въ 1 часъ и въ 3 часа ночи. Независимо отъ этого они вызываются въ отдѣленіе въ случаѣ надобности (къ слабымъ больнымъ, при возбужденіи больныхъ, къ умирающимъ и проч.), а также въ пріемный покой при поступленіи новыхъ больныхъ. Днемъ, кромѣ пріема новыхъ больныхъ, обязанности дежурныхъ фельдшеровъ (—ицъ) заключаются въ томъ, что они, въ случаѣ надобности, должны являться въ отдѣленіе по требованію палатныхъ или дежурныхъ надзирателей (—ицъ), въ отсутствіе тамъ палатныхъ фельдшеровъ (—ицъ).

8. Въ журналѣ для ночныхъ дежурствъ дежурные фельдшера (—ицы) записываютъ всѣ происшествія съ больными, отмѣчаютъ неспавшихъ, заносить всѣ распоряженія дежурнаго врача и проч.

9. На фельдшера, ведущаго писмоводство при старшемъ врачѣ, возлагается обязанность дежурства по четвергамъ и воскресеніямъ во время посѣщенія больныхъ родственниками, причѣмъ онъ на слѣдующій день докладываетъ старшему врачу о всѣхъ просьбахъ и заявленіяхъ, сдѣланныхъ родными больныхъ...

Въ мужскихъ отдѣленіяхъ (включая и колонію) имѣется всего 5 надзирателей, одна надзирательница (въ отдѣленіи для слабыхъ больныхъ), три помощника (одинъ изъ нихъ на правахъ надзирателя) и одна помощница надзирательницы (на правахъ надзирательницы)—въ павильонѣ Атабековой для больныхъ мужчинъ-пансіонеровъ. Если мы включимъ помощниковъ надзирателей въ общій счетъ, то на надзирателя въ мужскомъ отдѣленіи придется 28—29 человѣкъ больныхъ; если же исключимъ 2-хъ помощниковъ, какъ не несшихъ всѣхъ обязанностей надзирателей, то на надзирателя придется 36 больныхъ. Въ женскомъ отдѣленіи имѣется 6 надзирательницъ и 4 помощницы, такъ что, при включеніи въ общій счетъ помощницъ,

приходится на надзирательницу 20—21 больная, при исключеніи же помощницъ—на надзирательницу придется 34 больныхъ женщинъ. Служба надзирательскаго персонала начинается въ 6 час. утра, оканчивается въ 6½ час. вечера; дежурство несутъ надзирательницы и ихъ помощники (—цы), причемъ дежурство начинается съ 6½ вечера и продолжается до 6 час. утра; передъ своимъ дежурствомъ надзиратель освобождается отъ занятій съ 1 часу до 6½ веч.; послѣ дежурства надзиратель свободенъ до 6 час. слѣдующаго утра, если только весь составъ на лицо, т. е. если не былъ кто-либо изъ персонала въ отпуску, или боленъ. Во время дежурства надзиратель (—ница), обходя павильоны (ихъ въ лечебницѣ на дежурнаго надзирателя и надзирательницу приходится по 4), слѣдятъ за тѣмъ, чтобы дежурная палатная прислуга не спала, наблюдаютъ за сномъ больныхъ, за слабыми больными, а также за опасными для себя и окружающихъ, за возбужденными, изолированными и т. д.; о спавшей на дежурствѣ прислугѣ, о перемѣнѣ съ больными, о всякихъ происшествіяхъ въ палатахъ сообщается дежурному фельдшеру для записыванія въ журналъ; дежурному врачу сообщается все при обходѣ имъ отдѣленій, если только не требуется немедленнаго его распоряженія. Имѣя квартиру въ отдѣленіи, палатный надзирательскій персоналъ все время проводить среди больныхъ, отлучаясь только на нѣкоторое время къ себѣ на квартиру для обѣда, питья чаю и проч. Помощники и помощницы надзирателей (—ницъ) несутъ дежурства, помогаютъ въ наблюденіи за больными надзирателямъ (—ницамъ) и замѣняютъ послѣднихъ въ ихъ отсутствіе. Присутствуя постоянно среди больныхъ, надзиратели (—ницы) наблюдаютъ за ихъ поведеніемъ, пріемомъ пищи, развлеченіями, работой; обо всемъ этомъ надзирательскій персоналъ сообщаетъ палатному фельдшеру для занесенія въ дневникъ; въ случаѣ необходимости перевода больного изъ одного отдѣленія въ другое, надзиратели сообщаютъ объ этомъ ординатору или дежурному врачу. Кромѣ тщательнаго наблюденія за больными, надзиратели (—ницы) слѣдятъ за чистотой по-

мѣщеній, спаленъ (кроватьей), бѣлья и одежды, за правильно-стью и аккуратностью дѣланья ваннъ (гдѣ нѣтъ сестры милосердія и гдѣ не требуется непременно присутствія фельдшерскаго персонала). Палатный надзиратель наблюдаетъ за дѣйствіями палатной прислуги, знакомитъ новую прислугу съ больничнымъ режимомъ, учитъ ее обращаться съ больными, напоминаетъ ей о соблюденіи чистоты и опрятности около себя. Что касается системы веденія ухода за больными, то можно отмѣтить, что стѣсненія въ больницѣ не примѣняются, изоляція примѣняется только въ крайнихъ случаяхъ и по возможности кратковременная,—конечно, съ разрѣшенія ординатора или дежурнаго врача. Постельное содержаніе культивируется лишь постольку, поскольку позволяютъ переполненные помѣщенія, ибо за недостаткомъ послѣднихъ примѣнять постельный режимъ въ желательномъ объемѣ не представляется возможнымъ.

Распредѣленіе дня больныхъ.

Больные, какъ въ лечебницѣ, такъ и въ колоніи, встаютъ въ 6 час. утра; утренній чай пьютъ въ 7 час., обѣдаютъ въ 12 час. дня, вечерній чай пьютъ между 2—3 час., ужинаютъ между 6½—7 ч. веч. Около 7—8 ч. ложатся спать. Послѣ утренняго чая работающіе больные отправляются частью въ мастерскія, частью на хозяйственныя и полевыя работы, которыя продолжаются до 11 час. Послѣ обѣда снова возобновляются работы и продолжаются до 4 час. По воскресеньямъ и праздничнымъ днямъ работъ нѣтъ; больные въ эти дни посѣщаютъ церковь, а вечеромъ для нихъ обыкновенно устраиваются тѣ или другія развлечения.

Продовольствіе больныхъ ¹⁾.

Въ отношеніи продовольствія больные раздѣляются на находящихся на обыкновенномъ содержаніи и—на улучшенномъ.

¹⁾ Съ 1902 г. введена новая (карточная) система продовольствія больныхъ.

На продовольствіе больного „обыкновеннаго содержанія“ отпускается 20 коп. въ сутки; на больного „на улучшенномъ содержаніи“—27 коп. въ сутки. Расчетъ главныхъ продуктовъ слѣдующій: хлѣба *на сутки* $1\frac{1}{2}$ фунта (бѣлаго 1 ф., ржаного $\frac{1}{2}$ ф.), мяса (сырого) $\frac{3}{4}$ фунта; чаю $\frac{1}{3}$ золотника, сахару 6 золотниковъ; все это для больного „обыкновеннаго содержанія“; для больного на „улучшенномъ содержаніи“ всѣхъ этихъ продуктовъ полагается нѣсколько больше. Обѣдъ для больныхъ „обыкновеннаго содержанія“ состоялъ изъ 2-хъ блюдъ; для больныхъ „улучшеннаго содержанія“ изъ 3-хъ блюдъ; ужинъ для больныхъ „обыкновеннаго содержанія“—изъ одного блюда, для больныхъ „улучшеннаго содержанія“—изъ 2-хъ блюдъ. Для образца приведемъ меню:

Воскресеніе: обѣдъ. а) Обыкновенное содержаніе: 1) борщъ съ мясомъ или мясной манный супъ, каша ячная, 2) котлеты. б) Улучшенное содержаніе: 1 и 2. тоже, что и на обыкновенномъ содержаніи; 3. пудингъ. Ужинъ. Обыкновенное содержаніе: 1. супъ вермишельный съ мясомъ. Улучшенное содержаніе: 1. тоже, что и «на обыкновенномъ», 2. жаркое.

Понедѣльникъ. Обѣдъ. а) Обыкновенное содержаніе: 1. Борщъ съ мясомъ или мясной манный супъ, гречневая каша; 2. жаркое. б) Улучшенное содержаніе: 1 и 2. тоже, что и на обыкновенномъ; 3. компотъ. Ужинъ. а) Обыкновенное содержаніе: 1. супъ рисовый съ мясомъ; б) Улучшенное содержаніе: 1. тоже; 2. котлеты.

Вторникъ. Обѣдъ. а) Обыкновенное содержаніе: 1. борщъ съ мясомъ, или мясной перловый супъ; каша пшенная; 2. макароны съ сыромъ. б) Улучшенное содержаніе: 1 и 2. тоже,—3. пирогъ фруктовый. Ужинъ. Обыкновенное содержаніе: 1. супъ вермишельный съ мясомъ. Улучшенное содержаніе: 1. тоже; 2. макароны съ сыромъ.

Среда. Обѣдъ. а) Обыкновенное содержаніе: 1. Борщъ или супъ рисовый съ мясомъ, каша ячная; 2. котлеты. б) Улучшенное содержаніе: 1 и 2. тоже, что и на обыкновенномъ содержаніи; 3. компотъ. Ужинъ. а) Обыкновенное содержаніе: 1. супъ манный съ мясомъ. б) Улучшенное: 1. тоже; 2. жаркое.

Четвергъ. Обѣдъ. а) Обыкновенное содержаніе: 1. Борщъ или манный супъ съ мясомъ, каша гречневая; 2. молочная каша. б) Улучшенное—1 и 2. тоже; 3. бисквиты. Ужинъ. а) Обыкновенное содержаніе: 1. супъ перловый съ мясомъ. б) Улучшенное: 1. тоже; 2. котлеты.

Пятница. Обѣдъ. а) Обыкновенное содержаніе: 1. борщъ или вермишельный супъ съ мясомъ, каша пшенная; 2. жаркое. б) Улучшенное: 1 и 2. тоже самое; 3. муссъ. Ужинъ. а) Обыкновенное содержаніе: 1. супъ рисовый съ мясомъ. б) Улучшенное: 1. тоже; 2. котлеты.

С у б б о т а. *Обѣдъ.* а) Обыкновенное содержаніе: 1. борщъ, или рисовый супъ съ мясомъ, каша гречневая; 2. картофельный соусъ съ мясомъ. б) Улучшенное содержаніе: 1 и 2. то же, что и на обыкновенномъ содержаніи; 3. желе. *Ужинъ.* а) Обыкновенное содержаніе: 1. супъ гречневый съ мясомъ. б) Улучшенное содержаніе: 1. то же, 2. жаркое.

Кромѣ этого меню существовали еще другія кушанья, которыми можно было замѣнить вышеприведенное меню; сюда входили: молоко, яйца, бульонъ, куриный супъ, бифштексъ, куриная котлета, жареный картофель, клюквенный кисель, саго на винѣ; эти замѣны дѣлались въ ограниченномъ количествѣ и во всякомъ случаѣ не должны были превышать ассигнованной на продовольствіе суммы; для прогрессивныхъ паралитиковъ, для плохо и жадно глотающихъ больныхъ приготовлялась изъ мяса крошенка. На первой и послѣдней недѣлѣ Великаго поста разрѣшалась нѣкоторымъ больнымъ постная пища, которая была приноровлена къ вышеприведенной расцѣнкѣ. Пища подавалась въ отдѣленіяхъ для спокойныхъ больныхъ отчасти въ фаянсовыхъ тарелкахъ, отчасти въ деревянныхъ чашкахъ; въ другихъ отдѣленіяхъ — въ деревянныхъ чашкахъ; ложки примѣнялись частью металлическія (варшавской работы), частью деревянные. Кружки для чая употреблялись фаянсовые и изъ тонкаго бѣлаго желѣза; ножи и вилки давались только въ очень немногихъ случаяхъ.

Одежда, обувь и бѣлье больныхъ.

У мужчинъ верхнее платье составляли зимой суконные брюки и пиджаки, лѣтомъ — парусиновые брюки и блузы; для слабыхъ больныхъ и нѣкоторыхъ буйныхъ верхнимъ платьемъ служить зимой халатъ изъ верблюжьяго сукна, лѣтомъ — изъ парусины. У женщинъ верхнее платье составляли зимой бумазейныя блузы, лѣтомъ — ситцевыя и сарпинковыя блузы; у слабыхъ женщинъ и нѣкоторыхъ буйныхъ зимой — халаты изъ верблюжьяго сукна, лѣтомъ — ситцевыя и сарпинковыя блузы, или же парусиновые халаты.

Головной уборъ у мужчинъ зимой — суконные картузы, лѣтомъ — парусиновыя фуражки, у женщинъ — шерстяные плат-

ки зимой, лѣтомъ—бумажныя косынки и ситцевыя платки. Для колонистовъ и колонистокъ, а также и для больныхъ изъ лѣчебницы, выходящихъ на прогулку, имѣлись суконныя пальто на ватѣ, фуфайки и шарфы.

Обувь имѣлась разная, смотря по надобности: сапоги (преимущественно для колонистовъ), ботинки, полуботинки и туфли. Носильное бѣлье: рубахи и кальсоны шились изъ холста. Постельныя принадлежности: тюфяки соломенные, подушки пуховыя и соломенные; простыни и наволочки—холщевыя; одѣяла—зимой байковыя, лѣтомъ марселевыя. Особенной одежды для больныхъ, рвущихъ бѣлье, не приготавливалось. Одежда, обувь и бѣлье заготавливаются въ собственныхъ мастерскихъ. Бѣлье заготавливалось въ количествѣ трехъ-четыре-хъ смѣнъ на больного. Стирка бѣлья производится въ городской прачешной, которая помѣщается рядомъ съ психіатрическимъ отдѣленіемъ.

Движеніе больныхъ въ 1901 году.

	Состояло по 1 Января 1901 г.	Прибыло.	Вышло.	Умерло.	Состояло на 1 Января 1902 г.
Мужчинъ	279	277	208	53	295
Женщинъ	192	149	125	18	198
Дѣтей	6	2	2	1	5
И т о г о	477	428	335	72	498

- 1) Общій процентъ смертности 7,9.
- 2) Число больничныхъ дней, проведенныхъ всѣми больными 179361.
- 3) Среднее ежедневное число больныхъ 491.
колонистовъ 82.
- 4) Въ среднемъ каждый больной провелъ въ больницѣ 198 дней.

Распределение больныхъ, состоявшихъ къ 1-му января 1902 г., по возрасту, мѣсту жительства, сословію, образованію, занятіямъ и семейному положенію.

1) По возрасту:

Отъ	5	до	10	5.
—	15	—	20	43.
—	20	—	25	45.
—	25	—	30	50.
—	30	—	35	49.
—	35	—	40	125.
—	40	—	50	92.
—	50	—	55	18.
—	55	—	60	23.
—	65	—	70	17.
—	75	—	80	14.
Неизвѣстнаго возраста				17.

2) По губерніямъ.

Города Одессы	147.
Смежныхъ губерній	159.
Иностранцевъ	18.
Отдаленныхъ губерній	174.

3) По сословію.

Мѣщанъ	232.
Крестьянъ	123.
Дворянъ	50.
Чиновниковъ	33.
Арестантовъ	22.
Иностранцевъ	18.
Неизвѣстнаго сословія	20.

4) По религіи.

Православныхъ	303.
Иудеевъ	144.
Другихъ вѣроисповѣданій	36.
Неизвѣстной религіи	15.

5) По образованію.

Съ высшимъ образованіемъ	30.
Грамотныхъ	203.

Неграмотныхъ	197.
Неизвѣстнаго образованія	48.

6) По занятіямъ.

Чернорабочихъ	258.
Мастеровыхъ	89.
Торговцевъ	33.
Хозяйствомъ	28.
Письмоводствомъ	24.
Неопредѣлен. занят.	38.
Земледѣльцевъ	28.

7) По семейному положенію.

Мужчинъ холостыхъ	183.
Вдовцовъ	16.
Женатыхъ	96.
Дѣтей	3.
Женщинъ замужнихъ	81.
Вдовъ	15.
Дѣвицъ	69.
Неизвѣстно	33.
Дѣтей	2.

В ѣ д о м о с т ь

о званіи больныхъ, находившихся на пользованіи въ Психіатрическомъ Отдѣленіи Одесской Городской Больницы въ 1901 г.

	Муж.	Ж.	Всего.
Одесскихъ мѣщанъ	157	96	253
Иногороднихъ мѣщанъ	106	100	206
Крестьянъ	202	39	141
Иностранно-подданныхъ	28	12	40
Дворянъ	58	38	96
Чиновниковъ граждан. вѣдом.	10	—	10
Гражданъ	13	11	24
Духовнаго званія	2	—	2
Военнаго вѣдомства	33	1	34
Купцовъ	3	2	5
Казаковъ	1	2	3
Арестантовъ	24	3	27
Нигдѣ не приписанныхъ	3	7	10
Неизвѣстнаго званія	21	33	54
И Т О Г О	501	344	905

Распределение больныхъ по формамъ болѣзни.

Названіе болѣзней.	Состояло на 1 Января 1901 г.			Прибыло.			Выбыло.			Умерло.			Состоить на 1 Января 1902 г.		
	М.	Ж.	Д.	М.	Ж.	Д.	М.	Ж.	Д.	М.	Ж.	Д.	М.	Ж.	Д.
Melancholia	39	30	—	6	18	—	4	19	—	1	4	—	40	25	—
Mania	26	49	—	12	22	—	9	22	—	—	1	—	29	48	—
Amentia	16	8	—	29	8	—	27	5	—	—	—	—	18	11	—
Paranoja	62	38	—	27	24	—	18	23	—	2	1	—	69	38	—
Dementia a) consecut.	30	15	—	35	20	—	31	17	—	5	5	—	29	13	—
— b) Senilis	16	2	—	7	9	—	5	5	—	3	1	—	15	5	—
Paralys. gener. progressiva . .	37	10	—	68	7	—	30	—	—	39	5	—	36	12	—
Phychos. hystericae	5	7	—	12	27	—	5	23	—	—	—	—	12	11	—
— epilepticae	13	14	—	15	4	1	18	3	1	2	1	—	8	14	—
— periodicae	3	2	—	3	2	—	2	—	—	—	—	—	4	4	—
Ascoholismus	8	2	—	33	3	—	26	2	—	1	—	—	14	2	—
Delirium acutum	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Imbecillitas	—	6	—	3	1	—	1	3	—	—	—	—	2	4	—
Idiotism. ex cretinismus . . .	11	8	—	1	4	—	—	2	1	—	—	1	12	10	5
Особые неопред. случаи . . .	4	1	—	4	—	—	3	—	—	—	—	—	5	1	—
Испыт. военного вѣдомства .	8	—	—	22	—	—	28	—	—	—	—	—	2	—	—
Итого	279	192	6	277	149	2	208	125	2	53	18	1	295	198	5

Испытуемые и помѣщенные судомъ.

На 1 Января 1902 г. оставалось:

По 95 ст. — 10 мужч. и 1 женщ.

По 96 ст. — 7 мужч.

На испытаніи 3 мужч. и 1 женщ.

**Распределение больныхъ, состоявшихъ къ 1
января 1902 г., по годамъ ихъ поступления
въ Больницу.**

	Мужчинъ	Женщинъ
1875 г.	—	1
1876 г.	—	1
1877 г.	—	1
1878 г.	—	1
1879 г.	1	2
1880 г.	1	1
1881 г.	—	1
1882 г.	2	1
1883 г.	3	2
1884 г.	1	3
1885 г.	1	2
1886 г.	3	4
1887 г.	3	4
1888 г.	4	3
1889 г.	1	4
1890 г.	7	8
1891 г.	9	6
1892 г.	4	6
1893 г.	5	8
1894 г.	11	12
1895 г.	7	2
1896 г.	7	10
1897 г.	12	16
1898 г.	24	15
1899 г.	27	12
1900 г.	52	21
1901 г.	112	54
ИТОГО . . .	297	201

Число умершихъ въ 1901 г. по мѣсяцамъ и возрасту.

	10—20 л.		20—30		30—40		40—50		50—60		60—70		70—80		Неизв. возраст.		Всего	
	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.
Январь	—	—	—	1	—	—	1	—	2	—	—	1	—	—	—	—	4	1
Февраль	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Мартъ	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Апрѣль	1	—	—	2	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	6	—
Май	—	—	—	2	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	4	1
Іюнь	—	—	—	4	2	—	3	2	1	—	—	—	1	—	2	2	10	8
Іюль	—	—	—	2	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	—	—	7	—
Августъ	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1
Сентябрь	—	—	1	1	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2
Октябрь	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	3
Ноябрь	—	—	—	4	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	7	1
Декабрь	2	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—
Всего	3	—	2	1	21	5	13	5	8	1	2	1	1	1	4	4	54	18

В ѣ д о м о с т ь

о числѣ дней, проведенныхъ больными на пользованіи въ
Психіатрическомъ Отдѣленіи Одесской Городской Больницы
въ 1901 г.

	Больные штат- ные.	Больные сверх- штатные.	Итого.	Среднее ежед- невное число.
Январь	7750	7184	14934	481
Февраль	7000	6598	13598	485
Мартъ	7750	7404	15154	488
Апрѣль	7500	7097	14597	486
Май	7750	7437	15187	489
Іюнь	7500	7328	14828	494
Іюль	7750	8087	15837	510
Августъ	7750	7522	15272	492
Сентябрь	7500	6902	14402	480
Октябрь	7750	7439	15189	490
Ноябрь	7500	7416	14919	497
Декабрь	7750	7694	15444	498
ИТОГО	91250	88111	179361	491

ДВИЖЕНІЯ БОЛЬНЫХЪ ПО МѢСЯЦАМЪ И ФОРМАМЪ БОЛЕЗНИ.

[illegible]

Развлеченія больныхъ.

Черезъ двѣ недѣли, а иногда и каждое воскресенье устраивались для больныхъ развлечения. Ставились несложныя комедіи, водевили и т. п. Въ спектакляхъ принимали участіе больные и служащіе. Между прочимъ разыграны были: „Медвѣдь“ (Чехова), „Мужъ и жена“ (Гнѣдича), „По ревизіи“ (Кропивницкаго), „Не зная броду, не суйся въ воду“ (Мансфельда), „Горящіе письма“ (Гнѣдича), „Помирились“ (Карпенко) и др. Кромѣ того, больные пѣли, играли на скрипкѣ, рояли, цитрѣ, декламировали произведенія различныхъ авторовъ и свои. Разъ были показаны туманныя картины и фонографъ. Послѣ спектаклей устраивались танцы. Эти вечера или, какъ называютъ ихъ больные, „клубъ“, посѣщали до 60—70 больныхъ въ сопровожденіи надзирательскаго и служительскаго персонала. Во время Рождества Христова устроена была елка, всѣ больные получили сладости, а колонистамъ кромѣ того были розданы различные подарки. Въ вечеръ Св. Крещенія для больныхъ былъ устроенъ ужинъ.

Спокойные больные въ сопровожденіи служителей пользовались неоднократно отпусками въ городъ, другіе—правомъ совершать прогулки въ предѣлахъ лечебницы. Въ павильонѣ для спокойныхъ мужчинъ имѣется билліардъ, шахматы, шашки, домино, карты; въ спокойномъ женскомъ павильонѣ—рояль.

Удовлетвореніе религіозныхъ потребностей.

Спокойные больные по воскресеньямъ и праздничнымъ днямъ посѣщаютъ церковныя службы въ находящейся близъ больницы церкви (предмѣстье Кривая балка). Во время великаго поста больные говѣютъ, желающіе получаютъ постную пищу. Слабыхъ больныхъ причащаетъ священникъ названной церкви, приглашаемый въ Больницу.

Разныя происшествія, несчастные случаи и побѣги.

Въ отчетномъ году особенно выдающихся несчастныхъ случаевъ не было.

Одинъ больной паралитикъ ночью руками поранилъ себѣ половые органы; благодаря немедленной хирургической помощи предотвращена была опасность кровотеченія, и рана довольно быстро зажила.

Одинъ изъ служителей нанесъ больному ударъ ключемъ въ лицо, за что былъ привлеченъ къ судебной отвѣтственности.

Вновь принятая больная при перемѣнѣ собственной одежды на больничную успѣла сорвать съ шеи крестикъ и проглотить его. Исходъ благополучный.

У одной буйной больной, постоянно метавшейся въ постели и падавшей съ нея, констатированъ былъ переломъ предплечія.

Нападеній на врачей со стороны больныхъ было пять случаевъ, не имѣвшихъ однако серьезныхъ послѣдствій; нападеній на надзирательскій и фельдшерскій персоналъ было шесть случаевъ.

Одному служителю больной эпилептикъ причинилъ осложненный анкилозомъ сустава вывихъ пальца на правой рукѣ. Пострадавшій былъ вознагражденъ единовременнымъ пособіемъ.

Побѣговъ въ отчетномъ году было семь. Изъ колоніи самовольно ушли трое больныхъ, изъ коихъ двое вернулись черезъ нѣсколько часовъ, а третій доставленъ былъ служителями изъ своей городской квартиры.

Больной, отпущенный на нѣсколько часовъ въ городъ въ сопровожденіи служителя, бѣжалъ, воспользовавшись предложомъ необходимости уединиться на нѣсколько минутъ, но въ тотъ же день былъ доставленъ въ лечебницу полиціей; двое другихъ больныхъ перескочили за ограду лечебницы,

гуляя въ саду, но были сейчасъ же найдены и приведены обратно служителями.

Наконецъ, одинъ арестантъ-эпилептикъ бѣжалъ ночью изъ буйнаго отдѣленія, вѣроятно благодаря предварительному уговору съ служителемъ. Арестантъ этотъ былъ задержанъ лишь черезъ нѣсколько мѣсяцевъ.

Инструментарій лечебницы.

При лечебницѣ имѣется кабинетъ, обставленный спеціальными инструментами. Стоимость послѣднихъ вмѣстѣ съ тѣми, которые находятся по павильонамъ, въ настоящее время=7669 р.

Имѣются приборы для антропологическихъ изслѣдованій и измѣреній, а также электрическія машины, микротомы, термостаты, микроскопъ, міографы, наборы хирургическіе, анатомическіе (для секціи).

Библіотека.

Библіотека больницы состоитъ главнымъ образомъ изъ періодическихъ изданій.

Въ отчетномъ году больница получала слѣдующіе журналы:

- „Врачъ“,
- „Фельдшеръ“,
- „Обозрѣніе психіатріи“,
- „Вопросы нервно-психической жизни“,
- „Неврологическій Вѣстникъ“,
- „Казанскій медицинскій журналъ“,
- „Журналъ“ памяти Корсакова,
- „Вѣстникъ общественной медицины и гігіены“,
- „Архивъ“ проф. Подвысоцкаго,
- „Annales medico-psychologiques“,
- „Revue neurologique“,
- „Archive de neurologie“,

- „Revue de Phychiatrie“,
- „Zeitschrift für Psychiatrie etc.“,
- „Centralblatt für Nervenheilkunde“,
- „Neurologisches Centralblatt“,
- „Archiv f. Psychiatrie“,
- „Jahrbücher f. Psych.“,
- „Monatschrift f. Psych.“,
- „Allg. Zeitschrift f. Psych.“.

Всего 20 изданій.

Кромѣ того въ библіотекѣ имѣются сочиненія и монографіи по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ различныхъ авторовъ, какъ русскихъ, такъ и иностранныхъ.

Для больныхъ имѣются старые русскіе журналы и книги, собранные главнымъ образомъ путемъ пожертвованій.

Въ 1901 г. при Психіатрическомъ отдѣленіи учреждены слѣдующія новыя должности:

- 1) Двухъ сверхштатныхъ ординаторовъ.
- 2) Одного фельдшера.
- 3) Одного старшаго надзирателя.
- 4) Двухъ помощниковъ надзирателей.
- 5) Двухъ сестеръ милосердія.
- 6) Двѣнадцать человѣкъ палатной прислуги.
- 7) Два человѣка кухонной прислуги.

Въ отчетномъ году произошли слѣдующія перемѣщенія служащихъ:

- 1) И. д. Старшаго врача И. Г. Оршанскій уволенъ 12 октября, а на его мѣсто назначенъ Старшимъ Врачемъ Б. И. Воротынский съ 23 октября.
- 2) Палатный врачъ Л. И. Айхенвальдъ перемѣщенъ на должность сверхштатнаго ординатора съ 20 декабря.

3) Временно допущенный къ занятіямъ врачъ Я. М. Раймистъ уволенъ 1 октября.

4) Фельдшерица Н. Вукотичъ уволена по прошенію 1-го августа и вновь поступила 23 ноября.

5) Фельдшеръ К. Домбровский назначенъ на вакантную должность съ 21 іюля.

6) Сестра милосердія А. Марченко уволена по прошенію 1 марта, а на ея мѣсто назначена О. Топальская 6 марта.

7) Сестра милосердія А. Колендо назначена на вакантное мѣсто съ 15 августа.

Отпусками въ отчетномъ году пользовались слѣдующія лица:

1) И. д. Старшаго врача И. Г. Оршанскій съ 2 по 22 января.

2) Бухгалтеръ Рубановъ съ 20 апрѣля по 20 іюня.

3) Фельдшеръ Е. Скрышникъ съ 20 апрѣля по 15 мая.

4) Писецъ Лебедева съ 10 іюля по 20 августа.

5) Фельдшерица О. Третьякова съ 20 іюня по 20 іюля.

6) Надзиратель Н. Бондаренко съ 22 августа по 22 сентября.

7) Надзиратель Т. Басенко съ 16 іюля по 16 августа.

8) Надзирательница С. Горгуль съ 1 мая по 1 іюня.

9) " Е. Фогель съ 1 іюля по 1 августа.

10) " В. Томашевская съ 1 іюля по 1 августа.

11) " А. Сосина съ 15 іюля по 15 августа.

12) " І. Грудзинская съ 3 августа по 3 сентября.

13) " Н. Васицкая съ 20 августа по 20 сентября.

14) „ М. Козерская съ 1 августа по 1 сентября.

15) Завѣд. кухней В. Остаповичъ съ 1-го іюня по 1 августа.

Движеніе аптечныхъ суммъ.

По смѣтѣ 1901 г. на аптеку было назначено 7174 р. 44 к. Израсходовано всего 5593 р. 97 к.; въ томъ числѣ:

На медикаменты 2685 р. 91 к.

На комисаріатскіе предметы 1269 р. 62 к.

На минеральныя воды 343 р. 31 к.

На перевязочныя средства 884 р. 87 к.

На дезинфекціон. средства 250 р. 77 к.

На реактив. для медиц. лаборатор. . 33 р. 41 к.

На посуду 126 р. 8 к.

Такимъ образомъ наибольшій расходъ по аптекѣ палъ на медикаменты и на комисаріатскіе предметы. Изъ комисаріатскихъ предметовъ больше всего израсходовано было на вино (болѣе 500 руб.) и на табакъ для больныхъ (около 500 руб.). Всего въ отчетномъ году было приготовлено въ аптекѣ около 17 тыс. рецептовъ, что въ среднемъ составитъ приблизительно около 48 рецептовъ въ день.

Хозяйственная часть.

Смѣта на содержаніе Психіатрическаго Отдѣленія Одесской
Городской Больницы въ 1901 году.

НАЗВАНІЕ СТАТЕЙ.	Ассигно- вано.		Израсхо- довано.		Болѣе.		Менѣе.	
	Рубли.	К.	Рубли.	К.	Рубли.	К.	Рубли.	К.
Содержаніе врачей . . .	9900	—	8646	14	—	—	1253	86
» управ. аптекой . .	840	—	840	—	—	—	—	—
» конторы	4080	—	4080	—	—	—	—	—
Канцелярскіе расходы . .	650	—	650	—	—	—	—	—
Пользованіе телефономъ .	151	25	136	75	—	—	14	50
Содержаніе фельдшеровъ.	3540	—	3258	—	—	—	282	—
» надзирателей, . .	8820	—	8820	—	—	—	—	—
» прислуги.	18394	—	18394	—	—	—	—	—
» сестеръ милосердія.	600	—	408	33	—	—	191	67
Продовольствіе врача . .	365	—	365	—	—	—	—	—
» служащихъ. . . .	4080	—	4021	66	—	—	58	34
» прислуги	7363	04	7363	04	—	—	—	—
» больныхъ	19067	60	20768	85	1701	25	—	—
Медикаменты.	3650	—	3650	—	—	—	—	—
Гуттаперч клеенка . . .	300	—	203	05	—	—	96	95
Библіотека	300	—	271	30	—	—	28	70
Медицин. инструмента. .	300	—	300	—	—	—	—	—
Приобрѣтеніе учебниковъ.	100	—	16	61	—	—	83	39
Постр. бѣлья одеж. и обуви.	10000	—	9352	33	—	—	647	67

НАЗВАНІЕ СТАТЕЙ.	Ассигно- вано.		Израсхо- довано.		Болѣе.		Менѣе.	
	Рубли	К.	Рубли	К.	Рубли	К.	Рубли	К.
Солома для тюфяковъ . .	400	—	400	—	—	—	—	—
Мытье бѣлья	4200	—	4902	27	702	27	—	—
Починка бѣлтя	300	—	364	93	64	93	—	—
Чистота	300	—	300	—	—	—	—	—
Отопленіе	18566	75	15577	72	—	—	2989	03
Электрич. освѣщеніе . .	7692	—	8938	84	1246	84	—	—
Керосинов. освѣщеніе . .	590	55	438	34	—	—	152	21
Обозъ	2294	38	2363	76	69	38	—	—
Погребеніе умершихъ . .	175	—	90	25	—	—	84	75
Вознагражденіе духовен. .	200	—	160	—	—	—	40	—
Высылка больн. на род. .	1000	—	633	62	—	—	366	38
Набивка ледника	200	—	36	70	—	—	163	30
Организація труда	3000	—	1859	59	—	—	1140	41
Мелкій ремонтъ	200	—	200	—	—	—	—	—
Приобр. хозяйств. вещей .	3338	35	3696	10	357	75	—	—
Замощеніе двора	200	—	199	50	—	—	—	50
Ремонтъ зданій	5720	—	8313	60	2593	60	—	—
Водоснабженіе	2420	—	2618	48	198	48	—	—
Сверхкомплект. больныхъ.	27375	—	32798	06	5423	06	—	—
Итого	170672	—	175436	82	12357	56	7592	74

Содержаніе одного больного въ 1901 году обошлось въ 257 р. 35 к. въ годъ или 97,81 к. въ сутки.

Таблица расходовъ на одного больного по отдѣльнымъ статьямъ смѣты.

НАИМЕНОВАНИЕ ГЛАВНѢЙШИХЪ РАСХОДОВЪ ПО ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ ОТДѢЛЕНІЮ за 1901 ГОДЪ.	Среднее ежедневное число больныхъ въ 1901 г. 491 человѣкъ.					
	Всего израс- ходовано.		Расходъ на 1 больного.			
			Въ годъ.		Въ сутки.	
	Руб.	К.	Руб.	К.	Руб.	К.
1) На содержаніе врачебнаго персо- нала.	8646	14	17	61	—	4,82
2) » содержаніе палатныхъ надзи- рателей и фельдшерскаго персонала . .	13867	99	28	24	—	7,74
3) » содержаніе хозяйственнаго персонала и конторы	15733	43	32	04	—	8,78
4) » содержаніе палатной прислуги.	27160	02	55	32	—	15,16
5) » продовольствіе больныхъ . .	40033	55	81	53	—	22,34
6) » медикаменты, клиника, меди- цинскіе INSTR., библіотека и содержаніе аптечнаго персонала	8196	66	16	69	—	4,57
7) » одежду, бѣлье, обувь, солому для тюфяковъ и починку бѣлья. . . .	10369	32	21	12	—	5,79
8) » отопленіе и освѣщеніе. . . .	24954	90	50	12	—	13,92
9) » ремонтъ.	8911	78	18	15	—	4,97
10) » мойку бѣлья	4902	27	9	98	—	2,73

Вѣдомость

о работахъ, произведенныхъ въ столярной мастерской Психіатрическаго Отдѣленія въ 1901 г.

НАЗВАНІЕ ПРЕДМЕТОВЪ.	Количество.	Стоимость работы.			
		за 1 вещь		За всѣ.	
		Руб.	К.	Руб.	К.
Построено.					
Гробовъ	31	=	25	7	75
Сундуковъ	6	1	—	6	—
Ящиковъ садовыхъ	40	—	5	2	—
Щитовъ къ кроватямъ	40	—	10	4	—
Табуретовъ	8	—	40	3	20
Ручекъ къ лопатамъ	41	—	05	2	05
Досокъ закроинныхъ	4	—	05	—	20
Капистокъ	10	—	03	—	30
Ящиковъ для каменнато угля	17	—	25	4	25
Вѣшалокъ стѣнныхъ	12	—	30	3	60
Досокъ для рѣзки хлѣба	4	—	05	—	20
Лѣстницъ приставныхъ	10	—	20	2	—
Тачекъ	3	—	50	1	50
Досокъ шпилевыхъ	6	—	20	1	20
Скамеекъ садовыхъ	11	—	10	1	10
Столвъ письменныхъ	1	—	—	10	—
Столвъ обыкновенныхъ	3	4	—	12	—
Скамеекъ обыкновенныхъ	3	—	50	1	50
Дверей двойныхъ	3	2	—	6	—
Дверей ординарныхъ	4	1	—	4	—
Ворота	1	—	—	10	—
Колитокъ	2	2	—	4	—
Мелкаго ремонта	—	—	—	303	12
Итого				389	97

При столярной мастерской имѣется мастеръ и его помощникъ, оба на жалованіи и больничномъ содержаніи.

В ъ д о м о с т ь

о работахъ, произведенныхъ въ слесарной мастерской Психіатрическаго отдѣленія въ 1901 г.

НАЗВАНІЕ ПРЕДМЕТОВЪ.	Количество.	Стоимость работы.			
		За 1 вещь.		За всѣ.	
		Руб.	К.	Руб.	К.
Построено.					
Кроватей желѣзныхъ	24	2	—	48	—
Вылужено.					
Котловъ	36	—	80	28	80
Кострюль	156	—	50	78	—
Черпаковъ	18	—	10	1	80
Ложекъ разливныхъ	136	—	05	6	80
Шумовокъ	49	—	03	1	47
Вилокъ	36	—	03	1	08
Кубовъ	10	—	80	8	—
Ведеръ мѣдныхъ	40	—	40	16	—
Чайниковъ	31	—	30	9	30
Ложекъ столовыхъ	35	—	03	1	05
Судковъ	16	—	30	4	80
Чашекъ	16	—	20	3	20
Кружекъ	210	—	3	6	30
Самоваръ	1	—	—	—	50
Мелкаго ремонта	—	—	—	115	40
Итого	—	—	—	330	50

Слесарной мастерской завѣдуетъ особый мастеръ, состоящій на жалованіи и на больничномъ содержаніи.

Вѣдомость

о количествѣ обуви, изготовленной въ сапожной мастерской Психіатрическаго Отдѣленія въ 1901 году

НАЗВАНІЕ ПРЕДМЕТОВЪ.	Количество.	Стоимость работы.			
		за 1 вещь.		за всѣ.	
		Р.	К.	Р.	К.
Туфель палатныхъ	548	—	30	176	40
Ботинокъ	71	2	—	142	—
Сапогъ	45	2	50	112	50
Полуботинокъ	71	1	50	106	50
Итого	—	—	—	537	40

Вѣдомость

о количествѣ обуви, починенной въ сапожной мастерской Психіатрическаго Отдѣленія въ 1901 году.

НАЗВАНІЕ ПРЕДМЕТОВЪ.	Количество.	Стоимость работы.			
		за 1 вещь.		за всѣ.	
		Р.	К.	Р.	К.
Туфель палатныхъ	100	—	05	5	—
Ботинокъ	84	—	35	29	40
Сапогъ	105	—	40	42	—
Полуботинокъ	44	—	30	13	20
Итого	—	—	—	89	60

При мастерской имѣется штатный мастеръ и его помощникъ; оба на жалованіи и на больничномъ содержаніи.

ВѢДОМОСТЬ

о количествѣ одежды и бѣлья, изготовленныхъ въ портняжной мастерской
и въ женскихъ павильонахъ въ 1901 году.

НАЗВАНІЕ ПРЕДМЕТОВЪ.	Количество.	Стоимость работы.			
		За 1 вещь.		За всѣ.	
		Руб.	К.	Руб.	К.
Армяковъ кучерскихъ зимнихъ. . .	2	3	—	6	—
Блузъ служительскихъ	172	—	30	51	60
Блузъ мужскихъ парусиновыхъ . .	111	—	20	22	20
Блузъ женскихъ парусиновыхъ . .	41	—	20	20	50
Блузъ женскихъ сарпинковыхъ . .	107	—	50	53	50
Блузъ женскихъ бумажеиныхъ. . .	51	—	50	25	50
Брюкъ парусиновыхъ	106	—	30	31	80
Брюкъ суконныхъ	167	1	—	167	—
Жакеговъ мужскихъ зимнихъ . .	119	1	65	196	35
Кофтъ бумажеиныхъ.	1	—	30	—	30
Кофтъ сарпинковыхъ	1	—	30	—	30
Кофтъ для прислуги	42	—	30	12	0
Кальсонъ мужскихъ холщевыхъ. .	472	—	15	70	80
Ливрей для швейцаревъ	2	2	—	4	—
Мѣшковъ для провизіи	50	—	3	1	50
Наволокъ фламскихъ.	650	—	5	33	—
Пальто мужскихъ зимнихъ	1	2	—	2	—
Покрываль разныхъ	100	—	5	5	—

НАЗВАНІЕ ПРЕДМЕТОВЪ.	Количество.	Стоимость работы.			
		За 1 вещь.		За всѣ.	
		Руб.	К.	Руб.	К.
Простынь	602	—	5	30	10
Рубахъ женскихъ холщевыхъ . .	30	—	15	4	50
Рубахъ мужскихъ холщевыхъ . . .	470	—	15	70	59
Скатертей	6	—	2	—	12
Стирокъ	1238	—	2	24	76
Тюфяковъ равендучныхъ	85	—	5	4	25
Утиральниковъ фламскихъ	18	—	2	—	36
Фартуковъ	277	—	05	13	85
Халатовъ зимнихъ	64	—	75	48	—
Халатовъ для врачей	06	—	50	03	—
Холстовъ	03	—	25	—	75
Чулокъ равендучныхъ	873	—	05	43	65
Чулокъ шерстяныхъ	147	—	10	14	70
Юбокъ бумазейныхъ	01	—	15	—	15
Юбокъ сарпинковыхъ	01	—	15	—	15
Флаговъ	02	—	04	—	08
Итого	—	—	—	962	87

Кромѣ того поступило въ кассу за построенное для Городской хлѣбопекарни бѣлье 19 р. 88 к.

При портняжной мастерской находится штатный мастеръ и его помощникъ; оба на жалованіи и больничномъ содержаніи.

Въ корзиночной мастерской въ теченіе отчетнаго года было сдѣлано 105 различныхъ предметовъ, какъ-то: корзины, стульевъ, ширмъ, дивановъ и т. д., а также два бамбуковыхъ гарнитура. Всего на сумму 534 рубля. Часть сдѣланныхъ предметовъ продана (на 197 р. 88 к.), а другая часть пошла на нужды отдѣленія.

Корзиночной мастерской завѣдуетъ отдѣльный штатный мастеръ на жалованіи и больничномъ содержаніи.

Вѣдомость

о количествѣ бѣлья и вещей, починенныхъ въ портняжной мастерской и въ женскихъ павильонахъ Психіатрическаго Отдѣленія въ 1901 г.

НАЗВАНІЕ ПРЕДМЕТОВЪ.	Количество.	Стоимость работы.			
		За 1 вещь.		За всѣ.	
		Р.	К.	Р.	К.
Рубахъ.	8267	—	1 ¹ / ₂	124	—
Кольсонъ	4796	—	1 ¹ / ₂	71	94
Блузъ мужскихъ	91	—	1 ¹ / ₂	1	36
Блузъ служительскихъ	515	—	1 ¹ / ₂	7	72
Чулокъ равендучныхъ	2460	—	1 ¹ / ₂	36	90
Тюфяковъ	430	—	1 ¹ / ₂	6	45
Наволокъ	600	—	1 ¹ / ₂	9	—
Простынь	1892	—	1 ¹ / ₂	28	38
Тиковъ	130	—	1 ¹ / ₂	1	95
Одѣяль байковыхъ	98	—	1 ¹ / ₂	1	47
Халатовъ	414	—	1 ¹ / ₂	6	21
Полушубковъ.	5	—	50	2	50
Пиджаковъ суконныхъ	78	—	40	31	20
Брюкъ	291	—	10	29	10
Картузовъ	15	—	5	—	75
Пальто	12	—	50	6	—
Итого.	—	—	—	364	93

Хозяйственные, полевые, огородные и садовые работы, произведенные больными колонии въ 1901 г.

		Число рабочих дней.
1	Набивка ледниковъ въ колоніи и лечебницѣ . . .	63
2	Очистка снѣга съ парниковъ, дорогъ и пр. . . .	72
3	Набивка парниковъ и уходъ за ними	50
4	Починка парниковыхъ рамъ	7
5	Уборка виноградника послѣ снѣга	40
6	Посадка 100 шт. виноградныхъ черенковъ	26
7	Постановка 3200 кольевъ въ виноградникъ	32
8	Разноска удобренія по винограднику	36
9	Очистка виноградника лѣтомъ два раза	52
10	Подвязка кустовъ	11
11	Съемка кольевъ съ виноградника осенью	15
12	Покрышка виноградника на зиму	37
13	Обсыпка виноградныхъ кустовъ сѣрой.	10
14	Копка ямъ для посадки 300 деревьевъ	—
15	Выкопка 300 деревьевъ изъ питомниковъ	20
16	Посадка 300 шт. декоративныхъ и 125 плодовыхъ деревьевъ	20
17	Посадка шиповника	7
18	Подготовка почвы, посѣвъ рейграса и посадка цвѣтовъ	70
19	Засыпка рва и ограды	11
20	Штыковка между деревьями и кустами 9960 кв. саж.	—
21	Копка для ограды канавы—128 погон. саж.	—
22	Перекопка площади перевалами въ количествѣ 825 кв саж.	—

		Число рабо- чихъ дней.
23	Чистка молодыхъ деревьевъ въ питомникѣ . . .	60
24	Капанье огорода, фруктоваго сада и др. 8 дес. .	—
25	Сборъ насаженныхъ съ деревьевъ	15
26	Поливка	60
27	Подготовка для окулировокъ	10
28	Посадка лука въ огородѣ	24
29	Посадка лука на сѣмена	10
30	Сборъ лука и сортировка его	50
31	Сборъ арбажейки и сартировка ея	50
32	Сборъ и очистка сѣмянъ лука	15
33	Посадка картофеля (подъ плугъ)	20
34	Сборъ картофеля и сортировка	80
35	Сборъ бураковъ и сортировка ихъ	80
36	Сборъ сѣна 2 укосовъ всего 10 десятинъ	—
37	Постановка машинъ на гарманѣ и очистка его . .	35
38	Вязанье сноповъ въ полѣ и складыванье	60
39	Молотьба, очистка зерна, укладка соломы и др. .	237
40	Уборка и установка машинъ	10
41	Насыпка зерна въ амбаръ	10

Всего въ теченіе отчетнаго года въ работахъ принимали участіе 41 муж. и 8 жен. больныхъ; число рабочихъ дней 1394.

Для приблизительную оцѣнку полевыхъ и огородныхъ работъ больныхъ, трудъ ихъ можно оцѣнить въ 1000 рублей.

В Ъ Д О

о количествѣ прихода и расхода продуктовъ Земледѣльче

НАЗВАНІЕ ПРОДУКТОВЪ.	П Р И Х О Д Ъ.					
	Остатокъ про- дуктовъ къ янв. 1901 г.		Поступило отъ урожаа 1901 г.		Всего.	
	Количество.		Количество.		Количество.	
	Пуд.	Ф.	Пуд.	Ф.	Пуд.	Ф.
Пшеница озимая	282	—	450	—	732	—
Рожь	229	—	210	—	439	—
Ячмень	60	—	130	—	190	—
Овесъ	172	—	930	—	1102	—
Солома	—	—	2970	—	2970	—
Сѣно	—	—	1000	—	1000	—
Полова	300	—	200	—	500	—
Картофель	—	—	846	—	846	—
Лукъ	74	20	150	—	224	20
Лукъ гарбажеика	8	—	19	—	27	—
Виноградъ	—	—	30	—	30	—
Бураки	—	—	84	—	84	—
Послѣдъ	15	—	—	—	15	—
Сѣмена луку	—	—	2	20	2	20
Всего	—	—	—	—	—	—

Кромѣ того поступило: 1) за проданныя декоративныя

2) за потрагу полей

3) за порченную солому

Такимъ образомъ доходъ отъ Земледѣльской колоніи

М О С Т Ъ

свой колоніи Психіатрическаго отдѣленія въ 1901 г.

Р А С Х О Д Ъ.														Осталось на 1 января 1902 г.	
Отпущено для отдѣленія.				Продано.				Испор- чено.		В с е г о.					
Количе- ство.		На сумму.		Количе- ство.		На сумму.		Количе- ство.		Количе- ство.		На сумму.			
Пуд.	Ф.	Руб.	К.	Пуд.	Ф.	Руб.	К.	Пуд.	Ф.	Пуд.	Ф.	Руб.	К.	Пуд.	Ф.
27	—	18	90	659	—	553	80	22	—	708	—	572	70	24	—
20	—	12	—	128	—	80	64	1	—	149	—	92	64	290	—
88	—	44	—	—	—	—	—	—	—	88	—	44	—	102	—
578	—	346	80	—	—	—	—	—	—	578	—	346	80	524	—
2970	—	356	40	—	—	—	—	—	—	2970	—	356	40	—	—
500	—	100	—	—	—	—	—	—	—	500	—	100	—	500	—
145	—	14	50	250	—	47	—	—	—	395	—	61	50	105	—
710	—	177	50	56	—	8	40	—	—	766	—	185	90	80	—
114	—	34	20	—	—	—	—	25	20	139	20	34	20	85	—
8	—	40	—	—	—	—	—	—	—	8	—	40	—	19	—
30	—	60	—	—	—	—	—	—	—	30	—	60	—	—	—
79	30	31	90	—	—	—	—	—	—	79	30	31	90	4	10
—	—	—	—	15	—	7	50	—	—	15	—	7	50	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	20
—	—	1236	20	—	—	697	34	—	—	—	—	1933	54	—	—

и фруктовые деревья 168 р. 20 к.

. 20 р. 30 к.

. 10 р. —

В с е г о . . 198 р. 50 к.

выразился въ суммѣ 2132 руб. 04 к.

ИНВЕНТАР

		Оставалось на 1 Января 1901 г.		
		Число ве- щей.	На сумму.	
		Шт.	Руб.	К
Инвентарь одежды, бѣлья и обуви		26255	31958	47
» хозяйственныхъ вещей		4942	28509	86
» электрическихъ принадлежно- стей		1760	7748	15
» вещей, пожертвованныхъ чле- номъ управы Н. П. Дмитрие- вымъ		—	—	—
В с е г о		32957	68216	48

НЫЯ ВЫПИСИ.

Приобрѣтено въ 1901 г.			И т о г о.			Исключено.			Состоить на 1 Января 1902 г.		
Число ве- щей.	На сумму.		Число ве- щей.	На сумму.		Число ве- щей.	На сумму.		Число ве- щей.	На сумму.	
Шт.	Руб.	К.	Шт.	Руб.	К.	Шт.	Руб.	К.	Шт.	Руб.	К.
7660	7647	72	33915	39606	19	9373	9935	01	24542	29671	18
592	1660	40	5534	30170	26	902	2024	04	4632	28146	22
54	47	17	1814	7795	32	—	—	—	1814	7795	32
66	590	35	66	590	32	—	—	—	66	590	35
8372	9945	64	41329	78162	12	10275	11959	05	31054	66202	07

Нѣкоторыя соображенія и замѣчанія по поводу данныхъ отчета.

Съ 1900 г. Психіатрическое Отдѣленіе выдѣлено отъ Городской Больницы въ самостоятельное учрежденіе и ввѣрено особому старшему врачу. Между тѣмъ до сего времени Одесская Городская лечебница для душевно-больныхъ официально продолжаетъ именоваться Психіатрическимъ Отдѣленіемъ Городской Больницы. Это совершенно не отвѣчаетъ дѣйствительному положенію дѣла. Въ настоящее время Городская Психіатрическая Больница въ Одессѣ вполне отдѣлена отъ общей Городской Больницы, какъ въ административномъ, такъ равно и въ медико-хозяйственномъ отношеніи, и никакой связи съ общей Городской Больницей не имѣетъ. Къ тому же Одесская Городская Психіатрическая Больница, смета которой (вмѣстѣ съ колоніей) въ послѣдніе годы достигаетъ 175 тысячъ рубл., теперь уже настолько разрослась и расширилась, что и съ этой стороны не можетъ быть никакихъ возраженій противъ того, чтобы она считалась вполне самостоятельнымъ учрежденіемъ и не именовалась бы Отдѣленіемъ общей больницы.

Здѣсь же считаемъ уместнымъ обратить вниманіе еще на одно обстоятельство, неблагопріятно отражающееся на внутренней жизни специальной больницы. Одесская Психіатрическая Больница, считаясь Отдѣленіемъ общей Городской Больницы, не имѣетъ собственнаго устава и руководствуется „Проектомъ Устава Одесской Городской Больницы, введеннымъ въ дѣйствіе обязательнымъ постановленіемъ временнаго Одесскаго Генераль-Губернатора 12 іюня 1888 г.“ Устройство и назначеніе психіатрическихъ больницъ, ихъ функціи и условія внутренняго распорядка въ нихъ имѣютъ столько своихъ особенностей, что пользованіе уставомъ общихъ больницъ во многихъ отношеніяхъ представляется крайне затруд-

нительнымъ и неудобнымъ. Вотъ почему, въ интересахъ правильного развитія Одесской Городской Психіатрической Больницы, является весьма желательнымъ, чтобы вмѣстѣ съ переименованіемъ „Психіатрическаго Отдѣленія“ въ самостоятельную „Психіатрическую лечебницу“, былъ введенъ для нея и особый Уставъ.

По смѣтѣ на 1901 г. штатъ Психіатрическаго Отдѣленія съ колоніей былъ опредѣленъ въ 450 больныхъ, изъ которыхъ 250 штатныхъ и 200—сверхъ комплекта. Въ дѣйствительности же, какъ видно изъ предлагаемаго отчета, комплектъ больныхъ превысилъ опредѣленное смѣтой число на 41 челов., такъ какъ въ 1901 г. всѣми больными всего проведено 179361 больничный день, что составляетъ среднимъ числомъ ежедневно 491 больн. Такое дѣйствительное превышеніе опредѣляемаго смѣтой числа больныхъ за послѣдніе годы дѣлается явленіемъ постояннымъ. Это объясняется общимъ ростомъ душевныхъ заболѣваній и вмѣстѣ съ этимъ, конечно, постояннымъ увеличеніемъ числа больныхъ въ Психіатрическомъ Отдѣленіи. Если мы прослѣдимъ по десятилѣтіямъ, начиная съ 1854 г., число ежегодныхъ среднихъ поступленій въ Психіатрическое Отдѣленіе Одесской Городской Больницы, то получимъ слѣдующія цифры: за десятилѣтіе съ 1854 г. по 1864 г. всего поступило 967 чел., т. е. слѣдовательно ежегодно поступало въ среднемъ по 97 челов.; въ слѣдующее десятилѣтіе съ 1864 г. по 1874 г. насчитывается уже 2801 поступленіе, или въ среднемъ 280 челов. ежегодно; послѣдующее десятилѣтіе дало въ среднемъ 344 ежегодныхъ поступленій, а съ 1883 по 1892 среднее ежегодное поступленіе равнялось уже 401 чел. Еще нагляднѣе постепенное увеличеніе числа призрѣваемыхъ больныхъ въ Психіатрическомъ Отдѣленіи Одесской Больницы можно прослѣдить по слѣдующей таблицѣ.

Среднее ежедневное число больных Психіатрическаго Отдѣленія Одесской Городской Больницы по годамъ, начиная съ 1893 г.

1893 г	295 чел.
1894 г	336.
1895 г	334.
1896 г	344.
1897 г	348.
1898 г	387.
1899 г	421.
1900 г	475.
1901 г	491.

Такимъ образомъ Психіатрическому Отдѣленію неминуемо приходится считаться съ фактомъ постепеннаго переполненія больницы. Психіатрическое Отдѣленіе вмѣстѣ съ колоніей было построено на 250 челов. Но уже черезъ нѣсколько мѣсяцевъ (въ началѣ 1893 г.) послѣ перехода въ новую больницу въ ней призрѣвалось 270 челов., т. е. на 20 челов. болѣе нормы. Въ настоящее время въ Психіатрическомъ Отдѣленіи содержится уже около 500 челов., т. е. слѣдовательно число призрѣваемыхъ больныхъ, за періодъ меньше 10 лѣтъ, увеличилось вдвое. Такимъ образомъ потребность въ расширеніи Психіатрическаго Отдѣленія является уже настоятельной, и этотъ вопросъ становится несомнѣнно очереднымъ вопросомъ,—вопросомъ дня.

Если мы обратимъ вниманіе на составъ больныхъ Психіатрическаго Отдѣленія, то несомнѣнно замѣтимъ большой процентъ иногороднихъ и притомъ не только изъ смежныхъ губерній, но также изъ отдаленныхъ, и кромѣ того значительное количество иностранно-подданныхъ. Это объясняется конечно, географическимъ положеніемъ города и тѣмъ, что Одесса представляетъ собою крупный торгово-промышленный и портовый центръ и пользуется славой первоклас-

снаго курорта. Благодаря этому наблюдается большой и постоянный приливъ въ Одессу иногороднихъ, не только русскихъ, но и иностранцевъ, которые, отливая обратной волной, оставляютъ здѣсь значительный процентъ своихъ больныхъ вообще и почти всѣхъ душевно-больныхъ. Имѣя это въ виду, а также принимая во вниманіе особенности самаго города съ его полумилліоннымъ населеніемъ, слѣдуетъ признать, что указанное нарастаніе призрѣваемыхъ больныхъ въ Психіатрическомъ Отдѣленіи можно считать даже умѣреннымъ.

Помимо того, что переполненіе городской больницы иногородними больными является вообще нежелательнымъ въ интересахъ самой больницы, оно еще крайне неблагоприятно отражается на городскомъ бюджетѣ. По уставу иногородніе больные платятъ за содержаніе въ Психіатрическомъ Отдѣленіи одинаково съ гражданами г. Одессы по 120 рубл. въ годъ; въ дѣйствительности же содержаніе одного больного обходится городу болѣе чѣмъ въ 357 руб. Такимъ образомъ недоплата каждымъ иногороднимъ больнымъ 240 рубл. ежегодно является для г. Одессы какимъ то обязательнымъ налогомъ, добровольно уплачиваемымъ изъ городского бюджета. Налогъ этотъ слѣдуетъ признать весьма чувствительнымъ, такъ какъ на все количество пользованныхъ въ 1901 году больныхъ (905 *челов.*) мѣщанъ другихъ городовъ приходилось 206 *челов.*; крестьянъ различныхъ губерній 141 *челов.*, иностранно-подданныхъ 40 *чел.* Такимъ образомъ больше $\frac{1}{3}$ всѣхъ пользованныхъ падало на иногороднихъ больныхъ, принадлежащихъ къ полатному сословію. И не смотря на то, что Психіатрическое Отдѣленіе принимаетъ съ своей стороны всѣ мѣры къ тому, чтобы по возможности освобождать больницу отъ иногороднихъ мѣщанъ и крестьянъ, которые по закону должны призрѣваться тѣми обществами, къ которымъ они принадлежатъ, тѣмъ не менѣе количество иногороднихъ больныхъ изъ года въ годъ все увеличивается.

Имѣя въ своемъ распоряженіи 1000 рубл., ассигнуемыхъ ежегодно по смѣтѣ на высылку больныхъ на родину, контора

Отдѣленія имѣетъ постоянную заботу о томъ, чтобы всѣхъ, по возможности, хрониковъ, принадлежащихъ къ мѣщанскому и крестьянскому сословіямъ различныхъ губерній, переправлять на мѣсто ихъ родины и отдавать на попеченіе тѣхъ обществъ, къ которымъ они принадлежатъ.

Въ этомъ отношеніи Психіатрическая Больница весьма многимъ обязана дѣятельному содѣйствію мѣстной администраціи, которая дѣлаетъ всѣ зависящія отъ нея распоряженія къ тому, чтобы ускорить и облегчить высылку надлежащихъ больныхъ на мѣсто ихъ родины, или же перевести ихъ въ лечебныя заведенія соотвѣтствующихъ губерній. Благодаря такому дѣятельному содѣйствію канцеляріи г. Одесскаго Градоначальника, конторѣ Психіатрическаго Отдѣленія въ отчетномъ году удалось переслать на родину и перевести въ соотвѣтствующія лечебныя заведенія 42 больныхъ, принадлежащихъ къ мѣщанскому и крестьянскому сословіямъ различныхъ губерній. Такое количество высланныхъ на родину больныхъ въ теченіе года составляетъ весьма значительный процентъ по отношенію къ общему числу призрѣваемыхъ и имѣетъ огромное значеніе въ смыслѣ освобожденія больницы отъ постоянно возрастающаго состава хрониковъ.

Такъ какъ въ Одессѣ одна только психіатрическая больница, то естественно поэтому, что всѣ заболѣвшіе въ городѣ душевно-больные поступаютъ въ Психіатрическое Отдѣленіе. При этомъ очень много иногороднихъ хрониковъ и слабыхъ доставляется полиціей или переправляется изъ городской больницы. Такіе неизлѣчимые, слабые больные, въ большинствѣ случаевъ паралитики, обыкновенно уже остаются на постоянномъ пребываніи въ Психіатрическомъ отдѣленіи, такъ какъ переслать ихъ на родину, по состоянію ихъ здоровья, не представляется возможнымъ. Вотъ почему въ Психіатрическомъ Отдѣленіи изъ года въ годъ прогрессивно увеличивается число слабыхъ больныхъ, которыхъ постоянно приходится держать въ кровати, вслѣдствіе ихъ неопытности. Такихъ трудныхъ больныхъ въ настоящее время скопилось уже на-

столько много, что для нихъ пришлось отвести особый павильонъ на колоніи, въ которомъ теперь помѣщается 40 слабыхъ хрониковъ большею частью паралитиковъ. Само собою разумѣется, что эти больные особенно повышаютъ $\%$ смертности въ больницѣ, который въ отчетномъ году достигъ 7,9 и приблизительно въ этихъ границахъ держится за послѣдніе 5 лѣтъ ¹⁾; эти же больные главнымъ образомъ и обременяютъ городской бюджетъ, такъ какъ они остаются въ больницѣ цѣлыми годами, а между тѣмъ слѣдующую за ихъ содержаніе плату очень часто совсѣмъ не удается взыскать ни съ родственниковъ, ни съ тѣхъ обществъ, къ которымъ они принадлежатъ. Вслѣдствіе этого недоимка за содержаніе иногороднихъ больныхъ изъ года въ годъ нарастаетъ. На это обстоятельство контора Психіатрическаго Отдѣленія обратила особенное вниманіе и, благодаря принятымъ мѣрамъ, за послѣдніе годы поступленіе платы за леченіе пошло гораздо успѣшнѣе. Это можно видѣть изъ слѣдующей таблицы денежныхъ поступленій за послѣдніе 5 лѣтъ.

Поступило за леченіе больныхъ въ Псих. Отдѣл.

Въ 1897 г.	8396 р. 41 к.
„ 1898 г.	10258 р. 54 к.
„ 1899 г.	10512 р. 91 к.
„ 1900 г.	14465 р. 51 к.
„ 1901 г.	19525 р. 31 к.

Большая часть больныхъ, поступающихъ въ Психіатрическое Отдѣленіе, доставляется полиціей. Такъ, изъ 428 больныхъ, поступившихъ въ больницу въ 1901 г., 208 чел. было доставлено полиціей, 75 чел. переведены изъ городской больницы, 38 чел. помѣщено родственниками; 20 чел. при отношеніи мѣщанской Управы, а остальные 87 чел.—раз-

¹⁾ Въ 1897 г.=7,8%, въ 98 г.=7,7%, въ 99 г.=7,7%, въ 1900 г.=8,4%, въ 1901 г.=7,9%.

личными казенными учрежденіями и вѣдомствами. Такимъ образомъ почти половина всѣхъ поступающихъ больныхъ до-
ставляется полиціей. Всѣ эти больные помѣщаются обыкновенно безъ всякихъ документовъ, безъ свѣдѣній о предшествовавшей ихъ жизни. Вслѣдствіе этого не представляется возможнымъ собрать о больныхъ анамнестическія данныя, получить свѣдѣнія относительно наслѣдственности, алкоголизма, сифилиса и т. д. Въ этомъ отношеніи Одесская Психіатрическая больница находится въ крайне неблагопріятныхъ условіяхъ, съ которыми приходится мириться, а вмѣстѣ съ тѣмъ и считаться при разрѣшеніи многихъ специально медицинскихъ и нѣкоторыхъ клиническихъ вопросовъ. Къ сожалѣнію, устранить эти неблагопріятныя условія и измѣнить существующее положеніе вещей возможно лишь въ очень ограниченной степени.

Нѣсколько замѣчаній слѣдуетъ сдѣлать относительно устроеннаго при больницѣ павильона для пансіонеровъ имени Атабековой. Въ другихъ больницахъ подобные пансіонаты обыкновенно устраиваются съ цѣлью увеличить доходы лечебницы и такимъ путемъ облегчить общій бюджетъ заведенія, между тѣмъ пансіонатъ при Одесской Городской Психіатрической Больницѣ не только не даетъ никакого дохода больницѣ, а, напротивъ, обременяетъ еще ея бюджетъ, такъ какъ плата, установленная за содержаніе больныхъ этого павильона въ размѣрѣ 50 рубл. въ мѣсяцъ, далеко не окупаетъ тѣхъ расходовъ, которые идутъ на содержаніе этого павильона. Если принять во вниманіе, что одинъ изъ 4 хъ больныхъ, содержащихся въ павильонѣ, сынъ жертвовательницы, который по условію долженъ содержаться пожизненно, уплачивается, согласно условіямъ пожертвованія, только 25 рубл., а остальные трое (при полномъ штатѣ) по 50 рубл. въ мѣсяцъ, то слѣдовательно мѣсячный доходъ съ павильона достигаетъ всего 175 р. Между тѣмъ нижеприведенная таблица

показываетъ, что ежемѣсячное содержаніе павильона обходится болѣе чѣмъ въ 210 рубл.

Содержаніе павильона имени Атабековой въ мѣсяцъ:

Содержаніе надзирательницы	30 р. „
Содержаніе прислуги	90 р. 50 к.
Продовольствіе больныхъ	41 р. 13 к.
Бѣлье, одежда и обувь	10 р. 23 к.
Медикаменты	5 р. 48 к.
Отопленіе и освѣщеніе	16 р. 70 к.
Прочіе расходы (хозяйствен. вещи, ремонт.)	16 р. „
Итого	216 р. 04 к.

Пансіонатъ при Одесской Городской Психіатрической Больницѣ будетъ отвѣчать своему назначенію лишь въ томъ случаѣ, если количество призрѣваемыхъ въ немъ больныхъ будетъ доведено по крайней мѣрѣ до 10 челов. и если мѣсячная плата за содержаніе одного больного будетъ не ниже 75 рубл. Иначе существующій пансіонатъ на 4-хъ больныхъ всегда будетъ обременять общій бюджетъ больницы и дополнительные расходы на его содержаніе должны пополняться изъ смѣтныхъ назначеній на содержаніе всего Отдѣленія. А это, конечно, представляется и нежелательнымъ, и ненормальнымъ, и несправедливымъ.

Что касается врачебнаго персонала, то по смѣтѣ отчетнаго года, кромѣ старшаго врача, полагалось 3 штатныхъ ординатора, 2 сверхштатныхъ и 1 палатный врачъ. Въ наличности же въ отчетномъ году врачебный персоналъ составляли: старшій врачъ, 3 штатныхъ ординатора и 1 сверхштатный. Такимъ образомъ вакантными оставались должности 1 сверхштатнаго ординатора и 1 палатнаго врача. Должности сверхштатнаго ординатора присвоено жалованіе въ размѣрѣ 1200 рубл. въ годъ безъ квартиры; ему приходится жить

въ городѣ, два раза въ день посѣщать больницу, весьма отдаленную отъ города, и, кромѣ того, дежурить на 5-ый день (при полномъ штатѣ врачей). Принимая во вниманіе недостаточность матеріальнаго обезпеченія и тяжелыя условія службъ, трудно рассчитывать, чтобы должность сверхштатнаго ординатора можно было замѣстить достаточно подготовленнымъ врачомъ специалистомъ. На это надѣяться можно будетъ лишь тогда, когда для сверхштатныхъ ординаторовъ будутъ устроены квартиры при самой больницѣ. Что касается должности палатнаго врача, то функции его въ Психіатрической больницѣ, при столь ограниченномъ медицинскомъ персоналѣ, представляются крайне неопредѣленными. На этомъ основаніи мѣсто палатнаго врача замѣщать не предполагается, а имѣется въ виду ходатайство объ учрежденіи, вмѣсто палатнаго врача, должности сверхштатнаго ординатора. Такимъ образомъ предполагаемый полный штатъ врачебнаго персонала будетъ состоять изъ 3-хъ штатныхъ ординаторовъ и 3-хъ сверхштатныхъ. При такомъ штатѣ врачей и притомъ условіи, если всѣ они будутъ имѣть квартиры при больницѣ, можно будетъ считать медицинскій надзоръ за больными и за ихъ леченіемъ достаточно обезпеченнымъ, принимая въ расчетъ количество больныхъ въ 500 челов.

Относительнаго надзирательскаго персонала слѣдуетъ замѣтить, что количество надзирателей, имѣющихся въ настоящее время въ Психіатрическомъ Отдѣленіи по штату, нужно признать далеко не достаточнымъ для правильнаго надзора и надлежащаго ухода за душевно-больными. Въ настоящее время только въ двухъ мужскихъ и двухъ женскихъ павильонахъ лечебницы (въ слабыхъ и безпокойныхъ) имѣются помощники (-цы) надзирателей (-ницъ) по 1 въ каждомъ павильонѣ. Во всѣхъ же остальныхъ павильонахъ наблюдение за больными ввѣрено одному надзирателю (-ницѣ), что, конечно, является крайне рискованнымъ, такъ какъ въ отсутствіе надзирателя (-ницы), вынужденнаго нѣсколько разъ въ теченіе дня отлучаться къ чаю, къ обѣду и т. д., все отдѣле-

ніе остается на попеченіи однихъ служителей (-анокъ), по-ложиться на которыхъ, само собою разумѣется, никоимъ обра-зомъ нельзя. Нечего и говорить, что на время отлучекъ и отпусковъ надзирателей и надзирательницъ приходится по два отдѣленія поручать одному надзирателю или одной над-зирательницѣ.

Если принять во вниманіе, что въ нѣкоторыхъ отдѣле-ніяхъ, какъ напр. въ спокойномъ, въ безпкойномъ и въ сла-бомъ, бываетъ отъ 50 до 75 больныхъ, то несомнѣнно нуж-но согласиться съ тѣмъ, что при помощи одного надзирателя или надзирательницы нельзя обезпечить въ желаемой степе-ни уходъ и надзоръ за больными. При такихъ условіяхъ не-достаточнаго надзора за больными и слабого контроля за слу-жителями всегда можно ожидать въ отдѣленіи какихъ либо несчастныхъ случаевъ, происшествій, побѣговъ и т. д. Если въ павильонахъ на колоніи можно мириться съ однимъ над-зирателемъ (-ницей), то въ лечебницѣ безусловно необходи-мо, чтобы въ каждомъ павильонѣ обязательно былъ помощ-никъ надзирателя (-ницы). И это будетъ лишь самымъ ми-нимальнымъ требованіемъ, такъ какъ въ другихъ болѣе или менѣе благоустроенныхъ психіатрическихъ лечебницахъ и больницахъ количество надзирательскаго персонала, при отно-сительно равномъ количествѣ больныхъ, почти вдвое превы-шаетъ тотъ штатъ надзирателей, который имѣется въ Пси-хіатрическомъ Отдѣленіи Одесской Городской Больницы.

Остановливаясь на служительскомъ персоналѣ больницы, приходится повторять тѣ общія жалобы на плохой качествен-ный составъ прислуги, которыя высказываютъ всѣ спеціаль-ныя лечебницы. Прислуга—это больное мѣсто всѣхъ психіат-рическихъ больницъ. Въ Психіатрическомъ Отдѣленіи Оdes-ской Городской Больницы служительскій вопросъ особенно обострился еще потому, что за послѣдніе годы, вслѣдствіе постепеннаго переполненія лечебницы, почти вся палатная прислуга, размѣщавшаяся раньше въ отдѣленіяхъ больницы,

должна была выселиться оттуда и остаться безъ помѣщенія. Часть прислуги вынуждена была нанимать собственныя квартиры вблизи больницы, а другая часть была помѣщена въ подвалахъ лечебницы, которые совершенно не приспособлены для жилья. Малое вознагражденіе палатной прислуги, тяжелая служба и отсутствіе квартиръ—все это служитъ причиною того, что служительскій элементъ является крайне непостояннымъ, очень часто мѣняется и къ тому же по своему качеству представляется далеко не удовлетворительнымъ. Устройствомъ болѣе или менѣе приспособленныхъ квартиръ для служителей и слуганокъ можно бы было въ значительной степени улучшить условія ихъ службы и такимъ образомъ устранить тѣ неблагопріятныя стороны служительскаго вопроса, которыя рѣзко отражаются на внутренней жизни больницы, нарушаютъ нормальный строй больничной организаціи и не даютъ возможности достигнуть правильной постановки больничнаго дѣла. Кромѣ того устройствомъ казармъ для палатной прислуги достигалась бы и другая цѣль, а именно—значительно уменьшилась бы та скученность въ палатахъ, которая наблюдается теперь, такъ какъ занимаемая еще прислугой помѣщенія въ Отдѣленіяхъ могли бы быть предоставлены больнымъ. Это рѣзко измѣнило бы фیزیономію самой больницы. Въ виду всего этого устройство казармъ для палатной прислуги является крайней и неотложной необходимостью, одной изъ самыхъ настоятельныхъ нуждъ Психіатрическаго Отдѣленія Одесской Городской больницы.

О томъ, насколько велика скученность въ Отдѣленіяхъ Психіатрической больницы, можетъ свидѣтельствовать слѣдующая таблица, показывающая кубическое содержаніе воздуха въ различныхъ помѣщеніяхъ дневного и ночного пребыванія больныхъ:

№№ павильоновъ.	МУЖСКОЕ ОТДѢЛЕНІЕ.	Общее кубическое содержаніе воздуха въ футахъ.	Кубическое содержаніе воздуха на 1 больного въ футахъ.	
			Максимальн.	Минимальн.
1 пав. (для спокойн.)	Помѣщеніе для дневного пребыванія больныхъ . . .	51027	823	622
отъ 62 до 82 чел.	Помѣщеніе для ночного пребыванія больныхъ . . .	59112	953	720
2 пав. (для безп.)	Помѣщеніе для дневного пребыванія больныхъ . . .	46752	916	719
отъ 51 до 65 чел.	Помѣщеніе для ночного пребыванія больныхъ . . .	57079	1119	879
3 пав. (для буйн.)	Помѣщеніе для дневного пребыванія больныхъ . . .	33917	2422	1615
отъ 14 до 21 чел.	Помѣщеніе для ночного пребыванія больныхъ . . .	24933	1780	1162
4 пав. (для слабыхъ)	{	59379	1319	957
отъ 45 до 56 чел.				
ЖЕНСКОЕ ОТДѢЛЕНІЕ.				
1 пав. (для спокойн.)	Помѣщеніе для дневного пребыванія больныхъ . . .	51027	1186	911
отъ 43 до 56 чел.	Помѣщеніе для ночного пребыванія больныхъ . . .	59112	1374	1055
2 пав. (для безп.)	Помѣщеніе для дневного пребыванія больныхъ . . .	46752	1062	850
отъ 44 до 55 чел.	Помѣщеніе для ночного пребыванія больныхъ . . .	57079	1297	1037
3 пав. (для буйн.)	Помѣщеніе для дневного пребыванія больныхъ . . .	33917	2422	1695
отъ 14 до 20 чел.	Помѣщеніе для ночного пребыванія больныхъ . . .	24933	1780	1246
4 пав. (для слабыхъ)	{	59379	1290	1099
отъ 46 до 54 чел.				

Если принять во вниманіе, что въ больницахъ, какъ *minimum*, устанавливается необходимое кубическое содержаніе воздуха на одного больного въ размѣрѣ 3,5 куб. саж., или около 1200 куб. фут., то цифры вышеприведенной таблицы приводятъ къ тому печальному заключенію, что Одесская Психіатрическая Больница въ настоящее время только въ отдѣленіяхъ для буйныхъ больныхъ располагаетъ сравнительно достаточнымъ количествомъ воздуха; во всѣхъ же другихъ отдѣленіяхъ кубическое содержаніе воздуха на одного больного ниже минимальнаго требованія. Особенная недостаточность воздуха чувствуется въ спокойныхъ и безпокойныхъ отдѣленіяхъ, такъ какъ эти отдѣленія болѣе всего переполнены. Какъ показываетъ вышеприведенная таблица, въ тѣ дни отчетнаго года, когда въ названныхъ отдѣленіяхъ бывало наибольшее количество больныхъ, кубическое содержаніе воздуха здѣсь далеко не достигало минимальнаго требованія для одного больного. И не нужно еще забывать при этомъ, что при сдѣланныхъ вычисленіяхъ не принимался во вниманіе постоянно находящійся въ отдѣленіи значительный штатъ палатной прислуги, а если включить и палатную прислугу, тогда кубическое содержаніе воздуха въ отдѣленіяхъ на одного человѣка еще замѣтно понизится. Отсюда видимъ, что дальнѣйшее переполненіе больницы является уже недопустимымъ, и потому, въ случаѣ увеличенія числа больныхъ, потребуется обязательное расширеніе Психіатрическаго Отдѣленія.

При колоніи Психіатрическаго Отдѣленія имѣется 6 мастерскихъ; эти мастерскія (сапожная, портняжная, столярная, слесарная, корзиночная и переплетная) обслуживаютъ всѣ нужды больницы. Вся постройка бѣлья, обуви и одежды для больницы производится въ собственныхъ мастерскихъ призываемыми больными подъ руководствомъ опытныхъ мастеровъ. Въ женскихъ павильонахъ колоніи и лечебницы шьется все новое бѣлье и чинится старое. Въ столярной и слесарной

мастерскихъ готовится и исправляется вся мебель и вся обстановка больницы. Кромѣ удовлетворенія нуждъ больницы, мастерскія исполняютъ также и частные заказы. Колонисты кромѣ того занимаются лѣтомъ, подъ руководствомъ штатнаго садовника, огородничествомъ, полеводствомъ и садоводствомъ. Получаемые фрукты и различные овощи идутъ въ продажу.

На дѣятельность мастерскихъ и вообще на работы больныхъ съ конца отчетнаго года обращено особенное вниманіе. Имѣется въ виду организовать трудъ больныхъ возможно цѣлесообразнѣе и продуктивнѣе. Съ этой цѣлью наблюденіе за работами больныхъ и контроль за мастерскими поручено особому лицу съ дополнительной платой изъ суммъ, ассигнуемыхъ на организацію труда больныхъ. Кромѣ того предполагается устроить на колоніи сельско-хозяйственную ферму, доходы съ которой могли бы въ значительной степени облегчить бюджетъ больницы и въ тоже время получаемыми съ фермы продуктами можно бы было замѣтно улучшить продовольствіе больныхъ.

Что касается продовольствія больныхъ, то этотъ вопросъ въ отчетномъ году подвергался особому обсужденію и разсмотрѣнію со стороны конторы и врачей больницы. Для этого предварительно была образована особая коммисія, выработавшая планъ желательный реорганизаціи продовольственного дѣла. Рѣшено въ 1902 г. ввести карточную систему продовольствія больныхъ и въ томъ же году закончить всѣ намѣченные реформы въ этомъ направленіи.

Необходимо еще сказать нѣсколько словъ относительно исполненія смѣты 1901 года. По смѣтѣ на содержаніе Психіатрическаго Отдѣленія было ассигновано 170.672 рубл. Въ дѣйствительность же всего израсходовано 175.436 рубл. 82 коп., т. е. слѣдовательно получилась передержка въ 4764 р. 82 коп. Эта передержка произошла оттого, что смѣта на 1901 г. была составлена на 450 челов. (250 штатныхъ и 200 сверхкомплектныхъ больныхъ), а въ дѣйствительности

среднее ежедневное число больных въ отчетномъ году было 491 чел., т. е. на 41 челов. больше противъ смѣты. Собственно говоря, всего по содержанію Психіатрическаго Отдѣленія передержка достигала 12357 р. 57 к., но этотъ перерасходъ удалось уменьшить и свести до 4764 р. 82 к. благодаря нѣкоторымъ остаткамъ по другимъ статьямъ смѣтныхъ назначеній. Но эти остатки слѣдуетъ объяснить случайными причинами. Къ такимъ случайнымъ остаткамъ нужно отнести, напримѣръ, остатокъ по содержанію врачебнаго персонала (вслѣдствіе остававшихся, вакантными двухъ ординаторскихъ должностей) и по отопленію (вслѣдствіе теплой зимы). Объ этомъ приходится упомянуть въ виду того, что по смѣтѣ на будущій годъ количество больныхъ тоже опредѣлено въ 450 человекъ, а между тѣмъ число больныхъ изъ года въ годъ все увеличивается. На этомъ основаніи въ будущемъ году нужно ожидать еще большей передержки. Эта передержка увеличится еще расходами на неотложный ремонтъ, который Управою не внесенъ въ смѣту 1902 года.

Содержаніе одного больного въ отчетномъ году обошлось въ 97, 81 коп. въ сутки или въ 357 р. 31 к. въ годъ. Такую стоимость содержанія одного больного слѣдуетъ признать сравнительно высокой. Но по отношенію къ отчетному году повышеніе стоимости содержанія одного больного объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что въ смѣту введены были новыя статьи расхода по введенію новыхъ должностей врачебнаго персонала и сестры милосердія, а также благодаря крупнымъ расходамъ по ремонту больницы и приспособленію нѣкоторыхъ зданій подъ помѣщенія для больныхъ, вслѣдствіе невозможности размѣстить ихъ въ существовавшихъ павильонахъ.

Передержки на продовольствіе больныхъ Психіатрическаго Отдѣленія за послѣдніе годы стали регулярно повторяться. Опытъ такимъ образомъ показываетъ, что на 20 к. въ день, которыя ассигнуются по смѣтѣ, трудно въ Одессѣ прокормить одного больного. По крайней мѣрѣ опытъ Пси-

хіатрическаго Отдѣленія заставляетъ прійти къ такому заключенію. вмѣстѣ съ этимъ необходимо замѣтить, что Одесская Психіатрическая больница, имѣя рядомъ колонію, могла бы успѣшно разрѣшить продовольственный вопросъ, не прибѣгая къ увеличенію смѣты на продовольствіе больныхъ. Для этого нужно только устроить сельско-хозяйственную ферму на колоніи. Устройство такой фермы, на первыхъ порахъ въ скромныхъ размѣрахъ, можно осуществить, не прибѣгая къ дополнительнымъ ассигнованіямъ, воспользовавшись для этого суммами, ассигнуемыми ежегодно на организацію труда больныхъ. Теперь ассигнуемая ежегодно для этого сумма въ размѣрѣ 3 тыс. рубл. возвращается къ концу года больницей обратно въ городскую кассу, являясь такимъ образомъ лишь переходной суммой смѣтнаго назначенія. Если бы Городская Управа разрѣшила не возвращать обратно эти 3 тыс. рубл., ассигнуемые на организацію труда больныхъ, тогда Психіатрическая больница имѣла бы возможность на эти средства устроить сельско-хозяйственную ферму на колоніи. Продукты, получаемые съ этой фермы, а также доходы съ нея могли бы итти на улучшеніе продовольствія больныхъ и на пополненіе тѣхъ перерасходовъ, которые теперь изъ года въ годъ повторяются. Несомнѣнно, что устройство сельско-хозяйственной фермы принесло бы больницѣ громадную пользу и оказалось бы очень выгоднымъ для города. вмѣстѣ съ этимъ трудъ больныхъ на сельско-хозяйственной фермѣ весьма благотворно отразился бы на ихъ здоровьи.

Принимая во вниманіе вышеизложенныя соображенія, можно надѣяться, что Городское Управленіе сочувственно отнесется къ этому проекту, который имѣетъ быть представленъ въ Городскую Управу въ ближайшемъ будущемъ.

Нужды больницы.

Тѣ данныя, которыя изложены въ предлагаемомъ отчетѣ, достаточно характеризуютъ настоящее состояніе Психіатрической больницы, а вмѣстѣ съ тѣмъ ясно указываютъ на ея неотложныя нужды.

Первой и самой настоятельной нуждой больницы является необходимость постройки казармъ для палатной прислуги. Отсутствие квартиръ для палатной прислуги самымъ неблагоприятнымъ образомъ отражается на качествѣ прислуги и на продолжительности службы, что для больницы является весьма существеннымъ зломъ, вредно отражающимся на уходѣ и надзорѣ за больными. При больницѣ совершенно не имѣется помѣщеній для семейной прислуги, а между тѣмъ опытъ показываетъ, что семейная прислуга является для больницы самой желательной и при этомъ самой устойчивой. Ходатайство о постройкѣ казармъ для палатной прислуги уже представлено въ Городскую Управу.

Второй неотложной нуждой Психіатрической больницы является крайняя необходимость увеличить надзирательскій персоналъ. При настоящемъ крайне недостаточномъ составѣ надзирателей и надзирательницъ нѣтъ возможности обезпечить правильный уходъ и надзоръ за душевно-больными. Въ виду этого возбуждено ходатайство объ увеличеніи штата надзирательскаго персонала двумя помощниками надзирателей и двумя помощницами надзирательницъ, — съ такимъ расчетомъ, чтобы въ каждомъ павильонѣ былъ надзиратель(-ница) и помощникъ(-ца). Такой штатъ надзирательскаго персонала въ Одесской Городской Психіатрической Больницѣ будетъ удовлетворять лишь самымъ минимальнымъ требованіямъ, предъявляемымъ каждой спеціальной лечебницей, стремящейся поставить дѣло призрѣнія и леченія душевно-больныхъ болѣе или менѣе удовлетворительно.

Третья нужда — это необходимость устройства квартиръ при больницѣ для двухъ сверхштатныхъ ординаторовъ. Вслѣдствіе постоянного роста числа больныхъ въ Психіатрическомъ Отдѣленіи Одесской Городской Больницы, которое въ настоящее время достигло 500 чел., — прежній штатъ врачей (три ординатора) оказался совершенно недостаточнымъ. Въ виду этого съ прошлаго года введены двѣ новыхъ должности сверхштатныхъ ординаторовъ съ жалованіемъ 1200 рублей.

Но такъ какъ квартирѣ для сверхштатныхъ ординаторовъ не имѣется при Больницѣ, то является далеко не легкимъ на такое жалованье найти врача-психіатра. Къ тому-же для сверхштатнаго ординатора, живущаго въ городѣ, крайне затруднительно два раза въ день посѣщать Больницу, весьма отдаленную отъ города. Это, между прочимъ, служитъ причиною того, что до сего времени одна должность сверхштатнаго ординатора остается вакантною. Благодаря этому въ настоящее время получается такое положеніе вещей, что одному ординатору приходится завѣдывать колоніей, состоящей изъ 6 павильоновъ, и кромѣ того еще двумя отдѣленіями въ лечебницѣ. Поэтому для правильной постановки дѣла въ Психіатрическомъ Отдѣленіи желательно возможно скорѣе имѣть полный штатъ врачей, живущихъ при больницѣ. А это станетъ возможнымъ лишь съ устройствомъ при Психіатрическомъ Отдѣленіи двухъ квартиръ для сверхштатныхъ ординаторовъ. Объ этомъ также направлено ходатайство въ Одесскую Городскую Управу.

Помимо удовлетворенія указанныхъ нуждъ, въ ближайшемъ будущемъ въ нѣкоторыхъ отдѣленіяхъ необходимо произвести крупный ремонтъ, а именно: сдѣлать въ корридорахъ буйныхъ и слабыхъ отдѣленій новые полы, замѣнить въ изоляторахъ и въ нѣкоторыхъ палатахъ слабыхъ отдѣленій асфальтовые полы, какъ совершенно нецѣлесообразные и притомъ совсѣмъ испортившіеся,—деревянными, передѣлать двери и окна въ нѣкоторыхъ палатахъ и въ соединительныхъ корридорахъ, такъ какъ многія изъ нихъ пришли въ полную негодность. Все это такія потребности, откладывать которыя не представляется возможнымъ.

Кромѣ того крайне необходимо обнести колонію каменной оградой, такъ какъ имѣющаяся деревянная совершенно не отвѣчаетъ своему назначенію и къ тому же въ нѣкоторыхъ мѣстахъ совсѣмъ разрушилась.



ОГЛАВЛЕНІЕ.

	<i>Стр.</i>
Предисловіе	Т. X, в. 2, стр. . . 182.
Исторія основанія больницы и краткое ея описаніе (съ приложеніемъ плана)	 186.
Колонія	 192.
Обстановка павильоновъ	 194.
Распредѣленіе павильоновъ между врачами.	 195.
Составъ служащихъ.	 195.
Надзирательскій персоналъ.	 196.
Фельдшерскій персоналъ.	 196.
Палатная прислуга	Т. X, в. 3, стр. . . 107.
Организація ухода и надзора за больными	 115.
Распредѣленіе дня больныхъ	 118.
Продовольствіе больныхъ	 118.
Одежда, обувь и бѣлье больныхъ	 120.
Движеніе больныхъ въ 1901 г. (по мѣсяцамъ, формамъ болѣзни, по полу, возрасту, религіи, образованію и т. д.)	 121.
Распредѣленіе больныхъ по годамъ ихъ поступленія въ больницу.	 122.
Таблица умершихъ по мѣсяцамъ и возрасту.	 125.
Вѣдомость о числѣ дней, проведенныхъ больными въ отдѣленіи на пользованіи	 128.
Развлеченія больныхъ; удовлетвореніе религіозныхъ потребностей	 129.
Побѣги, несчастные случаи, происшествія.	 130.

Стр.

Инструментарій, лабораторія и библіотека	131.
Перемѣны въ составѣ служащихъ; отпуска служащихъ	132.
Движеніе аптечныхъ суммъ	134.

Хозяйственная часть.

Смѣта на содержаніе больницы въ 1901 г.	135.
Таблица расходовъ на одного больного по отдѣльнымъ статьямъ смѣты	137.
Вѣдомость о работахъ, произведенныхъ въ мастерскихъ, и о полевыхъ и хозяйственныхъ работахъ больныхъ.	138—145.
Вѣдомость о приходѣ и расходѣ продуктовъ Земледѣльской колоніи	146—147.
Инвентарь больницы	148—149.
Нѣкоторыя соображенія и замѣчанія по поводу данныхъ отчета	150.
Нужды больницы	165.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ.

Академикъ В. Бехтеревъ. *Сифилисъ центральной нервной системы*. С.-Петербургъ. 1902 г.

Новая работа проф. В. М. Бехтерева посвящена изложению всего учения о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ мозга при сифилисѣ.

Трудъ автора раздѣленъ на отдѣлы, обнимающіе собою патологию сифилитическихъ пораженийъ сосудовъ мозга, гумозныхъ новообразованийъ мозга и его оболочекъ, сифилитическихъ пораженийъ твердой оболочки головного и спинного мозга (*rachymeningitis syphilitica*), сифилитическихъ пораженийъ мозговыхъ оболочекъ (*meningitis syphilitica*), патолого-анатомическую картину менинго-міэлита и менинго-энцефалита, сифилитическаго міэлита и энцефалита, множественнаго сифилитическаго энцефало-міэлита и сифилитическаго разсѣяннаго склероза. Остальная часть труда посвящена учению о неспецифическихъ сифилитическихъ пораженияхъ мозга, его сосудовъ и оболочекъ, куда отнесены: склерозъ мозговыхъ сосудовъ, размягченіе, кровоизліяніе, полости и кисты въ мозговой ткани, воспалительныя гнѣзда неспецифическаго характера, перерожденія и атрофіи. Заключительный отдѣлъ содержитъ описаніе патолого-анатомической картины наслѣдственнаго сифилиса.

Сифилитическія пораженія центральной нервной системы авторъ разсматриваетъ въ общемъ изложеніи и для головного и для спинного мозга; особенности же процесса въ зависимости отъ локализаціи отмѣчаются отдѣльно и благодаря этому путемъ сопоставленія имѣется возможность лучше уяснить картину страданія и его особенности.

Работа написана въ вполне ясной и опредѣленной формѣ, каждый отдѣлъ освѣщенъ краткимъ историческимъ обзоромъ и содержитъ современные взгляды, подвергнутые критическому разбору, подкрѣпляемому ссылкой на личные наблюденія, протоколы вскрытій и микроскопическія изслѣдованія, и по тому можетъ служить прекраснымъ руководствомъ для лицъ желающихъ познакомиться съ патологіей нервной системы при сифилисѣ.

Работа снабжена одной таблицей рисунковъ и 24 рисунками въ текстѣ.

В. Н. Образцовъ.

Д-ръ С. Д. Колотинскій. *Хроническое отравленіе спорыней и наблюдаемая при немъ измѣненія въ центральной нервной системѣ у животныхъ.*—Дисс. Спб. 1902.

Клиническая картина хроническаго эрготизма въ настоящее время разработана довольно подробно. Что же касается патолого-анатомическихъ измѣненій въ организмѣ при отравленіи спорыней и особенно измѣненій въ центральной нервной системѣ, то эти вопросы представляются еще мало изученными. Авторъ своей работой имѣлъ цѣлью пополнить эти пробѣлы.

Работа автора раздѣляется на три части: 1) литературный очеркъ, 2) собственные опыты и изслѣдованія и 3) сопоставленіе полученныхъ данныхъ, выводы и заключеніе. Въ исторической части авторъ подробно приводитъ литературу вопроса, начиная съ X столѣтія. Литературный очеркъ раздѣляется на четыре отдѣла; въ первомъ отдѣлѣ приводятся литературныя данныя по эпидемиологіи и симптоматологіи хроническаго эрготизма, во 2-мъ—по патологической анатоміи хроническаго эрготизма, въ 3-емъ отдѣлѣ приводится литература экспериментальнаго хроническаго эрготизма и наконецъ въ 4-мъ отдѣлѣ излагаются фізіологическія и фармакологическія данныя, касающіяся ученія о спорыньѣ. Во второй части своей работы авторъ описываетъ методику опытовъ, методику микроскопическаго изслѣдованія и затѣмъ приводитъ протоколы своихъ опытовъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи авторъ пользовался главнымъ образомъ окраской по способу Nissl'я, а затѣмъ по Marchi, van Gieson'у и Pal'ю;

кромѣ того примѣнялась окраска нейтральнымъ карминомъ, пикро-карминомъ и гематоксилиномъ. Опыты произведены на собакахъ, поросятахъ, зайцахъ, кроликахъ, морскихъ свинкахъ и пѣтухахъ; всего въ работѣ приведено 31 протоколъ.

Изученіе литературы вопроса и собственные изслѣдованія автора привели его къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Судорожная и гангренозная формы эрготизма суть выраженія одного и того же по существу болѣзненнаго процесса, происходящаго въ организмѣ. 2) Омертвѣнія при эпидемическомъ эрготизмѣ, равно какъ и при экспериментальномъ у животныхъ непосредственно зависятъ отъ цѣлага ряда причинъ, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ могущихъ варіировать во взаимныхъ комбинаціяхъ, но вообще возникающихъ на почвѣ истощенія организма и упадка всѣхъ его нервно-трофическихъ функцій. 3) Во время эпидемій эрготизма на ряду съ тяжелыми формами болѣзни во множествѣ встрѣчаются легкія, геоср. скрытыя формы. При такихъ легкихъ заболѣваніяхъ, повидимому, происходятъ весьма существенныя нарушенія питанія, могущія иногда проявляться, напр., въ видѣ омертвѣнія членовъ, эпилепсіи, слабоумія и т. п. Такія формы эрготизма въ отношеніи вырожденія населенія являются наиболѣе важными. 4) Явленія экспериментальнаго хроническаго эрготизма у животныхъ вполне тождественны наблюдаемымъ у людей во время эпидемій. 5) Главными и наиболѣе постоянными явленіями при хроническомъ эрготизмѣ у животныхъ являются нарушенія въ отправленіи психической и нервно-мышечной сферъ, а также трофическихъ функцій и общей рефлекторной и чувствительной дѣятельности. 6) Патолого-анатомическія измѣненія въ центральной нервной системѣ, открываемыя макроскопически какъ у людей, такъ и у животныхъ при хроническомъ отравленіи спорыньей, являются болѣе постоянными и болѣе опредѣленными, чѣмъ измѣненія внутреннихъ органовъ. 7) Измѣненія центральной нервной системы при хроническомъ отравленіи спорыньей у людей и у животныхъ являются самыми важными въ патолого-анатомической картинѣ этой болѣзни и, повидимому, по времени своего развитія первичными. 8) Главнѣйшія микроскопическія явленія въ центральной нервной системѣ, какъ у людей, такъ и у животныхъ, при хроническомъ отравленіи спорыньей заключаются въ измѣненіи нервныхъ элементовъ головного и спинного мозга. Это измѣненіе первично по времени и предшествуетъ

измѣненію кровеносныхъ сосудовъ, нейроглии и нервныхъ волоконъ бѣлыхъ столбовъ спинного мозга. 9) Измѣненія нервныхъ клѣтокъ у животныхъ при хроническомъ отравленіи спорыней наблюдаются во всѣхъ отдѣлахъ центральной нервной системы и состоятъ частью въ простой хронической атрофіи клѣтокъ, частью же въ явленіяхъ, выражающихся при окраскѣ по Nissl'ю различными степенями и формами хроматолиза. 10) Перерожденіе нервныхъ волоконъ въ спинномъ мозгу животныхъ при хроническомъ отравленіи ихъ спорыней, если и развивается, то очень рѣдко и въ очень ничтожныхъ размѣрахъ и представляется разсѣяннѣмъ по различнымъ столбамъ спинного мозга. 11) Громадное большинство клиническихъ явленій хроническаго отравленія спорыней животныхъ зависитъ отъ нарушенія функцій центральной нервной системы. 12) Къ картинѣ хроническаго отравленія спорыней у животныхъ громадное значеніе имѣютъ индивидуальныя особенности каждаго животнаго. Порода, возрастъ и проч. имѣютъ, повидимому, второстепенное значеніе.

Диссертация написана подъ руководствомъ проф. В. М. Бехтерева. Обширная работа автора производитъ впечатлѣніе обстоятельно и добросовѣстно выполненнаго труда. Къ работѣ продолжена таблица рисунковъ.

Б. И. Воротынский.

Рефераты по психіатріи, невропатологіи и фізіологіи.

Prof. Th. Ziehen. Ueber die allgemeinen Beziehungen zwischen Gehirn und Seelenleben. Leipzig. 1902.

Предпославъ весьма интересный историческій перечень человѣческихъ заблужденій и догадокъ относительно взаимныхъ отношеній между душою и тѣломъ, авторъ отдаетъ дань заслугамъ всѣхъ ученыхъ и философовъ, такъ или иначе способствовавшихъ установленію существующаго нынѣ взгляда на зависимость психическихъ явленій отъ функціи мозговой коры. Остановливаясь на проблемѣ объ отношеніяхъ между матеріальнымъ и психическимъ, авторъ разбираетъ и опровергаетъ существующія ученія, монистическія и дуалистическія, и подъ конецъ излагаетъ въ главныхъ чертахъ испо-

вѣдуемое и имѣ идеалистическое ученіе. Главное теоретико-познавательное положеніе послѣдняго—это то, что намъ дано исключительно психическое и насъ нѣтъ внѣ его предѣловъ. Такъ учить имманентная философія. Въ философіи и естествознаніи существовалъ предрассудокъ, въ силу котораго наши воспріятія имѣютъ будто-бы свое мѣстонахожденіе въ мозгу; такой взглядъ названъ Авенариусомъ „Introjectionshypothese“. Цигенъ же присоединяется къ мнѣнію Авенариуса, Schuppe и др., что, хотя воспріятія, представленія и т. п., смотря по ихъ свойствамъ, и зависятъ отъ отдѣльныхъ участковъ мозговой коры въ смыслѣ ученія о локализациі, однако ни въ коемъ случаѣ нельзя сказать, чтобы они имѣли свое мѣстонахожденіе въ мозговой корѣ. Мы живемъ въ мірѣ воспріятій и представленій, качество которыхъ находится въ зависимости отъ нашихъ органовъ чувствъ или скорѣе отъ нашей мозговой коры. Синія очки измѣняютъ возбужденія въ корѣ моего мозга и вмѣстѣ съ этимъ измѣняются всѣ мои зрительныя воспріятія. Эту зависимость можно обозначить какъ обратное воздѣйствіе мозговой коры на міръ нашихъ воспріятій, и это обратное воздѣйствіе повинуетъ опредѣленнымъ законамъ, въ такой же мѣрѣ общимъ, какъ и законы природы; они только не дѣйствуютъ въ формѣ, соотвѣтствующей пространственному и временному представленію, и лишь постольку эти законы обратнаго воздѣйствія заслуживаютъ названія законовъ параллельныхъ. Эти обратныя воздѣйствія нашей мозговой коры, естественно, индивидуально различны. Страдающему цвѣтной слѣпотой и всѣмъ намъ при отравленіи сантониномъ цвѣтъ окружающаго кажется измѣненнымъ; близорукому міръ кажется инымъ, чѣмъ дальнорозоркому. Однако мы можемъ учесть эти обратныя воздѣйствія и свести ихъ къ болѣе общей картинѣ нашего міра воспріятій, имѣющей значеніе не только для отдѣльнаго человѣческаго индивидуума въ опредѣленный моментъ. Такимъ образомъ, мы наконецъ дошли до представленія о мірѣ, который самъ по себѣ не зеленый и не синій, не теплый и не холодный, а представляетъ только сумму двигательныхъ энергій. Естествознание неустанно занято этимъ учетомъ, неуклонно работаетъ надъ созданіемъ этой общей картины нашего міра воспріятій и эта его дѣятельность еще далеко не закончена. Въ настоящее время естествознание, при помощи своихъ редуцій, дошло до того, что оно сводитъ нашъ міръ воспріятій на движенія

двухъ веществъ: массы и невѣсомаго эфира и къ движеніямъ послѣдняго въ частности относить электрическія, магнетическія и оптическія явленія. Недавно только учетъ оставался еще при массѣ, тепловомъ веществѣ, свѣтовомъ эфирѣ, магнетической и электрической жидкостяхъ. Теперь число этихъ веществъ сведено къ двумъ, и уже въ современной физикѣ раздаются голоса, что и эфиръ въ будущемъ сможетъ быть сведенъ къ виду обыкновенной массы. Однако мы при помощи этихъ редуцій никогда не дойдемъ до матеріи, которая отличалась бы отъ нашихъ психическихъ проявленій. Вѣдь мы учитываемъ отнюдь не психическое, а индивидуальныя обратныя воздѣйствія и, благодаря этому, достигаемъ болѣе общихъ представленій о нашихъ воспріятіяхъ, такъ что дѣло идетъ о болѣе общихъ представленіяхъ, а не о представленіяхъ чего-то новаго, совершенно безсодержательнаго, которое мы должны были-бы обозначить, какъ матеріальное.

Въ краткомъ рефератѣ очень трудно передать содержаніе этой интересной работы проф. Ziehen'a, которая заслуживаетъ того, чтобы быть переведенной на русскій языкъ.

Д-ръ М. Б. Шапиро.

Marie et Guillaïn. Ramolissement du genou du Corps Calleux Rev. Neur. 1902 г. № 6.

У субъекта 62 лѣтъ мозговой ударъ, потеря сознанія, правая спазмодическая гемиплегія, правая губная складка немного ошущена, нѣтъ геміанестезіи, но при шипаніи правой стороны больной совершаетъ парализованными мускулами некоординированныя движенія; здоровой руки одного не подносить къ раздражаемому мѣсту, но дѣлаетъ это на здоровой сторонѣ при ея раздраженіи.

Сухожильные рефлексy одинаковы съ обѣихъ сторонъ, кожный рефлексъ съ подошвы приводитъ къ разгибанію пальцевъ на правой и сгибанію на лѣвой сторонѣ; рефлексъ на cremaster'ы отсутствуетъ, съ глотки есть; нѣтъ афазіи и дизартріи. Глаза обращены влѣво, голова не повернута, вѣроятна геміанопсія, языка не можетъ высунуть, недержаніе сфинктеровъ. Черезъ 2 дня (2 февр.) больной называетъ свое имя, языка высунуть не можетъ, въ m. quadriiceps произвольныя подергиванія. 4 февраля: мускульное трясеніе, хореоформныя дви-

женія въ мускулахъ плеча, предплечія, руки на лѣвой сторонѣ, въ лѣвой ногѣ также легкое трясеніе. 5 февр. тоже; пульсъ 136, дых. 45. 6 февр.—смерть. Аутопсія: въ лѣвой гемисферѣ бѣлое свѣжее размягченіе genu corporis callosi; размягченіе проникаетъ на 1 сант. въ бѣлую субстанцію лѣвой гемисферы, правая не затронута.

При разрѣзѣ оказывается, что глава nucl. caudati отчасти разрушена прежде бывшимъ размягченіемъ, очагъ котораго также находится въ нижней части полушарія. Въ правой гемисферѣ cuneus почти совершенно разрушенъ размягченіемъ нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ, захвачена язычная доля и маленькій фокусъ въ задней части n. lenticularis.

Итакъ, гемипарезъ обязана старому размягченію. Что касается гемиплегіи, то она произошла вслѣдствіе разрушенія genu corp. callosi; у больного чувствительность на правой сторонѣ не потеряна, такъ какъ чувствительные проводники не прерваны, онъ реагируетъ на болевые раздраженія, что доказывается мышечными движеніями парализованной половины. Хотя пирамидные пути не разрушены, но здѣсь сказывается вліяніе сосѣдства. Характернымъ для этого пораженія corporis callosi служатъ мускульныя пораженія и хореоформныя движенія на здоровой сторонѣ.

Рудневъ.

Ballet et Bauer. Vitiligo et tabes. Rev. neurolog. 1902 г. № 3.

При табесъ встрѣчаются различныя кожныя заболѣванія: прободающія язвы, выпаденіе ногтей, гангрена, рыба кожа, эритема, pemphigus и проч., также vitiligo, о двухъ случаяхъ которой здѣсь будетъ рѣчь. 1) Субъектъ 62 л., рахитикъ, перенесъ фрактуры и коксалгіи. Приобрѣтеннаго сифилиса нѣтъ слѣдовъ. Ясные признаки спинной сухотки. Vitiligo появилась около 10 лѣтъ, имѣетъ большое распространеніе, занимаетъ шею въ видѣ ленты, туловище, половые органы, верхніе и нижніе конечности. 2) Больной 60 л. страдаетъ нѣсколько лѣтъ разстройствомъ пищеваренія связанными съ vitiligo; атаксія, стрѣляющія боли, слабость нижнихъ конечностей. Послѣ этихъ недомоганій, когда было субъекту 57 л., одновременно съ желудочными расстройствами,

у него появилась почти общая меланодермия и левкодермия, локализованныя на ладоняхъ рукъ и части большихъ пальцевъ, на подошвѣ ногъ и частью на большихъ пальцахъ; меланодермия держалась около 10 мѣсяцевъ; левкодермия остается. *St. praesens*: на лицѣ бронзовый однообразный оттѣнокъ, на губахъ и подбородкѣ нѣсколько бѣлыхъ пятенъ; на груди—окраска не вездѣ одинакова, *poevi vasculosi*, бородавки; на половыхъ органахъ окраска также болѣе выражена, бѣлыхъ пятенъ нѣтъ; на рукахъ—на локтѣ правомъ двѣ безцвѣтныхъ бляшки, также и на кисти; дорзальная поверхность кистей пигментирована, на ладоняхъ симметричныя бѣлыя пятна; на ногахъ почти такое же распредѣленіе пигментации, за исключеніемъ лѣвой подошвы.

Въ обоихъ случаяхъ авторы отмѣчаютъ отсутствіе си-филиса, чувство сжатія на поверхности конечностей и симметричное расположеніе пятенъ, кромѣ того распредѣленіе ахроміи у второго больного. Что касается этиологіи и патогенеза *vitiligo*, то по *Gaucher*'у можно выдѣлить слѣдующія группы пигментныхъ дистрофій 1) *vitiligo* симптоматическое или трофическое—этиологія и патогенезъ нервные 2) пигментныя дистрофіи съ токсической этиологіей и нервнымъ патогенезомъ, между которыми истинное *vitiligo* автотоксического происхожденія. Описанные случаи относятся къ первой категоріи.

В. И. Рудневъ.

E. Kaltus. Случай дегенерации съ рѣдкимъ признакомъ вырожденія.—Coloboma nervi opt. съ мягкотными волокнами зрительнаго нерва.—Centrlbl. f. N. и Ps. № 142. 1901.

Ученіе о физическихъ признакахъ вырожденія основано главнымъ образомъ на статистическихъ данныхъ. Относительно цѣлага ряда аномалій въ строеніи органовъ между авторами существуютъ большія разногласія: что одинъ считаетъ малозначущей разновидностью, то другой принимаетъ за признакъ вырожденія; въ чемъ одинъ склоненъ видѣть дегенерацию, въ томъ другой—патологическое явленіе. Авторъ приводитъ слѣдующій интересный случай, изобилующій обыкновенными признаками и въ то же время рѣдкимъ симптомомъ дегенерации. Пациентъ—40-лѣтній холостякъ, изъ интелли-

гентной семьи; въ юныхъ лѣтахъ онъ былъ необщителенъ, отличался нѣкоторыми странностями, рано сталъ мастурбировать, ученіе ему не давалось. Онъ часто мѣняетъ службу, на 30 году переселяется въ Америку, нигдѣ не уживается, мѣняетъ занятія, снова переѣзжаетъ на родину; вскорѣ обвиняется въ присвоеніи чужихъ денегъ, его судятъ, освобождаютъ отъ наказанія, и больной попадаетъ въ психіатрическую больницу, гдѣ находится 20 лѣтъ.

У пациента былъ констатированъ cervical'ный кифозъ, высокій черепъ, асимметрия лица, носъ повернуть вправо, правое глазное яблоко глубже лѣваго, ротъ раскрытъ, зубы съ шероховатыми краями, нижніе рѣзцы прикрываютъ верхніе (progenie), palatum durum узко, уши неправильно сформированы, pes planus, 2-ой и 3-ій пальцы каждой кисти повернуты въ сторону ulnae, а 4 и 5—къ radius'у.

Изъ анамнеза видно, что въ семьѣ пациента, со стороны отца и матери, были заболѣванія прогрессивнымъ параличемъ, туберкулезомъ и неврастеніей.

Болезнь его характеризуется головными болями, чувствомъ тяжести въ членахъ, парестезіями въ гениталіяхъ; неврастеническія жалобы больного сопровождаются однообразными жестами и стонами, причемъ онъ обнаруживаетъ *психическую слабость*, легкую утомляемость, изрѣдка аффективные состоянія.

Всѣ упомянутые симптомы говорятъ за неврастенію, связанную съ интеллектуально-моральной слабостью и навязчивыми идеями, т. е. за тотъ симптомокомплексъ, который *Kraepelin* и др. называютъ „психозомъ вырожденія“. Помимо того на больномъ удалось установить офтальмоскопическій признакъ дегенераціи, который характеризуется тѣмъ, что представляетъ соединеніе различныхъ зрительныхъ симптомовъ, свойственныхъ вырожденію; дѣло идетъ объ односторонней *cololoma nervi optici* съ распространенными макотными нервными волокнами въ сѣтчаткѣ и *lamina cribrosa*. При взглядѣ на заднюю поверхность лѣваго глаза замѣчается довольно значительное скопленіе макотныхъ нервныхъ волоконъ, окружающихъ начало зрительнаго нерва, гдѣ послѣднее—овальной формы. Papilla n. opt. въ данномъ случаѣ представляетъ собой довольно глубокую ямку; эллипсоидный край ея отличается незначительностью своего протяженія, занимающаго $\frac{1}{3}$ часть периферіи праваго сосочка.

Этотъ край окруженъ узкой темноватаго цвѣта пигментной полосой, представляя контрастъ съ свѣтлымъ дномъ, на которомъ находится. Срединѣ углубленія содержитъ сосуды. Такимъ образомъ мы имѣемъ предъ собой рѣдкій случай комбинаціи колобомы п. opt. съ мягкотными волокнами. Въ данномъ случаѣ насъ можетъ интересоватъ вопросъ, имѣемъ ли мы дѣло съ врожденной колобомой и, въ утвердительномъ случаѣ, не существуетъ ли здѣсь задержка въ развитіи, или же здѣсь имѣло мѣсто внутриматочное воспаленіе. Что касается мягкотныхъ волоконъ, то ихъ нельзя считать конгенитальными, такъ какъ они развиваются вскорѣ послѣ рожденія. Рѣзкое отклоненіе края углубленія говоритъ противъ физиологической экскаваціи; противъ глаукомы говорятъ всѣ сохранившіяся функціи глаза (острота зрѣнія, поле зрѣнія etc.). Въ виду этого можно утверждать, что мы встрѣтились здѣсь съ задержкой въ развитіи (aplasia) зрительнаго нерва. Что касается coloboma per se, то она часто наблюдается у психопатовъ.

Л. Айхенвальдъ.

Dr. Aurel v. Zlatorovic. Къ вопросу о пеллагрѣ. (Etwas über Pellagra. Statistik und Beobachtungen aus Landes. Irrenanstalt Pergine (Südtirol).—Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. 196., Heft 2, 1900).

Въ Австріи только съ 1894 года пеллагрозное душевное разстройство было внесено въ официальную статистику какъ самостоятельная форма болѣзни и помѣщено въ отдѣлѣ интоксикаціонныхъ психозовъ. За пятилѣтній періодъ времени (1894—1898 г.) принято было въ больницу Pergine—204 пеллагрозныхъ больныхъ, что составляетъ 22,6% всѣхъ поступленій. Изъ 204 больныхъ мужчинъ—пеллагриковъ поступило 107, женщинъ—97; большинство больныхъ (71%) было—семейные; средній возрастъ мужчинъ—пеллагриковъ=49 г.; женщинъ пеллагричекъ—43 г.; такимъ образомъ онъ превышалъ средній жизненный возрастъ. Изъ 204 поступившихъ пеллагрозныхъ больныхъ выздоровѣло 60,29%, выписано съ улучшеніемъ 19%, осталось больными 3,4%; умерло 14,7%. Изъ выздоровѣвшихъ и выписанныхъ съ улучшеніемъ вновь поступило въ теченіе пяти лѣтъ—14,2%, причемъ одинъ

рецидивъ наблюдался у 11,7%, два рецидива у 1,47%, три рецидива у 0,98%, Огромное большинство (174 ч.) больныхъ составляли земледѣльцы (крестьяне), остальная часть подала на поденщиковъ, ремесленниковъ и т. п. но все это были жители деревни; что касается мѣстоположенія, то высоколежащіе округа остались пощаженными пеллагрой. Интересна пеллагрозная наслѣдственность: прямая пеллагрозная наслѣдственность наблюдалась у 25%, боковая у 36,7%; кромѣ того 14,2% больныхъ были отягчены наслѣдственно (сумошествомъ родственниковъ), причемъ авторъ полагаетъ, что сумошествомъ развилось также на пеллагрозной почвѣ; такъ что въ общей сложности 50% больныхъ отягчены „пеллагрозно“. Авторъ не считаетъ пеллагру интоксикаціонной болѣзью, обусловленной химическимъ измѣненіемъ кукурузы подъ вліяніемъ извѣстныхъ микроорганизмовъ; онъ соглашается съ тѣмъ, что изъ испорченной кукурузы (гниющей, бродящей) можно извлечь токсины, которые у „опытныхъ“ животныхъ вызываютъ явленія, похожія на тѣ, которыя мы имѣемъ при pellagra. Авторъ допускаетъ, что изъ всякаго гниющаго или же подвергнутаго броженію плода можно извлечь подобные токсины; однако ихъ (плоды) не считаютъ причиной pellagr'ы. Противъ интоксикаціонной теоріи говорятъ тѣ случаи, когда pellagra наблюдалось у лицъ, бывшихъ раньше здоровыми, у лицъ, происходящихъ изъ округовъ, гдѣ pellagra не наблюдается; кромѣ того, болѣзнь эта наблюдалась у больныхъ, которые уже нѣсколько мѣсяцевъ и даже лѣтъ лечились въ больницѣ. Отвергаетъ авторъ и *инаніціонную теорію* pellagr'ы (Bonfigliet), такъ - какъ послѣдняя встрѣчается у хорошо упитанныхъ и крѣпкихъ людей; этой же теоріей нельзя объяснить спинальныхъ явленій при pellagr'ѣ. Самымъ правильнымъ, полагаетъ Zlatorovic, признавать pellagr'у хронической инфекціонной болѣзью, что уже высказали *Belmondo, Ceni* и др., опираясь на рецидивы болѣзни главнымъ образомъ. Послѣдней теоріей рецидивы объясняются удовлетворительно: инфекціонный зародышъ, потерявъ силу, остается въ организмѣ въ латентномъ состояніи, но при благопріятныхъ условіяхъ онъ пріобрѣтаетъ прежнюю силу и вызываетъ снова болѣзнь. Случаи такъ называемаго пеллагрознаго тифа лучше всего это предположеніе подтверждаютъ; съ одной стороны, они носятъ характеръ острой инфекціонной болѣзни: лихорадка, бредъ, острые трофическія разстройства; съ дру-

гой, — пеллагрозный тифъ иногда появляется у лицъ, уже начавшихъ выздоравливать, причемъ часто ведетъ больныхъ къ смерти. Хотя Zlatorovic не признаетъ, что pellagra вызывается испорченной кукурузой, тѣмъ не менѣе онъ предполагаетъ, что инфекціонное начало болѣзни вносится въ организмъ главнымъ образомъ кукурузой, но для развитія должны быть еще другія условія.

На основаніи изученія географическаго распространенія болѣзни, почвы мѣстности, симптомовъ болѣзни, ея теченія, патолого-анатомическихъ измѣненій, распространенія болѣзни на новыя области и т. д., авторъ пришелъ къ такимъ выводамъ: Pellagra даетъ патолого-анатомическія измѣненія, сходныя съ таковыми при другихъ хроническихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, напр., при сифилисѣ, туберкулезѣ, маляріи, лепрѣ; особенно при пернициозной анэміи; pellagra появляется эндемически въ тѣхъ странахъ, которыя лежатъ между 42° и 48° широты; сначала болѣзнь наблюдалась только у латинской расы, но теперь развивается между славянскимъ населеніемъ Буковины и Кroatіи (эти мѣстности не выходятъ изъ предѣловъ вышеупомянутой широты). Почвенныя условія тѣхъ мѣстностей, гдѣ pellagra существуетъ эндемически, во всѣхъ странахъ одинаково: это суть долины или равнины, окруженныя съ одной стороны горнымъ хребтомъ, съ другой — рѣкой; напр. въ Италіи — Альпы и рѣка По; въ Испаніи — Перинеи и Эбро; во Франціи — Перинеи и Гаронна — Canal du Midi — Aude; въ Румыніи — Карпаты и Дунай. Въ этихъ мѣстностяхъ мѣняется высота стоянія подпочвенныхъ водъ вслѣдствіе періодическихъ наплывовъ воды съ горъ; подобныя почвенныя условія приближаютъ pellagr'у къ холерѣ и брюшному тифу. Такъ какъ зародышъ болѣзни находится въ зависимости отъ почвы, то распространителемъ pellagr'ы служитъ почва, произрастающіе на этой почвѣ вещества, вода, воздухъ; заразное начало pellagr'ы очень летуче, мѣстомъ вхожденія инфекціоннаго начала нужно считать, скорѣе всего, пищеварительный аппаратъ. Распространеніе болѣзни на новыя мѣста идетъ или *per continuitatem* (условія почвы стали благопріятствовать для развитія зародыша болѣзни) или *per contiguitatem*. Авторъ считаетъ очень вѣроятнымъ передачу заразы отъ человѣка къ человѣку, причемъ приводитъ слѣдующій свой случай: въ больницѣ находилась въ теченіе 20 лѣтъ слабоумная дѣвушка; питалась она отлично, пеллаг-

рой никогда не страдала, пеллагрозной наследственности не было; вдругъ, въ 1895 году эта глубокослабоумная усваиваетъ себѣ привычку,—ночью, голой, забираться въ постель къ пеллагрозной больной и тамъ съ ней спать. Пеллагрозная больная страдала острой экссудативной эритемой и поносами: чрезъ нѣкоторое время вышеупомянутая слабоумная заболѣваетъ pellagr'ой: разлитая erythema на тылѣ кистей, лицѣ, поносы, повышеніе коленныхъ рефлексовъ, мышечнаго тонуса. Чрезъ 3 мѣсяца больная выздоравливаетъ. Источникомъ заразы можно считать какъ экссудативную erythem'у, такъ и испражненія. Подобно сифилису и туберкулезу, pellagra производитъ измѣненіе конституціи всего организма. Всякіе ослабляющіе организмъ моменты предрасполагаютъ къ заболѣванію pellagr'ой. напр. недостаточное, плохое, однообразное (исключительно кукурузой) питаніе, хроническій алкоголизмъ. Главнымъ хранителемъ пеллагрознаго яда въ организмѣ является кровь; по опытамъ *Cenni*, кровь даже на видѣ выздорѣвшихъ пеллагриковъ—ядовита. Пеллагрозный ядъ отлагается преимущественно въ кожѣ и въ нервной системѣ, особенно въ спинномъ мозгу; въ послѣднемъ поражаются задніе столбы, чаще всего пучки Голля; кромѣ того наблюдаются и поперечныя размягченія. По наблюденіямъ автора, измѣненія спинного мозга не носятъ характеръ системныхъ, а они разсѣяны въ грудной и поясничной частяхъ мозга; грудная и поясничная части поражаются потому, что эти отдѣлы спинного мозга, особенно поясничный, очень богаты сосудами (*Adamkiewicz*), а кровь больше всего содержитъ пеллагрознаго яду; размягченія въ спинномъ мозгу авторъ объясняетъ облитераціей сосудовъ.

Для постановки діагноза pellagr'ы автору служили слѣдующіе симптомы: 1) разстройство пищеварительныхъ органовъ: запоръ, поносы; преимущественно послѣдніе; обыкновенно отсутствіе аппетита, иногда обжорливость и сильная жажда у больныхъ. Количество соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ значительно уменьшено. У 60% больныхъ преждевременная порча и выпаденіе зубовъ (трофическія измѣненія); вслѣдствіе нарушенія правильности дѣйствія пищеварительныхъ органовъ—рѣзкое исхуданіе и упадокъ силъ. 2) Заболѣваніе кожи, губъ и слизистой оболочки языка. Кожа подвергается заболѣванію на тѣхъ мѣстахъ, которыя не покрыты одеждой; заболѣванія кожи бываютъ острыя и хрониче-

скія; тѣ и другія носятъ одинаковый характеръ: гиперемія п эксудативная *erythema*, причемъ въ острыхъ случаяхъ гиперемія активная, иногда сопровождается шелушеніемъ, при *erythem'* выпотъ обильный—серозный или гнойный; въ хроническихъ—гиперемія застойная, выпотъ незначительный. Послѣ протекшаго заболѣванія—кожа иногда атрофируется, покрывается рубцами, принимаетъ перламутровыя блескъ, лишается подкожнаго жира. Заболѣванія кожи развивается и безъ всякаго вліянія солнца и другихъ внѣшнихъ причинъ, такъ что ихъ смѣло можно считать трофическими. Слизистая оболочка губъ и языка подвергается тому же заболѣванію, что и кожа; языкъ въ иныхъ случаяхъ дѣлается похожимъ на ягоду малины. 3) Спинальные расстройства. Повышеніе рефлексовъ, особенно колѣнныхъ. Рѣзкое повышеніе мышечнаго тонуса, такъ-что при пассивныхъ движеніяхъ получается сильное сопротивленіе, что очень характерно для *pellagr'*ы. Походка больныхъ неувѣренная, спастическія; въ тяжелыхъ случаяхъ спастически-паретическія: часто у *pellagr'*озныхъ наблюдается тетанія; въ смертельныхъ случаяхъ является *paraparesis*, *paraplegia* нижнихъ конечностей, общее дрожаніе и атаксія верхнихъ конечностей, фибриллярное подергиваніе въ мышцахъ, трофическія расстройства—острый пролежень. Атрофія отдѣльныхъ группъ мышцъ, какъ при *sclerosis lateralis amyotrophica* не наблюдалось, скорѣе была общая равномерная вялость и атрофія мышцъ. Расстройство чувствительности или заболѣванія периферическихъ нервовъ авторъ не наблюдалъ.

Психическія расстройства являются постоянными спутниками *pellagr'*ы; такъ какъ при послѣдней существуетъ рѣзкое истощеніе организма, то психическія расстройства носятъ такой характеръ, каковой имъ свойствененъ при истощеніи нервной системы. Сначала у *pellagr'*иковъ развивается раздражительная слабость съ сильной склонностью къ аффектамъ, легкая внушаемость; затѣмъ появляется *melancholia* съ бредомъ грѣховности и упорными попытками къ самоубійству, рѣже *melancholia* съ бредомъ демономоническимъ; въ другихъ случаяхъ развивается острая спутанность, ступорозное состояніе и слабоуміе; маній авторъ никогда не наблюдалъ. Причинами смерти у больныхъ автора были: неудержимые поносы, воспаленіе легкихъ, туберкулезъ, целлагрозный тифъ, иногда молниеносный бульбарный параличъ.

Кромѣ вышеупомянутыхъ измѣненій спинного мозга, авторъ считаетъ характерными для pellagr'и при секціи слѣдующія макроскопическія измѣненія органовъ: капсула селезенки сморщена, селезенка или нормальна въ объемѣ или слегка увеличена; слизистая оболочка кишекъ, преимущественно тонкихъ, атрофирована, иногда до такой степени, что кишка является прозрачною; рядомъ съ атрофіей въ кишкахъ явленія острого или хроническаго катарра, иногда съ образованіемъ катарральныхъ язвъ. Въ большинствѣ случаевъ констатируется острый или хроническій нефритъ.

Леченіе въ тяжелыхъ случаяхъ безсильно; въ свѣжихъ, у лицъ молодыхъ и еще крѣпкихъ, леченіе, по мнѣнію автора, вполне достигаетъ цѣли. На первомъ планѣ стоитъ хорошее, раціональное, смѣшанное питаніе (преимущественно мясо). Молоко не всегда хорошо переносится больными. Въ виду недостатка соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ авторъ совѣтуетъ давать больнымъ чрезъ $\frac{1}{2}$ ч. послѣ обѣда разведенную соляную кислоту. При своевременномъ и правильномъ леченіи у молодыхъ лицъ даже тяжелыя спинно-мозговыя явленія проходятъ, такъ что можно думать о регенераціи нервныхъ волоконъ. Конечно, эти больные не обезпечены отъ рецидивовъ, но рецидивы наступаютъ поздно и выражаются въ болѣе легкой степени. Въ заключеніе авторъ указываетъ на то, что такъ какъ бактериологія до сихъ поръ не нашла причины болѣзни и поэтому радикальнаго средства противъ pellagr'и мы не имѣемъ, то лучшимъ средствомъ въ настоящее время является питаніе и хорошія условія жизни. Для этого авторъ предлагаетъ устроить въ Южномъ Тиролѣ, гдѣ pellagra сильно развита, гдѣ отъ pellagr'и нѣкоторыя деревни буквально вымерли, такъ назыв., пеллагрозоріи и санитарныя харчевни (Sanitätsspeise-häuser, loconde sanitarie); эти учрежденія въ верхней Италіи значительно сократили число пеллагрозныхъ психозовъ.

Л. Королько.

Хроника и смѣсь.

— Ординаторъ психіатрической клиники Казанскаго Университета д-ръ *В. П. Малевъ* за выслугой ординатуры назначенъ сверхштатнымъ ординаторомъ больницы Св. Николая Чудотворца.

— Директоромъ Винницкой Окружной Лечебницы назначенъ д-ръ мед. *С. Д. Колотинскій*, занимавшій ранѣе мѣсто ординатора Новознаменской больницы. Мы отъ души привѣтствуемъ товарища съ назначеніемъ, будучи увѣрены, что прекрасно начатое дѣло въ Винницкой Лечебницѣ трудами его предшественниковъ найдетъ въ лицѣ д-ра *С. Д. Колотинскаго* достойнаго преемника, какъ человѣка обладающаго высокими качествами и серьезно научно-практической подготовкой.

— Проф. Московскаго Университета *В. К. Ротъ* назначенъ ординарнымъ профессоромъ.

— Бывшій старшій врачъ псих. отд. Одесской Городской Больницы, сверхштатный профессоръ Харьковскаго Университета *И. Г. Оршанскій* назначенъ штатнымъ экстраординарнымъ профессоромъ на кафедре нервныхъ и душевныхъ болѣзней въ Харьковскій Университетъ и директоромъ клиники. (Одесск. Листокъ, 8 июня).

— Сверхштатный ассистентъ при психіатрической клинике, приватъ-доцентъ Московскаго Университета, д-ръ медицины *Бернштейнъ* назначенъ завѣдующимъ Московскимъ центральнымъ полицейскимъ приемнымъ покоемъ для душевно-больныхъ.

— Старшій врачъ Харьковской Губернской Земской Больницы *Б. С. Грейденбергъ* избранъ медицинскимъ факультетомъ Харьковскаго Университета приватъ-доцентомъ по кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.

— Д-ръ *В. Л. Коссаковский* утвержденъ въ должности завѣдующаго психіатрической лечебницей Херсонскаго Губернскаго Земства вмѣсто бывшаго завѣдующаго д-ра Гинзбургъ-Шика, назначеннаго ординаторомъ той же лечебницы.

— Д-ръ *М. Н. Нижегородцевъ*, въ теченіе 17-ти лѣтъ стоявшій во главѣ частной лечебницы для душевно-больныхъ *Ф. А. Штейна*, съ 1-го іюня сложилъ съ себя званіе директора лечебницы.

— Бывшій директоръ Медицинскаго Департамента, нынѣ председатель Медицинскаго Совѣта, т. с. *Л. Ф. Рагозинъ* командированъ въ качествѣ представителя русскаго правительства въ Антверпенъ на международный психіатрическій конгрессъ по вопросу объ участіи государствъ въ призрѣніи душевно-больныхъ.

— Организационный Комитетъ IX-го Съѣзда Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* доводитъ до свѣдѣнія гг. товарищей, что означенный Съѣздъ предполагается созвать въ С.-Петербургѣ, въ началѣ января 1904 г. Занятія Съѣзда распределены по 27 отдѣламъ, для завѣдыванія которыми приглашены нижепоименованныя лица:

Группа первая (біологическая).

Отдѣлъ I, анатоміи и антропологіи; завѣдующій проф. *А. И. Таренцкій*.

Отдѣлъ II, гистологіи и эмбриологіи; завѣдующій проф. *М. Д. Лавдовскій*.

Отдѣлъ III, физиологіи; завѣдующій проф. *И. П. Павловъ*.

Отдѣлъ IV, физиологической химіи; завѣдующій проф. *А. Я. Данилевскій*.

Группа вторая (патологическая).

Отдѣлъ V, общей патологіи; завѣдующій проф. *П. М. Альбицкій*.

Отдѣлъ VI, патологической анатоміи; завѣдующій проф. *К. Н. Виноградовъ*.

Отдѣлъ VII, бактериологіи; завѣдующій проф. *Н. Я. Чистовичъ*.

Отдѣлъ VIII, судебной медицины, завѣдующій проф. *Д. П. Косоротовъ*.

Группа третья (терапевтическая).

Отдѣлъ IX, фармаціи и фармакогнозіи; завѣдующій проф. *С. А. Пржибытекъ*.

Отдѣлъ X, фармакологіи и бальнеологіи; завѣдующій проф. *Н. П. Краковъ*.

Отдѣлъ XI, общей терапіи, завѣдующій проф. *М. В. Яновскій*.

Группа четвертая (клиническая).

Отдѣлъ XII, хирургіи; завѣдующій проф. *Н. А. Вельяминовъ*.

Отдѣлъ XIII, внутреннихъ болѣзней; завѣдующій проф. *С. С. Боткинъ*.

Отдѣлъ XIV, горловыхъ, ушныхъ и носовыхъ болѣзней; завѣдующій проф. *Н. П. Симаховскій*.

Отдѣлъ XV, акушерства и женскихъ болѣзней; завѣдующій проф. *Г. Е. Рейнъ*.

Отдѣлъ XVI, глазныхъ болѣзней; завѣдующій проф. *Л. Г. Белларминовъ*.

Отдѣлъ XVII, дѣтскихъ болѣзней; завѣдующій проф. *Н. П. Гундобинъ*.

Отдѣлъ XVIII, кожныхъ и венерическихъ болѣзней; завѣдующій проф. *Т. П. Павловъ*.

Отдѣлъ XIX, душевныхъ и нервныхъ болѣзней; завѣдующій проф. *В. М. Бехтеревъ*.

Группа пятая (общественной медицины и гигиены).

Отдѣлъ XX, гигиены; завѣдующій проф. *В. А. Левашевъ*.

Отдѣлъ XXI, общественной (земской и думской) медицины и медицинской статистики; завѣдующіе *И. А. Дмитріевъ* и *А. А. Липскій*.

Отдѣлъ XXII, военной медицины; завѣдующій

Отдѣлъ XXIII, морской медицины; завѣдующій *В. С. Кудринъ*.

Отдѣлъ XXIV, фабричной и горнозаводской медицины; завѣдующіе *Л. П. Вертепсонъ* и *Д. П. Никольскій*.

Отдѣлъ XXV, медицины желѣзнодорожной и водяныхъ путей; завѣдующій *Е. А. Головинъ*.

Отдѣлъ XXVI, вопросовъ врачебнаго быта; завѣдующій проф. *Ф. И. Пастернакскій*.

Отдѣлъ XXVII, ветеринаріи и эпизоотологін; выборъ завѣдующаго отложенъ.

Врачи, желающіе сдѣлать доклады, приглашаются доставить на имя секретаря Комитета (Садовая ул., 5—10, Санитарное отдѣленіе С.-Петербургской губернской земской управы), или на имя завѣдующаго подлежащимъ отдѣломъ не позже октября 1903 г. подлинныя доклады или авторефераты ихъ съ положеніями.

Доклады на Сѣздѣ представляются лично авторами и, въ случаѣ ихъ отсутствія, къ прочтенію не допускаются; доклады не должны занимать болѣе 20 мин. для прочтенія; доклады принимаются къ разсмотрѣнію лишь такіе, которые ранѣе нигдѣ опубликованы не были; отказъ въ пріемѣ докладовъ дѣлается на основаніи заключенія всѣхъ завѣдующихъ отдѣлами данной группы.

Гг. завѣдующіе отдѣлами въ ближайшемъ времени доведутъ печатно и личными сношеніями до свѣдѣнія гг. товарищей о программныхъ вопросахъ своихъ отдѣловъ, равнымъ образомъ Комитетомъ будетъ своевременно сообщено какъ о точномъ времени созыва Сѣзда, такъ и о подробной программѣ его занятій.

Организаціонный Комитетъ обращается съ покорнѣйшей просьбой объ оказаніи содѣйствія успѣху IX-го Сѣзда ко всѣмъ медицинскимъ факультетамъ и обществамъ, къ врачебно-санитарнымъ организаціямъ правительственныхъ и общественныхъ (земскихъ и думскихъ) учреждений и къ отдѣльнымъ врачамъ.

— Въ секціи душевныхъ и нервныхъ болѣзней на IX Сѣздѣ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова предполагаются слѣдующія программы вопросы:

1) объ организаціи и устройствѣ лечебницъ и амбулаторій для алкоголиковъ; 2) допустимо-ли и желательно-ли принудительное помѣщеніе алкоголиковъ въ лечебницы; 3) объ организаціи призрѣнія душевно-больныхъ въ Россіи; 4) кататонія, какъ самостоятельная форма душевнаго расстройства; 5) роль инфекціи въ патогенезѣ острыхъ заболѣваній нервной системы; 6) свѣтолечение при нервныхъ болѣзняхъ; 7) о леченіи нервныхъ больныхъ въ курортахъ. Завѣдующій отдѣломъ В. Бехтеревъ. Секретари: В. Осиповъ, А. Карпинскій, П. Останковъ и М. Жуковскій.

— Намъ присланы предварительныя правила и программы XIV-го Международнаго Медицинскаго Сѣзда, имѣющаго быть въ Мадридѣ 23—30 апрѣля 1903 г. Предсѣдателемъ бюро Сѣзда является проф. *Julían Calleja y Sánchez*, секретаремъ д-ръ *Angel Fernandez-Caro*, казначеемъ проф. *Jose Gomez Osana*. Въ составъ организаціоннаго комитета вошли 4 почетныхъ предсѣдателя: *Président du Conseil des Ministres*, *Ministre de l'Interieur*, *Ministre des Affaires Etrangères* и *Ministre de l'Instruction Publique*; предсѣдатель—проф. *Julían Calleja y Sánchez* и четыре вице-предсѣдателя, секретарь—*Angel Fernandez Caro y Nouvilas*, казначей бюро и большое количество членовъ. Организаціонный Комитетъ имѣетъ своихъ представителей какъ въ провинціяхъ Испаніи, такъ и другихъ странахъ. Для Россіи представителемъ является проф. *Romъ* и д-ръ *Сухановъ* (секретарь), въ Германіи—проф. *Virchow* (нынѣ скончавшійся) и *Posner*, въ Австро-Венгріи—проф. *Nothnagel* и *Politzer*, во Франціи—проф. *Brouardel* и д-ръ *Richardière* и т. д.

Сѣздъ будетъ подраздѣленъ на секціи, посвященныя вопросамъ: 1) анатоміи, 2) физиологіи, физики и биологической химіи, 3) общей патологіи, патологической анатоміи и бактериологіи, 4) терапевтики и фармаціи съ подотдѣлами: а) терапевтика, б) медицин. гидрологіи, в) фармаціи, 5) внутренней патологіи, 6) нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ и криминальной антропологіи, 7) педиатріи, 8) дерматологіи и сифилитологіи, 9) общей хирургіи съ подотдѣлами, 10) офтальмологіи, 11) ото-рино-ларингологіи, 12) одонтологіи, 13) гинекологіи и акушерству, 14) военной и морской медицинѣ и гигиенѣ, 15) гигиенѣ, эпидемиологіи и санитарной техники, 16) судебной медицинѣ и токсикологіи.

Для каждаго отдѣла назначены предсѣдатели и обозначены программныя доклады.

Въ секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней предсѣдательствуетъ *José Maria Esquerdo y Zaragoza*, при секретарѣ *Abdon Sánchez Herrero*. Доклады обозначены слѣдующіе:

1) *Folies toxiques et infectieuses*, докладчикъ *Jerómino Galiano*. 2) *Etio-logie et thérapeutique psychiques*, докладчикъ *Sanchez Herrero*. 3) *Centre de projection et d'association dans le cerveau selon des déterminations de l'ana-*

tomie pathologique actuelle—Bianchi (Naples). 4) Etude clinique de l'agnosie et de l'ymbolie, докладчикъ Simorro y Lacabra. 5) Délimitation de la nature pathologique du delit докладчикъ Rafael Solillas, Marselli (Gênes). 6) De l'intervention de la psychiatrie dans le traitement réformatateur des delinquants, докладчики Alonso Martinez, Lombroso (Turin).

Доклады и пренія будутъ вестись на испанскомъ, французскомъ, англійскомъ, нѣмецкомъ и итальянскомъ языкахъ.

— Администрація XIV Международнаго Медицинскаго Съѣзда въ Мадридѣ извѣщаетъ врачей желающихъ принять въ немъ участіе, что слѣдующія желѣзнодорожныя общества представляютъ скидку членамъ Съѣзда: Сѣверная испанская желѣзная дорога, линія отъ Мадрита къ Сарагосѣ и Аликанте (50%), Трансатлантическая компанія (испанская) (33%), Французскія желѣзныя дороги (Est, Midi, Nord, Ouest, F. L. M., Etat и Orléans) по 50%, Navigazione Generale italiana, пароходныя Общества «Puglia», «Napolitana» и «Siciliana» (безъ продовольствія) 50%.

О дальнѣйшихъ уступкахъ будетъ своевременно сообщено.

Предварительную программу Съѣзда можно получить по первому требованію отъ національнаго комитета (Москва) или главнаго секретаріата (Мадридъ). Всѣ доклады, которые будутъ фигурировать въ окончательной программѣ, слѣдуетъ заявить въ главный секретаріатъ до 1 Января 1903 г.

Членами Съѣзда кромѣ врачей, могутъ быть представители профессій или наукъ, имѣющихъ нѣкоторую общность съ медицинской наукой.

— Съ 10—14 декабря 1902 г. въ Каирѣ подъ высокимъ покровительствомъ Хедива состоится первый конгрессъ египетскихъ врачей. Въ числѣ докладовъ назначены: объ алкоголизмѣ и его успѣхахъ въ Египтѣ (д-ръ Becker), душевное разстройство отъ гашиша (д-ръ Warnock).

— Дѣйствіе правилъ о допущеніи къ научнымъ занятіямъ въ учебно-вспомогательныя учрежденія Военно-Медицинской академіи лицъ женскаго пола, имѣющихъ званіе врача, распространено также и на находящуюся при Академіи клинику душевныхъ и нервныхъ болѣзней. Женщины-врачи допускаются въ эту клинику (срокомъ на 2 года) съ особаго на каждый случай разрѣшенія начальника Академіи и по представленіи директора клиники проф. В. М. Бехтерева. Отъ установленнаго взноса въ 20 руб. женщины-врачи освобождаются.

— Въ Московскій Университетъ поступилъ капиталъ въ 2.200 руб. пожертвованный товарищами и паціентами покойнаго ассистента клиники нервныхъ болѣзней приватъ-доцента Н. М. Верзилова. Проценты съ этого капитала по желанію жертвователей и съ разрѣшенія Министерства Народнаго Просвѣщенія будутъ обращаться на покрытіе платы за одну больную въ названной клиникѣ. Вмѣстѣ съ тѣмъ Министерствомъ разрѣшено присвоить такой бесплатной койкѣ имя ассистента Верзилова и помѣстить надъ ней мраморную доску съ соотвѣтствующей надписью.

— «Новое время» сообщаетъ, что въ ближайшемъ будущемъ предполагается значительно увеличить число больничныхъ флигелей и бараковъ въ Ново-Знаменской городской колоніи душевно-больныхъ.

— Изъ Нижняго Новгорода отъ 30 іюля сообщается, что фабричный врачъ Штюмеръ, психически-больной, выстрѣлилъ въ своей квартирѣ изъ револьвера въ больничнаго врача-психіатра *Агапова*, а затѣмъ сдѣлалъ два выстрѣла въ себя; Агаповъ раненъ въ шею, Штюмеръ въ ногу. Жизнь обоихъ внѣ опасности.

— Старшій врачъ псих. отд. Одесской Городской Больницы д-ръ *Б. И. Воротынский* во время обхода отдѣленія подвергся нападенію со стороны душевно-больнаго. Къ счастью нанесенный больнымъ сильный ударъ не имѣлъ серьезныхъ послѣдствій.

— Одесское уѣздное земство, въ цѣляхъ урегулированія психіатрическаго дѣла въ губерніи, высказалось за измѣненіе системы призрѣнія душевно-больныхъ въ смыслѣ введенія въ Херсонской губерніи семейнаго патронажа, какъ одной изъ формъ призрѣнія, только въ видѣ опыта, и за децентрализацию психіатрической помощи со стороны губернскаго земства путемъ устройства и содержанія отдѣльных психіатрическихъ лечебницъ еще въ 2—3 пунктахъ Херсонской губерніи. Каждая лечебница должна обслуживать два-три уѣзда. (Вр. Газ. № 23).

— Администрація психіатрическаго отдѣленія Одесской городской больницы обратилась въ городскую управу съ докладомъ, въ которомъ указываетъ, что вслѣдствіе отсутствія при лечебницѣ помѣщеній для налатной прислуги, принужденной жить частью внѣ лечебницы, въ слободкѣ, частью въ подвальныхъ помѣщеніяхъ, прислуга является весьма неудовлетворительной и непостоянной. Вслѣдствіе этого д-ръ Воротынский находитъ неотложно необходимой постройку въ самомъ непродолжительномъ времени помѣщенія для служительскаго персонала, достигшаго въ настоящее время 140 человекъ, и проситъ городскую управу ассигновать для этой цѣли 26.392 руб. Кромѣ того, администрація лечебницы проситъ управу войти въ думу съ представленіемъ объ устройствѣ двухъ квартиръ для сверхштатныхъ ординаторовъ, которые въ настоящее время живутъ въ городѣ, что крайне затрудняетъ исполненіе ими своихъ обязанностей. Квартиры могутъ быть передѣланы изъ помѣщеній въ колоніи бывшей кухни, что обойдется 4.575 руб.

— Рязанское губернское земское собраніе XXXVII очередного созыва отпустило въ распоряженіе управы 6000 р. для производства опыта выселенія душевно-больныхъ въ семьи крестьянъ. Рязанское земство еще много лѣтъ тому назадъ первое ввело у себя патронажъ душевно-больныхъ по предложенію д-ра Н. Баженова, но къ сожалѣнію, въ 1887 году патронажъ этотъ былъ уничтоженъ. Содержаніе больныхъ въ Никулинской колоніи посемейнаго призрѣнія обходилось земству отъ 4 до 4 р. 50 к. въ мѣсяцъ. (Спб. Вѣд. 1 іюля).

— Четырехлѣтній *опытъ патронажа* душевно-больныхъ въ Екатеринославской губерніи вызвалъ возраженія со стороны нѣкоторыхъ мѣстныхъ врачей въ виду: 1) вреднаго вліянія больныхъ на мѣстное населеніе, особенно на дѣтей; 2) въ виду чрезмѣрной эксплуатаціи труда больныхъ населеніемъ и недостаточности надзора. («Спб. Вѣд.» 31 іюля).

— Въ настоящее время производится сборъ пожертвованій на постройку и оборудованіе лечебницы для душевно-больныхъ казаковъ Пятигорскаго отдѣла. Больница рассчитана на 20 кроватей и будетъ построена въ станицѣ Горячеводской. Въ случаѣ свободныхъ мѣстъ въ больницу будутъ приниматься и казаки другихъ отдѣловъ Терской области. («Кавказъ»).

— Въ г. Читѣ предполагается построить психіатрическую лечебницу на 20 кроватей. Ассигновано на лечебницу около 25 т. руб., а на содержаніе и леченіе будетъ отпускаться около 700 р. ежегодно на каждого больного.

— Въ Мауэръ-Элингѣ въ двухъ часахъ ѣзды отъ Вѣны недавно открыта новая лечебница и убѣжище для 100 душевно-больныхъ. Расходы по сооруженію достигли 4-хъ милліоновъ кронъ; все учрежденіе состоитъ изъ 40 грандіозныхъ строеній.

— 22 августа скончался Рудольфъ Вирховъ, имя котораго пользовалось огромнѣйшей популярностью, какъ творца целлюлярной патологіи, великаго біолога-философа, антрополога, извѣстнаго своими работами въ области психіатра, общественнаго и политическаго дѣятеля. Умеръ Вирховъ 82 лѣтъ.

— Скончался Леопольдъ Шенкъ, эмбриологъ и бывшій руководитель эмбриологическаго института въ Вѣнѣ.

— На дняхъ исполнилось 70-лѣтіе со дня рожденія знаменитаго философа-психолога Вильгельма Вундта, являющагося выразителемъ новаго направленія въ психологіи, основанной на данныхъ положительной наукѣ. Чествованіе юбиляра отложено въ виду того, что Вундтъ находится пока не въ Лейпцигѣ, гдѣ состоитъ профессоромъ. Университетъ послалъ ему свои поздравленія, а городъ Лейпцигъ поднесетъ ему по возвращеніи дипломъ почетнаго гражданина. (Рус. Вѣд.).

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и бібліотеку Общества:

Д-ръ А. Е. Янишевскій. О техникѣ перерѣзки мозолистого тѣла при экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ.

И. В. Сожинъ. Вліяніе алкоголя на развивающійся организмъ. Петербургъ. 1902.

В. М. Бехтеревъ. Сифилисъ центральной нервной системы.

Записки Уральского Медицинскаго Общества въ Екатеринбургѣ, VII годъ.

Серія диссертациі Юрьевского Университета 1901—2 г.

А. Флѣровъ. Флора Владимірской губерніи. Москва. 1902 г.

Академика В. М. Бехтерева. Обь объективныхъ признакахъ расстройства чувствительности при такъ называемыхъ травматическихъ неврозахъ.

Его-же. О расстройствахъ въ сферѣ чувственного воспріятія у душевно-больныхъ.

Его-же. О подчревномъ рефлексѣ.

Его-же. О двухъ рѣдкихъ формахъ личнаго тика.

Его-же. О насильственномъ смѣхѣ въ видѣ приступовъ, сопровождающихся тонической судорогой и чувствомъ шекотанія въ лѣвой рукѣ.

Его-же. Обь острой мозжечковой атаксін.

Его-же. О ритмическихъ судорогахъ и автоматическихъ движеній истеричныхъ.

Его-же. О выдѣленіи различныхъ системъ спинного мозга по методу развитія.

Его-же. О корковыхъ центрахъ суженія и расширенія зрачка въ заднихъ частяхъ полушарій обезьянъ.

Его-же. О корковомъ зрительномъ центрѣ.

Его-же. О леченіи Виттовой пляски.

Его-же. О переднемъ внутреннемъ пучкѣ боковыхъ столбовъ спинного мозга.

Его-же. О пояснично-бедренномъ рефлексѣ.

Его-же. О рефлексахъ въ области лица и головы.

Его-же. О глазномъ рефлексѣ.

Его-же. О психическихъ расстройствахъ глотанія.

Его-же. Обь оперативномъ вмѣшательствѣ при хорейческой падучей.

Его-же. Обь акроміальномъ или верхушечномъ рефлексѣ.

Его-же. Къ вопросу о первоначальномъ возникновеніи союза психіатровъ и невропатологовъ.

Его-же. О малоизвѣстной системѣ волоконъ, проходящей по периферіи передне-наружнаго отдѣла шейной части спинного мозга.



Объявленія.

На 1902 годъ

(десятый годъ изданія).

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЪ „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 выходить по прежнему періодически четырежды 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.

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,

но отдѣлъ 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 обозрѣнія текущихъ событій медицинской жизни принялъ на себя бывшій редакторъ «Общественно-санитарнаго Обозрѣнія», завѣдующій санитарнымъ бюро С.-Петербургской Губернской Земской Управы д-ръ И. 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 съѣздахъ 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 обозрѣнія главнѣйшихъ произведеній русской и иностранной медицинской литературы.

IV. Корреспонденціи.

V. Отчеты о больничныхъ совѣщаніяхъ по научному отдѣлу, о засѣданіяхъ медицинскихъ обществъ, о медицинскихъ съѣздахъ, 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.-Петербургѣ.

VI. Критика и библіографія.

VII. Обозрѣніе текущихъ событій медицинской жизни; мелкія сообщенія; свравочныя свѣдѣнія; данныя о движеніи больныхъ въ С.-Петербургскихъ 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. Морева подъ фирмою Н. Фену и К^о (С.-Петербургъ, Невскій просп., 90—92, телефонъ № 1323) и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Для ознакомленія съ газетою отдѣльныя №№ можно пріобрѣтать по 20 к. въ книжномъ магазинѣ Н. Н. Морева.

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 вѣсѣмъ 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 вѣсѣмъ отраслямъ медицины.
- 4) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, о докторскихъ диспутахъ и вообще о вѣсѣхъ событіяхъ, касающихся врачей.
- 5) Письма изъ главнѣйшихъ западно-европейскихъ культурныхъ центровъ о состояніи медицинскихъ и врачебныхъ вопросовъ въ иностранныхъ государствахъ.
- 6) Рецензіи и библиографіи 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 лицъ на поприщѣ медицины.
- 10) Списокъ защищенныхъ диссертацийъ въ русскихъ медицинскихъ факультетахъ.
- 11) Служебныя назначенія и перемѣщенія 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» просятъ 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. Риккертъ въ С.-Петербургѣ (Невскій, 14), а также во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

1902. ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА НА ГОДЪ П.

Журналъ Невропатологіи и Психіатріи

ИМЕНИ 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.



Подписка на 1902 годъ на журналъ „ДѢЯТЕЛЬ“.

СЕДЬМОЙ ГОДЪ ИЗДАНИЯ

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

- 1) Правительственныя распоряженія.
- 2) Статьи литературнаго, экономическаго, гигиеническаго, педагогическаго и медицинскаго содержанія.
- 3) Повѣсти, рассказы, стихотворенія и другія статьи бытового, нравственнаго и историческаго содержанія.
- 4) Письма изъ провинціи.
- 5) Свѣдѣнія, полезныя въ жизни.
- 6) Изъ жизни и печати.

- 7) Свѣдѣнія о дѣятельности благотворительныхъ учреждений.
- 8) Борьба съ пьянствомъ въ Россіи и другихъ странахъ.
- 9) Свѣдѣнія о дѣятельности обществъ Трезвости въ Россіи и за границею.
- 10) Протоколы Казанскаго Общества Трезвости.
- 11) Критика и библиографія.
- 12) Объявленія.

Подписная цѣна, только за полный годъ, 2 рубля.

Журналъ за 1897 годъ допущенъ Ученымъ Комитетомъ Министер. Народ. Просвѣщ. въ бесплатныя народныя библіотеки и читальни.

Выписывающіе за 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902 годы платятъ
12 рублей.

Адресъ редакціи (Казань, Типографія Университета).

Черезъ редакцію журнала „ДѢЯТЕЛЬ“ можно пріобрѣтать 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.
- О пьянствѣ и его вредныхъ послѣдствіяхъ. П. Максименко. . . » р. 10 к.
- Спиртные напитки, какъ располагающая причина къ разнаго рода злоупотребленіямъ человѣка Проф. И. М. Догеля. (Одобр. Ученымъ Комит.) » р. 40 к.
- Высокопреосвященнѣйшій Владиміръ (некрологъ), съ портретомъ. Проф. А. И. Александрова » р. 10 к.
- Важно-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. О. 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.

Редакторъ-издатель А. Т. 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 ученымъ командировкамъ и извлеченія изъ нихъ; научныя работы студентовъ, а также рекомендованные факультетами труды постороннихъ лицъ.

II. Въ отдѣлѣ критики и библіографіи: профессорскія рецензіи на магистерскія и докторскія диссертации, представляемыя въ Казанскій университетъ, и на студентскія работы, представляемыя въ Россіи и заграничѣ книгахъ и сочиненіяхъ по всѣмъ отраслямъ знанія; библіографическіе отзывы и замѣтки.

III. Университетская лѣтопись: извлеченія изъ протокола засѣданій Совѣта; отчеты о диспутахъ, статьи, посвященныя обзорѣнью коллекцій и состоянію учебно-вспомогательныхъ учрежденій при университетѣ, біографическіе очерки и некрологи профессоровъ и другихъ лицъ, стоявшихъ близко къ Казанскому университету, обзорѣнія преподаванія распредѣленія 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.

Ученныя Записки выходятъ ежемѣсячно 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.*

Стр.

Рефераты по психіатріи и невропатологіи.

Prof. *Th. Ziehen*. Ueber die allgemeinen Beziehungen zwischen Gehirn und Seelenleben. Leipzig. 1902.—173. *Marie et Guillaïn*. Ramollissement du genou du Corps calleux.—175. *Ballet et Bauer*. Vitiligo et tabes.—176. *E. Kalmus*. Случай дегенерации съ рѣдкимъ признакомъ вырожденія.—177. D-r. *Aurel v. Zlatorovic*. Къ вопросу о пеллагрѣ . . 179.

Хроника и смѣсь 185.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и бібліотеку Общества 192.

Объявленія 193.



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 невропатологii и психіатріи съ судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологii и эмбриологii нервной системы, нервной физиологii и психологii.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи повсѣмъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературныя обзоры, рефераты и рецензіи, относящіяся къ тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается въ редакціи (Казань, Университетъ психо-физиологическая лабораторія) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всѣми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльныхъ выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приему помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться въ редакцію (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ» просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. 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 предсѣдателя (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.