

мкр 7081

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

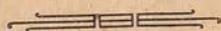
Общества невропатологовъ и психіатровъ при Импе-
раторскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

проф. В. М. Бехтерева, проф. Н. М. Попова, проф. Н. А. Миславскаго и
(Петроградъ), (Одесса), (Казань),

проф. В. П. Осипова.
(Петроградъ).

Томъ **XXIII** вып. **1-2.**



Казань.

Типо-литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1916.

мер 6920

миср 708

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

проф. В. М. Бехтерева, проф. Н. М. Попова, проф. Н. А. Миславскаго и
(Петроградъ), (Одесса), (Казань),

проф. В. П. Осипова.
(Петроградъ).

Томъ **XXIII** Вып. **1-2**. 5-7

СОДЕРЖАНІЕ

Оригинальныя статьи:

Д. Полумордвинговъ. Къ физиологій чревныхъ нервовъ.

Н. Е. Осокинъ. Краткій обзоръ литературы о нервно-душевныхъ заболѣваніяхъ военнаго времени.

А. Андреевъ. Случай парціальной эпилепсїи, лѣченный хирургическимъ путемъ.

Е. Н. Архангельская. Развитие микседемы у раненаго.

Т. Е. Сегаловъ. Къ вопросу о сущности контузій современными артиллерійскими снарядами.

С. Н. Кипшидзе. О вторичныхъ перерожденіяхъ при очагѣ въ передней половинѣ височной доли.

В. И. Рудневъ. О сознаніи личности у параноика.

И. Н. Спиртовъ. Приборъ для фонографірованія человѣческой рѣчи въ помѣщеніи, гдѣ находится говорящій и безъ обращенія чѣмъ либо его вниманію на этотъ процессъ.

Х. И. Протопоповъ. Комбинированія заболѣванія желѣзо-внутренней секретіи въ клиникѣ нервныхъ болѣзней.

Хроника и смѣсь.

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Объявленіе.

Казань.

Типо-литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1916.

пер 692

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

	<i>Стр.</i>
Д. Полумордвинова. Къ физиологін чревныхъ нервовъ.	1
Н. Е. Оссиача. Краткій обзоръ литературы о нервно-душавныхъ заболѣваніяхъ военнаго времени	13
Н. А. Андреева. Случай парціальной эпилепсін, лѣченный хи- рургическимъ путемъ	41
Е. Н. Архангельской. Развитие микседемы у раненаго.	50
Т. Е. Сегатоза. Къ вопросу оущности конгузій современными артиллерійскими снарядами.	59
С. Н. Кипшидзе. О вторичныхъ перерожденіяхъ при очагѣ въ передней половинѣ височной доли	68
В. И. Руднева. О сознаниі личности у параноика	103
И. Н. Спиртова. Приборъ для фонографированія человеческой рѣчи внѣ помѣщенія, гдѣ находится говорящій и безъ обращенія чѣмъ либо его вниманія на этотъ процессъ	122
Х. И. Протопопова. Комбинированныя заболѣванія желѣзь вну- тренней секретіи въ клиникѣ нервныхъ болѣзней	143
Хроника и смѣсь	159
Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Импе- раторскомъ Казанскомъ Университетѣ	167
Объявленіе.	

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

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

Къ физиологіи чревныхъ нервовъ.

Проф. Д. ПОЛУМОРДВИНОВА.

(По опытамъ студ. И. П. Разенкова).

Объ отношеніи чревныхъ нервовъ къ мочевому пузырю въ литературѣ имѣются довольно скудныя указанія.

Zeissl¹⁾ признаетъ существованіе въ этихъ нервахъ двигательныхъ волоконъ, такъ какъ раздраженіемъ большихъ чревныхъ нервовъ ему удавалось вызывать сокращенія пузыря.

Какимъ путемъ эти волокна достигаютъ до мочевого пузыря, авторомъ оставлено невыясненнымъ; онъ могъ лишь убѣдиться, что послѣ двусторонней перерѣзки п. п. hypogastrici и erigentes, т. е. послѣ перерѣзки всѣхъ двигательныхъ нервовъ пузыря, раздраженіе чревныхъ нервовъ переставало давать эффектъ.

Эти данныя нашли себѣ подтвержденіе въ работѣ Власова²⁾; онъ также наблюдалъ сокращенія пузыря при раздраженіи большихъ чревныхъ нервовъ и притомъ не только при одновременномъ раздраженіи обоихъ,—праваго и лѣваго.—нервовъ, какъ это было въ опытахъ Zeissl'я, но и одного ствола. Перерѣзка п. п. erigentes при сохраненныхъ п. п. hypogastrici уничтожала эффектъ; такимъ образомъ, двигательныя волокна чревныхъ нервовъ направляются къ пузырю черезъ п. п. erigentes.

¹⁾ Wiener Klin. Woch. 1896. № 20.

²⁾ Власовъ. Иннервація движеній мочевого пузыря. 1903.



Этимъ исчерпывается все, что извѣстно о роли чревныхъ нервовъ, причѣмъ сказанное относится лишь къ *большимъ чревнымъ нервамъ*, п. п. *splanchnici majores*.

Что же касается *малыхъ чревныхъ нервовъ*, п. п. *splanchnici min.*, то, насколько мнѣ извѣстно, послѣдніе остаются до настоящаго времени неизученными.

Совершенно невыяснено также ихъ отношеніе къ *rectum*; въ то время какъ вопросъ о роли большихъ чревныхъ нервовъ въ иннервации *recti* трактуется въ цѣломъ рядѣ работъ, соотвѣтствующихъ указаній относительно малыхъ чревныхъ нервовъ въ литературѣ не имѣется.

Возвращаясь къ большимъ чревнымъ нервамъ, я долженъ сказать, что путь устанавливаемый для двигательныхъ волоконъ Власовымъ, п. п. *splanchnici maj.—n. n. erigentes*, представляется мнѣ съ анатомической стороны неяснымъ; если основываться на уже извѣстныхъ анатомическихъ отношеніяхъ, то трудно допустить, чтобы волокна чревныхъ нервовъ могли принимать участіе въ образованіи крестцоваго сплетенія.

Скорѣе слѣдовало бы предполагать, что указанныя волокна направляются изъ солнечнаго сплетенія въ *gangl. mesent. inf.*, такъ какъ между ними существуетъ несомнѣнный анастомозъ; если же это дѣйствительно такъ, то дальнѣйшій путь ихъ въ пузырю долженъ идти черезъ п. п. *hypogastrici*, но не черезъ п. п. *erigentes*; хорошо извѣстно, что между нижнимъ брыжеечнымъ узломъ и *plexus sacralis* никакой связи не существуетъ.

Выясненіемъ всѣхъ этихъ вопросовъ занимался въ моей лабораторіи студ. И. П. Разенковъ; полученные имъ результаты и являются содержаніемъ настоящей статьи.

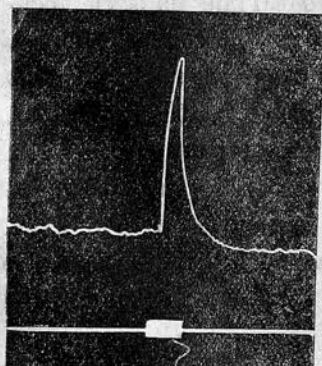
Опыты И. П. Разенкова произведена на собакахъ. Движенія мочевого пузыря регистрировались съ помощью тонкостѣннаго баллона, навязаннаго на оливообразный конецъ

короткаго металлическаго катетера; послѣдній вводился черезъ небольшой разрѣзь въ верхушкѣ пузыря и фиксировался при помощи кисетнаго шва.

Для записи движеній *recti* вводился *per anum* длинный металлическій катетеръ также съ баллономъ на концѣ; и закрѣплялся такъ, чтобы баллонъ находился на глубинѣ 7—9 сант. т. е. выше внутренняго сфинктера. Баллоны выполнялись теплою водою и соединялись обычнымъ для даннаго приема записи образомъ съ Маревскими капсулами. Для раздраженія нервовъ употреблялись погружные электроды; иногда для цѣлей контроля примѣнялись и ручные электроды. Часть опытовъ поставлена на кураризованныхъ животныхъ, часть на морфинизированныхъ.

Nn. splanchnici min.

Раздраженіе одного малаго чреваго нерва (обычно, лѣваго) давало ясное сокращеніе мочевого пузыря; (крив. № 1) лишь въ 2-хъ опытахъ изъ 7 раздраженіе оказалось неэффективнымъ.



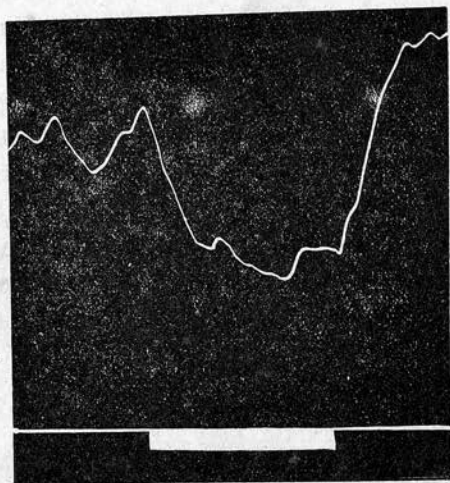
Крив. № 1. Сокращеніе мочевого пузыря при раздраженіи п. *splanchn. min. sin.* Разст. спир. 100 мм. Морфій.

Не менѣ постояннымъ оказалось вліяніе этихъ нервовъ и на *rectum*, но здѣсь оно имѣло всегда противоположный характеръ; развивался тормозящій эффектъ въ формѣ расслабленія *recti* съ прекращеніемъ ритмическихъ движеній (крив. № 2).

Nn. splanchnici maj. обнаружили совершенно такое же дѣйствіе: при раздраженіи одного изъ нихъ, обычно опять таки лѣваго, развивалось сокращеніе пузыря и расслабленіе *recti* (крив.

вая № 3).

Изъ 12 опытовъ лишь въ 2 раздраженіе не дало никакого эффекта на пузырь, и въ 3—на гестум.



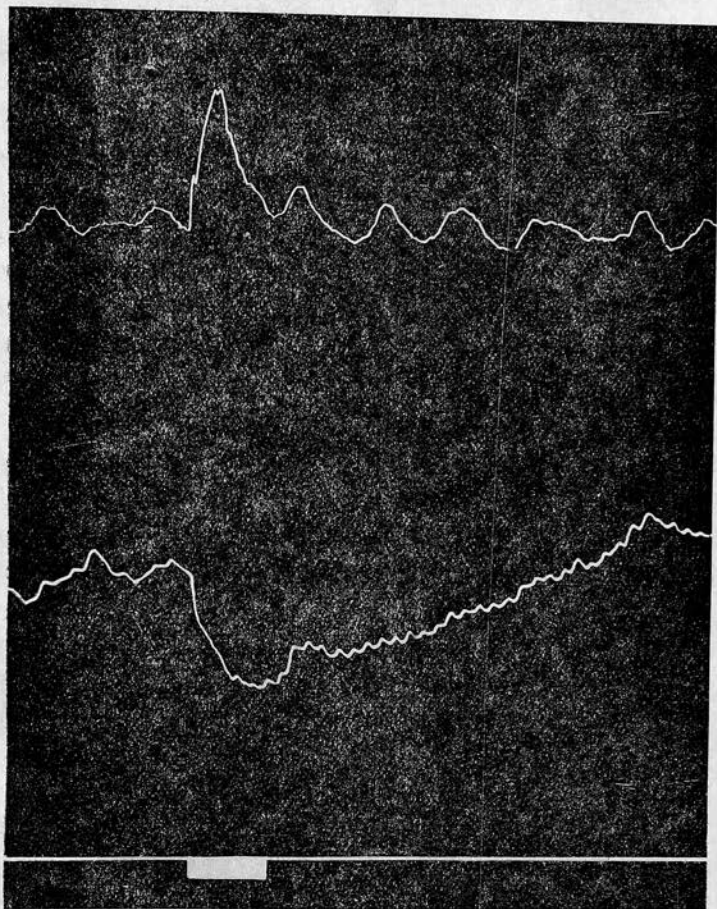
Крив. № 2. Разслабленіе гесті при раздраженіи п. splanchnici min. sin. Разст. спир 60. мм. Морфій.

Считаю излишнимъ отмѣтить, что вліяніе малыхъ чревныхъ, нервовъ, несмотря на то, что изъ 3 составляющихъ его стволиковъ можно было одновременно раздражать лишь два (верхніе), было выражено нисколько не слабѣе, чѣмъ то, которое обнаруживалось при раздраженіи гораздо болѣе развитыхъ большихъ чревныхъ нервовъ; слѣдуетъ, такимъ образомъ, предположить, что волокна, о которыхъ идетъ рѣчь, по выходѣ изъ спинного мозга распредѣляются довольно равномерно между обоими, большимъ и малымъ, чревными нервами.

Въ составѣ этихъ нервовъ они направляются къ солнечному сплетенію.

Съ цѣлю выясненія дальнѣйшаго хода ихъ авторъ произвелъ въ рядѣ опытовъ перерѣзку тѣхъ тонкихъ нервныхъ нитей, которыя соединяютъ солнечное сплетеніе, (включая сюда и gangl. mesent. sup.) съ нижнимъ брыжжечнымъ узломъ.

Опыты эти показали, что послѣ перерѣзки анастомоза всякое вліяніе со стороны какъ большихъ, такъ и малыхъ

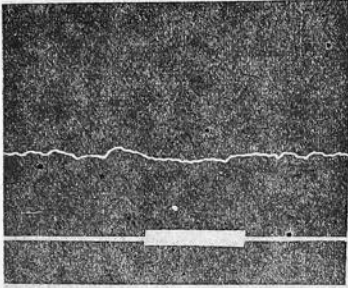


Крив. № 3. Сокращеніе пузыря (верхняя запись) и расслабленіе recti при раздраженіи *p. splanchn. maj. sin.* Разст. спир. 100 мм. Кураре.

чревныхъ нервовъ на пузырь и rectum превращалось, несмотря на раздраженіе ихъ токами значительно большей силы. (Крив. № 4).

Между тѣмъ, раздраженіе периферическаго конца перерѣзаннаго или перетянутого лигатурой анастомоза продолжало

давать тотъ же эффектъ, какой наблюдался при раздраженіи чревныхъ нервовъ до перерѣзки. (Крив. № 5).



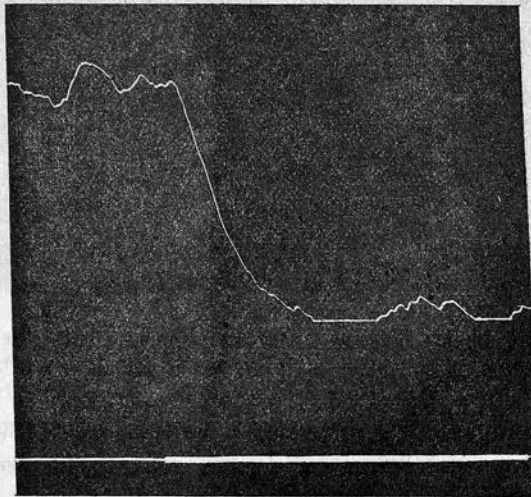
Крив. № 4. Раздраженіе *n. splanchn. min. sup.* послѣ перерѣзки анастомоза. Тотъ же опытъ, къ которому относится крив. № 1.

лѣе въ анастомозъ и по этому послѣднему спускаются къ нижнему брюжеечному узлу.

Считаясь съ имѣющимся указаніемъ на то, что двигательныя волокна пузыря изъ большихъ чревныхъ нервовъ

О двигательномъ эффектѣ на пузырь при раздраженіи анастомоза можно судить по крив. № 6, заимствованной изъ опыта, о которомъ рѣчь будетъ нѣсколько ниже.

Итакъ, авторъ могъ убѣдиться, что описываемыя волокна чревныхъ нервовъ, достигнувъ солнечнаго сплетенія, вступаютъ да-



Крив. № 5. Расслабленіе *recti* при раздраженіи периф. конца анастомоза. Разст. спир. 100 мм. Кураре.

идутъ черезъ *n. n. erigentes*, авторъ произвелъ нѣсколько опытовъ съ двусторонней перерѣзкой этихъ послѣднихъ нервовъ.

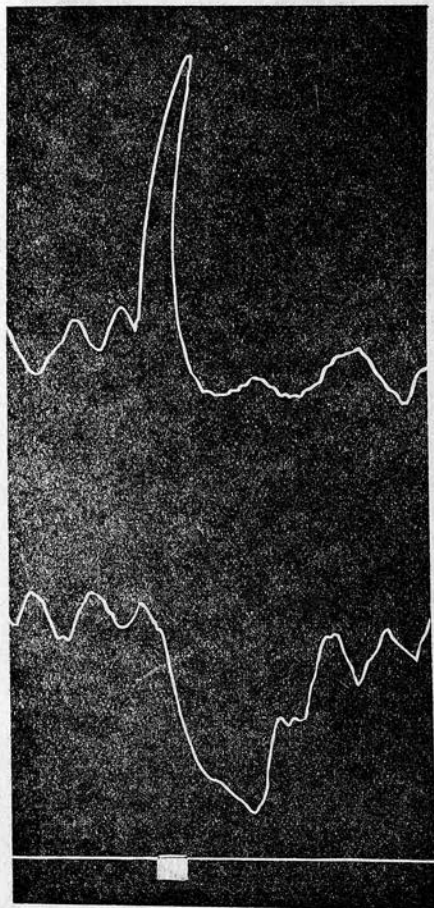
Раздражая большіе и малые чревные нервы и анастомозъ, до и послѣ перерѣзки, онъ убѣдился, что п. п. erigentes никакого отношенія къ указаннымъ волокнамъ не имѣютъ.



Крив. № 6. Сокращеніе пузыря и расслабленіе recti при раздраженіи периф. конца анастомоза. Оба п. п. erigentes перерѣзаны. Разст. спир. 120 мм. Кураре.

Крив. № 6 взята изъ опыта, гдѣ раздраженіе какъ большого, такъ и малаго чревнаго нерва дало обычную картину, сокращеніе пузыря и расслабленіе recti; затѣмъ были пере-

рѣзаны оба п. п. erigentes; какого либо вліянія на результатъ раздраженія выключеніе этихъ нервовъ не оказало; но послѣ того, какъ былъ перерѣзанъ анастомозъ, эффектъ выпалъ. Раздраженіе периф. конца его давало сокращеніе пузыря и расслабленіе гесті (Крив. № 6) не смотря на то, что оба п. п. erigentes были, какъ я только что указалъ, перерѣзаны.



Крив. № 7. Раздраженіе п. hypogastrici dex. Разст. спир. 70 мм. Морфій. Верхняя запись принадлежит пузырю, нижняя—rectum.

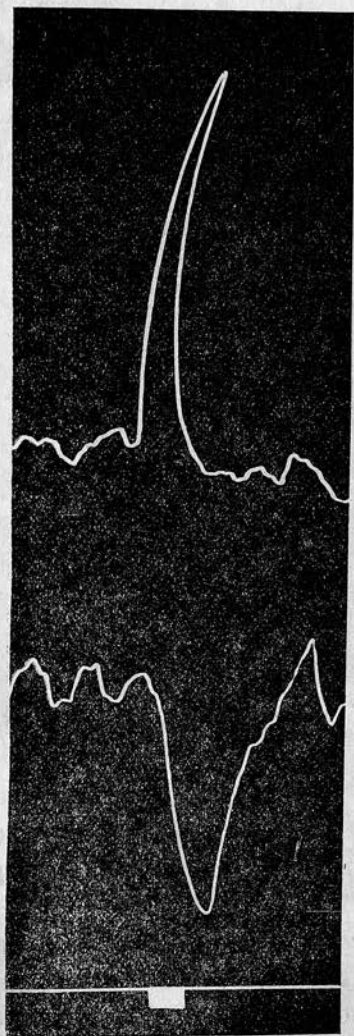
Когда, наконецъ, были перерѣзаны всѣ вѣтви нижняго брыжжечнаго узла т. е. п. п. hypogastrici и п. mesent. inf., раздраженіе анастомоза перестало быть дѣйствительнымъ.

Такимъ образомъ, описываемыя волокна, спустившись до gangl. mesent inf, идутъ дальше по его вѣтвямъ, минуя п. п. erigentes. Вмѣстѣ съ волокнами, начавшимися отъ вѣтвей узла, они направляются къ rectum по тремъ вѣтвямъ его, къ пузырю ли лишь по п. п. hypogastrici (Крив. №№ 7, 8, 9, взятая изъ одного и того же опыта).

Крив. № 10 подтверждаетъ въ нѣскольکو иной формѣ установленный авторомъ

фактъ, что двигательныя волокна чревныхъ нервовъ направ-

ляются къ пузырю, минуя п. п. erigentes, черезъ п. п. hypogastrici.



Крив. № 8. Раздраженіе п. hypogastrici sin Разст. спир. 70 мм.

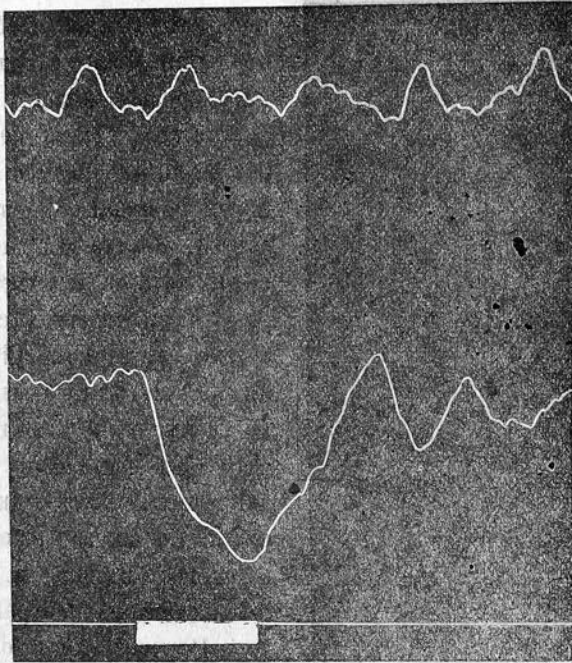
Въ этомъ опытѣ послѣ предварительнаго, пробнаго раздраженія лѣваго большого чревнаго нерва, даваго обычный результатъ, были перерѣзаны оба п. п. hypogastrici. Раздраженіе чревнаго нерва теперь уже не давало сокращенія пузыря, хотя п. п. erigentes были цѣлы; чтоже касается до gestum, то тормозящій эффектъ хотя и замѣтно ослабъ, тѣмъ не менѣе продолжалъ развиваться въ достаточно отчетливой формѣ, такъ какъ одинъ изъ путей для задерживающихъ волоконъ, именно п. mesent. inf., оставался сохраннымъ.

Изучивъ ходъ описываемыхъ волоконъ, авторъ далѣе выяснилъ отношеніе ихъ къ нервнымъ вѣтвкамъ солнечнаго сплетенія, примѣнивъ для этой цѣли методъ перерожденія.

Перерѣзка лѣваго большого чревнаго нерва; нервы взяты для изслѣдованія черезъ 14 дней; обработка осміемъ, расщепы.

Перерожденные волонна периферическаго конца перерѣзаннаго чревнаго нерва прослѣживаются до солнечнаго сплетенія; въ анастомозѣ, въ обоихъ п. п. hypogastrici и

п. n erigentes, въ п. mesenter. inf. перерожденныхъ волоконъ не оказалось.



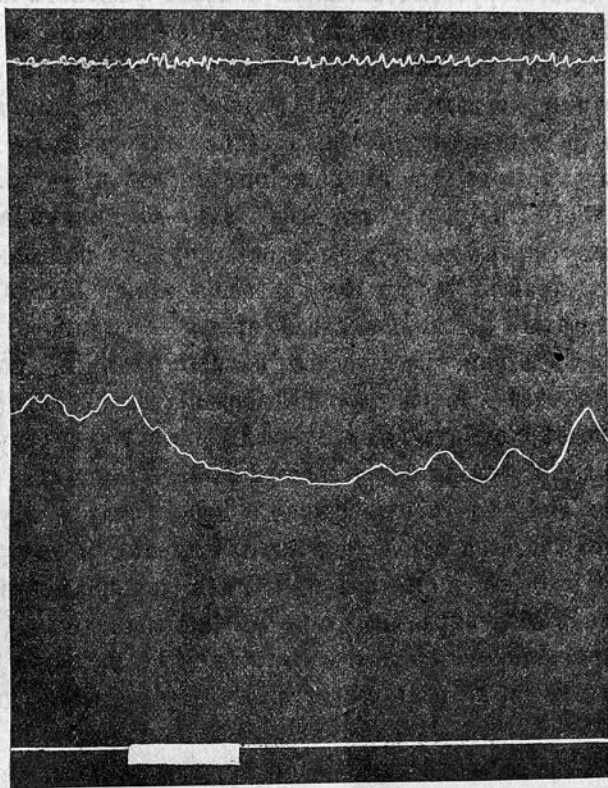
Крив. № 9. Раздраженіе. п. mesent. inf. Разст. спир. 76 мм.

Перерѣзка леваго малаго чреваго нерва; нервы взяты для изслѣдованія черезъ 6 дней; результатъ тотъ же: до солнечнаго сплетенія нервы перерождены, за сплетеніемъ перерожденныхъ волоконъ нѣтъ.

Перерѣзка большаго и малаго чревныхъ нервовъ (лѣвой стороны); черезъ 12 дней. До сплетенія воловна перерождены; за сплетеніемъ въ анастомозѣ найдены 3 перерожденныхъ воловна, которыя могли быть прослѣжены до нижняго брыжжеечнаго узла; за этимъ послѣднимъ перерожденныхъ волоконъ не оказалось.

Такимъ образомъ, воловна чревныхъ нервовъ, имѣющія отношеніе къ движеніямъ пузыря и гесті, доходятъ лишь до

солнечнаго сплетенія и заканчиваются на клѣткахъ этого послѣдняго; лишь ничтожная часть идетъ дальше до нижняго брыжжеечнаго узла. Въ клѣткахъ plexus solaris начинается новая система волоконъ, которая и направляется описаннымъ выше путемъ къ указаннымъ органамъ.



Кривъ № 10. Раздраженіе n. splanchn. maj. sin. Разст. спир. 70 мм.
N. n. pylorogastrici перерѣзаны. Верхняя запись принадлежитъ
пузырю. Морфій.

Въ моей предыдущей *) статьѣ, основанной на матеріалѣ, полученномъ тѣмъ же авторомъ, указывается, что въ блуждающихъ нервахъ также содержатся волокна, которые связаны съ пузыремъ и гестумъ; при раздраженіи ихъ (въ грудной полости) наблюдаются тѣже самыя явленія, что и при

*) Къ физиологіи блуждающихъ нервовъ. Невролог. Вѣстникъ XXII. 1915.

раздраженіи чревныхъ нервовъ; одинаково отношеніе ихъ въ клѣткамъ солнечнаго сплетенія, одинаковъ и дальнѣйшій ходъ; однимъ словомъ, мы имѣемъ здѣсь двѣ системы волоконъ функціонально однородныхъ, отличающихся другъ отъ друга лишь своимъ происхожденіемъ.

Схематизируя выяснившіяся анатомио-фізіологическія отношенія, мы можемъ принять, что въ солнечномъ сплетеніи среди клѣтокъ различнаго функціональнаго значенія имѣются двѣ группы нервныхъ клѣтокъ: двигательныя для мочевого пузыря и задерживающія для rectum; онѣ связаны какъ съ спиннымъ мозгомъ (п. п. splanchnici), такъ и съ головнымъ (п. п. vagi) При посредствѣ этихъ клѣтокъ и начинающихся отъ нихъ системъ послѣузловыхъ волоконъ на состояніи указанныхъ органовъ могутъ связываться вліянія, исходящія изъ продолговатаго мозга и среднихъ отдѣловъ спинного.

На основаніи постоянства и силы реакціи, развивающейся въ отвѣтъ на раздраженіе нервовъ, слѣдуетъ признать, что наиболѣе важную роль въ дѣлѣ развитія и регулированія движеній пузыря и recti какъ и вообще толстыхъ кишекъ, играютъ нижніе сегменты спинного мозга, откуда идутъ двигательныя волокна въ составѣ п. п. erigentes и задерживающія въ составѣ п. п. mesenterici (п. п. splanchnici inf.) Замѣтно слабѣе выражено, хотя все еще значительно, вліяніе среднихъ отдѣловъ спинного мозга; что же касается продолговатаго мозга, то роль его должна быть признана наименѣе важной.

На прилагаемой схемѣ сопоставлены данныя, приведенныя въ этой работѣ, съ тѣмъ, что является уже достаточно прочно установленнымъ по вопросу объ иннерваціи пузыря и recti у высшихъ животныхъ; замѣчу лишь, что анатомическія отношенія, хотя и схематизированныя, ближе всего стоятъ къ тѣмъ, какія существуютъ у собакъ. Пунктиромъ обозначены нервные элементы съ тормозящей функціей.

Краткій обзоръ литературы о нервно-душевныхъ заболѣваніяхъ военнаго времени.

Д-ра мед. Н. Е. ОСОЛІНА.

Приводимый ниже очеркъ имѣетъ своей цѣлью дать представленіе о нѣкоторыхъ работахъ, относящихся къ нервно-душевному заболѣваніямъ и раненіямъ нервной системы за 2-й годъ войны. Въ отчетномъ году появилось немало работъ въ этомъ направленіи, имѣющихъ очень большой научный и практической интересъ. Въ особенности посчастливилось невропатологіи во Франціи, гдѣ, благодаря устройству значительнаго количества психо-неврологическихъ центровъ какъ въ районѣ дѣйствующихъ армій, такъ и внутри страны, явилась возможность наиболѣе планомерно поставить наблюденіе за всѣми нервно и душевно-больными воинами и въ сравнительно короткое время дать отвѣтъ на цѣлый рядъ вопросовъ, выдвинутыхъ войной. Нѣмецкими авторами также подведены итоги по многимъ вопросамъ, связаннымъ съ заболѣваніями и раненіями нервной системы въ теченіе настоящей мировой войны. Въ отечественной психіатрической и неврологической литературѣ наибольшее число работъ посвящено психоневрозамъ, развивающимся при различныхъ условіяхъ боевой обстановки. Изученіе клинической картины, свойственной этимъ заболѣваніямъ, представляется интереснымъ и само по-себѣ и въ томъ отношеніи, что оно проливаетъ новый свѣтъ на ученіе о травматическомъ неврозѣ мирнаго времени.

Pierre Marie. (Service neurol. militarisé de la Salpêtrière. Revue neurol. 1915 № 23—24), резюмируетъ сдѣланныя имъ наблюденія, частью уже опубликованныя раньше. Большинство ихъ касается *периферическихъ* поврежденій огнестрѣльными снарядами. Съ анатомической точки зрѣнія дѣло сводится или къ полной перерѣзкѣ нерва съ образованіемъ невроты на центральномъ концѣ или частичнымъ поврежденіемъ. Исслѣдованіе обнаженнаго нерва электричествомъ обнаруживаетъ въ нервахъ извѣстное распределеніе волоконъ съ опредѣленной функціей. Каждый нервъ обладаетъ своей индивидуальностью, благодаря чему поврежденіе одного нерва ведетъ болѣе къ паралитическимъ явленіямъ, другого къ разстройству чувствительности. Ни въ одномъ случаѣ не наблюдалось аграваціи. При оперативномъ пособіи излеченіе часто очень быстрое.

Пораженія спинного мозга: поврежденія шейнаго отдѣла, несмотря на тяжелые симптомы при началѣ, даютъ лучшее предсказаніе, чѣмъ поврежденіе другихъ отдѣловъ. Случаи *пораненія черепа* дали возможность наблюдать разнообразныя разстройства слухового аппарата, со стороны лабиринта, афазическія явленія, приступы Джексоновской эпилепсіи, разнообразныя головныя боли. Кромѣ того при тангенціальномъ раненіи черепа имѣла мѣсто спазмотическая параплегія, при поврежденіи затылочной доли разстройства зрительныя. Что касается афазіи, то она сопровождается почти всегда ослабленіемъ интеллекта и даже при улучшеніи ея остаются частичныя разстройства.

Разстройства безъ органическихъ измѣненій. Въ эту категорію входили рѣдкіе сами по-себѣ случаи симуляціи, очень частые случаи аграваціи, и наконецъ явленія истеріи и пѣтіатизма. Въ концѣ отчета приложенъ библиографическій указатель работамъ автора и его ближайшихъ сотрудниковъ, изданныхъ по поводу заболѣваній нервной системы военнаго времени.

Souques (Hopital à Villejuif) вкратцѣ реферируетъ нѣсколько своихъ работъ, посвященныхъ патологіи головного и спинного мозга, а также периферической нервной системы въ связи съ военными условіями. Сюда относятся: о частотѣ параличей и контрактуръ или псевдоконтрактуръ истеро-травматическаго характера, искривленія туловища при травмѣ спины и поясницы, значеніе изслѣдованія спинномозговой жидкости, по вопросу о вялой параплегии съ анестезіей и отсутствіемъ сухожильныхъ рефлексовъ въ связи съ закономъ Bastian'a, о спинальной эпилепсіи вслѣдъ за раненіемъ пяточной кости, особомъ видѣ расстройства мѣстной температуры на пораженномъ участкѣ при раненіи нервовъ и наконецъ синестезаалгіи (см. ниже).

Claude (Centre neurol. de la 8 Region Bourges). Авторъ отчета разсматриваетъ различные типы заболѣваній, наиболѣе обстоятельно изучивъ *поврежденія периферической нервной системы*. Съ анатомической точки зрѣнія эти послѣднія дѣлятся на слѣдующіе виды: контузіи нервовъ безъ сдавливанія или разрыва, сдавленія нервовъ соединительно-тканными разраженіями съ явленіями (или безъ нихъ) склероза нервныхъ волоконъ, неполный разрывъ нерва съ разраженіемъ новообразованной соединительной ткани и невроматозомъ; полный разрывъ нерва на двѣ части и перерѣзка нерва съ удержаніемъ связи между отдѣленными концами або путемъ соединительно-тканнаго тяжа, либо путемъ сохранившагося нервнаго пучка. Клиническое наблюденіе не всегда даетъ возможность опредѣлить точно степень нарушеній въ нервѣ. Вотъ почему наилучшимъ средствомъ выяснитъ характеръ поврежденія является хирургическое вмѣшательство, каковое никогда не можетъ повредить, но при извѣстныхъ условіяхъ можетъ принести большую пользу. Результаты операціи однако часто сказываются лишь спустя долгое время, при чемъ въ послѣ-операционный періодъ большой долженъ пользоваться массажемъ и электричествомъ.

Невропатическія состоянія. Число такихъ заболѣваній очень большое. Сюда относятся явленія астении и депрессіи и различныя проявленія истеріи въ видѣ судорожныхъ припадковъ, параличей съ различнымъ распредѣленіемъ, паралитическимъ искривленіемъ стопы, кифотическихъ или кифосколиотическихъ искривленій позвоночника. Многія изъ этихъ заболѣваній отличаются большой стойкостью и плохо поддаются леченію, при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится имѣть въ виду симуляцію. Тѣмъ не менѣе съ несомнѣнностью устанавливается также и то обстоятельство, что у извѣстныхъ субъектовъ раненіе можетъ повести къ развитію контрактуры и ненормальному положенію. У страдающихъ параличій или монопличій вслѣдъ за контузій или коммоціей нерѣдко даже спустя долгое время послѣ травмы обнаруживаются измѣненія въ cerebro-спинальной жидкости, свидѣтельствующія о сопутствующемъ пораженіи спинного мозга или его оболочекъ.

Вслѣдъ за раненіями въ области плечевого пояса развивались иногда *мышечныя атрофіи* съ характеромъ миопатій.

Развитіе *коммоціи головного и спинного мозга* имѣетъ мѣсто очень часто и клиническое проявленіе этого страданія разнообразно. Коммоція шейнаго отдѣла спинного мозга менѣе опасна, чѣмъ такое же страданіе грудного и поясничнаго отдѣла, такъ какъ въ последнемъ случаѣ развиваются пролежни съ острымъ теченіемъ, расстройства сфинктеровъ, которыя, несмотря на профилактическія мѣры могутъ повести къ опасной для больного инфекціи.

Laignel-Lavastine (Centre neurol. de la 9^e Reg. Tours). Авторъ отмѣчаетъ большое количество функціональных расстройствъ, обычно присоединяющихся однако къ органическимъ поврежденіямъ и въ чистой формѣ встрѣчающихся рѣдко. При травматическихъ страданіяхъ периферической нервной системы съ операціей слѣдуетъ ждать, пока не пройдетъ такъ называемый періодъ консолидаціи, во время

котораго можетъ наступить самостоятельное улучшеніе. Пораженія центральной нервной системы нерѣдко должны быть приписаны газовому шоку, на подобіе декомпресіи, наблюдающейся у водолазовъ. Почти у $\frac{1}{4}$ больныхъ съ явленіями истеріи можно было убѣдиться въ наличности значительной доли преувеличенія. Авторъ отмѣчаетъ вредъ пребыванія этого рода больныхъ въ лечебныхъ учрежденіяхъ, гдѣ имъ оказываются черезъ чуръ большое вниманіе (*la sympathie affectueuse avec amitie amoureuse*).

Авторъ наблюдалъ 4 сл. Базедовой болѣзни, развившейся послѣ коммоціи. Изъ общихъ замѣчаній, касающихся организаціи специальныхъ учреждений для нервно-больныхъ воиновъ, необходимо указать на важность совмѣщенія въ извѣстныхъ случаяхъ леченія съ возможностью производить нѣкоторую работу.

82-76556
Leri (Centre neurol. de la 10 Reg-Rennes). Вопреки существовавшему ранѣе взгляду о скоромъ развитіи дегенеративнаго процесса въ нервѣ при всякомъ механическомъ его сжатіи авторъ отчета показалъ, что ходъ этого процесса много медленнѣе, чѣмъ то предполагалось ранѣе и что оперировать никогда не поздно. Въ 70—80% двигательныя разстройства проходятъ при одномъ леченіи электричествомъ, механотерапіей, массажемъ. Помимо параличей разстройство функціи зависитъ отъ контрактуры, спаекъ мышечно-сухожильныхъ и мышечно-кожныхъ, съ чѣмъ и приходится считаться при леченіи каждаго отдѣльнаго случая. Къ числу рѣдкихъ явленій авторъ относитъ развитіе послѣ травмы *Facio-scapulo-humeral'*ной миопатіи, поражение *n-vi spermatici*, и поражение лицевого, языкоглоточнаго, прибавочнаго нервовъ вмѣстѣ и т. д.

Lortat-Jacob (Centre neurol de la 13 Reg-Vichy) выясняетъ картину заболѣваній при сложной травмѣ, зависящей отъ разрыва снаряда и отъ засыпанія землей (*Syndrome des Eboules*). Картина такого рода случаевъ представляетъ



3 главныхъ типа: 1) обыкновенной гематоміэліи, 2) тугоподвижности позвоночника въ поясничномъ отдѣлѣ съ явленіями контрактуры въ мышцахъ крестцово-поясничнаго отдѣла и 3) сгибаніе туловища впередъ, на подобіе носильщиковъ корзины на спинѣ. Въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ объ органическомъ процессѣ въ спинномъ мозгу или мышечно-связочномъ и костно сочленовомъ аппаратахъ, но въ извѣстныхъ случаяхъ примѣняются симптомы функциональнаго характера.

Sollier (Centre neurol. de la 14 Reg.-Lyon) отмѣчаетъ въ своемъ отчетѣ рядъ особенностей въ случаяхъ, бывшихъ подъ его наблюденіемъ. Обращало вниманіе: 1) относительно высокой процентъ излеченія, въ случаяхъ параличей плечевого сплетенія, 2) стойкость всѣхъ церебральныхъ симптомовъ, 3) уподобленіе гемиплегія, имѣющей органическую основу, гемиплегія истерическаго характера. Функциональныя расстройства вполне соответствуютъ картинѣ истеріи, не только въ отношеніи двигательныхъ симптомовъ, но и вазомоторныхъ и трофическихъ. Расстройства чувствительности касаются всѣхъ ея видовъ и въ особенности глубокой чувствительности, при чемъ ихъ удается констатировать даже во время сна. Особеннаго синдрома, свойственнаго компоціи, отъ разрывныхъ снарядовъ нѣтъ. Эти расстройства укладываются въ рамки истеріи.

Sicard (Centre neurol. de la 15 Reg.-Marseille). Въ случаяхъ *онострѣльныхъ пораженій периферическихъ нервовъ* авторъ устанавливаетъ слѣдующія показанія къ оперативному леченію: параличи, не обнаруживающіе наклонности на 3 мѣсяцѣ къ возвращенію двигательной способности и сопровождающіеся реакціей перерожденія. Самое оперативное пособіе заключается въ освобожденіи нервнаго ствола или оживленіи обоихъ концовъ съ послѣдующей резекціей и шиваніемъ. Результаты отъ нервнаго шва могутъ обнаружиться лишь по прошествіи 5—8 мѣсяцевъ. Авторъ полагаетъ, что наилучшій результатъ могъ бы получиться, если примѣнялась резекція значительной

части пораженнаго нерва и дефектъ замѣчался бы соотвѣтствующимъ сегментомъ нерва, полученнымъ изъ ампутированной конечности другого больного или отъ антропоидной обезьяны.

Въ случаяхъ пораненій нервовъ, выражающихся сильными приступами болей, авторъ примѣнялъ съ успѣхомъ мѣстную алкоголизацию нервного ствола (2—3 в. ц. 60% алкоголя). Этотъ же методъ примѣнялся и для леченія нѣкоторыхъ видовъ контрактуръ конечностей 10%—20% раствора алкоголя.

Наблюдающіяся *искривленія позвоночника* вслѣдъ за коммоціей отъ разрывнаго снаряда по автору бываетъ чаще органическаго происхожденія, нежели истерическаго и обязаны растяженію связочнаго аппарата съ воспалительной реакціей въ окружающихъ тканяхъ. Дифференціальными признаками для діагноза служатъ присутствіе бѣла въ спинномозговой жидкости, стойкость принятаго позвоночникомъ положенія, состояніе чувствительности. Для леченія наиболее пригодно наложеніе этапныхъ гипсовыхъ корсетовъ съ постепеннымъ выпрямленіемъ позвоночника.

По вопросу о симуляціи авторъ указываетъ на двѣ группы этого явленія: симуляцію, гдѣ все вымышлено и симуляцію, которая сводится лишь къ тому, что субъектъ продолжаетъ заявлять о ранѣ бывшихъ болѣзненныхъ симптомахъ, которые въ дѣйствительности уже прошли. Въ частности по поводу глухонѣмоты Sicard считаетъ, что всякій случай, гдѣ нѣтъ объективныхъ разстройствъ характерныхъ для пораженія нервныхъ центровъ или для органовъ слуха и фонаціи, при отсутствіи также признаковъ психоза и гдѣ тѣмъ не менѣе 3—4 мѣсяца наблюдается полная глухонѣмота, долженъ быть заподозрѣнъ въ симуляціи.

Dejerine (Service neurolog. militarisé de la Salpêtrière) нервная клиника, завѣдываемая авторомъ отчета стала служить для нуждъ арміи съ 31 октября 1914 г. Въ началѣ было 58 мѣствъ, а потомъ число возросло постепенно до 307. Всего черезъ клинику до декабря 1915 г. прошло 986 боль-

ныхъ. Въ интересахъ большаго движенія больныхъ, требующихъ продолжительнаго леченія, напр. послѣ операціи на периферическихъ нервахъ, отправляли въ другіе госпитали, гдѣ они подвергались леченію, начатому въ Salpêtrière. Въ концѣ отчета приведены названія 40 трудовъ, вышедшихъ изъ подъ пера Dejerine'a и его учениковъ и посвященныхъ неврологіи военнаго времени.

Gosset (Service de Chirurgie militarise de la Salpêtrière) сообщаетъ о результатахъ *оперативнаго леченія по поводу раненій различныхъ нервныхъ стволовъ*. Всего было прослѣжено 240 случаевъ. Чаще всего измѣненія пораженныхъ нервовъ выражались фиброзными перемычками, интерфасцикулярными фибромами. Случаевъ разрыва нервного ствола было всего 61. Результаты наложенія на нервъ шва въ этихъ случаяхъ—въ 14 были прослѣжены въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени, и оказались вполне благопріятными. Въ II сл. за краткостью наблюденія еще были не вполне выяснены. По наблюденіямъ автора, еще до войны, регенерація нерва иногда требуетъ много времени 1½ и 2 года. Въ I сл. авторъ примѣнилъ пересадку нерва и результаты этой операціи еще не выяснились.

Babinski (Service de neurol. militarisé de l'Hopital de la Pitié), указавъ на нѣкоторые интересные факты по симптоматологіи страданій нервной системы въ военное время, авторъ отмѣчаетъ рядъ интересныхъ наблюденій въ практическомъ отношеніи. *При поврежденіяхъ нервовъ* слѣдуетъ по возможности ранѣе начинать дѣлать движенія въ пораженныхъ областяхъ, во избѣжаніе образованія сведеній. *При раненіяхъ черепа*, несмотря на видимое отсутствіе мозговыхъ симптомовъ, разстройства, имѣющія какъ будто невропатическій характеръ, могутъ обусловливаться органическимъ субстратомъ. Люмбальная пункция въ этихъ случаяхъ является вполне показаннымъ терапевтическимъ методомъ. При наблюденіи *истерическихъ разстройствъ* нужно имѣть въ виду преувеличеніе и симуляцію. Въ цѣляхъ успѣшности леченія психотерапіей необходимо прибѣгать къ быстрому и актив-

ному противовнушенію, въ силу котораго больной въ концѣ концовъ долженъ объявить себя излеченнымъ.

Grasset (Centre neurol. de la 16 Reg. Montpellier), ссылаясь уже на опубликованныя имъ *наблюденія о нервно-психическихъ заболѣваніяхъ въ связи съ войной*, приводитъ результаты леченія случаевъ искривленій позвоночника—психонервного происхожденія и глухонѣмоты. Для леченія искривленій позвоночника примѣнялись соотвѣтствующія гимнастическія упражненія. Изъ 23 больныхъ 9 поправились. При глухонѣмотѣ также примѣнялись упражненія въ дыханіи и фонетикѣ. Изъ 17—9 больныхъ оправились. Авторъ отмѣчаетъ необходимость соблюденія возможно полной изоляціи всѣхъ психоневротиковъ отъ другихъ больныхъ.

Cestan (Centre de neurol. et psychiatrie de la 17 Reg.-Toulouse) главнымъ образомъ останавливается на нѣкоторыхъ практическихъ вопросахъ. По поводу огнестрѣльныхъ *поврежденій нервныхъ стволовъ* считаетъ показаннымъ насколько раннее хирургическое вмѣшательство, хотя бы съ цѣлью эксплоративной. Результаты при полныхъ перерѣзкахъ еще не опредѣлялись, такъ какъ со времени примѣненія операціи прошло еще недостаточно времени. Въ случаяхъ сдавленія нервовъ получилось 24,5% выздоровленій и 26,4% улучшеній. Затѣмъ авторъ отмѣчаетъ при цѣломъ рядѣ различныхъ страданій нервной системы травматическаго характера съ явлениями раздраженія чувствительной сферы и спазматическими симптомами успѣхъ примѣненія X лучей.

Для лицъ, у которыхъ отмѣчается наклонность къ превеличенію болѣзненныхъ симптомовъ, авторъ съ самаго 1-го дня существованія завѣдываемаго имъ учрежденія, примѣнялъ такъ называемую репрессивную психотерапію, связанную съ строгой военной дисциплиной.

Spillman (Centre neurol. milit. de la 20 Reg.-Nancy). Близость къ фронту придавала особый характеръ дѣятельности этому учрежденію. Больные, заподозрѣваемые въ превеличеніи или симуляціи подвергались также, какъ у Ces-

tan'a, строгому военному режиму, при условіи строгой изоляціи отъ окружающихъ, стѣсненія свиданій и даже корреспонденціи. Показанія больныхъ о существующихъ у нихъ или бывшихъ ранѣе эпилептическихъ припадкахъ тщательно провѣрялись. Тѣмъ не менѣе авторъ считаетъ не подлежащимъ сомнѣнію о возможности развитія эпилепсіи подъ вліяніемъ коммоціи отъ крупныхъ снарядовъ. Быстрое развитіе на войнѣ табеса и прогрессивнаго паралича даетъ основаніе придавать большое значеніе при объясненіи этого обстоятельства травматизму. Чрезвычайно важно было бы по мнѣнію Spillmann'a всякаго сифилитика во время войны подвергать энергичному специфическому леченію, что служило бы не только интересамъ самихъ больныхъ, но и страны.

Roussy (Centre neuro-psychiatr. de la 20 Armée). Этотъ пунктъ обслуживающій специальной помощью одну армію, своей задачей ставилъ тщательную сортировку больныхъ. Больныхъ, которые давали надежду на скорое поправленіе оставляли на пунктѣ и избѣгали ихъ отправлять въ тылъ, считая вообще вреднымъ продолжительное пребываніе нервно больныхъ въ госпиталяхъ. Результаты леченія больныхъ съ функціональными расстройствами, составляющихъ большинство (примѣнялись психотерапія, электричество и души) оказались очень хорошими. Больные черезъ 2—3 нед. возвращались на фронтъ.

Guillain (Centre neuro-psychiatr. de la 6 Armée). Помимо общихъ указаній на характеръ организаціи пункта, авторъ отчета отмѣчаетъ интересныя болѣзненные измѣненія нервной системы подъ вліяніемъ дѣйствія крупныхъ снарядовъ, при отсутствіи наружнаго раненія. Они были очень разнообразны и сводились въ однихъ случаяхъ къ эпилепсіи, въ другихъ къ гемиплегіи, параплегіи, мозжечковымъ симптомамъ: астении, головокруженіямъ и т. д. Всѣ эти явленія могутъ быть отнесены къ органическимъ расстройствамъ (мелкія кровоизліянія по всей нервной системѣ или какія либо другія измѣненія), но часто обнаруживаютъ наклонности къ быстрому попра-

венію въ 4—6 недѣль. Разстройства истерическія и вообще другія функціональныя быстро поддавались вліянію внушенія и убѣжденія.

Ravaud (Presse medicale 1915, № 15 и 39). Авторъ останавливается на поврежденіяхъ нервной системы, принимаемыхъ воздушными колебаніями (Vent de l'explossif) при разрывѣ артиллерійскихъ снарядовъ. Анатомическій субстратъ сводится по всей вѣроятности къ очень обильнымъ капиллярнымъ кровоизліяніямъ. Клинически анатомическій характеръ болѣзненныхъ разстройствъ безъ лабораторнаго изслѣдованія доказать не всегда удается. Только одно изслѣдованіе спинномозговой жидкости, и притомъ въ первые дни послѣ травмы, по увеличенію содержанія въ ней бѣлка или даже по присутствію въ ней крови, даетъ возможность обнаружить истинную причину. На подобіе того, какъ нѣтъ истерической альбинурии, присутствіе бѣлка въ спинномозговой жидкости, хотя бы въ первые періоды заболѣванія позволяетъ отбросить гипотезу объ исключительно невропатическомъ заболѣваніи. Въ дальнѣйшемъ эти измѣненія спинномозговой жидкости могутъ исчезнуть и тогда больной имѣющій дѣйствительное органическое поврежденіе нервной системы, легко можетъ быть принятъ за невропата, истерика или даже за симулянта.

Claude, Lhermitte et Mlle Loyez, цит. по Revue neurol. 1915. № 23 и 24). Если при коммоціи разрывнымъ снарядомъ часто приходится наблюдать параллелію чисто психическаго происхожденія, то несомнѣнно еще чаще должны встрѣчаться измѣненія органическаго характера. Въ случаѣ авторовъ клиническая картина соотвѣтствовала симптомамъ, встрѣчающимся при сдавленіи спинного мозга. При аутопсіи оказались очаги размягченія въ D 4 и D 5, явленія ишеміи наблюдались и за предѣлами этихъ сегментовъ. Кромѣ того почти во всю длину спинного мозга отмѣчалось расширеніе центральнаго канала, аналогичное гидроцефалии при эпендимитѣ.

Leriche (Lyon chirurgical 1915, цит. по Revue neurol. 1916, № 23 и 24) подчеркиваетъ, что при коммоціи спинного мозга слѣдуетъ производить спинномозговой проколъ. Повышенное давленіе, кровавая окраска жидкости указываютъ на органическій характеръ болѣзни и противъ исключительно психической реакціи.

Baumel (Lyon chirurgical цит. по Revue neurol.) приводитъ наблюденія въ пользу примѣненія съ діагностической цѣлью поясничнаго прокола въ случаяхъ общаго сотрясенія нервной системы или равенія черепа. При первомъ или при черепныхъ ранахъ, непроникающихъ, увеличенія давленія внутри позвоночнаго канала не наблюдается. При проникающихъ ранахъ черепа встрѣчаются всантохромовая окраска, альбуминоза.

Souques, Magevand et Donnet (реф. Revue neurol. 1915. № 23 и 24) указываютъ, что анализъ спинномозговой жидкости, даже при отсутствіи ясныхъ клиническихъ симптомовъ позволяетъ рѣшить вопросъ о характерѣ поврежденія нервной системы, развивавшагося послѣ коммоціи воздухомъ (Vent de l'explosif).

Lerard (реф. по Revue neurol. 1915, № 23 и 24) приводитъ описаніе внезапно развившагося санитиса у солдата послѣ воздушной коммоціи.

Lombard et Baldenweck (реф. по Revue neurol. 1915, № 23 и 24), исходя изъ того наблюденія, что лица съ притупленнымъ слухомъ всегда стараются говорить громко, такъ какъ теряется контроль со стороны слухового аппарата на рѣчевой механизмъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ истеротравматической нѣмоты примѣнили методъ искусственнаго оглушенія при помощи нѣкоторыхъ простыхъ приспособленій. Больному же при этомъ предлагалось повторять какіянибудь слова. Сначала появляется шепотная рѣчь, которая дѣлается потомъ громче. Тогда исключаются аппараты, дѣлающіе шумъ, больной начинаетъ слышать звуки своего голоса и невропатическое разстройство исчезаетъ.

Regis (Presse medicale 1915, № 23) разбираетъ вопросъ объ военныхъ психическихъ и невропсихическихъ расстройствахъ. Изъ 150 сл., бывшихъ подъ его наблюдениемъ, 62 было обыкновенныхъ психозовъ и 88 невропсихическихъ расстройствъ, развившихся послѣ и вслѣдствіе боя. Сюда относятся: эпилепсія, неврастенія у офицеровъ, истерія въ различныхъ проявленіяхъ, травматическіе психозы, выражающіеся спутанностью сознанія, яркими, устрашающими сновидѣніями, амнезіей и др. Въ этиологическомъ отношеніи, кромѣ физической или психической травмы, не малую роль играютъ предрасполагающія условія, въ особенности сильная впечатлительность, физическое и моральное утомленіе, бессонница и т. д. Эти военные психозы, въ отличіе отъ обыкновенныхъ психозовъ, даютъ быстрое излеченіе, лучше всего въ особыхъ психіатрическихъ пунктахъ, устраиваемыхъ при арміи. Черезъ нѣсколько недѣль больные могутъ уже вернуться на фронтъ.

Chavigny (Paris medical № 24, 25, 1915). Авторъ противопоставляетъ психозы мирнаго времени и военнаго. Первые развиваются главнымъ образомъ у предрасположенныхъ. На войнѣ въ развитіи психозовъ, напротивъ, главную роль играютъ случайныя причины, среди которыхъ въ особенности важенъ сильный эмоціональный шокъ, развивающійся въ боевой обстановкѣ. Клинически военный психозъ чаще выражается спутанностью психики. Помѣщеніе въ психіатрическую лечебницу не представляется необходимымъ.

Проф. А. В. Герверъ (Русскій Врачъ, 1915, № 34 — 38 и 40 — 41, 1916 г. № 10 и 11). Въ одной своей статьѣ останавливается на душевныхъ расстройствахъ, развивающихся подъ вліяніемъ боевой обстановки, отмѣчая ихъ громадный интересъ съ психологической стороны при изученіи переживаемаго выдающагося историческаго момента. Къ психозамъ войны въ тѣсномъ смыслѣ слова авторъ относитъ лишь тѣ случаи, гдѣ не имѣлось никакихъ указаній на истерію, эпилепсію, преждевременное слабоуміе или маниакально-депрес-

сивный психозъ, развивающихся на почвѣ уже имѣющихся зачатковъ этихъ заболѣваній. По механизму развитія военные психозы дѣлятся на 3 вида: боевые, окопные и тыловые. Клиническая картина первыхъ двухъ находится въ соотвѣтствіи тяжелыхъ эмоцій, переживаемыхъ воинами во время боя или подъ вліяніемъ продолжительнаго пребыванія въ окопахъ и выражается чаще всего въ формѣ острой спутанности при психозахъ на почвѣ боевъ, съ примѣсью меланхолическаго отгнѣка у заболѣвшихъ въ окопахъ. Въ случаяхъ тыловыхъ заболѣваній на первомъ планѣ стоятъ неврастеническіе психозы.

Въ другой своей статьѣ авторъ выясняетъ вопросъ о патогенезѣ травматическихъ заболѣваній нервно-психической сферы воиновъ (психоневрозозъ и психозовъ). Раздѣляя ихъ на контузионные и раневые, при чемъ подъ контузіей разумѣется воздушная контузія, первые, въ виду ихъ тяжелыхъ общихъ припадковъ, ставятъ въ связь съ разлитымъ поражениемъ центральной нервной системы. При раневыхъ неврозахъ напротивъ преобладаютъ мѣстные симптомы.

Въ 3-ей статьѣ авторъ касается вопроса о вліяніи войны на клиническую картину неврастениі у участниковъ военныхъ дѣйствій. Проводя параллель между проявленіями обыкновенной неврастениі и неврастениі у заболѣвшихъ на войнѣ, авторъ устанавливаетъ между ними полное тождество. Специфичность неврастениі у заболѣвшихъ на войнѣ сводится лишь къ содержанію навязчивыхъ идей и страховъ. Въ періоды оживленныхъ боевъ обнаруживаются больше ажитированныя формы, въ періоды позиціонной войны преимущественно торпидныя.

Урштейнъ (Русскій Врачъ 1916 № 11) въ краткомъ очеркѣ, посвященномъ вопросу о душевныхъ заболѣваніяхъ вызванныхъ войной приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) условія боевой жизни сами по себѣ безъ другихъ причинъ не вызываютъ душевной болѣзни. Лица, у которыхъ развивается психозъ при этихъ условіяхъ носятъ уже въ себѣ

предрасположеніе къ психическому разстройству; 2) появляющіяся во время войны формы умопомѣшательства не отличаются отъ обычныхъ, но, конечно, потрясающія впечатлѣнія боевой жизни вліяютъ на характеръ и ходъ развивавшейся клинической картины душевныхъ разстройствъ; 3) подъ вліяніемъ повышенныхъ требованій военной жизни явственно выступаютъ заболѣванія, бывшія въ скрытомъ состояніи; 4) на самомъ полѣ сраженія выступаютъ истерическіе и тяжелые травматическіе психозы; 5) т. наз. военный психозъ развивается не только непосредственно послѣ боя, но и долгое время послѣ него; 6) острый военный психозъ даетъ хорошее предсказаніе.

Прив.-доц. Давиденковъ (Психіатрическая Газета 1915, № 20 и 21). Острые психозы военного времени по автору дѣлятся на органическіе и психогенные. Психогенныя формы даютъ на войнѣ пестрое разнообразіе и необычное въ мирное время изобиліе. Приводятся 2 собственныхъ наблюденія, отнесенныя къ числу истерическихъ психозовъ. Въ одномъ изъ нихъ наблюдалась спутанность сознанія, которая на первый взглядъ дѣлала случай похожимъ на аменцію, но при ближайшемъ знакомствѣ выяснилось истерическій характеръ разстройства. Во 2-мъ случаѣ наблюдался вначалѣ мутизмъ и затемнѣніе сознанія съ обиліемъ истерическихъ симптомовъ. Какъ примѣръ органическаго психоза приводитъ 2 случая Корсаковского синдрома, развившагося въ одномъ случаѣ при переломѣ черепа съ эпидуральнымъ кровоизліяніемъ и въ другомъ послѣ сквозного раненія черепа, при чемъ въ этомъ случаѣ имѣлись очаговые симптомы въ видѣ параеза праваго лицевого нерва, парафазія и геміанопсія.

Прив.-доц. Вырубовъ (Психіатрическая Газета, 1915, № 19) описываетъ нѣсколько случаевъ контузіоннаго психоза, въ которыхъ въ значительной степени выражены были разстройства голоса и рѣчи. I-й сл. Нѣмота съ глухотой, перешедшая въ стадій шепотной рѣчи съ замедленіемъ темпа и съ разстройствомъ ритма въ формѣ своеобразнаго

заиканія; 2 и 3 сл. съ явленіями фальцетной рѣчи. Небольшая статья автора, по его собственному заявленію, представляет собою первую попытку клинической классификаціи расстройствъ голоса и рѣчи при контузионномъ психозѣ.

Хорошъ о. (Психіатрическая Газета, 1915, № 1), на основаніи своихъ наблюденій надъ больными съ травматическими неврозами въ дѣйствующей арміи приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: Среди общаго числа душевнобольныхъ случаи травматическихъ неврозовъ занимаютъ не первое мѣсто, а именно приблизительно 9-ое, что составляетъ около 7,8% общаго числа больныхъ (319). Этіологія травматическихъ психозовъ на войнѣ представляется сложной (травма о твердое тѣло, воздушная травма, психическая травма, какъ главные причинные моменты,—и физическое и моральное истощеніе, конституціональное и приобрѣтенное предрасположеніе, какъ побочные моменты). Наиболее частая форма травматическаго психоза въ дѣйствующей арміи—это острый психозъ съ аментивнымъ симптомокомплексомъ, имѣющей непродолжительную длительность. Въ дальнѣйшемъ отмѣчается амнезія и ослабленіе общаго тонуса нервно-психической жизни. Нерѣдко наблюдается расстройство рѣчи, физическое истощеніе, расстройство нервно-сосудистой системы и зрачковой реакціи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ развиваться картина травматическаго слабоумія, сходная съ прогрессивнымъ параличемъ.

Суховъ (Психіатрическая Газета, 1916 № 23). Авторъ сообщаетъ о случаѣ chorea minor, развившейся послѣ воздушной контузіи. Авторъ полагаетъ, что это заболѣваніе основано на к. н. анатомическомъ субстратѣ, быть можетъ на расстройствѣ внутренней секреціи, отразившейся на функціи нервной системы.

Сегаловъ (Современная Психіатрія, 1915, № 9) на основаніи дальнѣйшихъ клиническихъ наблюденій среди контуженныхъ разбираетъ 3 группы: morbus decompressionis въ зависимости отъ пролета снаряда, 2) commotio cerebri и

medullae spinalis, какъ результатъ резонаторныхъ колебаній на соотвѣтствующіе толчки, отъ сотрясенія земли при разрывѣ снаряда и 3) собственно контузии, куда входятъ пораженія слухового аппарата и пораженія центральной нервной системы съ однимъ или нѣсколькими очагами размягченія или разрывомъ сосуда.

Гаккебушь (Современная Психіатрія, 1915, № 9) посвятилъ работу вопросу о воздушной контузии, при чемъ наблюденія произведены исключительно на офицерахъ. Одна категорія его наблюденій характеризовалась отсутствіемъ симптомовъ органическаго характера и напоминала обычный травматическій неврозъ. Причина такого рода заболѣваній въ эмоціональномъ шокѣ; поражались почти безъ исключенія лица съ невропатологической конституціей. Къ другой категоріи относились случаи, развившіеся отъ пролета и разрыва снарядовъ вблизи. Въ этихъ случаяхъ всегда имѣлись на лицо симптомы органическаго характера, но у лицъ съ невропатической конституціей примѣшивались расстройства функціональнаго характера. Авторъ задается вопросомъ, вправѣ ли мы даже при отсутствіи обычныхъ симптомовъ органическаго поражения и наличности лишь функціональных измѣненій относить случай къ травматическому неврозу и отвѣчаетъ отрицательно, такъ какъ доказательства органическаго поражения по наблюденіямъ нѣкоторыхъ авторовъ могутъ довольно быстро, черезъ 2—3 сутокъ исчезнуть.

Souques (Rev. neurol. N. 19, 1915) при травматическихъ формахъ неврита п. *mediani* замечалъ нѣсколько случаевъ довольно рѣдкаго явленія, отмѣченнаго ранѣе Pierre Marie и M-me. A. Benisty, заключающагося въ появленіи въ больной рукѣ сильныхъ болей въ тотъ моментъ, когда здоровой рукой больные прикасались до сухого и теплаго предмета. Явленіе это исчезаетъ, когда здоровая рука въ моментъ прикосновенія была влажной. Souques описываемому явленію далъ наименованіе синестезалгіи или синестезіи алгидной. Развитие явленія, по мнѣнію автора,

происходить вслѣдствіе существованія ассоціативной связи чувствительныхъ зонъ обоихъ полушарій. Передаваясь изъ чувствительной зоны, соответствующей здоровой конечности на зону соотв. больной конечности, представляющей собой особенно чувствительный центръ для болевыхъ ощущений, воспринимаемая тактильныя ощущенія становятся очень болѣзненными; увлажненіе здоровой руки дѣйствуетъ изолирующимъ образомъ по отношенію къ воспріятію ею тактильныхъ ощущений. Подобно увлажненію дѣйствуетъ пошеніе резиновой перчатки.

Jumentier (Revue de neurol. 1915. № 19) сообщаетъ о случаѣ сквозного пулевого раненія съ входнымъ отверстіемъ на уровнѣ праваго плеча и выходнымъ въ лѣвой подмышечной ямкѣ, выразившимся полной параплегіей и анестезіей тѣла ввизу, начиная съ уровня сосковой линіи и окончивающимся черезъ 8 дней летально. Пуля, какъ показало вскрытіе, повредила заднюю дужку 3-го позвонка, но въ полость позвоночника не проникла. Параплегія обусловливалась обширнымъ гематоміелитическимъ очагомъ, занимающимъ грудной отдѣлъ мозга, начиная отъ уровня D 2 до D 7.

Babinski (Rev. neurol. 1915. № 19) наблюдалъ солдата съ явленіями Броунъ-Секаровскаго паралича, развившагося вслѣдъ за разрывомъ вблизи большого гранаты съ шрапнелью, при чемъ ни раненія, ни контузіи въ истинномъ смыслѣ не было. Пораженіе спинного мозга явилось результатомъ гематоміеліи вслѣдствіе коммоціи.

Осокинъ (Демонстрація больного съ афазіей въ Саратовскомъ Физико-Медицинскомъ О-вѣ 23/III. 1916). Въ наблюденіи автора рѣчь шла о солдатѣ, получившемъ пулевое раненіе черепа съ входнымъ отверстіемъ у лѣваго наружнаго края лба и выходнымъ—на границѣ лѣвой височной и затылочной кости. Основываясь на расположеніи пулевыхъ отверстій и сопоставляя всѣ имѣющіеся симптомы, можно было заключить, что пуля при своемъ пролетѣ повредила лишь поверхностные слои лѣваго полушарія мозга, задѣвши глав-

нымъ образомъ центры рѣчи. У больного совершенно не обнаруживалось ни параличныхъ явленій, ни измѣненій рефлексовъ и чувствительности. За то афазическія явленія оказывались очень сильно выраженными, при чемъ разстройство касалось какъ моторной, такъ и сенсорной функціи рѣчи. Рѣчь больного состояла изъ совершенно непонятныхъ звуковъ, за исключеніемъ нѣсколькихъ словъ произносимыхъ совершенно правильно: ей Богу, хорошо, вѣрно, да-да, нѣтъ. Всѣ неудачныя свои попытки говорить больной производилъ съ интонаціей, напоминающей интонацію обыкновенной рѣчи. Повтореніе словъ невозможно, при чтеніи тѣ же недочеты, что и при произвольной рѣчи. Способность къ письму сохранилась лишь въ предѣлахъ возможности написать свою фамилію. Больной хорошо отличалъ пѣніе больными молитвы. Пониманіе приказаній и указываніе называемыхъ ему предметовъ не полное, но нѣкоторыя изъ этихъ дѣйствій совершались правильно.

Hofmeister (Beitr. z. klin. Chirurgie, 1915) *О двойномъ и множественномъ шиваніи нервовъ.* Принципъ практиковавшагося до сихъ поръ способа шиванія поврежденныхъ нервовъ состоялъ въ томъ, что соединялся периферическій отрѣзокъ парализованнаго нерва съ центральнымъ отрѣзкомъ здороваго нервнаго ствола. Т. е. въ случаѣ удавшейся операціи парализованная область получала свою иннервацію отъ двигательнаго центра здороваго нерва. Послѣдній невротизировалъ эту область и потому здоровый центръ долженъ былъ приспособляться для новой функціи, что представляло невыгодную сторону этого способа. При нѣкоторыхъ болѣзненныхъ состояніяхъ, какъ напр. при дѣтскомъ спинномозговомъ параличѣ или въ случаѣ поврежденія лицевого нерва внутри костно-черепного канала парализованныхъ областей, другого способа при невротизаціи немислимо представить. Иное дѣло при огнестрѣльныхъ раненіяхъ, преобладающее число которыхъ сводится къ поврежденію нервовъ конечностей. Здѣсь по мнѣнію автора гораздо предпочтительнѣе

пользоваться соответственнымъ центромъ, для чего нужно примѣнять двойное или даже множественное сшиваніе смотря по количеству поврежденныхъ нервовъ. Здоровый нервъ при этомъ способѣ берется лишь какъ мостикъ, соединяющій периферическіе и центральные концы поврежденныхъ нервовъ между собой. Въ отдѣльныхъ случаяхъ примѣненіе этого способа можетъ свестись: 1) къ двойному сшиванію одного ствола периферическаго и центрального концевъ къ другому; 2) къ двойному сшиванію частично изолированныхъ пучковъ къ здоровой части того же нервного ствола, въ случаѣ, если послѣдняя представляется достаточно сильной или къ другому первому стволу, если остающаяся въ цѣлости часть поврежденнаго нерва оказывается слабой; 3) къ двойному сшиванію одного ствола къ другому, съ изолированной имплантаціей отсепарированной мышечной вѣтви къ периферическому отрѣзку пришитаго нервного ствола; 4) къ различнымъ комбинаціямъ множественнаго сшиванія нѣсколькихъ нервовъ между собой (чаще всего при поврежденіи сплетеній). Статья иллюстрируется 24 подробными исторіями болѣзней съ схематическими рисунками.

Lewandowsky (Deutsche med. Wochenschrift 1915, 53) касается вопроса о леченіи различныхъ видовъ огнестрѣльныхъ поврежденій нервной системы и другихъ нервныхъ страданій. *При поврежденіи периферическихъ нервовъ* необходима возможно ранняя операція (шовъ или освобожденіе нерва). Съ сожалѣніемъ авторъ отмѣчаетъ, что операція на дѣлѣ рѣдко сравнительно производится. *При поврежденіяхъ спинного мозга* операція не имѣетъ большого значенія. При частичныхъ поврежденіяхъ важенъ внимательный уходъ, въ особенности при наличности пролежня, для котораго особенно показаны длительныя ванны. *При черепныхъ раненіяхъ*, даже послѣ большого промежутка времени съ момента поврежденія всегда нужно имѣть въ виду развитіе абсцесса. Внезапное появленіе сильныхъ головныхъ болей, рвоты, затемненія сознанія, даже при отсутствіи лихорадки, служатъ при-

знаками абсцесса. Операция въ такомъ случаѣ не должна откладываться. Въ происхожденіи функциональных разстройствъ, не исключая травматическаго невроза, авторъ придаетъ значеніе главное психическому моменту: 1) испугу напр. при разрывѣ гранаты, 2) бессознательному желанію освободиться отъ военной службы. Лишь очень немного случаевъ имѣеть въ своей основѣ небольшія измѣненія органическаго характера въ видѣ мелкихъ кровоизлияній или некрозовъ. Для леченія легкихъ случаевъ такого рода разстройствъ слѣдуетъ больныхъ по возможности изолировать отъ другихъ, въ особенности нервнобольныхъ въ предупрежденіе психической заразы, къ которой такъ чувствительны эти больные. Тамъ, гдѣ можно надѣяться на полное выздоровленіе слѣдуетъ больныхъ направлять въ команды выздоравливающихъ, въ цѣляхъ поставить больного въ условія извѣстнаго режима, при которомъ у больного могло бы вернуться желаніе къ работѣ и службѣ.

Введенскій (Современная Психіатрія, 1916, № 1) приводитъ случай психическаго расстройства, развившагося у ребенка бѣженца, 8 лѣтъ послѣ сильнаго душевнаго потрясенія, вызваннаго взрывомъ поблизости бомбъ, брошенныхъ съ аэроплана. Психическое расстройство имѣло сначала характеръ тяжелой депрессіи съ явленіями психической и двигательной задержки. Въ такомъ состояніи черезъ мѣсяць больной перенесъ дизентерію, послѣ которой у него обнаружилась спутанность съ расстройствомъ ориентировки, пугливостью и отрывочными бредовыми идеями и галлюцинаціями. Къ концу 3 мѣсяца мальчикъ поправился. Случай квалифицируется какъ маниакально депрессивный психозъ. Принимая во вниманіе рѣдкость дѣтскихъ психозовъ, можно думать, что развитіе его въ данномъ случаѣ исключительно зависѣло отъ психической травмы и слѣдовательно онъ можетъ быть отнесенъ къ психозамъ войны.

Oppenheim (Berliner klin. Wochenschrift, 1915, № 45) вратцѣ дѣлаетъ резюме своихъ личныхъ наблюденій въ об-

ласти военной неврологіи. Въ отношеніи *черепныхъ раненій* онъ отмѣчаетъ, вопреки мнѣнію *Marburg-Ranzi*, рѣдкость развитія позднихъ абсцессовъ, вообще незначительность въ большинствѣ случаевъ очаговыхъ симптомовъ, преобладаніе корковыхъ явленій, относительную частоту церебральной корковой пераплегии, разнообразіе зрительныхъ разстройствъ и въ соотвѣтствіи съ поврежденіемъ различныхъ пунктовъ зрительнаго пути, частоту церебеллярныхъ и лабиринтныхъ разстройствъ даже при раненіи въ отдаленномъ мѣстѣ, что можетъ разсматриваться или какъ результатъ дѣйствія на разстояніи (*Fernwirkung*) или какъ результатъ трещины черепа, относительно хорошей прогнозъ черепныхъ раненій. Спинномозговья раненія въ основѣ своей имѣютъ гораздо чаще некрозъ, чѣмъ кровоизліяніе. Очень нерѣдко наблюдаются случаи спинномозговой гемиплегии съ анестезіей на соотвѣтствующей сторонѣ.

Всего значительнѣе результаты *наблюденія надъ раненіями периферической нервной системы*. Здѣсь заслуживаетъ вниманія, что нервныя волокна въ крупныхъ нервныхъ стволахъ имѣютъ свое опредѣленное топографическое распредѣленіе, благодаря чему при извѣстныхъ раненіяхъ общаго ствола могутъ парализоваться лишь пути ихъ къ какойнибудь изолированной мышечной группѣ или кожной поверхности. Изслѣдованіе электрической возбудимости идетъ не всегда параллельно съ размѣрами поврежденія нервовъ. Далѣе авторъ отмѣчаетъ при травматическомъ невритѣ зависимость болѣе отъ чувствительныхъ и чувственныхъ раздраженій, отъ психическихъ волненій, появленіе болѣе въ поврежденной области при сухости кожной поверхности и при прикосновеніи какойлибо, даже здоровой части тѣла неувлажненной поверхностью до какогонибудь предмета. Секреторныя и вазомоторныя разстройства при травматическомъ невритѣ имѣютъ значительное распространеніе, отмѣчается развитіе гипертрихоза у лицъ съ травматическимъ поврежденіемъ периферической нервной системы.

Въ сферѣ *функциональныхъ нервныхъ разстройствъ* въ зависимости отъ травмы авторъ указываетъ на нѣкоторыя явленія висцеральной нервной системы, какъ напр. легкія повышенія температуры, симптомы гипертиреозидизма, тахикардію, гипергидрозъ. Очень интересны случаи такъ называемой мѣстной травматической истеріи, которую авторъ называетъ акинезіей амнестической или рефлекторнымъ параличемъ. Извѣстное уже давно преобладаніе функциональных двигательныхъ разстройствъ на лѣвой сторонѣ должно разсматриваться согласно Liermann'у, какъ выраженія большей слабости праваго полушарія, меньшей его стойкости при дѣйствіи сильнаго физическаго и психическаго шока.

Bruns (Berliner klinische Wochenschrift, 1915, № 38) разбираетъ нѣсколько практическихъ вопросовъ изъ области военной неврологіи, касаясь главнымъ образомъ показаній къ оперативному леченію и результатовъ его при различныхъ поврежденіяхъ нервной системы. Подробности, касающіяся симптоматологіи авторъ откладываетъ на будущее. Всего авторомъ за годъ работы изучено 687 сл. изъ которыхъ 376 падаетъ на поврежденія периферической нервной системы, 89—на поврежденія головного мозга и черепа, 37—на спинной мозгъ и позвоночникъ, 32—на различныя поврежденія мышцъ и сухожилій и наконецъ 200 сл. на истерію, неврастенію, психозы и заболѣванія нестоящія въ связи съ войной. *Поврежденія периферической нервной системы* раздѣляются на 3 группы: 1) Поврежденія нервныхъ стволовъ во всемъ ихъ поперечникѣ при явленіяхъ паралича всѣхъ мышцъ, расположенныхъ къ периферіи отъ мѣста поврежденія, въ парализованныхъ мышцахъ обыкновенно наблюдается полная реакція перерожденія и болѣе или менѣе значительное пониженіе чувствительности. При такого рода тяжелыхъ разстройствахъ слѣдуетъ по возможности скорѣе оперировать, вскорѣ по заживленіи раны и какъ только исчезнетъ опасеніе за сепсисъ. Операция состоитъ изъ сшиванія нерва послѣ предварительнаго освѣженія разъединенныхъ концовъ нерва.

Вторую группу поврежденных нервовъ составляютъ случаи частичныхъ параличей, при которыхъ часть мускуловъ, иннервируемыхъ пораженнымъ нервомъ, сохраняетъ свою функцию; реакція перерожденія также неполная. Съ оперативнымъ вмѣшательствомъ въ этихъ случаяхъ можно долѣе ждать. 3 группа поврежденныхъ съ еще болѣе слабыми расстройствами, при неполной реакціи перерожденія мышцъ и нервовъ, можетъ наступить самопроизвольное излеченіе и потому оперативное леченіе примѣняется лишь въ случаѣ задержки излеченія; вначалѣ для леченія пользуются электризаціей и массажемъ. Въ случаяхъ, гдѣ на 2 планъ выступаютъ боли примѣняется нейролизъ.

Прогнозъ при спинномозговыхъ поврежденіяхъ часто можно ставить хорошій въ силу значительной склонности ихъ къ самостоятельному улучшенію. Въ случаѣ же, гдѣ такого улучшенія не наступаетъ, въ особенности при наличности Bastian'овскаго симптомокомплекса, слѣдуетъ дѣлать операцію. Какъ показываетъ опытъ въ подобныхъ случаяхъ нерѣдко въ основѣ тяжелыхъ симптомовъ лежитъ ограниченный серозный менингитъ. *При поврежденіяхъ головного мозга* чаще встрѣчаются корковые симптомы, изъ афазическихъ расстройствъ преобладаютъ явленія двигательной афазии. Каждый раненый въ черепъ долго находится подъ опасностью развитія у него мозгового абсцесса. Поэтому особенно должно заботиться о туалетѣ раны, а при малѣйшемъ намекѣ на повышеніе внутричерепного давленія тщательное изслѣдованіе для опредѣленія локализациі гнойника. Въ 8 случаяхъ автора послѣ операціи было и излеченіе, въ 4—смерть. Прогнозъ при поверхностныхъ абсцессахъ неплохой. Производя по поводу развившихся въ нѣкоторыхъ случаяхъ выпаденій мозга закрытія черепного дефекта, у двухъ больныхъ отмѣтили появленіе эпилептическихъ припадковъ. При леченіи кортикальныхъ эпилептическихъ припадковъ авторъ считаетъ примѣнимымъ способъ Spilmeyer'a—охлажденіе мозга, а также способъ подрѣзыванія эпилептогенныхъ участковъ.

Jolly (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1916, 56 Bd.) въ большой работѣ подробно разбираетъ *вопросъ о военномъ неврозѣ* и въ заключеніе приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: Физическое и психическое утомленіе у лицъ, отличавшихся уже нервною, вызываетъ возвратъ или ухудшеніе невроза. Картина тяжелого нервного истощенія по большей части наблюдается у людей, уже раньше въ нервномъ отношеніи некрѣпкихъ. Въ числѣ проявленій отмѣчаются: сильная раздражительность неврастеническаго характера, съ сопутствующими разнообразными неврастеническими физическими симптомами; въ другихъ случаяхъ выступаютъ истерическія явленія по преимуществу дрожаніе или даже судорожные припадки. Эпилепсія на войнѣ часто усиливается. Послѣ соматическихъ заболѣваній на войнѣ можетъ развиваться какъ неврастенія, такъ и истерія. Чистыя картины Schreckneurosen не часты и по большей части въ основѣ своей имѣютъ наслѣдственное или приобрѣтенное предрасположеніе. Послѣ мѣстныхъ травмъ появляются психогенные параличи и вынужденныя положенія. Нерѣдко расстройства эти какъ будто являются результатомъ продолжительной иммобилизаціи ушибленнаго члена. При травмахъ черепа наблюдаются главнымъ образомъ не столько истерическіе симптомы, сколько общія мозговья расстройства. При нервныхъ заболѣваніяхъ, въ зависимости отъ дѣйствія разрывныхъ снарядовъ, наблюдаются различные симптомы во всевозможныхъ комбинаціяхъ, въ зависимости отъ сопутствующихъ условій; предшествующее утомленіе, испугъ или другіе психическіе факторы, давленіе воздуха, сотрясеніе отъ паденія и т. п. Въ однихъ случаяхъ наряду съ церебральными мѣстными симптомами имѣются неврастеническія явленія съ шизохондрической или депрессивной окраской, въ другихъ случаяхъ на первый планъ выдвигаются общіе мозговья симптомы или состоянія психической задержки въ видѣ мутизма, афоніи, абазіи или психическихъ состояній раздраженія въ видѣ тикообразныхъ судорогъ, хореоформныхъ подергиваній, заиканія и т. д. Дифференціально

діагностическимъ важнымъ для военныхъ неврозозъ является наличность въ большинствѣ случаѣ расстройствъ слуха. Въ терапевтическомъ отношеніи авторомъ отмѣчается важность скорѣйшей специальной помощи. Прогнозъ для военного невроза лучшей, чѣмъ для травматическаго невроза. Терминъ—травматическій неврозъ въ данномъ случаѣ неподходящъ, такъ какъ болѣзненные явленія могутъ развиваться не только послѣ травмы, но и безъ нея, подъ влияніемъ переутомленія.

Проф. Разумовскій въ двухъ статьяхъ (Врачебная Газета, 1915, № 40 и 1916, № 20) на основаніи своихъ наблюденій доказываетъ хорошее дѣйствіе алкогольныхъ впрыскиваній при болевыхъ пораженіяхъ нервовъ вслѣдствіе огнестрѣльныхъ поврежденій. Боли проходятъ почти сейчасъ же послѣ впрыскиванія. Параличи не наблюдались, а только одни парезы. Въ одномъ случаѣ, гдѣ имѣлись сильныя боли въ стопѣ и параличъ ея, послѣ алкогольныхъ впрыскиваній исчезли не только боли, но и улучшились движенія.

Прив.-доц. Давиденковъ (Психіатрическая Газета, 1916, 8) приводитъ описаніе случая церебральной геміатаксии, развившейся послѣ сквозного пулевого раненія черепа въ области правыхъ атс. zygomaticus proc. mastoideus съ нарушеніемъ цѣлости праваго наружнаго слухового прохода.

Прив.-доц. Держинскій (Психіатрическая Газета, 1916) описываетъ 3 случая огнестрѣльнаго раненія послѣднихъ 4 черепныхъ нервовъ, придя къ заключенію, что мѣсто пораженія находилось у выхода нервовъ изъ черепной полости.

Аракина и Пеньковская (Психіатрическая Газета, 1915, 21) доказываютъ, приведя одно свое наблюденіе, цѣлесообразность операціи Föerster'a при невралгіи, зависящей отъ интерстиціального неврита.

Боришпольскій (Психіатрическая Газета 1916, 7). На основаніи изслѣдованія большого числа больныхъ съ раненіями черепа и интересуясь вопросомъ о локализаціи эпиплетическихъ приступовъ въ головномъ мозгу, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Въ громадномъ большинствѣ сл. поврежденіе двигательной обл. коры не вызываетъ развитія эпилептическихъ приступовъ.

2) Развитіе эпилептическихъ приступовъ можетъ наступать послѣ поврежденія и другихъ, кромѣ двигательной, областей мозговой коры (лобной, височной, затылочной).

3) Дѣятельное участіе въ развитіи эпилептическихъ судорогъ принимаютъ не только мозговая кора, но и подкорковые части мозга (большіе узлы, центры основанія, четверохолміе, Вароліевъ мостъ и др.).

Pierre Marie et Chatelin (Revue neurol. 1915, № 23, 24) собрали матеріаль, посвященный зрительнымъ расстройствамъ при пораженіи интрацеребральныхъ зрительныхъ путей и зрительной сферы. Въ мирное время такіа расстройства обуславливаются процессами сосудистаго характера и выражаются обыкновенно въ формѣ полной геміанопсіи. При проникающихъ раненіяхъ черепа расстройства въ отдѣльныхъ сл. бываютъ неодинаковы, б. ч. въ виду частичныхъ геміанопт. явленій. Зрительный центръ, по даннымъ авторовъ, слѣдуетъ локализовать въ fiss. calcarinae съ прилежащими къ ней отдѣлами (нижняя часть cuneus и верхняя ч. lob. ling.).

Въ заключеніи авторы отмѣчаютъ: 1) что при существованіи измѣненій въ полѣ зрѣнія примѣненіе радіографіи отерываетъ часто присутствіе инороднаго тѣла; 2) быстрое увеличеніе геміаноптической скотомы позволяетъ думать о развитіи мозгового гнойника.

Gaupp (Beitr. für klinische Chirurgie, 1915) разбираетъ вопросъ о гранатной контузіи. Изъ всѣхъ этиологическихъ моментовъ, связанныхъ съ этимъ видомъ поврежденій, какъ то измѣненія воздушнаго давленія, развитія ядовитыхъ газовъ, механическаго сотрясенія нервной системы, душевнаго потрясенія, первыя два, по мнѣнію автора, имѣютъ очень

небольшое значеніе. Физическое сотрясеніе во многихъ случаяхъ играетъ извѣстную роль; но самымъ важнымъ факторомъ въ развитіи болѣзненныхъ явленій авторъ считаетъ психическую травму. Въ виду этого и по своей клинической картинѣ заболѣваніе можетъ быть отнесено къ травматической истеріи.



Н. А. Андреева.

Случай парціальной эпилепсіи, лѣченный
хирургическимъ путемъ *).

(Изъ Госпитальной Хирургической Клиники Казанскаго Университета).

Со времени системныхъ наблюденій Redlich'a въ клиникѣ Wagner'a, констатировавшаго почти въ половинѣ всѣхъ случаевъ генуинной эпилепсіи присутствіе очаговыхъ симптомовъ въ видѣ незначительныхъ гемипарезовъ, гемипарестезій, разницы въ кожныхъ и сухожильныхъ рефлексахъ обѣихъ сторонъ и т. д., цѣлый рядъ авторитетныхъ ученыхъ, поведшихъ свои изысканія въ данномъ направленіи, подвергъ основательной критикѣ и сомнѣнію, признававшееся ранѣе рѣзкое разграниченіе органической и генуинной эпилепсіи. Одною звучавшее сначала въ контрастъ общему мнѣнію утвержденіе тождества обѣихъ эпилепсій (Stamer) въ смыслѣ наличія при нихъ патолого-анатомическихъ измѣненій—въ настоящее время стало превалирующимъ среди невропатологовъ. И если до сихъ поръ при всерытіяхъ, въ мозгахъ лицъ, страдавшихъ

*) Доложено въ засѣданій общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ 30 сентября 1915 года.

генуинной эпилепсией, часто не находят никакихъ отклонений отъ нормы, то это исключительно слѣдствіе нашихъ современныхъ несовершенныхъ патолого-анатомическихъ и бактериологическихъ методовъ изслѣдованій.

Изъ всей массы, сравнительно недавнихъ приобрѣтеній, для хирурговъ въ особенности интересны два факта: первый — отмѣчены случаи чередованій Джексоновской эпилепсiи съ припадками генуинной; или еще лучше: случаи Джексоновской эпилепсiи съ теченіемъ времени принимающихъ характеръ генуинной. Такъ очаговья пораженія мозга (травматическіе фокусы, энцефалиты) сплошь и рядомъ послѣ индивидуально различнаго періода кажущагося здоровья — ведутъ исподволь отъ явленій частичной эпилепсiи къ симптомокомплексу общей, съ потерей сознанія и суммой распространенныхъ тонико-клоническихъ судорогъ. Этотъ постепенный въ теченіи иногда дѣлаго ряда лѣтъ переходъ частичной эпилепсiи въ общую, имѣетъ своимъ основаніемъ не только одну диффузію процесса органическаго характера (разроженіе *glia*, ростъ опухоли, обѣменение инфекціоннымъ матеріаломъ *et cetera*), но и также, по всей вѣроятности, то неизвѣстное намъ физико-молекулярное измѣненіе здоровой клѣточной субстанции мозга, которое можно разсматривать, какъ результатъ длительного потока раздраженій черезъ ассоціативныя волокна со стороны локализованныхъ пораженныхъ участковъ. Отмѣченное состояніе мозга, названное Unverricht'омъ „судорожнымъ мозгомъ“, Fére „спазмофильнымъ“ характеризуется общей гиперестезіей его, вслѣдствіе чего такой „спазмофильный“ мозгъ усиливаетъ реакціи на раздраженія до эпилептиформныхъ судорогъ.

Второй фактъ, важный для хирурговъ, касается наблюдений надъ травматическими эпилепсiями, развившимися въ дѣтскомъ возрастѣ. Здѣсь объемъ, тяжесть диффузіи процесса, распространенность физико-молекулярныхъ измѣненій въ здоровомъ мозгу, спазмофильность его — нерѣдко оцѣниваются эффектомъ оперативнаго вмѣшательства, въ виду лучшихъ

регенеративнихъ и компенсаторнихъ свойствъ молодыхъ мозговъ: чѣмъ ранѣе произведена операція, тѣмъ лучше, тѣмъ полнѣе выздоровленіе; и наоборотъ, чѣмъ позднѣе, тѣмъ хуже предсказаніе не только въ смыслѣ выздоровленія отъ двигательныхъ явленій раздраженія, но и въ отношеніи высшихъ психическихъ функцій мозга, напримѣръ, въ отношеніи развивающагося слабоумія.

На основаніи двухъ выше-изложенныхъ фактовъ у хирурговъ постепенно сложился принципъ: „чѣмъ раньше удаленъ патолого-анатомическій фокусъ въ мозгу, тѣмъ болѣе шансовъ на то что эпилептическое состояніе въ мозгу не получитъ дальнѣйшаго развитія и наступитъ выздоровленіе“ (Tilmann).

Послѣ такихъ предварительныхъ краткихъ штриховъ, касающихся выработки показаній къ оперативному леченію Джаксоновскихъ эпилепсій, я обращаюсь къ исторіи болѣзни интересующей насъ больной съ диагнозомъ травматической парціальной эпилепсії, оперированной въ Госпитальной Хирургической Клиникѣ лѣтомъ текущаго года проф. А. В. Вишневымъ.

Больная Ксенія Софронова, 13 лѣтъ. Русская, в.р. Лаишевскаго уѣзда. Направлена была изъ амбулаторіи нервныхъ болѣзней Казанской Губернской Земской больницы д-ромъ Клячкинымъ въ Госпитальную Хирургическую Клинику, куда и поступила 22 Мая 1915 года.

Анамнезъ: Происходитъ отъ здоровыхъ родителей. Болѣзней за исключеніемъ вѣтрянной оспы и кори въ раннемъ дѣтствѣ никакихъ не переносила. Трехъ лѣтъ отъ роду получила ударъ желѣзной лопатой по головѣ. До марта текущаго года была совершенно здорова, съ марта появились судорожныя подергиванія въ языкѣ при обильномъ слюнотеченіи и сохраненномъ сознаніи. Припадки повторялись нѣсколько разъ въ день. За недѣлю передъ поступленіемъ въ клинику къ прежнимъ явленіямъ прибавились судороги въ лѣвой верхней конечности (сведенія и подергиванія всегда начинались съ большого пальца, за которымъ сгибались и другіе пальцы). Мать больной добавляетъ, что вмѣстѣ съ этими

явленіями раздраженія при сохраненномъ сознаніи, за послѣднее же время были припадки, повторявшіеся также нѣсколько разъ въ день, съ потерей сознания, при чемъ подергиванія постоянно начинались съ лѣвой половины лица и уже отсюда спускались на верхнюю и нижнюю конечности. Правая сторона тѣла участія въ этихъ судорогахъ не принимала. За припадками съ потерей сознания слѣдовали ненормальныя ощущенія одеревенѣлости въ лѣвыхъ конечностяхъ, а иногда больная была-де настолько слаба, что не въ состояніи была шевельнуть ни рукой, ни ногой пораженной стороны.

Объективное изслѣдованіе: въ области лѣвой темяной кости черепа—небольшой рубецъ, результатъ бывшей въ раннемъ дѣтствѣ травмы, спаянный съ подлежащими тканями.

Языкъ высовывается съ трудомъ и отклоняется влѣво: лѣвая назо-лабиальная складка сглажена. Жевательная мышца слѣва нѣсколько ослаблена. Со стороны глазъ—явленіе диплопіи (*strabismus divergens*). Дно глаза въ нормѣ. Со стороны чувствительности гипестезія на всей лѣвой сторонѣ. Со стороны двигательныхъ нервовъ—мышечная сила въ лѣвыхъ конечностяхъ замѣтно ослаблена. Колѣнный рефлексъ повышень, клонусъ стопы не наблюдается. Симптомъ Бабинскаго ясно, выступаетъ слѣва. Рѣдкія атетоидныя движенія въ верхней лѣвой конечности. Тазовые органы не разстроены. Внутренніе органы—въ нормѣ.

До операціи въ клиникѣ больная пробыла 17 дней. Получала бромиды и жаловалась главнымъ образомъ на періодическую головную боль. Въ остальномъ—состояніе безъ переменъ.

8 іюня операція подъ хлороформнымъ наркозомъ. Широкая остеопластическая резекція въ области соответственныхъ двигательныхъ центровъ по способу *Vagner'a* съ незначительными модификаціями. Констатированъ участокъ приблизительно съ трехкопеечную монету, выпяченнаго, ненормально мягкаго мозга, съ блѣсоватымъ оттѣнкомъ въ цвѣтъ, частію своей периферіей находившійся подъ кожнымъ, сросшимся съ темяною костью рубцомъ. Пункція полой иглой жидкости не дала. Раздраженіе—униполярнымъ электродомъ индукціоннаго тока саннаго аппарата *Du-Bois-Raymond'a* (разстояніе—90—95) заподозрѣннаго мозга—вызвало рядъ вторныхъ, быстро слѣдующихъ другъ за другомъ судорожныхъ сокращеній въ соответственныхъ мышцахъ *facialis'a* и

лѣвыхъ конечностей. Обкалываніе и перевязка сосудовъ рѣе намѣченного кѣ удаленію участка по Krause и послѣдующая эксцидія коры ножемъ съ дополнительнымъ выжиганіемъ термокаутеромъ Пакелена, какъ углубленія на мѣстѣ эксцидіи, такъ *главнымъ образомъ коры въ соприкасающихся фиссурахъ*. Кровотеченіе—незначительное. На твердую оболочку наложено нѣсколько швовъ. Выводники въ нижнихъ углахъ раны въ видѣ тампоновъ. Послѣоперационное теченіе: въ ночь дня операціи у больной припадокъ тонико-клоническихъ судорогъ въ конечностяхъ лѣвой стороны по прежнему типу, съ потерей сознанія, длившійся минутъ шесть. Жалобы на боль въ операционной ранѣ. Температура ночью—37.8. Днемъ девятого—на другой день послѣ операціи—подобный же припадокъ. Въ остальные дни послѣоперационное теченіе гладкое. Первая перемѣна повязки одинадцатаго—на третій день послѣ операціи. Тампоны оказались смоченными церебральной жидкостью. Съ 19 началось сравнительно быстрое возстановленіе движеній въ лѣвыхъ конечностяхъ, сначала въ нижней, потомъ въ верхней.

Выписалась 21/VII—на 45 день послѣ операціи: движенія въ нижней конечности нормальнаго объема. Парезъ лѣваго лицевого нерва. Въ лѣвой рукѣ имѣются ограниченія движеній въ лучезапястномъ суставѣ и въ сочлененіяхъ большого пальца; изрѣдка атетонидныя движенія. Питаніе мышцъ не ослаблено. Чувствительность понижена на тыльной поверхности предплечія и кисти. Сухожильные и кожные рефлексы слѣва повышены. Зрачки равномѣрны, реакція ихъ на свѣтъ—нормальна. Диплопія отсутствуетъ. Изслѣдованіе 30 октября утромъ, т. е. почти три мѣсяца спустя послѣ операціи: остаются измѣненія въ лѣвой верхней конечности: ограниченіе подвижности въ лучезапястномъ суставѣ, въ движеніяхъ пальцевъ съ контрактурою большого пальца и незначительно выраженной атрофіей разгибательныхъ мышцъ предплечія и кисти. По прежнему въ этой конечности—рѣдкія атетонидныя движенія. Электровозбудимость сохранена. Гипастезія въ верхней конечности. Нижняя лѣвая конечность въ нормѣ.

Какъ это видно изъ приведенной исторіи болѣзни анамнезъ и объективныя данныя изслѣдованія даютъ достаточный матеріалъ для постановки діагноза. На самомъ дѣлѣ—харак-

теръ судорогъ (Бехтеревъ, Rothmann стоятъ на той точкѣ зрѣнія, что клоническія судороги принадлежатъ исключительно двигательной сферѣ коры) начало припадковъ—раздраженіе двигательной сферы п. *facialis*'а, руки, ноги, палецъ, рубецъ и траума въ области темянной кости—все это вмѣстѣ взятое подсказываетъ опредѣленную топическую діагностику заболѣванія головного мозга. Трудно было объяснить развѣ только присутствіе атетоидныхъ движеній въ верхней лѣвой конечности; и лишь неизмѣнность атетоидныхъ движеній послѣ операціи и выпаденіе тонико-клоническихъ судорогъ—даютъ намъ право съ увѣренностью допустить у больной наравнѣ съ эксцидированнымъ участкомъ больного мозга, наличность второго самостоятельнаго уже глубокаго, неоперируемаго, подкорковаго фокуса пораженія.

Касательно самаго теченія болѣзни, интересно лишній разъ отмѣтить характеръ патологическаго процесса: больная получила трауму трехъ лѣтъ отъ роду. Отъ момента траумы до первыхъ припадковъ проходитъ почти десять лѣтъ—это, если позволено будетъ такъ выразиться, періодъ кажущагося здоровья. И только съ появленіемъ первыхъ припадковъ, болѣзнь развивается быстро, двигательныя явленія раздраженій занимаютъ все большій объемъ.

Главный интересъ для насъ, какъ хирурговъ, въ приведенной исторіи болѣзни, несомнѣнно заключается въ техникѣ оперативнаго вмѣшательства. Я еще разъ повторяю, что остеопластическая резекція черепа произведена по Vagner'у; разрѣзъ въ твердой оболочкѣ проведенъ ниже линіи костнаго распила съ тѣмъ простымъ расчетомъ, чтобы мѣсто костнаго распила пришлось на здоровую твердую оболочку и такимъ образомъ до нѣкоторой степени уменьшило бы количество шансовъ на неспаиваніе, образующихся на мѣстахъ костныхъ дефектовъ, съ подлежащими оболочками. Въ дальнѣйшемъ, техника по первому темпу—обслѣдованіе мозга электрическимъ раздражителемъ, предварительное обкалываніе и перевязка сосудовъ *riae* продѣлана по Krause. Во второмъ темпѣ,

внесено нечто индивидуальное: за иссѣченіемъ мозга съ помощью ножа возможно глубже, слѣдуетъ выжиганіе термокаутеромъ. Мы въ особенности подчеркиваемъ этотъ моментъ, такъ какъ несомнѣнно плоскостная эксцизія не всегда достигаетъ поставленной цѣли—удалить пораженный участокъ возможно полнѣе; въ этомъ отношеніи большія техническія затрудненія, преодолюваемые однимъ термокаутеромъ, доставляютъ щели мозга. Мы, лично, благоприятный исходъ операціи въ трауемомъ случаѣ, склонны ставить въ тѣсную связь съ примѣненіемъ удачной, по нашему мнѣнію, комбинаціи эксцидіи съ выжиганіемъ.

Къ сожалѣнію, рекомендованная профессоромъ Вишневымъ въ качествѣ заключительнаго пластическаго момента краниотоміи замѣщеніе черепныхъ отъ фрезъ отверстій, пригнанными къ нимъ, заранѣе приготовленными кружечками изъ декальцинированной кости (методъ Senn'a), въ нашемъ случаѣ отсутствуетъ, въ виду намѣченныхъ въ этомъ отношеніи дальнейшихъ изслѣдованій. Но вообще, только съ проведеніемъ упомянутаго момента въ жизнь, можно назвать операцію краниотоміи по Wagner'у остеопластической въ полномъ смыслѣ этого слова, въ достаточной степени гарантирующей отъ возвратовъ падучей на почвѣ подтягиванія мозга, сросшимися съ нимъ рубцами, образующимся на мѣстахъ костныхъ дефектовъ (Розановъ).

Въ заключеніе приведу статистику результатовъ хирургическаго леченія эпилепсіи по Tilman'у отъ 1913 года:

„Если взять вмѣстѣ всѣ случаи трауматической и Джексоновской эпилепсіи, то мы получимъ 32,7% успѣшныхъ результатовъ и 18% полныхъ выздоровленій. Для трауматической эпилепсіи въ отдѣльности цифры эти будутъ соотвѣтственно — 44,3 и 34,7%, а для Джексоновской 24,7 и 13,5%“.

Приведенная статистика результатовъ оперативнаго вмѣшательства при леченіи трауматической эпилепсіи въ общемъ хороша — 44,3 успѣшныхъ и 34,7% — полныхъ выздоровленій.

Правда, абсолютное число оперированныхъ съ благопріятными исходами при травматической эпилепсіи не превышаетъ сорока (прослѣжены годами), тѣмъ не менѣе каждый вновь описанный случай, прослѣженный годами, каждое лишнее оперативное вмѣшательство, приносящее съ собою что-нибудь новое въ технику хирургическихъ приемовъ все болѣе и болѣе заставляютъ склоняться въ мысли v-Bergman'a, впервые (1887 г.) рекомендовавшаго оперативное лечение частичной эпилепсіи и отдаляють отъ хирурговъ страхъ передъ параличами (скоропреходящи) и возвратами припадковъ отъ послеоперационныхъ рубцовъ въ мозгу, на что указалъ Fränkel (1892), экспериментировавшій на собакахъ. Длительныя наблюденія надъ оперированными опасенія Fränkel'a въ общемъ не подтверждаютъ, а возвраты подучей на почвѣ рубцовъ, развивающихся на мѣстахъ костныхъ дефектовъ (Розановъ), о которыхъ мы уже упомянули, могутъ быть а priori предотвращены костной пластикой. И мы лично убѣждены, что не за горами то время, когда оперативное вмѣшательство при травматическихъ гесп. Джексоновскихъ эпилепсіяхъ, приметъ широкіе размѣры въ практикѣ, какъ единственно рациональное и ведущее въ благопріятнымъ результатамъ лечение.

Печатные труды:

- A. Cramer. „Die Epilepsie“ Handbuch d. Nervenkrankheiten im Kindesalter. Berlin. 1912.
- Tilman n. Die Chir. Behandlung d. traumatisch. Epilepsie (Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 92).
- Tilman n. Болѣзни черепа. Статья въ сборномъ руководствѣ по хирургіи профессоровъ Wullstein'a и Wilms'a.
- rause. Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks nach eigenen Erphahrungen (Seite 177—Epilepsie). Berlin, Wien, 1911.

Розановъ. Изъ области черепномозговой хирургіи. Хирургія Т. XXVIII. № 167. 1910.

А. В. Вишневскій. Нѣсколько словъ по поводу видоизмѣненія обычной техники остеопластической краніотоміи. Хирургія. № 177. 1911.

В. И. Разумовскій. Новѣйшія данныя по черепно-мозговой хирургіи. Монографія. Прагматическая Медицина, 1913 г.

Онъ—же. Къ вопросу о трепанациі при корковой эпилепсіи. (Рус. Архивъ 1902).

Krause, F. Die Behandlung d. nichttraumatisch. Epilepsie (Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 93).

Развитіе миксэдемы у раненаго *)

Е. Н. Архангельской,

ординатора перваго отдѣленія военнаго госпиталя при Екатеринославской губернской земской больницѣ.

Изъ большого матеріала, проходящаго перель глазами госпитальнаго врача въ видѣ разнообразныхъ раненій, иногда выдѣляются отдѣльные случаи, останавливающіе особое вниманіе. Въ ряду картинъ, совершенно опредѣленно выражающихъ моментъ поврежденія съ выпаденіемъ или измѣненіемъ той или иной функціи, благодаря раненію соответствующаго органа, встрѣчаются и болѣе запутанныя, съ сложнымъ нарушеніемъ отправленій организма, часто противорѣчивыми данными, затрудняющими точную увѣренную діагностику.

Къ послѣднимъ я отношу случай одного раненія, вызвавшаго оригинальную группу болѣзненныхъ проявленій, напоминающихъ миксэдему, и заставившаго эти послѣднія связывать съ поврежденіемъ щитовидной железы.

Случай таковъ: больной К. 23 лѣтъ, поступилъ въ намѣ уже съ зажившими ранами изъ Кіевскаго госпиталя съ діагнозомъ „нефритъ“. Въ терапевтическомъ отдѣленіи нашего госпиталя этотъ діагнозъ былъ категорически отвергнутъ и въ виду отсутствія объективныхъ измѣненій внутреннихъ органовъ б. направленъ ко мнѣ, въ нервное отдѣленіе.

(*) Доложено въ засѣд. 0-ва врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 5 Апрѣля 1916 г.

Оказывается 19 1/VI июля 15 г. больной получил нѣсколько раненій, оставившихъ въ настоящій моментъ рубцы 1) въ область правой ягодицы, съ слѣпымъ каналомъ, 2) черезъ мягкія ткани праваго бедра 3) черезъ кожу задней поверхности шеи и 4) въ переднюю поверхность шеи, слѣва отъ срединной линіи, въ мѣстѣ, соответствующемъ положенію щитовидной железы. Здѣсь наряду съ небольшими рубцами получилась нѣкоторая сглаженность въ контурѣ шеи сравнительно съ правой стороной.

Недѣли 3 спустя послѣ раненія больной замѣтилъ, какъ у него стала отекать вся кожа, приобретающая напряженно-тѣстоватую консистенцію. Появился зудъ въ ней. Моча стала выходить съ затрудненіемъ и временно образовалась даже задержка. Далѣе развилась свѣтобоязнь, рѣзкая общая слабость, частыя головокруженія, боли во всемъ тѣлѣ ноющего характера.

Объективно: б. совершенно правильнаго сложенія. Никакихъ признаковъ дегенераціи нѣтъ. Со стороны двигательной нервной системы—все въ порядкѣ, если не считать плохой подвижности шеи отчасти, благодаря рубцамъ, отчасти благодаря наибольшему здѣсь отеку кожи. Ротъ открывается не вполне въ виду стягиванія кожи щекъ. Изъ сухожильныхъ рефлексовъ колѣнные и Ахилловы оживлены, глоточный рефлексъ сохраненъ. Конъюнктивы нѣсколько гиперестезированы.

Вся кожа имѣетъ своеобразную плотную, набухшую консистенцію (особенно въ области лица, шеи, спины и верхнихъ частей рукъ и ногъ). На всѣхъ этихъ мѣстахъ она анестетична: ни укола, ни прикосновенія, ни холода, ни тепла б. не ощущаетъ вовсе. Въ остальныхъ мѣстахъ чувствительность понижена. При давленіи на кожу ямки не образуется. Далѣе у больного упорные запоры, задержка мочи, замедленіе пульса до 60—68, плохой аппетитъ, иногда тошнота, рѣзкое ослабленіе силъ. Общее состояніе угнетенное, подавленное, по ночамъ—бессонница. Органы высшихъ чувствъ

и въ частности норм. глазное дно и поле зрѣнія, нормально. Кромѣ уплотненія и отечности кожи и пониженія чувствительности въ ней, она отличается необычайной сухостью и въ связи съ этими явленіями у больного совсѣмъ особымъ ощущеніемъ: кожа точно стянута, въ ней зудъ и сильная зябкость. Когда б. садится въ теплую ванну—ни воды, ни тепла онъ не чувствуетъ: ему кажется кругомъ все сухимъ. Потѣнія у него нѣтъ совершенно, и онъ съ недоумѣніемъ самъ отмѣчаетъ это явленіе. Кромѣ этого есть какія-то неопредѣленно безпокойныя ощущенія во всемъ тѣлѣ.

Голосъ у больного измѣнился; сталъ рѣзкимъ и крикливымъ. Въ волосахъ есть какое-то болѣзненное ощущеніе при поглаживаніи противъ направленія ихъ. Психика ослабѣла: б. сталъ несообразителенъ. Сосредоточенія вниманія почти нѣтъ. Припоминаніе сильно затруднено. Всѣ психическія реакціи заторможены. Наряду съ этимъ вполнѣ сохранена самокритика и самъ больной отмѣчаетъ свое „отупѣніе“. Наблюдаетъ именно пониженіе интеллектуальныхъ процессовъ а не другихъ сторонъ душевной жизни. Вотъ примѣры пониженія его психики: забывчивость доходитъ до того, что поставленный подъ мышку термометръ (часто съ напоминаніемъ, чтобы это не было забыто), моментально забывается и когда сестра входитъ въ палату вторично,—онъ, здороваясь съ ней точно въ 1-й разъ, дѣлаетъ движеніе, роняетъ термометръ и разбиваетъ. Тотчасъ забываетъ, куда положилъ какую ниб. вещь, которую только что держалъ въ рукахъ. Иногда, собираясь что-то сказать, подзываетъ сестру или подходитъ съ тѣмъ же намѣреніемъ ко мнѣ и не можетъ припомнить, что ему было нужно.

Простѣйшія задачи, вродѣ вычисленія $4+5$, $10-7$ и т. д. соображаетъ съ трудомъ. Имена близкихъ родныхъ (жены, сына) долженъ сначала припомнить, чтобы назвать ихъ.

До войны К. былъ совершенно здоровъ. Когда-то считался способнымъ ученикомъ въ сельской школѣ, хорошо зналъ счетъ. Происходитъ изъ здоровой семьи.

Самый яркій симптомъ въ настоящемъ заболѣваніи — это своеобразный отекъ всей кожи и измѣненія психики, заставляющія предполагать миксэдему. Но гдѣ же вызывающій ее моментъ? При разсказѣ о своемъ раненіи больной упомянулъ только о ранѣ въ правое бедро, гдѣ по просвѣчиваніи лучами *Rentgen'a* оказалась пуля въ толщѣ мускулатуры, не вызывающая однако какихъ-либо двигательныхъ разстройствъ. Предположеніе о миксэдемѣ заставило внимательно осмотрѣть область шеи и тогда были найдены вышеупомянутые рубцы въ области лѣвой доли щитовидной железы, при чемъ больной вспомнилъ, что послѣ раненія этого мѣста боли здѣсь почти не испытывалъ, но потерялъ много крови. Не есть-ли это поврежденіе щитовидной железы и острое развитіе миксэдемы послѣ этого раненія? Очевидно, зарубцевавшаяся соединительная ткань стянула паренхиму органа. Вслѣдствіе этого получилось стѣсненіе его функціи въ видѣ недостаточности секретіи железы въ организмѣ или явленіе *hypothyreoidism'a*.

На сколько мнѣ извѣстна литература этого вопроса — подобнаго случая еще не было описано.

Теоретически или прагматически извѣстная намъ картина миксэдемы выработана наблюденіями или надъ врожденными формами неправильной секретіи, къ которымъ относятся случаи кретинизма, далѣе развитіе миксэдемы въ періодъ угасанія организма, напр., въ климактерическомъ періодѣ, когда измѣняется секретіа всѣхъ вообще железъ, наконецъ, появленіе миксэдемы, какъ послѣдствіе операціи удаленія зоба при Базедовой болѣзни. Во всѣхъ этихъ случаяхъ миксэдема обусловлена конституціональными аномаліями организма. Внезапное появленіе миксэдемы среди общаго хорошаго состоянія не наблюдалось ни разу. По этому поводу видный изслѣдователь по вопросу о миксэдемѣ *Herthog* выразился такъ: „не дѣлаются гипотиреодными, а бываютъ таковыми уже отъ рожденія.“ Вопросомъ о разстройствѣ железъ внутренней секретіи особенно интересовались за послѣдніе годы до войны. Пересматривался весь матеріалъ, начиная съ $1\frac{1}{2}$ прош-

лаго столѣтія, когда впервые явились описанія случаевъ кретинизма. Благодаря тщательному разбору каждаго изъ этихъ случаевъ установился уже взглядъ, что проявленія микседемы надо поставить въ связь съ пониженіемъ функціи щитовидной железы—съ *hypothyroidism*'омъ, хотя и встрѣчались еще отдѣльныя мнѣнія, что микседема есть особый видъ заболѣванія крови (Schröder) или то возрѣніе, что неправильности внутренней секреціи въ организмѣ зависятъ отъ церебральной травмы (Münster) и только побочно развивается отсюда вся сложность измѣненій во всѣхъ органахъ и тканяхъ.

Раненіе щитовидной железы и рядъ возникающихъ вслѣдъ за этимъ болѣзненныхъ симптомовъ интересенъ какъ почти чистый лабораторный опытъ, дающій непосредственные результаты нарушенной функціи органа и кромѣ того, еще явленія, косвенно и вторично возникающія въ силу утраченнаго равновѣсія въ дѣйствиіи и другихъ железъ, находящихся въ связи съ щитовидной.

И въ нашемъ случаѣ, кромѣ упомянутыхъ уже выше болѣзненныхъ явленій, возникшихъ вскорѣ послѣ раненія железы, наблюдаются еще разстройства *вторичнаго характера*, опредѣляемыя изслѣдованіемъ обмѣна веществъ.

Интересенъ особенно анализъ мочи: каждое изслѣдованіе (многократныя для избѣжанія ошибки) все время обнаруживало въ мочѣ жиръ въ капляхъ и въ видѣ кристалловъ жировыхъ кислотъ. Сахара не было. Бѣлка нѣтъ или ничтожныя слѣды. Въ *испражненіяхъ* больного тоже обнаружены капли жира и кристаллы жировыхъ кислотъ. Кромѣ того непереваренныя мускульныя волокна. Последнее явленіе—жира въ испражненіяхъ—такъ назыв. *Fettstühle* нѣмецкихъ авторовъ—отмѣченъ (Bitlort и Falta) при клинической картинѣ какъ разъ противоположной, т. е. при Базедовой болѣзни, при чемъ теоретически дѣлалось предположеніе о торможеніи въ дѣятельности панкреатической железы, т. е. признавался антагонизмъ въ дѣйствиіи железъ щитовидной и панкреатической, слѣдовательно нарушеніе ассимиляціи жира при усиленной секреціи щитовидной.

Въ нашемъ случаѣ, считаясь съ пониженной функціей железы, мы сталкиваемся съ тѣмъ же явленіемъ.

Что касается до появленія жира въ мочѣ — явленія чрезвычайно рѣдкаго вообще — какихъ-либо указаній на подобный фактъ при разстроенной секреціи железъ вообще — я не встрѣчала нигдѣ. При миксэдемѣ въ общемъ предполагается пониженіе обмѣна жировъ, „болѣзненное отложеніе его въ тканяхъ и отсюда болѣе или менѣе сильно выраженное общее ожирѣніе“ (*Biedl*).

Количественный анализъ мочи къ сожалѣнію не удалось сдѣлать. Изслѣдованіе крови, произведенное дважды, дало слѣдующіе результаты:

31		19	
VIII		X	
Нв	90% (по Sahli)		100%
кр. шариковъ	4.875.000		4.500.000
бѣлыхъ	5.000		4.600
нейтрофилы	60%		56%
лимфоциты (съ преобладаніемъ большихъ)			
	32%		30%
базофилы	2%		6%
перех. формы	5%		8%

Слѣдовательно наблюдается лейкопенія и лимфоцитозъ, т. е. тѣ же измѣненія морфологическаго состава крови, какъ и при Базедовой болѣзни, для которой это считается характернымъ. Значить, несмотря на противоположный характеръ нарушенія функціи железы — съ одной стороны — миксэдема, съ другой — Базедова болѣзнь — нѣкоторые измѣненія въ организмѣ получаются совершенно одинаковыми. Къ такому же выводу относительно состава крови при этихъ 2 формахъ пораженія щитовидной железы приходитъ проф. Вельяминовъ *).

При обсужденіи функціональнаго значенія щитовидной железы возникали всевозможныя теоріи. Самыми распростра-

*) Матеріалы къ ученію о зобѣ и Basedow'ой болѣзни. Р. Кр. 1916. № 0.

ненными изъ нихъ были: 1) секретіонная теорія и 2) теорія о нейтрализующемъ дѣйствиіи желѣзы. Первая—признавала выдѣленіе желѣзой особаго секрета (гормона), стимулирующаго функцію другихъ органовъ и желѣзъ (теорія *Боткина* и *Баумана*), по второй признавалось, что главное назначеніе щитовидной желѣзы—обезвредить ядовитыя вещества, появляющіяся въ организмѣ, какъ продукты обмѣна. Одни считаютъ, что эти вещества муциновидныя, которыя желѣза должна переработать и утилизировать: если функція желѣзы падаетъ—эти вещества наводняютъ организмъ, нарушая его отправленія. Другіе (*Blum*) пытаются болѣе точно указать на процессъ обезвреживанія, предполагая, что особаго рода бѣлки, циркулирующіе въ организмѣ, какъ токсины, переводятся щитовидной желѣзой въ особое соединеніе съ іодомъ (іодотиреоглобулины), которые становятся уже неядовитыми. Такимъ образомъ, на основаніи этихъ теорій организмъ, лишенный щитовидной желѣзы, не способенъ нейтрализовать собственныхъ вредныхъ продуктовъ и гибнетъ отъ аутоинтоксикаціи.

Biedl въ своемъ обширномъ изслѣдованіи о функціяхъ желѣзъ внутренней секреціи, считаетъ теорію обезвреживанія уже утратившей значеніе. Щитовидная желѣза, по его мнѣнію, выдѣлительный органъ, который своимъ гормономъ повышаетъ нормальную дѣятельность организма, усиливая ростъ костей, половыхъ желѣзъ, ограничивая дѣятельность поджелудочной желѣзы и создавая всюду процессы ассимиляціи. Развивая его взгляды и дополняя ихъ, проф. *Репревъ*, въ томъ же изданіи, ссылается на опыты и наблюденія многочисленныхъ русскихъ авторовъ и дѣлаетъ заключеніе, что щитовидная желѣза играетъ громадную синтезирующую роль въ организмѣ. Дѣйствіе ея гормона на подобіе фермента, способнаго къ построенію многихъ сложныхъ химическихъ соединеній. Въ отсутствіе желѣзы, по мнѣнію автора, „организмъ продолжаетъ жить, но перестраивается въ своемъ химическомъ составѣ“ (напр., нарушается синтезъ для образованія высшихъ формъ бѣлка съ S и Ph.).

Поэтому и получается усиленное выдѣленіе сульфатовъ и фосфатовъ изъ организма.

Какъ результатъ неправильнаго созиданія бѣлка, получается, вмѣсто него въ тканяхъ болѣе простая форма—коллоидная субстанція. Далѣе—нарушается соединеніе жирового вещества съ фосфоромъ (т. е. образованіе липоидовъ), количество липазы въ крови падаетъ. Этимъ послѣднимъ, должно быть, надо объяснить то неувоеніе жировъ, которое замѣчается и въ нашемъ случаѣ.

Значить суть измѣненій при миксэдемѣ по этому автору не въ интоксикаціи организма и не въ дегенераціи его тканей, а какъ бы въ перемѣщеніи всего организма на болѣе низкую ступень развитія благодаря тому, что выпадаетъ стимуль къ образованію сложныхъ соединеній, нарушается ассимиляція и происходитъ общая дезорганизация химическихъ процессовъ.

Возвратимся теперь къ больному. У него нѣтъ полнаго выпаденія функціи питовидной железы, $\frac{1}{2}$ ея остается совершенно нетронутой. Значить вопросъ въ данномъ случаѣ идетъ о пониженіи секреціи ея, о *hypothyreodism*'ѣ. Можно сдѣлать еще выводъ: достаточно раненія даже $\frac{1}{2}$ железы для нарушенія равновѣсія въ организмѣ *).

Въ видѣ леченія больному была сдѣлана попытка искусственнаго замѣшенія недостающихъ для организма веществъ. съ 20/VIII ему начали давать *thyreoidin* по 0,3—2—3 таблетки въ день. Сначала реакція была неблагоприятная: пульсъ сталъ частить до 120, появился *tremor digitorum*, слабость усилилась. При уменьшеніи дозы до 0,2 по 1—2 въ день стало замѣтно улучшеніе субъективныхъ и въвоторыхъ объективныхъ симптомовъ: тошнота, головокруженіе пропали,

*) Возраженіе, что послѣ операциі усѣченія зоба при Базедовой болѣзни однако не развивается миксэдемы, устраняется тѣмъ соображеніемъ что оперируютъ обычно при Базедовой болѣзни, гдѣ предполагается гиперсекреція железы, т. ч. оставшаяся часть ея можетъ компенсировать удаленную или до нормы или даже съ избыткомъ.

исчезла ломота во всемъ тѣлѣ, появилось потоотдѣленіе. Отечность кожи стала меньше. Мочениспусканіе улучшилось вскорѣ до нормы. Пропала бессонница. Упорные запоры устранились. Между прочимъ интересны колебанія въ вѣсѣ: до леченія thygeoidin'омъ больной вѣсилъ 3 п. 38 фун. 12 дней спустя послѣ начала леченія онъ потерялъ въ вѣсѣ 12 фун. Далѣе были колебанія (около 3 п. 30 ф.). Въ смыслѣ улучшенія самочувствія и нѣкоторыхъ физическихъ симптомовъ несомнѣнно получился успѣхъ, но со стороны психики, въ смыслѣ поднятія интеллекта, результата не получилось: б. оставался крайне разсѣянъ, забывчивъ, несообразителенъ. Обмѣнъ веществъ качественно остался безъ измѣненія: въ мочѣ по прежнему масса капель жира и кристалловъ жировыхъ кислотъ. Въ испражненіяхъ также много жира и непереваренныхъ мускульныхъ волоконъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи—въ виду появленія значительной влажности кожи, дермографизма, усилившагося tremor'a рукъ, дозу thygeoidin'a пришлось уменьшить до 0,1 по 1 обл. въ день. Въ ноябрѣ больной, представленный въ комиссію, былъ освобожденъ вовсе отъ военной службы и отправленъ на родину. Съ дороги было получено отъ него письмо съ извѣщеніемъ, что его долго возили съ одной станціи на другую, потому что онъ забывалъ сходить на пересадкахъ и проѣзжалъ мимо. Дальнѣйшая судьба его неизвѣстна.

КЪ ВОПРОСУ

о сущности контузій современными артиллерійскими снарядами.

Этіологическія концепціи.

Т. Е. Сегалова (Москва)

Слово „контузія“ (contusio) значитъ—ударъ, ушибъ. Въ доброе старое время, при войнахъ „временъ Очаковскихъ и покоренія Крыма“, осколки круглаго ядра часто ушибали, не рани, а вызывая лишь синяки и кровоподтеки. Современная артиллерійская техника создала совершенно новыя болѣзни и заболѣванія. Изученіе этихъ болѣзненныхъ явленій, конечно, еще не закончено, но нѣкоторыя соображенія должны получить широкую огласку для дальнѣйшей провѣрки и испытанія.

Въ началѣ этой войны большинство врачей считало контузионныя заболѣванія принадлежащими къ обширной группѣ функциональныхъ неврозовъ и психо-неврозовъ. Вопросъ о дифференціаціи органическихъ и функциональныхъ заболѣваній является самымъ основнымъ и значительнымъ не только въ невропатологіи, но и вообще въ медицинѣ. И до сихъ поръ, можно сказать, роковымъ образомъ боязнь истерическихъ поддѣлокъ препятствовала діагностической смѣлости и терапевтическимъ новшествамъ. До самаго послѣдняго времени врачъ привыкъ считать функциональнымъ, истерическимъ всякій симптомокомплексъ, не подходящий подъ привычныя для его медицинскаго пониманія картины болѣзней.

Когда впервые, въ началѣ этой войны появились пораженныя пролетами снарядовъ—первое, что приходило въ

голову, что успокаивало медицинскую совесть и давало „научную ориентировку“—было признать эту группу контуженных истериками, неврастениками, дегенератами, заболѣвшими травматическимъ неврозомъ или психоневрозомъ.

Противъ этой точки зрѣнія возникли, однако, два возраженія, высказанныя пишущимъ эти строки въ его статьяхъ, опубликованныхъ въ „Современной Психіатріи“: первое—это то, что явленія истерическаго заболѣванія, картина травматической истеріи наблюдалась не только у „контуженныхъ“ пролетомъ или разрывомъ снаряда, но и у раненыхъ, и даже у людей, не перенесшихъ ни раненій, ни контузій, но достаточно травмированныхъ пребываніемъ подъ обстрѣломъ или даже только видомъ раненыхъ и убитыхъ, и однимъ сознаніемъ неизбѣжности смерти, тоской предсмертнаго ужаса.

Современная неврологія создала понятіе психологическаго комплекта идей и ощущеній, понятіе о своеобразномъ агрегатѣ лишь частію осознанныхъ, въ большинствѣ чисто инстинктивныхъ импульсовъ, желаній и стремленій, ноудовлетвореніе которыхъ и создаетъ, главнымъ образомъ, истерическія функціональныя заболѣванія. И для того, чтобы контуженнаго признать функціонально заболѣвшимъ, надо не ограничиваться чисто отрицательнымъ отсутствіемъ органическихъ симптомовъ, но и доказать, выявить наличность болѣзненнаго комплекса не изжитыхъ переживаній, наличность истерической психики, присутствіе своеобразнаго измѣненія личности, присущаго дегенеративнымъ субъектамъ, заболѣвшимъ травматическимъ неврозомъ, а это встрѣчается у контуженныхъ не чаще, чѣмъ у раненыхъ или больныхъ.

Вторымъ возраженіемъ противъ вышеупомянутой точки зрѣнія является наличность органическихъ симптомовъ у лицъ, заболѣвшихъ послѣ контузій пролетомъ снаряда. Подъ наблюденіемъ пишущаго эти строки были десятки случаевъ не-

*) См. «Совр. Псих. ЖЕ» 3,5—6,9 за 1915 г. и 1 за 1916 г., «Мед. Обзор. Ж» 15 за 1915 г.

сомнѣннаго органическаго заболѣванія центральной нервной системы, появившихся послѣ того, какъ въ непосредственной близости больного пролетѣлъ или разорвался современный снарядъ. Большинство этихъ наблюденій опубликовано въ „Современной Психіатріи“. Если суммировать эти наблюденія, то должно придти къ заключенію, что въ данныхъ случаяхъ имѣются множественные мелкіе очаги, преимущественно въ спинномъ мозгу, но иногда и въ мозжечкѣ, и въ головномъ мозгу. Симптомы, въ общемъ, крайне напоминаютъ симптоматиологию „кессоновой болѣзни“—caisson disease английскихъ авторовъ. Этиологически это заболѣваніе должно назвать morbus decompressionis. Рабочіе при постройкѣ мостовъ и т. под., которымъ приходится по условіямъ труда работать на днѣ рѣки или залива подъ давленіемъ нѣсколькихъ атмосферъ, заболѣваютъ лишь въ томъ случаѣ, если давленіе внезапно, сразу понижается болѣе, чѣмъ на половину. По закону парціального давленія газовъ, въ крови, въ жирахъ и въ липоидахъ центральной нервной системы освобождаются, въ виду пониженія давленія, пузырьки газа, по всей вѣроятности, азота, ибо кислородъ всасывается, а углекислота выдѣляется. Эти внезапныя образованія газа являются какъ бы маленькими взрывами внутри паренхимы органовъ, которые они, такимъ образомъ, непосредственно разрушаютъ, а, образуясь въ крови, могутъ, съ одной стороны, привести къ разрыву мелкаго сосуда и послѣдующему кровоизліанію—съ другой же—закупорить сосудъ, создать воздушный тромбъ, со всѣми сюда относящимися послѣдствіями. Симптоматологія кессоновой болѣзни достаточно извѣстна: она выражается явленіями выпаденія—параличами и гиперелоніями въ совершенно своеобразныхъ сочетаніяхъ и въ измѣненіяхъ чувствительности во всевозможныхъ смыслахъ, въ комбинаціяхъ гиперъ—ан—и парастезій. Наблюдаются также и расстройства тазовыхъ органовъ. Подобныя-же картины болѣзни отмѣчались и у многихъ контуженныхъ. Но центръ тяжести вопроса лежитъ, конечно, не въ симптоматилогіи. Всякій процессъ,

дающей въ центральной нервной системѣ разсѣянные очаги, проявятся соотвѣтственно ихъ локализаци. Суть дѣла въ этиологической концепціи, въ томъ фактѣ, что проносящееся мимо ядро образуетъ за собою полосу пониженнаго воздушнаго давленія, обуславливающаго освобожденіе азота въ центральной нервной системѣ. Вычислить математически формулу воздушнаго давленія въ полосѣ воздуха, слѣдующей за летящимъ снарядомъ, не представляется сейчасъ возможнымъ и приходится ограничиться свидѣтельскими повозаніями. Такъ часто приходится слышать отъ очевидцевъ, что снарядъ, пролетая сквозь стаю птицъ, захватываетъ ихъ за собою и тянетъ, несетъ, засасываетъ ихъ.

Уже въ произведеніяхъ Н. Пирогова *) имѣется слѣдующее, полное глубокаго интереса мѣсто: **).

„Всѣмъ военнымъ хирургамъ и даже офицерамъ и солдатамъ, извѣстны такъ называемыя поврежденія мимолетнымъ ядромъ. Раненные рассказываютъ иногда съ большой точностью, что поврежденіе нанесено или ядромъ, или бомбою, пролетѣвшими мимо и не задѣвшими ихъ нисколько. Теперь считается это всѣми за сказки и за игру фантазіи раненаго. Не говоря уже о противорѣчьи, въ которомъ находятся такіе рассказы съ извѣстными намъ физическими законами, можно въ большей части случаевъ доказать на дѣлѣ, что эти воздушныя поврежденія—ни что иное, какъ тѣ же ушибы ядромъ, ослабѣвшимъ на лету, или дотронувшимися до поверхности тѣла подъ весьма тупымъ угломъ. Но я видѣлъ во время осады Севастополя случай, который трудно объяснить научнымъ образомъ. Однажды принесли на перевязочный пунктъ окоченѣлаго и уже почти безъ жизни, онъ тутъ же и умеръ.

*) Доктору Дмитрію Александровичу Груздеву, который обратилъ мое вниманіе на эти страницы, приношу сердечную благодарность за его любезное вниманіе.

**) Начала общей военнополевой хирургіи. Н. Пирогова. Часть первая Дрезденъ. 1865 г, Стр. 75—76.

При наружномъ осмотрѣ трупа не нашлось ни малѣйшаго поврежденія. Солдаты, которые перенесли его съ батареи на перевязочный пунктъ, рассказывали, что онъ упалъ въ то мгновеніе, когда мимо его летѣла огромная непріятельская бомба и упала въ нѣкоторомъ разстояніи отъ батареи. При вскрытіи трупа не овозалось никакого внутренняго поврежденія и даже ничего особеннаго; мозгъ содержалъ много крови, но ни экстравазатовъ, ни апоплексій не было. Здѣсь нельзя никакъ полагать, чтобы огромная бомба могла дотронуться до тѣла, ни причинивъ ни малѣйшаго поврежденія. Что было здѣсь причиною смерти—я не знаю, но трудно предположить, чтобы она не имѣла никакого отношенія къ мимолетному выстрѣлу. Потомъ мнѣ рассказывалъ весьма образованный и опытный адмиралъ о явленіи, еще больше противорѣчащимъ физическимъ законамъ. Онъ присутствовалъ при испытаніи бомбическихъ пушекъ. Выстрѣлы изъ нихъ большими ядрами были направлены на старый корабль; одно изъ ядеръ пролеѣло фута на два выше фордека и вдоль досокъ, которыми онъ былъ устланъ; непосредственно за этимъ выстрѣломъ одна доска приподнялась вверхъ, по направленію летѣвшаго ядра и выскочила вмѣстѣ съ гвоздями изъ пазовъ.

Мнѣ вѣжется, надобно, всетаки, ссзваться, что мы не все знаемъ о дѣйствіи большихъ огнестрѣльныхъ снарядовъ на окружающіе предметы. До осады Севастополя, напримѣръ, не знали хорошо, какъ сильно противостоятъ земляныя батареи выстрѣламъ самыхъ огромныхъ снарядовъ. Не знали также, что щиты, сдѣланные изъ концентрически-свѣтаго корабельнаго каната, вѣшавшіеся передъ амбразурами на нашихъ батареяхъ, по упругости своей такъ сильно противостоятъ выстрѣламъ, что ядра отъ нихъ отскакиваютъ. Тотлебенъ доказалъ на дѣлѣ многое, чему прежде никто бы не повѣрилъ“.

Изъ вышеприведенной выписки видно, что уже пятьдесятъ лѣтъ тому назадъ такой наблюдатель и мыслитель, какимъ былъ Пироговъ, могъ установить два основныхъ факта

для сужденія о вредности пролетающихъ мимо снарядовъ:— это—во первыхъ—смерть безъ видимыхъ поврежденій тѣла, а во вторыхъ, полоса разрѣженія атмосфернаго давленія, слѣдующая непосредственно за летящимъ снарядомъ.

Въ послѣднее время во французской печати было высказано предположеніе о возможности появленія условій, необходимыхъ для развитія *morbus decompressionis* и при разрывѣ сваряда. Для этого надо представить себѣ воздушное движеніе при взрывѣ, какъ рядъ волнообразно смѣняющихся другъ друга повышеній и пониженій давленія*). Круги по водѣ, послѣ того, какъ въ воду брошенъ камень, могутъ олицетворить это гипотическое движеніе воздушныхъ слоевъ послѣ разрыва крупнаго снаряда. Но для сужденія о патогномичности какъ взрыва, такъ и пролета снаряда, надо твердо помнить что рѣшающимъ моментомъ является—въ этиологии *morbus decompressionis* не повышение, а пониженіе давленія (разрѣженіе атмосферы). Насколько бы ни было высоко давленіе въ первый моментъ послѣ разрыва снаряда—оно дѣйствуетъ на организмъ слишкомъ кратковременно, чтобы жидкости тѣла подверглись добавочному насыщенію, и приходится считать патогномичнымъ лишь стадію пониженнаго давленія. Тогда внезапное пониженіе давленія до—примѣрно, одной трети атмосфернаго, будетъ критическимъ для жидкостей организма, длительно насыщенныхъ газами при нормальномъ давленіи, т. е. равнымъ одной атмосферѣ.

Конечно, я пишуицій эти строки охотно первымъ признаетъ, что не только декомпрессіей обусловлены органическія заболѣванія контуженныхъ. Во время позиціонной войны, когда воины закапываются въ землю, когда артиллерійскій огонь по нѣсколько сутокъ безъ перерыва сотрясаетъ глубокіе окопы, прикрытые блиндажами и укрѣпленные настолько, что до тѣла человѣческаго не доходили ни непосредственное поврежденіе,

*) См. Современн. Псих. № за 1916 г.

ни даже токи воздуха или газовъ, и тогда приходится отмѣчать своеобразныя поврежденія организма, повидимому резонаторнаго характера.

Въ наукѣ о взрывчатыхъ веществахъ существуетъ понятіе детонаціи. „Въ техникѣ многократно было сдѣлано наблюденіе, что взрывчатыя вещества могутъ быть взорваны не только непосредственнымъ дѣйствіемъ электрической искры, тепла и удара, но и черезъ воздушныя волны, получающіяся отъ взрыва другого вещества—путемъ детонаціи. При этомъ весьма любопытно, что взрывъ одного тѣла происходитъ только отъ взрывовъ опредѣленныхъ веществъ. Такъ, напримѣръ, сильно взрывчатый іодистый азотъ не дѣйствуетъ детонирующимъ образомъ на рядъ весьма чувствительныхъ веществъ и заставляетъ взрывать только опредѣленныя тѣла.... Должно наблюдаться извѣстное избирательное дѣйствіе волнъ разной длины. Такъ, напримѣръ, извѣстно, что если укрѣпить на струнѣ контрабаса или віолончели вусочекъ іодистаго азота, заставляя струну звучать или непосредственно, или черезъ резонансъ, мы только при опредѣленной частотѣ ея колебаній получимъ взрывъ вещества“*).

Это, и многія другія наблюденія физиковъ и механиковъ, будучи сопоставлены съ клиническими наблюденіями симптомовъ очаговыхъ и разсѣянныхъ пораженій у людей, подвергшихся артиллерійскому обстрѣлу въ то время, какъ они лежали на днѣ глубокаго окопа, и которые не носятъ никакихъ наружныхъ слѣдовъ ушибовъ и т. под. заставляетъ рядомъ съ этиологіей декомпрессіонной поставить и резонаторную этиологію. Сущности этой послѣдней выясняется вышесказаннымъ. Органы человѣческаго тѣла „настроены“ разно: на этомъ и основано клиническое выстукиваніе—перкуссія. Взрывы снарядовъ падающихъ по близости отъ защищеннаго землею человѣка, вызываютъ содроганія и ритмическія колебанія всего

*) Проф. П. Лазаревъ. «Исслѣдованія по іонной теоріи возбужденія»
Стр. 142.

его тѣла, и когда ритмъ разрывовъ падаетъ въ „тонъ“ тому или иному органу тѣла, этотъ послѣдній будетъ контуженъ путемъ детонаціи, подобно тому, какъ путемъ детонаціи можно взорвать умѣлой бомбардировкой фугасы, закопанные въ землю и мины, скрытыя подъ водой.

На этомъ, собственно говоря, можно было бы и кончить, такъ какъ заболѣванія, вызываемыя ушибами о землю и твердые предметы, не входятъ въ понятіе воздушной контузіи и разсматривать современное ученіе о „commotio“—сотрясенія мозга не входитъ въ задачу этой статьи. Но хотѣлось бы предварительно отмѣтить здѣсь своеобразный симптомокомплексъ, уже съ начала войны наблюдавшійся врачами арміи, но лишь въ недавнее время, съ приближеніемъ въ Москвѣ линія боевъ, появившійся въ Московскихъ лазаретахъ. Въ связи съ этимъ вопросомъ пишущій эти строки считаетъ умѣстнымъ привести здѣсь замѣчаніе, которое онъ имѣлъ честь выслушать въ ноябрѣ 1915 г. въ отвѣтъ на свое сообщеніе о сущности контузіи, сдѣланное въ Обществѣ Русскихъ хирурговъ въ Москвѣ, отъ доктора Щербачева. Докторъ Щербачевъ участвовалъ въ трехъ компаніяхъ: совместно съ Пироговымъ въ войнѣ 1877—1878 годовъ, въ войнѣ съ Японіей и въ настоящей. Во время войны 77—78 годовъ, по свидѣтельству д-ра Щербачева, среди врачей господствовало опредѣленно отрицательное отношеніе къ возможности заболѣванія отъ пролетѣвшаго ядра. Ему самому приходилось видѣть, какъ ядро малаго размѣра поразило въ грудь и плечо солдата, шедшаго въ сомкнутой шеренгѣ, и сосѣдь его не потерпѣлъ ни малѣйшаго поврежденія. Въ Японскую войну стали встрѣчаться случаи, которые заставляли призадуматься, но все-же ни одного яснаго случая органическаго пораженія послѣ пролета снаряда д-ру Щербачеву тогда видѣть не довелось. Въ настоящую войну, однако, подъ наблюденіе д-ра Щербачева поступилъ контуженный солдатъ въ очень тяжеломъ состояніи, безъ малѣйшаго поврежденія покрововъ тѣла. При тщательномъ изслѣдованіи удалось обнаружить лишь пе-

реполненный мочевой пузырь. Катетеризация выяснила, что пузырь полонъ крови. Опорожненный катеторомъ, пузырь на другой день былъ снова полонъ крови, а еще черезъ день больной скончался. При вскрытіи оказалось, что пузырь, мочеточники и почки наполнены внутри кровью и кровяными сгустками; паренхима имбибирована кровью, но поверхность органовъ совершенно цѣла, нѣтъ ни разрывовъ, ни размягченій. Капсула снималась легко и безпрепятственно. Д-ръ Щербачевъ не сообщилъ о состояніи головного мозга и спинного мозга и въ обстановкѣ боевой и походной вскрытіе черепа и т. д. едва ли и возможно. Во всякомъ случаѣ, вышеприведенные наблюденіе кажется пишущему эти строки достойнымъ вниманія и упоминанія, особенно въ связи съ данными вскрытія французскихъ авторовъ, уже ставшими достояніемъ отечественной неврологіи.

Конечно, эти тяжелые случаи съ разможженіемъ почечной паренхимы, часто съ разможженіемъ части легкаго, съ пораженіемъ конуса спинного мозга или конскаго хвоста, не могутъ быть объяснены ни декомпрессіонной, ни резонаторной этиологіей. Въ настоящее время подъ наблюденіемъ пишущаго эти строки имѣется нѣсколько подобныхъ случаевъ, изученіе ихъ еще не закончено и они составятъ тему особой статьи.

Изъ анатомо-физиологической лабораторіи нервной клиники проф. Н. М. Попова въ Одессѣ.

О вторичныхъ перерожденіяхъ при очагѣ въ передней половинѣ височной доли.

Отдаленные симптомы при опухолѣ передняго полюса височной доли.

Ординатора С. Н. Кипшидзе.

Проекціонныя системы, связывающія кору различныхъ отдѣловъ полушарій съ мостомъ, имѣютъ извѣстное положеніе въ *pes pedunculi*. На основаніи данныхъ, полученныхъ по различнымъ методамъ (методъ Flexig'a, методъ вторичныхъ перерожденій) были выработаны схемы строенія этого отдѣла нервной системы. Наибольше извѣстны схемы Obersteiner'a^{1, 2}, Edinger'a³, Бехтерева⁴ и Dejerine'a⁵.

По схемѣ Obersteiner'a *pes pedunculi* содержитъ, считая снаружи вънутрь:—пучекъ неизвѣстнаго происхожденія, 1—лобно-мостовую систему, 2—путь для черепныхъ нервовъ, 3—пирамидный путь, 4—пучекъ мышечнаго чувства, 5—чувствительную часть мозговой ножки, 6—пучекъ отъ петли къ ножкѣ.

Между *substantia nigra* и указанными пучками помѣщается *stratum intermedium*. По схемѣ Edinger'a *pes pedun-*

culi содержитъ, считая снаружи: 1—tractus fronto-pontinus; 2—tractus cortico-bulbaris med.; 3—tractus cortico-spinalis pyramid.; 4—tractus temporo-pontinus. Между двумя послѣдними въ дорзальномъ слоѣ pes pedunculi расположенъ tractus cortico-bulbaris lateralis. Въ томъ же слоѣ надъ первыми тремя пучками находится tractus strio-peduncularis. По схемѣ Бехтерева пучки располагаются снаружи вънаружи: 1—лобно-мостовая система, 2—путь двигательныхъ черепныхъ нервовъ, 3—пирамидный пучекъ, 4—волокна височно-мостовой системы; дорзально отъ пирамидныхъ путей располагаются волокна двигательныхъ черепныхъ нервовъ.

По схемѣ Dejerine'a pes pedunculi содержитъ во внутреннихъ трехъ четвертяхъ волокна пирамиднаго пучка. Въ самой наружной части располагается височно-мостовая система. Существованіе восходящихъ системъ въ pes pedunculi допускаетъ лишь одинъ Obersteiner. Схемы Edinger'a и Бехтерева, сходныя по существу, отличаются тѣмъ, что Edinger допускаетъ двѣ системы для черепныхъ нервовъ: боковую и среднюю.

Наиболѣе проста схема Dejerine'a: По Dejerine'у нѣтъ лобно-мостовой системы въ смыслѣ Flexig'a и Бехтерева. Во внутреннемъ углу имѣются лишь волокна черепныхъ нервовъ и пирамиднаго пучка.

Какъ показываетъ бѣглый обзоръ этихъ схемъ, какъ въ отношеніи положенія пучковъ такъ и происхожденія, существуютъ разногласія. Больше всего противорѣчія касаются внутреннего отдѣла pes pedunculi, поскольку дѣло идетъ о лобно-мостовой системѣ и положеніи системы для черепныхъ нервовъ.

Случай, который я, согласно предложенію моего глубокоуважаемаго учителя Н. М. Попова имѣю въ виду описать, интересенъ съ точки зрѣнія происхожденія внутренней части pes pedunculi.

Большая Г. 40 лѣтъ. Поступила въ Одесскую новую городскую больницу 29 марта 1911 года съ жалобами на сильныя головныя боли, рвоты и слѣпоту на оба глаза.

Больна около 10 мѣсяцевъ.

Изслѣдованіе больной показало:

Двигательная сфера: парезовъ и параличей нѣтъ; ходить не шатаясь. Атаксіи нѣтъ.

Чувствительная сфера: рѣзкое ослабленіе зрѣнія. Офтальмоскопическое изслѣдованіе показало застойные соски и атрофію зрительныхъ нервовъ. Обоняніе: больная запаховъ не различаетъ.

Вкусъ сохраненъ.

На туловищѣ, конечностяхъ и лицѣ чувствительность не нарушена.

Рефлексы: коленные понижены; брюшной и подошвенный понижены.

Реакція зрачковъ на свѣтъ вялая.

Больная провела въ больницѣ 6 мѣсяцевъ. Впродолженіе этихъ шесть мѣсяцевъ у нея были:

а) головныя боли, которыя отсутствовали весьма рѣдко. Боли локализовались то въ затылочной, то въ височной области, то были общаго характера.

б) рвоты довольно часто. Иногда рвотѣ предшествовала тошнота;

в) появился чрезъ мѣсяцъ пребыванія въ больницѣ парезъ п. *facialis* и п. *hypoglossi* слѣва. Парезъ этотъ не осложнялся парезомъ конечностей и никогда рѣзко выраженъ не былъ;

г) еще до появленія пареза нервовъ у больной появились подергиванія въ правой рукѣ и ногѣ, которые вскорѣ перешли въ періодически наступающіе припадки частичной эпилепсіи и даже въ припадки, которые охватывали всѣ конечности.

Первый припадокъ былъ недѣли три спустя послѣ поступленія въ больницу на 11-омъ мѣсяцѣ болѣзни: у больной во время обѣда свело правую руку и пища вывалилась изъ рта. Черезъ три дня были судороги клонико-тоническія въ правой рукѣ и ногѣ безъ потери сознанія.

Черезъ пять дней опять судороги съ участіемъ четырехъ конечностей, но безъ потери сознанія.

Въ промежуткѣ между этими припадками подергиванія въ правой рукѣ.

Далѣе, мѣсяцъ свободный отъ судорожныхъ припадковъ.

Потомъ опять начинаются подергиванія въ правой рукѣ и ногѣ. Еще черезъ мѣсяць судороги снова охватываютъ правую половину тѣла.

Послѣдніе два мѣсяца свободны отъ припадковъ.

е) На 6-омъ мѣсяцѣ пребыванія въ больницѣ появилось нарушеніе равновѣсія.

Въ исторіи болѣзни отмѣчается, что больную при ходьбѣ тянетъ впередъ. Сидѣть не можетъ.

Черезъ три дня отмѣчается, что больную тянетъ въ сторону, и голова опускается на грудь.

За двѣ недѣли до смерти больная начинаетъ бредить. Часто безсознательное состояніе. Послѣдніе дни сонливость.

Больная въ сознаніе болѣе не приходитъ.

г) Сильнаго замедленія пульса никогда не было: частота—84, 96 и 112 въ минуту, жалобы на шумъ въ ушахъ.

Черезъ шесть мѣсяцевъ пребыванія въ больницѣ, т. е. на 16-ый мѣсяць болѣзни больная погибла.

Вскрытіе, произведенное прозекторомъ Новой Городской больницы докторомъ медицины Хенцинскимъ, показало, что имѣется опухоль правой височной доли, уничтожившая совершенно передній отдѣлъ послѣдней *).

Правая половина мозга больше лѣвой. Увеличеніе правой половины происходитъ насчетъ увеличенія височной доли.

Въ области пер. полюса твердая оболочка сращена съ поверхностью височной доли, во всю толщю занятой опухолью.

Послѣдняя (d см. рис. 1-а) **, имѣя почти шаровидную форму доходитъ до Сильвіевой щели, что хорошо видно на фронтальныхъ разрѣзахъ, проходящихъ черезъ переднюю половину височной доли.

Слѣва объемъ височной доли меньше нормы.

На фронтальныхъ разрѣзахъ замѣтно ясное расширеніе передняго рога бокового желудочка. Мозгъ разрѣзанъ на кус-

*) Мозгъ былъ любезно предоставленъ намъ для изслѣдованія д-ромъ Хенцинскимъ, за что приносимъ ему благодарность.

***) Замѣтствовали у Dejerine'a: Cohier fenilles d'autopsies et. c. 1911 г.

ки въ 1,5 ст. толщины и послѣ надлежащей фиксаціи въ Мюллеровской жидкости и проведенія черезъ спиртъ, заключенъ въ целлоидннѣ. Разрѣзы фронтальные.

Окраска по методу Вейгертъ — Раһл'я.

Вниманіе наше обращено главнымъ образомъ на измѣненія стволовой части мозга.

Вторичныя перерожденія охватываютъ въ мозговомъ стволѣ опредѣленныя системы, которыя мы рассмотримъ по областямъ.

На срѣзахъ, полученныхъ изъ мозговой ножки на мѣстѣ ея перехода во внутреннюю капсулу, можно видѣть перерожденные участки, одинъ изъ которыхъ, занимающая внутренній отдѣлъ мозговой ножки, расположенъ съ правой стороны. Другой участокъ занимаетъ область, расположенную кнутри отъ Турковскаго пучка съ лѣвой стороны.

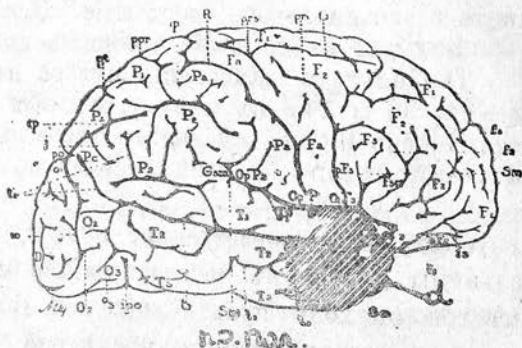


Рис. 1а.

На срѣзахъ, полученныхъ изъ мозговой ножки на мѣстѣ перехода ея въ мостъ перерожденные участки имѣются съ обѣихъ сторонъ (рис. 1а). Разрѣзъ нѣсколько косой: съ лѣвой стороны ближе къ мосту, чѣмъ съ правой. Кромѣ того *tegmentum* принадлежитъ къ отдѣлу болѣе фронтальному, нежели *pes pedunculi*. Хорошо обозначены: неизмѣненная медіальная петля (*lm*), перекрестъ передней ножки мозжечка (*B*), задній продольный пучекъ (*f. l. p.*), ядра IV пары черепныхъ нервовъ.

Въ *pes pedunculi* слѣва въ наружной части нѣтъ перерожденныхъ участковъ; послѣдніе занимаютъ медіальную часть. Справа перерожденіе занимаетъ медіальную четверть ножки

(dmd), не доходя однако ни до внутреннего края *pes pedunculi*, ни до нижняго его края.

По внутреннему краю здѣсь имѣется перерожденный участокъ (*tm*); послѣдній, располагаясь во внутреннемъ углу *pes pedunculi*, снаружи и дорзально граничитъ съ *substantia nigra Soemeringi* (*Sn*). Пучекъ треугольнаго очертанія на поперечномъ разрѣзѣ. Два угла треугольника прилежатъ къ сторонѣ, составляющей внутренній край *pes pedunculi*. Одинъ смотритъ внаружи. Въ этомъ послѣднемъ перерожденныя волокна.

Съ лѣвой стороны аналогичный пучекъ занимаетъ (*tms*) большую площадь; пучекъ *tms* перерожденныхъ волоконъ не содержитъ. Справа въ третьей четверти основанія мозговой ножки, считая снаружи, имѣется перерожденный участокъ, который занимаетъ дорзальную часть основанія, почти доходя до *substantia nigra*.

Срезы, полученные изъ проксимальныхъ отдѣловъ моста, представляютъ то же косое направленіе, что и вышеописанный.

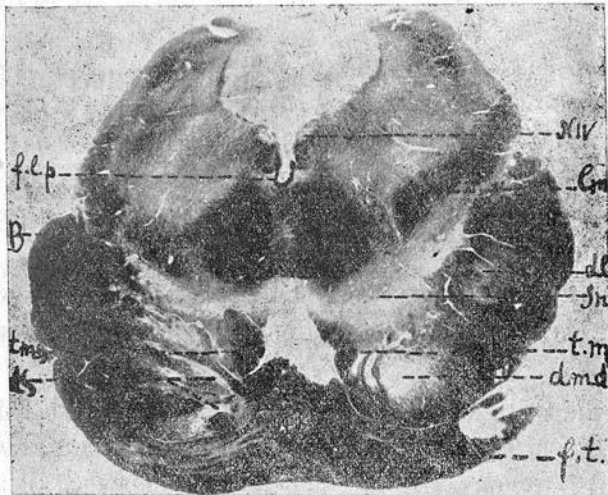
Tegmentum соотвѣтствуетъ перекресту корешковъ п. *trochlearis*. (IV рис. 2). Неповрежденными остались: задній продольный пучекъ (*fl. p*), перекрестъ передней ножки мозжечка (*B*), петля медіальной (*lm*), поперечныя волокна моста (*ft*) и большинство продольныхъ пучковъ основанія моста.

Перерожденный участокъ съ обѣихъ сторонъ занимаетъ медіальную область основанія моста. Справа перерожденіе обширнѣе, нежели слѣва. Можно видѣть, какъ совершенно перерожденные, такъ и отчасти перерожденные участки (*dmd* — справа, *ds* — слѣва).

Кромѣ этихъ участковъ въ наружныхъ областяхъ основанія моста въ дорзальной группѣ продольныхъ волоконъ часть пучковъ окращена блѣднѣе (на рисунокѣ этого не видно). На границѣ основанія и покрывки вкнутри отъ медіальной петли обозначаются ясно пучки *tms* слѣва и *tm* — справа. Пучокъ

tm окрашенъ въ периферическихъ частяхъ блѣднѣе нежели аналогичный пучокъ слѣва.

Срѣзы, полученные изъ отдѣловъ верхней половины моста, лежащихъ дистальнѣе вышеописаннаго (рис. 3) представляютъ то преимущество для изученія вторичныхъ перерожденій, что продольные пучки, ранѣе тѣсно прилежавшіе другъ къ другу, здѣсь располагаются отдѣльными пучками, раздѣленные поперечными волокнами моста.



(VI Рис. 2).

Перерожденіе охватываетъ внутреннюю, прилежащую къ *g*арне, часть: *dmd*—справа, *dms*—слѣва. Въ наружной части моста имѣются пучки *d* и *d*, которые представляютъ, судя по интенсивности окраски, различную степень перерожденія. Совершенно перерожденные части имѣются только въ медіальной части.

Медіальная петля въ медіальной части содержитъ маленькіе, перемѣшанные со здоровыми перерожденные участки, которыхъ справа больше, чѣмъ слѣва. Къ сожалѣнію на рис. 3 эти участки (*tm*) не видны.

Тѣ же самыя отношенія представляютъ препараты, полученные изъ моста на уровнѣ среднихъ ножекъ мозжечка (рис. 4).

Ясно обозначены: задній продольный пучекъ (f. l. p.) медіальная петля (l. m.), поперечныя волокна моста (ft) и часть продольныхъ пучковъ моста.

На этомъ рисункѣ уже видно, что медіальная часть медіальной петли блѣднѣе окрашена, нежели боковая часть:

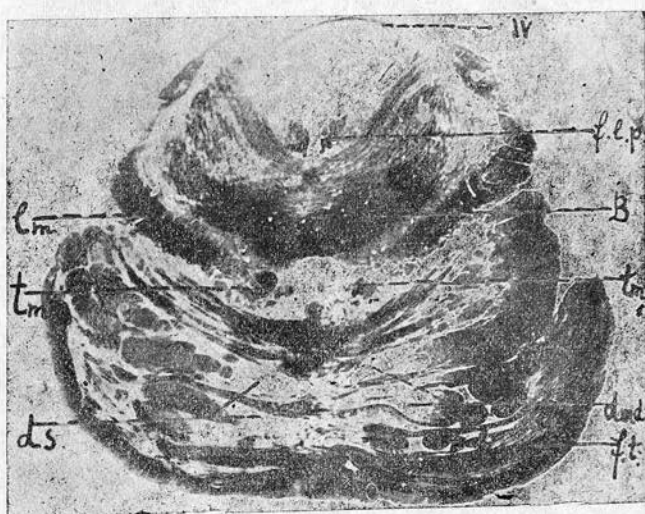


Рис. 3.

tm—справа, tms—слѣва. Подъ микроскопомъ ясно видны пучки перерожденныхъ волоконъ, перемежающиеся со здоровыми. Перерожденные продольныя волокна, прилежащая къ *garhe* съ обѣихъ сторонъ больше справа (dmd), чѣмъ слѣва (ds).

Кромѣ того перерожденные пучки въ dorso-латеральномъ отдѣлѣ основанія моста.

Срѣзы, содержащая колѣно n. facialis (рис. 5 и 6) представляютъ тѣ же самыя отношенія: медіальная петля содержитъ перерожденные волокна только въ медіальной, прилежащей къ *garhe* части (tm). Перерождены въ *pes pedunculi*

продольные пучки по соседству с *raphe* (*dmd* и *ds*) и пучки дорзолатеральные (*d₁* и *d*).

Перерождение выражено больше справа, чем слева.

Поперечные волокна моста сохранены.

Срезы, проведенные через п. п. *abducentes* (п. VI. рис. 7) дают почти здоровую медиальную петлю. В медиальной части последних перерожденных волокон очень мало.

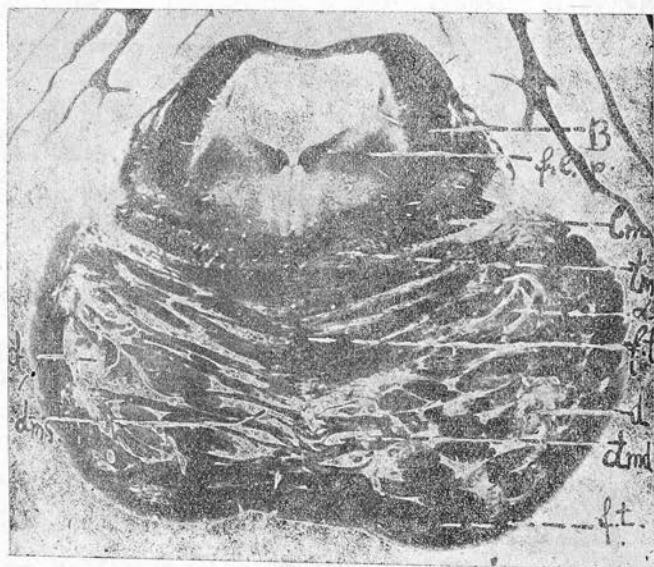


Рис. 4.

В *pes pedunculi* перерождение около *raphe* (*ds* и *dmd*) и в дорзолатеральной группѣ продольных пучков моста сѣ обѣихъ сторонѣ (*d₁* и *d*). Количество перерожденных волоконъ сравнительно сѣ отдѣлами болѣе проксимальными значительно меньше.

На препаратахъ, полученныхъ изъ переходной области между мостомъ и продолговатымъ мозгомъ, (рис. 8) медиальная петля уже не содержитъ перерожденныхъ пучковъ.

Послѣдніе имѣются въ весьма маломъ количествѣ лишь въ медиальной части основанія справа (dmd). Corpus restiforme безъ измѣненій (cr). Поперечныя волокна моста (ft) тоже.

Въ продолговатомъ мозгу перерожденныхъ волоконъ нѣтъ. Пирамиды обозначены ясно. Окрашены достаточно интенсивно. (рис. 9.). Видны оливы нижнія (oi), nuclei ovoides (Na), corpus restiforme (cr).

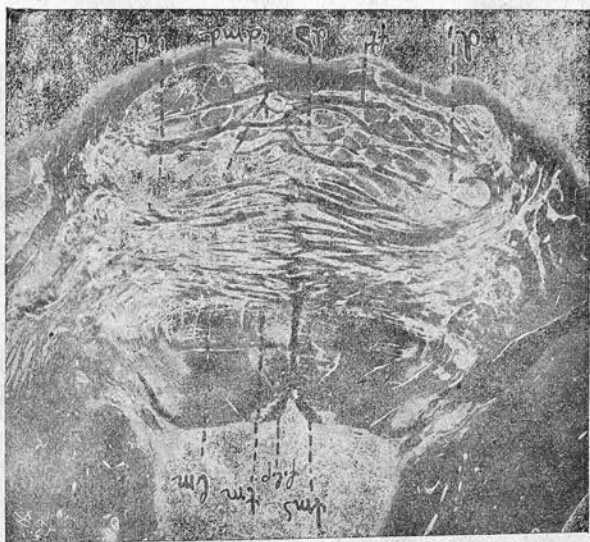


Рис. 5.

Такимъ образомъ перерожденные волокна располагаются по обѣимъ сторонамъ мозгового ствола, начиная отъ области перехода ножеекъ мозга во внутреннюю капсулу до области перехода моста въ продолговатый мозгъ.

Перерожденныхъ волоконъ больше справа, чѣмъ слѣва. Эта разница, мало выраженная въ проксимальномъ отдѣлѣ ствола, ясно выражена въ дистальныхъ его отдѣлахъ. Перерожденная область, занимая въ правой ножеекѣ медиальную четверть и маленькій участокъ дорзального отдѣла pes redun-

culi, ниже располагается въ прилежащей къ гарне и дорзo-латеральной областяхъ моста. Перерожденныя волокна въ дорзo-латеральной области въ дистальномъ направленіи исчезаютъ раньше, нежели въ медіальной.

Съ лѣвой стороны перерожденныя волокна относятся почти также, какъ и съ правой.

Въ продолговатомъ мозгу перерожденныхъ волоконъ нѣтъ. Пирамиды не содержатъ ни одного перерожденнаго волокна и не атрофированы.

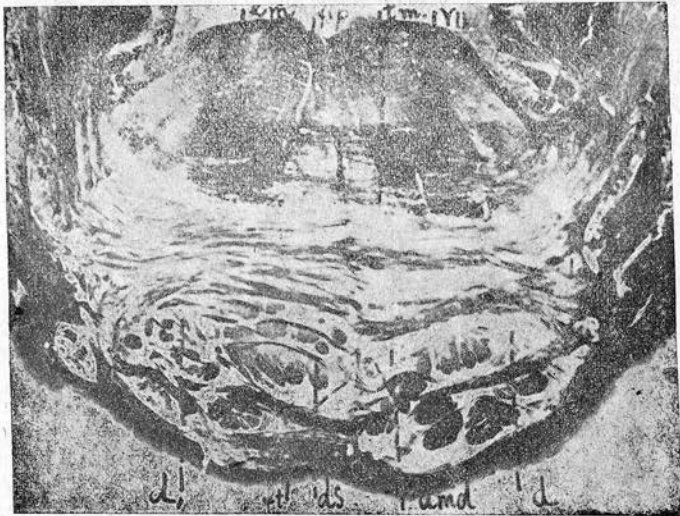


Рис. 5.

Кромѣ того имѣется перерожденіе въ медіальной области *pes pedunculi* справа, въ области, которой различные авторы даютъ различныя названія: *tractus corticobulbaris med.* по Edinger'у, *pes lemnisci superficialis*—по Dejerine'у, *Schleife von der Haube zum Hirnschenkelfuss*—по Hösel'ю и т. д.

Это перерожденіе, постепенно перемѣщаясь въ покрыву, оказывается во внутреннемъ отдѣлѣ петлевого слоя (рис. 2—tm) въ видѣ обособленнаго пучка и далѣе переходитъ

въ медіальную часть медіальной петли въ видѣ разбѣянных перерожденныхъ пучковъ. Пучекъ этотъ совершенно отсут-

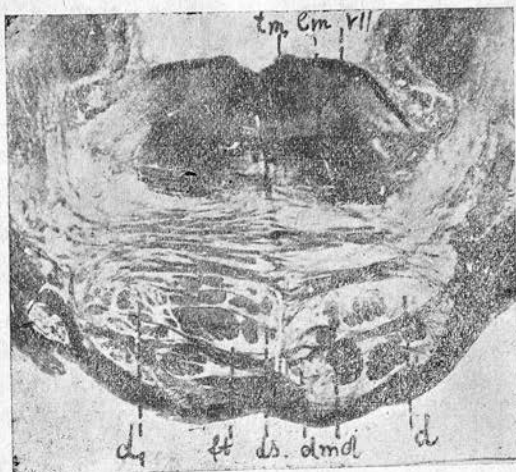


Рис. 6.

ствуетъ ниже ядеръ п. abducentis.

Въ медіальной части медіальной петли слѣва тоже имѣ-



Рис. 7.

ются перерожденные пучки, но въ меньшемъ количествѣ. Слѣдовательно при очагѣ, (опухоль; микроскопическое из-

слѣдованіе показало саркому), занимавшемъ всю толщю передней половины височной доли справа, мы получили вторичныя

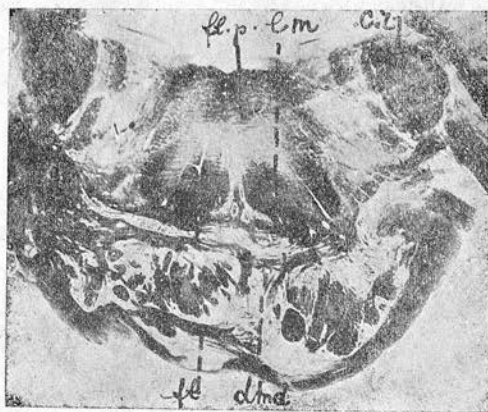


Рис. 8.

перерожденія какъ въ основаніи, такъ и покрывкѣ ствола съ обѣихъ сторонъ.

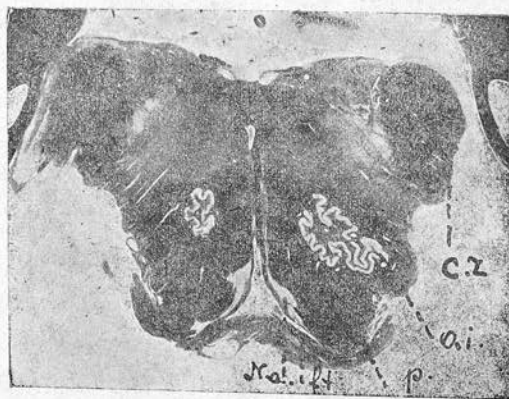


Рис. 9.

Слѣдуетъ помнить, что височная доля слѣва уменьшена въ объемѣ. Соответствующій боковой рогъ расширенъ.

Обзоръ литературныхъ данныхъ показываетъ, что височная доля снабжена большимъ количествомъ нисходящихъ волоконъ, которыя назначены для связи указанной доли съ ядрами моста. Поэтому, каждый разъ, когда имѣлось поврежденіе коры височной доли, наблюдали вторичныя перерожденія этихъ нисходящихъ волоконъ.

Если относительно топографіи этихъ волоконъ въ *res redunculi* мнѣнія согласны, то относительно начало ихъ въ височной долѣ они расходятся.

На нисходящее перерожденіе всей мозговой ножки (ея основанія), а слѣдовательно и височныхъ системъ первый указалъ Rossolimo⁽¹³⁾ въ 1886 г.; въ 1887 году Бехтеревъ⁽²⁾ опубликовалъ случаи съ нисходящимъ перерожденіемъ височно-мостовыхъ системъ въ Arch. f. Psych. уже ранѣе сообщенные имъ въ русской литературѣ.

Въ случаѣ Rossolimo при очагѣ, занимавшемъ обширную часть лобной доли, нижнюю треть центральныхъ извилинъ и центральные узлы съ капсулой, здоровыя волокна остались въ весьма незначительномъ количествѣ во внутренней и въ самой наружной части *res redunculi*.

Раньше господовало мнѣніе Meynert'a, Charcot и Brissaud, утверждавшихъ, что наружная часть мозговой ножки никогда въ нисходящемъ направленіи не дегенерируется.

Бехтеревъ описалъ три случая. Въ первомъ случаѣ (Stecher) при корковомъ очагѣ, занимавшемъ орбитальныя, нижнюю половину центральныхъ извилинъ, нижнюю темянную и височныя извилины, за исключеніемъ ихъ передняго полюса, и центральномъ, уничтожившемъ почти все узлы—было перерожденіе всей *res redunculi*, за исключеніемъ области между пирамиднымъ пучкомъ и Тюрковскимъ, и малаго количества волоконъ во внутреннемъ отдѣлѣ ножки.

Во второмъ случаѣ (Thime), при очагѣ корковомъ, занимавшемъ заднюю половину височныхъ извилинъ, часть *gugli angularis*, затылочную долю и переднее колѣно внутренней

капсулы—перерождение занимало внутреннюю пятую и наружную пятую *res pedunculi*.

Въ третьемъ случаѣ (Hertel) обширное корковое поражение, оставившее свободными верхній отрѣзокъ центральныхъ извилинъ, всѣ височныя и часть затылочной доли.

Перерождение всей ножки, за исключеніемъ наружной пятой ея.

Оказалось, что очагъ, захвативши заднюю половину височной доли, далъ перерождение въ наружномъ отдѣлѣ ножки—въ пучкѣ Тюрка, а въ случаѣ болѣе обширнаго пораженія, (Hertel) гдѣ височная доля осталась неповрежденной, при перерожденіи 3-хъ четвертей внутреннихъ *res pedunculi*, наружная четверть осталась неперерожденной.

Отсюда Бехтеревъ сдѣлалъ выводъ, что височная доля при посредствѣ Тюрковскаго пучка связана съ мостомъ.

Уже въ 1881 году Flexig на основаніи своего метода указалъ, что воловна Тюрковскаго пучка кончаются въ ядрахъ моста.

Въ случаѣ Winkler'a (2¹) при очагѣ, занимавшемъ заднюю часть височныхъ извилинъ и паріетальныхъ извилинъ наблюдалось перерождение Тюрковскаго пучка.

Въ случаѣ Jelgersma (7) при двустороннемъ абсцессѣ, занимавшемъ височныя доли перерождены были оба Тюрковскихъ пучка.

Въ 1-омъ случаѣ Zacher'a (22) (Beu) было перерождение Тюрковскаго пучка при поражении задней половины височныхъ, первой и отчасти второй извилинъ, нижней теменной и задней и нижней части задней центральной извилины.

Во 2-омъ случаѣ (Fläsch Lorenz) перерождение Тюрковскаго пучка наблюдалось при поражении подкорковомъ, которое соответствовало заднимъ двумъ третямъ первыхъ двухъ височныхъ извилинъ и островку. Кромѣ Тюрковскаго пучка были измѣненія во второй четверти основанія мозговой ножки.

Въ третьемъ случаѣ (Foltz) при очагѣ, поразившемъ область первой височной почти цѣликомъ, второй височной

въ задней половинѣ, нижнюю паріетальную и нижнюю треть центральныхъ извилинъ *lob. lingualis* и *fusiformis*, наблюдалось перерождение Тюрковского пучка, и два перерожденныхъ участка въ первой и третьей четверти мозговой ножки, считая снутри внаружи.

Въ четвертомъ случаѣ (Phipps) имѣлось поврежденіе задней половины двухъ височныхъ извилинъ (*t.* и *II t.*), распространяющееся на прилежащую часть затылочныхъ, поврежденіе островка и нижняго отрѣзка центральныхъ извилинъ; наблюдалось перерождение Тюрковского пучка, рѣзко выраженное перерождение въ среднихъ двухъ четвертяхъ ножки и менѣе интенсивное въ первой и въ третьей четверти, считая снутри.

При поврежденіи височныхъ извилинъ поврежденіе Тюрковского пучка было во всѣхъ четырехъ случаяхъ. Ни въ одномъ изъ случаевъ не было поврежденія всего передняго полюса височной доли.

Анализируя свои случаи, Zacher пришелъ къ заключенію, что и паріетальныя извилины принимаютъ участіе въ образованіи Тюрковского пучка. Слѣдуетъ помнить что въ случаяхъ Zacher'a третья височная извилина не была поражена.

Въ 1895 году Кам⁽⁹⁾ опубликовалъ работу, въ которой на основаніи 19 своихъ и извѣстныхъ до него случаевъ установилъ ходъ и происхожденіе височно-мостовой системы.

Въ части случаевъ, въ которыхъ поврежденія височной доли не было, не наблюдалось поврежденія въ наружномъ отдѣлѣ ножки. Тамъ, гдѣ височная доля участвовала, было поврежденіе наружнаго пучка ножки.

На основаніи анализа своихъ и чужихъ случаевъ Кам дѣлаетъ заключеніе, что Тюрковскій пучокъ беретъ начало отъ височныхъ извилинъ.

Въ 1903 году Marie et Guillain⁽¹⁴⁾ на основаніи 14 случаевъ высказались въ томъ смыслѣ, что Тюрковскій пучокъ беретъ начало главнымъ образомъ отъ третьей височной извилины.

По даннымъ Dejerine'a (4) Тюрковскій пучокъ получаетъ волокна изъ трехъ височныхъ извилинъ: главнымъ образомъ отъ среднихъ отдѣловъ второй и третьей извилинъ.

По даннымъ Kattwinkel и Neumaier'a (10) (1910 г.) не только отъ третьей, но и отъ второй и первой височныхъ извилинъ. Въ ихъ случаѣ височная первая извилина не была захвачена процессомъ.

Въ случаѣ Zingerle (23) очагъ занималъ наружную поверхность височной доли, доходя до передняго полюса, но не касаясь орегип'арной поверхности передняго отдѣла височной доли и задней его половины.

Наблюдалось перерожденіе въ сублентивулярномъ отдѣлѣ капсулы.

Въ томъ же году К. Lövenstein (12) опубликовалъ работу изъ Мопасов'скаго Института.

Въ двухъ случаяхъ очаговъ въ височной долѣ, занимавшихъ переднюю половину височной доли, но не доходившихъ ни до Сильвиевой щели, ни до передняго полюса височной доли (первая-височная извилина поражена поэтому не была), измѣненій въ Тюрковскомъ пучкѣ не оказалось.

Отсюда авторъ заключаетъ, что передняя половина височной доли, говоря вѣрнѣе, передняя половина второй и третьей извилинъ участія въ образованіи Тюрковскаго пучка не принимаютъ. Можно-ли тоже самое сказать относительно передняго отдѣла первой височной извилины, авторъ на основаніи своего случая рѣшить не можетъ.

Дѣлая попытку разобраться въ литературныхъ данныхъ, авторъ сообщаетъ слѣдующія разнорѣчивыя мнѣнія относительно начала Тюрковскаго пучка.

Указывая на заключенія Dejerine'a, который придаетъ мало значенія первой височной извилинѣ, хотя въ его случаяхъ и было поврежденіе первой височной извилины, отмѣчаетъ противорѣчіе указаннаго взгляда съ данными, полученными при изслѣдованіи случая Thoma и Dejerine'a, гдѣ при

очагѣ въ третьей и части 2-ой височной извилины не было перерожденія Тюрковского пучка.

Мнѣніе Marie и Guillain'a о преимущественномъ значеніи третьей лобной извилины и о участіи двухъ остальныхъ извилинъ тоже не можетъ считаться доказаннымъ. У нихъ были какъ случаи интактности Тюрковского пучка при пораженіи первой, такъ и при пораженіи первой и второй височныхъ извилинъ.

La Sal Archambault считаетъ началомъ Тюрковского пучка вторую и третью извилины, исключая первую.

Но въ его матеріалѣ имѣются случаи интактности этого пучка при пораженіи не только первой, но и третьей извилины.

Почему однако онъ не исключаетъ и третью извилину— неизвѣстно.

Flexig полагаетъ въ противоположность Dejerine'у начало Тюрковского пучка въ „temporale Querwindung“ и средней части височной первой извилины.

Вторая и третья височныя и передняя треть первой принимаютъ участіе въ образованіи пучка.

Участіе первой височной извилины подтверждено, какъ указываютъ Flexig, Ferrier и Turner на обезьянахъ.

Quersel, присоединяясь къ Flexig'у, полагаетъ, что могутъ участвовать и извилины основанія.

Monacov считаетъ пучокъ смѣшаннымъ, допуская участіе теменныхъ и затылочныхъ извилинъ.

Obersteiner допускаетъ начало въ задней части височныхъ и прилежащей части затылочныхъ извилинъ.

Lövenstein, какъ указано выше, нашелъ въ литературѣ противорѣчивыя указанія относительно участія первой височной извилины въ образованіи Тюрковского пучка.

Передняя половина височной доли не принимаетъ участія въ обр. Тюрк. пучка.

Выводъ его относительно неучастія передней половины височной доли въ образованіи Тюрковского пучка, касался только второй и третьей височной извилинъ.

Такъ какъ въ нашемъ случаѣ были поражены не только передняя половина 3-хъ височныхъ извилинъ, но вся толща височной доли въ передней половинѣ, и перерожденія въ Тюрковскомъ пучкѣ все таки не оказалось, мы можемъ сказать, что передняя половина височной доли не принимаетъ участія въ образованіи Тюрковского пучка.

Что въ литературѣ мы больше всего встрѣчаемся съ указаніемъ, на участіе тѣхъ или другихъ извилинъ въ образованіи этого пучка, а не отдѣловъ извилинъ, это объясняется рѣдкостью изолированнаго пораженія передняго полюса височной доли.

Имѣются ли въ основаніи мозговой ножки нисходящія волокна отъ передняго отдѣла височной доли? Вопросъ этотъ является весьма мало выясненнымъ въ виду рѣдкости локализации въ полюсѣ височной доли, безъ пораженія сосѣднихъ областей.

Въ литературѣ имѣются указанія относительно перерожденій во внутреннемъ углу ножки при корковыхъ очагахъ. Эти перерожденія наблюдаются при перерожденіи нижняго отрѣзка центральныхъ извилинъ, островка и operculi Rolandici et frontalis, по нѣкоторымъ авторамъ (Flexig, Monacov⁽¹⁵⁾) и при пораженіи выпуклой поверхности лобной доли.

При цѣлости указанныхъ отдѣловъ во внутреннемъ углу остается ясно обозначенный участокъ, особенно хорошо замѣтный на границѣ моста и ножекъ мозга.

Демонстративный случай пораженія этого пучка описалъ въ 1902 г. Hösel⁸. У Dejerine'a имѣется изслѣдованный по методу Marchi случай. У Hösel'я мы находимъ указанія на авторовъ, изучавшихъ этотъ пучокъ: Obersteiner, Schlesinger, Probst, Бехтеревъ и др. Располагаясь въ самой внутренней части основанія ножки въ видѣ узкой полосы, расширяющейся въ дорзальномъ направленіи, этотъ пучокъ ясно обозначается, когда прилежащія къ нему пути дегенерируются.

Въ моемъ случаѣ въ правой ножкѣ этотъ пучокъ перерожденъ отчасти. Если сравнить его (tm) съ пучкомъ tms

противоположной стороны, то оказывается, что правый пучокъ меньше лѣваго. Такъ какъ правый пучокъ перерѣзанъ болѣе проксимально, нежели лѣвый, (и такъ какъ здѣсь рѣчь идетъ о перерожденіи нисходящемъ), то онъ долженъ быть больше или, по крайней мѣрѣ, равняться пучку съ лѣвой стороны. Уменьшеніе его сравнительно съ лѣвымъ указываетъ на это перерожденіе.

Перерожденіе этого пучка видно на второмъ рисункѣ ясно (тп). Далѣе перерожденные волокна переходятъ въ медиальную часть медиальной петли, продолжаясь до середины моста. Пучокъ этотъ совершенно соответствуетъ тому пучку, который Hösel описываетъ подъ названіемъ „Schleife von der Haube zum Hirnschenkelfuss“. (Срав. мой рисунокъ первой съ четвертымъ Hösel'я и рисунокъ второй съ третьимъ Hösel'я). Бехтеревъ называетъ его „внутренней прибавочной петлей“ Dejerine—„*pes lemnisci superficialis*“, Edinger—„*tractus cortico—bulbaris medius*“.

Перерожденіе этого пучка въ моемъ случаѣ объясняется непосредственнымъ сосѣдствомъ опухоли височной доли къ *operculum frontalis* и *op. Rolandici*.

Въ исторіи болѣзни былъ отмѣченъ парезъ *facialis* и *hypoglossi* на сторонѣ, противоположной опухоли.

Парезъ этотъ рѣзко выраженъ никогда не былъ и парезомъ конечностей не осложнялся. Это соответствуетъ частичному перерожденію этого пучка.

Отмѣченный на первомъ рисункѣ дегенерированный участокъ (dl) очевидно соответствуетъ *tractus cortico—bulbaris lateralis*.

Однако помимо этихъ перерожденій во внутренней четверти основанія мозговой ножки имѣется дегенерированный участокъ. Этотъ участокъ въ дистальномъ направленіи соответствуетъ перерожденіямъ въ медиальной и dorso-латеральной группахъ продольныхъ волоконъ моста.

Такъ какъ пирамиды продолговатаго мозга интактны, то эти продольные пучки могутъ принадлежать только корково-мостовымъ системамъ.

Такъ какъ Турковскій пучокъ цѣль, то остается допустить, что перерожденіе зависитъ отъ поврежденія лобно-мостовой системы.

По нѣкоторымъ авторамъ, какъ мы видѣли, эта система располагается во внутренней четверти ножки.

Однако въ нашемъ случаѣ лобная доля интактна. Единственно, что можно было бы допустить, — это сосѣдственное вліяніе опухоли на лобную долю, или происхожденіе системы отъ височной доли. Если сдѣлать первое предположеніе, то мы не поймемъ, почему опухоль, будучи ближе къ мѣсту начала *tractus cortico-bulbaris med.* и къ началу пирамиднаго пучка, вызвала лишь незначительное измѣненіе этого пучка. Если бы сосѣдственное вліяніе распространилось на лобную долю, то прежде всего было бы рѣзкое пораженіе указанного *tractus cog.—bulbaris med.*

Поэтому приходится отбросить такое предположеніе и думать, что перерожденіе во внутренней четверти мозговой ножки зависитъ отъ очаговаго процесса въ переднемъ полюсѣ височной доли.

Такое предположеніе, хотя и не высказывалось еще никѣмъ, не противорѣчитъ существующимъ даннымъ относительно перерожденій при пораженіяхъ коры височной доли.

Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ было обширное пораженіе коры, захватывающее всю височную долю вмѣстѣ съ другими отдѣлами мозга, (сл. Pradel Dejerine'a), было перерожденіе всей ножки, включая и ея внутренней отдѣлъ. (Въ случаѣ Dejerine'a кора передняго отдѣла была цѣла, но подлежащее бѣлое вещество на пути волоконъ отъ височной доли было поражено, почему авторъ разсматривалъ свой случай, какъ пораженіе коры всего выпуклой поверхности).

Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ было пораженіе височной доли и не было пораженія во внутреннемъ углу *res reduncii*, процессъ шадилъ передній полюсъ и части прилегающія къ Сильвиевой щели.

Въ случаѣ Neuman'a (Dejerine) очагъ занималъ височную извилину, оставивъ свободнымъ переднюю треть височной доли и занявъ заднюю часть второй, третьей и передній отдѣлъ первой височной извилины;—перерожденіе одного только Тюрковского пучка.

Въ случаѣ Löwenstein'a процессъ, занявшій переднюю половину височныхъ 2-ой и 3-ей извилинъ, оставилъ intactной первую височную и самый передній отдѣлъ 2 и 3 височныхъ извилинъ. Перерожденія во внутреннемъ углу тоже не было.

Въ случаѣ Zingerle поражена была височная доля, за исключеніемъ передняго отдѣла первой височной извилины;—перерожденіе одного только Тюрковского пучка.

Въ случаѣ Kattwinkel и Neumaier'a поражение охватило вторую и первую извилины, оставивъ intactными третью и самый передній отдѣлъ первыхъ двухъ извилинъ. Перерожденіе одного Тюрковского пучка.

Отсюда слѣдуетъ, что тамъ, гдѣ передній полюсъ височной доли былъ пощажень процессомъ, перерожденій во внутреннемъ углу ножки не наблюдалось.

Въ моемъ случаѣ такое перерожденіе наблюдалось какъ разъ при поражении передняго полюса височной доли.

Поэтому я могу утверждать, что послѣдній даетъ нисходящія волокна, которыя, проходя внутреннюю четверть ножки, образуютъ переднюю височно-мостовую систему.

Изъ сопоставленія вышеприведенныхъ случаевъ съ моимъ слѣдуетъ, что такое значеніе имѣетъ лишь самый передній отдѣлъ височной доли и особенно его та часть, которая обращена въ Сильвиевой щели. Отсутствіе аналогичныхъ указаний я объясняю крайней рѣдкостью изолированнаго пораженія передняго отдѣла височной доли.

Въ вопросѣ, о составѣ внутренней четверти *res pedunculī* существуютъ рѣзкія противорѣчія. Большинство авторовъ склонны думать, что внутренняя четверть ножки занята системой, идущей отъ лобныхъ долей въ мосту, которая по од-

нимъ авторомъ располагается внутри отъ *tractus cortico-bulbaris med.*, а по другимъ внаружи отъ него. Матеріаль, на которомъ сторонники существованія лобно-мостовой системы базируются свои заключенія, не столь богатъ, какъ матеріаль, на основаніи котораго установлены ходъ и происхождение Тюрковского пучка. Кромѣ того онъ изобилуетъ противорѣчными данными.

Авторы повидимому базируются на данныхъ, полученныхъ Flexig'омъ по его методу. Уже въ 1881 году Flexig указалъ на существованіе этой системы, обозначивъ ее ходъ и происхождение. Въ то же время были сдѣланы указанія относительно Тюрковского пучка, и т. н. лобная и височная системы были признаны корково-мостовыми системами. Если въ отношеніи Тюрковского пучка предположенія Flexig'a и были подтверждены въ общихъ чертахъ изученіемъ вторичныхъ перерожденій при корковыхъ очагахъ въ височной долѣ, того же нельзя сказать относительно лобно-мостовой системы.

Zacher въ работѣ, уже цитированной нами, указалъ, что существованіе лобно-мостовой системы является весьма спорнымъ. Онъ приводитъ случаи, въ которыхъ при поврежденіи коры лобныхъ долей или подлежащаго бѣлаго вещества перерожденіе было не во внутреннемъ углу ножки: случай Brink'a (*Archf. Klin. Med. B. 78.*).

Далѣе онъ указываетъ на два ранѣе опубликованныхъ случая (Schreyer и Schoebelin), гдѣ при пораженіи лобныхъ областей перерожденія во внутреннемъ углу тоже не наблюдалось.

Сопоставляя отрицательныя находки въ этихъ случаяхъ съ положительными находками при изслѣдованіи двухъ случаевъ безъ пораженія лобныхъ долей, онъ приходитъ къ выводу, что лобная доля не даетъ волоконъ во внутренній отдѣлъ ножки.

Въ первомъ случаѣ были поражены кора островка, первая височная доля, *gyr. marginalis*, *parietalis inferior* и нижняя часть центральныхъ извилинъ.

Во второмъ было пораженеіе нижняго отрѣзка централь-ныхъ извилинъ, задней части островка и задней половины первой и второй височныхъ извилинъ.

Въ обоихъ случаяхъ наблюдались перерожденія и во внутреннемъ углу ножки.

Монасовъ (1⁵) сообщаетъ два случая съ перерожденіемъ во внутреннемъ углу ножки при очагѣ захватившемъ и лобныя доли.

Въ одномъ случаѣ были поражены 2 и 3 лобныя изви-лины, а во второмъ третья лобная и первая височная из-вилины.

Авторъ думаетъ, что (хотя данныя Zacher'a и противорѣ-чать его заключенію) существованіе лобно-мостовой системы подтверждается его случаями.

Поскольку дѣло идетъ о вторичныхъ перерожденіяхъ во внутреннемъ углу ножки при поврежденіи лобныхъ долей во-обще, авторъ правъ. Но поскольку рѣчь идетъ о существова-ніи особой, помимо *tractus corticobulbaris med.* существующей лобно-мостовой системы, онъ едва ли имѣетъ право на осно-ваніи своихъ случаевъ дѣлать указанное заключеніе.

Вѣдь центры черепныхъ нервовъ, расположены не только въ передней центральной, но и въ задней части третьей лоб-ной извилины. Поэтому мы всегда имѣемъ поврежденіе во внут-реннемъ углу ножки при пораженіи данной области, которое вовсе не имѣетъ въ любомъ отдѣлѣ ножки того характернаго очертанія, которое оно имѣетъ на границѣ перехода моста съ *pes pedunculi*. Такое перерожденіе существованія лобно-мостовой системы доказать не можетъ. Если бы такое пере-рожденіе наблюдалось при интактности *operculi frontalis et Rolandici*, оно бы доказывало существованіе лобно-мостовой си-стемы. Однако, какъ разъ при такой локализациіи и не наблю-дается измѣненій во внутреннемъ углу ножки.

Подобный случай имѣется у Dejerine'a: при пораженіи коры первой и второй лобныхъ извилинъ съ одной стороны

и поражении передней трети третьей лобной извилины с другой перерождений во внутреннем углу ножки не оказалось.

Сопоставляя этот случай с большим числом других, в которых было перерождение внутреннего угла ножки без поражения выпуклой поверхности лобной доли, Dejerine думает, что существование лобно-мостовой системы в смысле Flexig'a—Бехтерева, по методу вторичных перерождений не доказано.

Однако и он не отрицает, что во внутреннем углу ножки содержатся волокна в весьма незначительном количестве, которые должны быть отнесены к корко-мостовым связям лобной доли.

Этим признанием Dejerine'a существование такой системы не отрицается совершенно. Чтобы понять его дальнейшие заключения, мы должны ознакомиться с его мнением относительно состава и происхождения *res pedunculi* вообще.

На основании большого материала, изученного по методу вторичных перерождений, он пришел к выводу, что *res pedunculi* содержит исключительно волокна коркового происхождения.

Не все области коры посылают волокна в ножку. Эти волокна (нисходящего направления) происходят от средних областей мозга: центральная извилина, задняя часть лобных извилин, передняя часть парietальных и средняя часть височных извилин.

Волокна остальной части лобной доли и затылочных долей идут к центральным узлам и к подбугровой области. Относительно переднего отдела височной доли Dejerine указанной не дает.

Волокна идущие от средних областей, располагаются в ножке следующим образом: идущие от височной доли, через сублентиккулярный отдел *capsulae internaе*, проходят в область Тюрковского пучка в наружной части ножки. Волокна, идущие от двигательной области, располагаются внутри от Тюрковского пучка. Чем ближе к Сильвиевой

щели берутъ волокна свое начало, тѣмъ болѣе внутренней отдѣлъ ножки занимаютъ они и тѣмъ ближе къ кольцу внутренней капсулы расположены **.

Самый внутренней отдѣлъ занять путемъ, берущимъ начало отъ покрышковой области (ор. Rolandi, frontalis, insula Rheilli), проходящимъ въ caps. int черезъ ея кольцо. Въ существованіи малаго количества волоконъ отъ лобной доли убѣждаетъ Dejerine'a то обстоятельство, что при общихъ пораженіяхъ коры, захватывающихъ область Сильвиевой щели, наблюдаются здоровыя волокна во внутреннемъ углу ножки.

Въ случаѣ Rivaud была поражена кора на обширномъ протяженіи, захватывая весь operculum Silvii и островокъ, т. е. какъ разъ тотъ участокъ, отъ котораго по Dejerine'у происходитъ внутренняя четверть ножки. Однако, во внутреннемъ углу въ этомъ случаѣ были здоровыя волокна. Интактнымъ оставались лобная доля и самый передній конецъ височной доли. Было также неполное пораженіе узловъ. По Dejerine'у волокна не могутъ происходить ни отъ лобной доли (вып. пов.) (сл. Morigleau), ни отъ остатка узловъ (сл. Prodel).

Остается предположить, что они происходятъ отъ оставшихся неповрежденными орбитальныхъ извилинъ.

Поэтому, заключаетъ Dejerine, если существуютъ лобно-мостовыя волокна, то они происходятъ отъ орбитальныхъ извилинъ. Dejerine однако упускаетъ изъ виду, что въ случаѣ Rivaud былъ свободенъ вромѣ орбитальныхъ извилинъ также передній полюсъ височной доли.

Въ моемъ случаѣ перерожденіе во внутренней четверти получилось именно при локализациі очага въ полюсъ височной доли.

Поэтому я имѣю основаніе думать, что эти свободныя волокна отчасти принадлежали переднему отдѣлу височной доли.

***) Курсивъ нашъ.

Соглашаясь по существу съ выводами Dejerine'a, я долженъ указать, что во внутреннемъ (наз. лобно-мостовымъ) углу ножки содержатся волокна, которыя берутъ начало по окружности Сильвиевой щели: верхушки височной доли, орбитальныхъ извилинъ и передней части островка.

Интересно отмѣтить, что внутренняя область ножки рѣдко перерождается совершенно, что указываетъ на происхождение волоконъ изъ нѣсколькихъ отдѣловъ мозга. Измѣненія въ лѣвой сторонѣ *pes pedunculi* обуславливаются измѣненіями височной доли съ противоположной стороны.

Резюмируя данныя анатомическаго изслѣдованія, мы должны сказать, что:

во I-хъ *Тюрковскій пучекъ* не беретъ начало отъ передней половины трехъ височныхъ извилинъ.

во II-хъ *tractus cortico-bulbaris med.* перерождается въ нисходящемъ направленіи, располагаясь на границѣ моста и ножки во внутреннемъ углу, въ проксимальномъ отдѣлѣ моста еще сохраняетъ видъ обособленнаго пучка, расположеннаго медиально отъ медиальной петли, а дистальные составляютъ разсыянные пучки петлевого слоя.

въ III-хъ внутренняя четверть *pes pedunculi* содержитъ волокна отъ передняго полюса височной доли, которыя спускаясь до ядеръ моста своей стороны занимаютъ медиальную и дорзолатеральную область продольныхъ волоконъ моста.

Принимая во вниманіе, что отдѣлъ *pes pedunculi*, относимый „въ лобно-мостовой“ системѣ, содержитъ волокна, происходящія не только отъ лобной, но и отъ передняго отдѣла височной доли. Слѣдовало бы назвать указанный отдѣлъ „внутренней корково-мостовой системой“ въ отличіе отъ Тюрковскаго пучка, который является наружной корково-мостовой системой.

Тогда схема *pes pedunculi* (дистальный отд.) приняла бы таковой видъ: *knupri fractus cortico-bulbaris medius*, 2—внутренняя корково-мостовая система. 3. Волокна пирамид-

наго пучка и 4. Тюрковскій пучокъ или наружная корково-мостовая система.

Клиническій діагнозъ описаннаго случая былъ установленъ на основаніи симптомовъ обшемозговыхъ: рвоты, головныя боли, застойные соски. Локалізація процесса указана не была. Въ самомъ дѣлѣ топическая діагностика опухолей, занявшихъ т. н. индифферентныя области мозга, является крайне затруднительной.

Топическая діагностика въ такихъ случаяхъ возможна лишь посредствомъ анализа сосѣдственныхъ и отдаленныхъ симптомовъ. При пораженіи передняго отдѣла височныхъ долей единственнымъ очаговымъ симптомомъ можно было бы считать нарушеніе обонянія. Не говоря уже о томъ, что результатамъ изслѣдованія органа обонянія вслѣдствіе частоты периферическаго происхожденія обонятельныхъ разстройствъ придають весьма мало значенія, послѣднія наблюдаются лишь при пораженіи обонятельныхъ центровъ съ обѣихъ сторонъ.

Въ нашемъ случаѣ нарушенія обонянія было. Мы объясняемъ это наличиемъ измѣненій въ противоположной височной долѣ: уменьшеніе объема, расширеніе бокового рога.

Здѣсь, слѣдовательно нарушенія обонянія является слѣдствіемъ отдаленнаго вліянія правой височной доли на лѣвую.

Сосѣдственными симптомами при пораженіи передней половины могутъ быть явленія со стороны двигательной сферы, поскольку опухоль можетъ расти въ Сильвиевой щели или внутри по направленію къ стволу части, и явленія афазіи сенсорной, поскольку она будетъ расти кзади, въ томъ случаѣ, когда опухоль расположена въ лѣвомъ полушаріи.

Если къ явленіямъ повышенія внутречерепнаго давленія, существующимъ нѣкоторое время безъ очаговыхъ симптомовъ, присоединяются афазическія, сенсорнаго характера разстройства, то весьма вѣроятно предположить опухоль передняго отдѣла, такъ какъ при локалізаціи кзади отъ центра

Wernike возможно вовлеченіе зрительной сфѣры, а область подъ Сильвіевоу щелью дастъ другія двигательныя, либо чувствительныя разстройства.

Эти соображенія совершенно непримѣнимы къ опухольямъ, локализирующимъ ся справа. Здѣсь можно говорить только о сосѣдственныхъ симптомахъ со стороны двигательной зоны и сфѣры тѣлесныхъ ощущеній.

Въ нашемъ случаѣ на одинадцатомъ мѣсяцѣ болѣзни развился парезъ двухъ черепно-мозговыхъ нервовъ: лицевого и подъязычнаго слѣва. Этотъ парезъ рѣзко выраженъ не былъ и не осложнялся парезомъ конечностей. Парезъ развился на сторонѣ, противоположной опухоли.

Объясняется онъ непосредственнымъ давленіемъ опухоли на *operculum frontalis et Rolandicum*. Симптомъ этотъ, указывая на то, что процессъ разыгрывается гдѣ то вблизи центра черепныхъ нервовъ, не даетъ еще возможности думать объ опухоли височной доли.

Еще до наступленія указанного пареза въ исторіи болѣзни отмѣчаются судорожныя явленія періодическаго характера со стороны правыхъ конечностей (со стр. опухоли), и по временамъ подергиванія въ нихъ.

Характеръ судорогъ клонико-тоническій безъ потери сознания. Впослѣдствіи судороги охватывали всѣ конечности и сопровождались потерей сознания.

Эти судорожныя явленія могли зависѣть только отъ раздраженія противоположной опухоли двигательной зоны. Что противоположное полушаріе было отѣснено въ своихъ функцияхъ, на это указываетъ уменьшеніе объема—атрофія височной доли слѣва.

На двигательную зону отдаленное вліяніе отразилось нѣсколько меньше, вызвавъ здѣсь лишь явленія раздраженія.

На отдаленное вліяніе при опухоляхъ указывалось давно (Oppenheim⁽¹⁸⁾, Knarr⁽¹¹⁾) и въ такомъ вліяніи нѣтъ ничего невѣроятнаго.

Но почему отдаленному влиянію подлежатъ тѣ, а не другія области—это сказать трудно.

Кнарр указываетъ на симптомы со стороны противоположной мозговой ножки и глазодвигательнаго нерва при опухоляхъ височной доли. Почему поражается больше не соответствующая, а противоположная ножка, авторъ объяснить не можетъ. Важно лишь отмѣтить, что такое влияніе возможно.

Въ нашемъ случаѣ главнымъ образомъ пострадала не противоположная ножка, а противоположныя центральныя извилины. Указаніе соотношенія между извѣстными отдаленными симптомами и тѣми или другими локализациями опухолей, должно оказать услугу въ дѣлѣ діагностики опухолей индифферентныхъ участковъ черепного мозга, устанавливая извѣстную закономерность въ проявленіи отдаленныхъ симптомовъ.

Кромѣ двигательныхъ разстройствъ указаннаго выше характера при опухоляхъ височной доли бываютъ явленія нарушенія равновѣсія.

Въ нашемъ случаѣ нарушеніе равновѣсія тоже наблюдалось.

Является ли въ такихъ случаяхъ нарушеніе равновѣсія очаговымъ или отдаленнымъ симптомомъ—до сихъ поръ не установлено.

Кнарр думаетъ, что височная доля является органомъ равновѣсія.

Мы можемъ лишь сказать, что если явленія нарушенія равновѣсія и бываютъ при опухоляхъ височныхъ долей вообще, то они присущи какъ задней половинѣ этой доли, такъ и передней.

Трудность опредѣленія стороны пораженія зависитъ отъ того, что противоположная височная доля, подвергаясь отдаленному влиянію со стороны пораженной, обуславливаетъ появленіе общихъ явленій нарушенія равновѣсія, безъ рѣзкой аллоказіи на одной сторонѣ.

Изъ вышесказаннаго слѣдуетъ, что при опухоли височной доли могутъ быть, какъ отдаленные симптомы:

во I-хъ явленія судорожныя на сторонѣ соотвѣтствующей опухоли.

во II-хъ нарушенія равновѣсія неопредѣленнаго характера.

Кромѣ того нарушеніе обонянія вслѣдствіе вліянія на противоположную обонятельную область.

Синдромъ, состоящій изъ явленій, указывающихъ на повышеніе внутричерепнаго давленія, существующаго долгое время безъ очаговыхъ симптомовъ и осложнившійся парезомъ черепно-мозговыхъ нервовъ съ одной стороны и судорожными явленіями въ конечностяхъ противоположной стороны, нарушеніемъ обонянія, и, наконецъ нарушеніемъ равновѣсія— можетъ считаться характернымъ для пораженія передняго отдѣла височной доли.

Въ заключеніе считаю пріятнымъ долгомъ выразить благодарность глубокоуважаемому учителю Н. М. Попову за руководство при исполненіи работы.



Литература.

1. Бехтеревъ. Проводящія пути головного и спинного мозга.
2. Bechterev. Zur Frage die Secundär. Degen. des Hirnschenkelfusses. Arch. f. Psych. 1891.
3. Bumm. Über des centralen Ursprungs des Hirnschenkelfusses beim Kaninchen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. B. 2.
4. Dejerine. Anatomie des centres nerveux. 1901 г.
5. Edinger. Vorlesungen über Bau der nervösen Zentralorgane des Menschen B. I. 1911 г.
6. Жуковскій. Обь анатомическихъ связяхъ лобныхъ долей Невр. Вѣстн. 1897 г.
7. Jelgersma. Psychiatrische Blagen IV. 2 по Zacher'y.
8. Hösel. Über secundäre Degeneration und Atrophie im Hirnschenkelfuss und Schfeilenfeld nach einem Herd in der insel und dem Fuss des unteren Stirnwindung. Arch. f. Psych. B. 36.
9. Kam. Beiträge Zur Kenntniss der durch grosshirnherde bedingter Secundären Veränderungen im Hirnstamme. Arch. f. Psych. B. 27.
10. Kattwinkel und Neumayer. Über Ursprung und Verlauf des Türkschen Bündel. Deutsch. Zeitschr. f. Nervh. B. 39.
11. Knapp. Die geschwülste des recht. und link. Schläfenlappens. Wiesbaden 1905 г.

12. Lövenstein Kurt. Zur Kenntniss der Faserung des Hinterhaupts- und Schläfenlappens. Arb. aus dem Hirnanat. Inst. in Zürich H. V. 1911 г.
 13. Rossolimo. Ein Fall totales Degeneration eines Hirnschenkelfusses. N. Zentr. 1886 г.
 14. Marie et Guilain. Le faesceau de Türk. La semaine medical. Bd. 23 1903 г. по реф. N. Z. в по Lövenstein'у.
 15. Monacov. Experimentelle und pathologisch — anatomische Untersuchungen über die Haubenregion, den Seehügel und die Regio subthalamica. Arch. f. Psych. B. 27.
 16. Monacov. Gehirnpathologie 1905 г.
 17. Obersteiner. Anleitung beim Studium des Baues der Nervösen Zentralorgane. 1901 г.
 18. Oppenheim. Beiträge zur Diagnostica und Therapie der geschwülste im Bereich des zentraen Nervensystems. 1907 г.
 19. Probst. Zur Kenntniss des Faserferlaufes des Temporallappens u. s. w. Arch. f. Anat. 1901 г.
 20. Witkowski. Beiträge zur Pathologie des Gehirns. Arch. f. Psych. B. 14.
 21. Winkler. Secundaire unterhalende degeneratio van den meest lateraee gelegen bundel in den pes pedunculi (den bundel van Türk) Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. geneeskr. 1886. 23 Реф. N. Zent. 1887 г.
 22. Zacher. Beiträge zur Kenntniss des Faserferlaufes im Pes pedunculi u. s. w. Arch. f. Psych. B. 22.
 23. Zingerle. Über einseitigen Schläfenlappendefekt beim Menschen. Journal für Psychol. und. Neurol. Bd. 18.
-

Объяснение къ рисункамъ.

Рис. 1 а. На схемѣ, заимствованной у Dejerine'a штрихами обозначенъ поврежденный полюсъ правой височной доли.

Рис. 1. Срѣзь черезъ мѣсто перехода ножекъ въ мостъ (ср. кос.).

n. VI—n. trochlearis.

fip.—fasc. longit. post.

B.—Brachia conjunctiva.

Sn—Substantia nigra.

fm—tr.—cort.—bulb. med.

dmd—перер. внутр. четв. pes. pedunculi.

tms—tract. cort.—bulb. слѣва.

ds.—Перерождение въ pes ped. слѣва.

ft. Перер. волокна моста.

Рис. 2. Наиболее проксим. отдѣлъ моста (ср. кос.).

IV—перекрестъ кор. n. trochlearis.

lm—lemniscus med.

ост. обозн. какъ въ рис. 1-омъ.

Рис. 3. Верхній отдѣлъ моста.

dnd., перерождение въ дорзальной группѣ продольныхъ волоконъ моста справа и слѣва.

dms—Перерождение въ медиальной группѣ продольныхъ волоконъ моста слѣва

dmd—такое же перерож. справа.

tm—область перерождения въ медіальной части медіальной петли.

Ост. какъ въ рис. 1-омъ.

Рис. 4. Срѣзь черезъ среднія ножки мозжечка къ мосту.

Обозначенія какъ въ пред. рис. 3.

Рис. 5. Срѣзь черезъ колѣно п. facialis

VII—колѣно п. facialis.

ост. какъ въ рис. 3.

Рис. 6. Срѣзь черезъ колѣно п. facialis

Обозн. какъ въ рис. 3.

Рис. 7. Срѣзь черезъ ядро п. abducentis

N. VI—п. п. abducentis.

Обозн. какъ въ рис. 3.

Рис. 8. Срѣзь на границѣ продолговатаго мозга и моста.

cr—corpus restiforme

Обозн. какъ въ рис. 3.

Рис. 9. Срѣзь черезъ продолговатый мозгъ на уровнѣ нижнихъ оливо

Na—п. arciformis.

p.—pyramis.

oi.—оливы нижняя.

cr.—corpus restiforme.



О сознании личности у параноика *).

Психологическое исследование.

Прив. доц. В. И. Руднева.

Въ Саратовской психиатрической лечебницѣ въ теченіи 20 лѣтъ находится больной Н. А. В-овъ, параноикъ, человѣкъ съ университетскимъ образованіемъ, бывшій учитель гимназій и прогимназій. Во все время пребыванія въ лечебницѣ онъ высказываетъ бредъ преслѣдованія и бредъ величія, страдаетъ слуховыми галлюцинаціями.

Такъ какъ онъ иногда пишетъ письма въ которыхъ высказываетъ сужденія, то представляетъ психиатру драгоценный матеріалъ, свидѣтельствующій объ умственномъ состояніи больного и позволяющій глубже проникнуть въ теченіе и сущность психического процесса у параноика. Я остановлюсь главнымъ образомъ на личности параноика, которая, какъ извѣстно, подвергается глубокому измѣненію, иногда даже такъ называемой „трансформациі“.

На параною смотрять какъ на „постоянное глубокое измѣненіе психической личности“ (Крепелинъ) **) при этомъ сознание у больного остается яснымъ, но самосознание измѣ-

*) Прочитано въ научномъ засѣданіи врачей Саратовской психиатрической лечебницы.

**) Крепелинъ. Психіатрія. Р. II. 1898 г.

няется въ томъ смыслѣ, что къ прежней личности присоединяются новыя, въ видѣ бреда, относительно происхожденія котораго указывается на галлюцинаціи, которыя вліяютъ на мышленіе, или бредъ является „самостоятельно, самообытно, первично“.

Въ какомъ отношеніи новыя, образовавшіяся личности находятся къ прежней и какъ онѣ формируются, можно отчасти понять у моего больного, рукописи котораго одна дополняетъ другую и разъясняетъ то, что не ясно въ одной или другой; и такъ какъ больной имѣлъ достаточно времени для „кристаллизаціи“ бреда, то въ каждомъ письмѣ онъ сразу вводитъ васъ въ свою „систему“ бреда, и старается даже самъ разъяснить свою личность, какъ она образовалась. Я приведу сначала его наиболѣе понятное письмо, относительно внѣшности котораго нужно сказать, что почеркъ красивый, разборчивый, но избыточній особенностями, какъ то: удареніями на словахъ, подчеркиваніями нѣкоторыхъ словъ, вычками, излишними точками и выдержкой стиля до конца. Письмо свое больной начинаетъ, какъ и нормальный человѣкъ, обозначивъ точно число, мѣсяць, годъ и кому адресовано, а именно:

1914 г. Окт. 22.

Поставщику

Двора Его Императорскаго Величества

Василію Перлову съ сыновьями

Фирма существуетъ съ 1787 г.“

Послѣ этого больной сейчасъ же начинаетъ свою характеристику, но въ предѣлахъ дѣйствительности, только на первомъ планѣ ставитъ „я“: „Титулярный Совѣтникъ (въ переводѣ на военные чины капитанъ), кандидатъ математическихъ наукъ, учитель гимназіи и прогимназіи по всѣмъ предметамъ математическихъ наукъ, учитель уѣзднаго училища, по Ариметикѣ и Геометріи и учитель Городскаго При-

ходскаго и Начальнаго Училища Н. А. В-овъ подумалъ написать вамъ вотъ почему и вотъ что“.

Уже начало письма, подчеркиваніе „я“ кавычками, перечисленіе всѣхъ должностей указываетъ на сосредоточеніе вниманія на своей личности, къ которой больной возвращается, послѣ того, какъ онъ изложилъ свою просьбу о посылкѣ ему табаку.

Онъ испытываетъ потребность высказаться о своемъ „я“ болѣе подробно:

„я написалъ выше Вамъ, кто и что „я“, такъ припишу еще и сіе о томъ, кто и что есть „я“ Н. А. В-овъ“:

1) „я“, кандидатъ математическихъ наукъ: Н. А. В-овъ, это такъ, но собственно „я“ Кандидатъ математическихъ наукъ, учёный, а извѣстно вамъ поставщику Двора Его Императорскаго Величества и подавно такое ученіе:

II) учёный-Антихристъ“.

Такъ какъ Иисусъ Христосъ былъ учитель, а онъ В-овъ трижды учитель, то онъ будучи ученымъ и учителемъ такимъ образомъ противостоитъ Христу -- онъ Антихристъ. Но кромѣ того, онъ есть и Богъ. Измѣняя слово Богъ, онъ обозначаетъ себя: 1) Бо 2) Богъ 3) Божъ и 4) Бохъ. Онъ имѣетъ свидѣтельства, аттестаты, документы, пачпорта, при этомъ онъ происходитъ отъ: 1) цѣховъ, обручниковъ, 2) онъ саратовичъ, русскій, 3) стороннихъ гитернаціональныхъ законовъ и международныхъ сношеній, и потому обозначаетъ себя на различныхъ языкахъ: Богъ: „Богъ, Gott, Dieu, Deum, Θεος, Йегова, Рохъ, Алла или Аллахъ и должно быть старый человекъ, а также Oncle Государя, Главный Николай, и съ послѣднихъ лѣтъ царствованія Александра II онъ Главный Александръ и Главный Николай, членъ партіи человекъ и Аборигенъ“.

Въ другомъ письмѣ, онъ оканчиваетъ его такъ:

I) „я“—ученый, Doctus, Doctor, Magister, Кандидатъ—Антихристъ *ἀντιχριστός*. Antichrist: Таска.

II) Divinus Pythagores 2) Πολύμηξ: Σοφράτης и 2) Диво, Чудо, Божество и Богъ: Gott, Dieu, Deus; Усъ и Deum—Умъ, Θεος, Θεῶν.

1) Алла или Аллахъ, Рокъ, Игорокъ и Игрокъ Н. А. В-овъ и Политикъ, Н. А. В-овъ, Таблица, Таблица“.

Здѣсь непонятными на первый разъ остаются названія: „Таска, Игрокъ, Таблица“, но они всѣ объясняются изъ разсужденія больного. Такъ напр. онъ, будучи математикомъ, составилъ много таблицъ, которыя разясняютъ почти всю математику, и вотъ онъ о себѣ выражается такъ: „я—таблица, почему и фамилія и званіе и подпись мнѣ есть таблица“.

Относительно названія игрокъ онъ разсуждаетъ такъ: „извѣстно, что игрокъ есть 1) и гро 2) Ро 3) игрогъ, Рогъ 4) Единорогъ, Носорогъ и Ворогъ, Врагъ 5) противникъ и Антихристъ.“

III. Игрокъ, Рокъ (Турецкій Богъ): Бо 2) Богъ, Бокъ и Бохъ 3) Судьба, Фатимъ 4) Предопредѣленіе 5) книга судьбы, 4) Игрохъ, Рохъ, Горохъ, Царь Горохъ и 5) Царь“.

Названіе „таска“ объясняется тѣмъ, что учитель таскалъ его въ дѣтствѣ за волосы.

Третье письмо оканчивается такъ:

- 1) „я“ Н. А. В-овъ,
- 2) Врагъ идеи: вземлей грѣхи міра,
- 3) Сухарь, Сухарь—маказдея,
- 4) Новый Діогенъ, Діогенъ.

Первый человѣкъ на землѣ 5) идеальный человѣкъ, 6) человѣкъ, ЧЕЛОВѢКЪ, человѣкъ, АНТИХРИСТЪ, Дарвинъ, и „я“. Замѣтили, что „я“ пишу вездѣ вмѣсто я сіе „я“, эта одна изъ подписей, фамилій, предметныхъ состояній, предметовъ меня“, „я“ и давно: до этихъ несчастій, мученій меня“. Да и изъ предыдущаго видно, что „я“ имѣю право писать „я“ вмѣсто я. Наконецъ, чтобы прекратились несчастія „меня“ устраиваю „я“ партію человѣковъ.

Что касается происхожденія опредѣленій напр. 2) врагъ идеи, то В-овъ полагаетъ, что онъ является мученикомъ, и не желая взять на себя грѣхъ міра, онъ является врагомъ этой идеи 3) сухарь. Говоря, что онъ долженъ пить чай съ сухарями, а потому „не даромъ „я“ и сухарь, сухарь макаться“. 4) Новый Діогенъ. Считаая себя философомъ онъ вправѣ называть себя новымъ Діогеномъ 5) первый человѣкъ на землѣ за открытіе убѣжденій. Такъ какъ онъ человѣкъ—Богъ, то 6) онъ идеальный человѣкъ. Онъ авторъ ученія—человѣкъ индивидуалистъ, онъ первый естествовѣднія новый Дарвинъ.

Изъ всѣхъ этихъ опредѣленій видно, что главная личность, первобытная, такъ сказать, сохраняется, повидимому, безъ измѣненій, больной всегда ставитъ ее на первомъ мѣстѣ, какъ и здоровый человѣкъ, но къ ней онъ присоединяетъ много другихъ личностей, какъ бы своего рода паразитовъ ея, которые однако не могутъ окончательно ее уничтожить, а остаются ея придатками, весьма причудливыми, странными и на первый разъ совершенно непонятными, когда больной рекомендуетъ себя человѣку, не знающему его и не могущему понять, какимъ образомъ больной пришелъ къ такому сознанию многообразной точности. Но какъ это случилось у него? Мы видимъ, что онъ приходитъ къ созданію новаго опредѣленія себя путемъ разсужденія и умозаключенія. Человѣческій умъ есть нечто судящее, по выраженію *Вундта*, и по тому, къ какому заключенію онъ приходитъ, можно судить, на сколько онъ силенъ. Но у больныхъ разсужденіе не подчиняется нормальной логикѣ, а отклоняется отъ нея, они дѣлаютъ безумныя умозаключенія. Параноикъ, умъ котораго отличается эгоцентризмомъ, т. е. отношеніемъ къ себѣ всего происходящаго вокругъ него, съ внѣшней стороны, оказывается таковыми же и по отношенію ко всѣмъ внутреннимъ процессамъ, совершающимся у него въ мозгу, онъ также относитъ къ себѣ всѣ мысли, такъ или иначе пользующіяся у него. У него „его“, личность, находится какъ бы въ гинестезированномъ состояніи, и все, совершающееся съ нимъ, обязательно должно пройти черезъ его я. Онъ говоритъ о Богѣ, значитъ онъ Богъ, говоритъ о философіи онъ философъ: если разсужденіе его касается таблицы, сухаря—то онъ таблица и сухарь, и пр. Равнымъ образомъ, онъ все, что хотите, нѣтъ такого понятія, къ которому бы онъ себя ни приспособилъ *).

*) Заключенія больныхъ бываютъ иногда прямо чудовищны.

Такое свойство ума наблюдается не у одних параноиковъ, я наблюдалъ и описалъ его при dementia grassetta catatonica, оно встрѣчается также при прогрессивномъ параличѣ и указываетъ на известнаго рода умственное состояніе, характеризующееся *) отношеніемъ къ себѣ всѣхъ психическихъ процессовъ, оправдывая мнѣніе *Канта* **), что „я мыслю“ должно сопровождать всѣ представленія, или выраженія *Липса* ***): „я имѣется во всякомъ переживаніи сознанія“, но тогда какъ у здороваго это „я“ незамѣтно, у больного оно не только становится яснымъ, но даже относитъ къ себѣ всѣ мысли.

Но вотъ что, собственно, насъ всегда поражаетъ, это именно то, что больной, владѣющій все таки нѣкоторой логикой, правильно ориентирующійся въ окружающей обстановкѣ, обладающій довольно хорошей, даже острой памятью, сознательный, можетъ высказывать нелѣпыя идеи, что онъ Богъ, царь, Диогенъ, и пр. и пр. Нигдѣ съ такою ясностью не выступаетъ различіе между разсудкомъ и разумомъ, какъ при душевной болѣзни. Чтобы понять это состояніе у больного необходимо остановиться на сознаніи, самосознаніи, личности, ея составныхъ частяхъ, и сравнить нормальную личность съ патологической.

Вопросъ о личности интересуется всѣхъ: философовъ, психологовъ, психіатровъ, фізіологовъ, соціологовъ и др., и рѣшается каждымъ съ своей точки зрѣнія, всѣми однако признается весьма труднымъ для разрѣшенія, но очень важнымъ, ибо разрѣшить, что такое „я“, это значитъ понять всего человѣка. Естественно, что философы главнымъ образомъ обратили вниманіе на разрѣшеніе этой проблемы, послѣ

*) Крепелинъ. Параноя. Учебникъ психіатріи Р. П. 1898 г. стр. 346.

**) Кантъ. Критика чистаго разума Р. П. 1902. стр. 109

**) Липсъ. Руководство къ психологіи Р. П. 1907. Пути психологіи. Новыя идеи въ философіи 1913 г. стр. 130.

того какъ эти попытки объяснить вѣдшій міръ, выйдя изъ первобытныхъ, чисто натуралистическихъ возрѣній, дошли до человѣка, признаннаго мѣрой всѣхъ вещей.

Кантъ въ критикѣ чистаго разума опредѣлилъ личность такъ: „то что количественно сознаетъ тожество себя самаго, есть личность“. Онъ отрицалъ простыя личности.

Ученіе *Канта Фихте* исходнымъ пунктомъ своей философіи взялъ „я“, разумѣя подъ этимъ самосознаніе.

Вопросъ о личности могъ быть поставленъ на научную почву, когда была признана сложность ея, вслѣдствіе чего являлось стремленіе опредѣлить ея составныя части. Физиологи, какъ напр. *Герценъ* *), полагаютъ, что единство личности никогда не бываетъ полнымъ, въ большинствѣ случаевъ существуетъ въ большей или меньшей степени дробленіе личности, при чемъ каждое частичное я изображаетъ поочередно одно изъ преобладающихъ стремленій индивидуума.

Paulhan **) также признаетъ, что человѣкъ состоитъ изъ нѣсколькихъ „я“, имѣющихъ общее основаніе и сливающихся до извѣстной степени, но не вполне, а *Маудсли* ***) назвалъ я единствомъ организма, отрывающимся сознанію.

Недавно *Эббингаузъ* ****) выразился, что я существуетъ какъ нечто, присущее всѣмъ ощущеніямъ и мыслямъ, оно просто и не поддается опредѣленію, но въ дѣйствительности есть совокупность, столь богатая содержаніемъ и ежедневно измѣняющаяся: сегодня я не таковъ, какъ вчера.

Стернъ *****) убѣдился, что ребенку гораздо легче обозначить самого себя именемъ, чѣмъ я. Требуется уже значительная способность къ абстракціи, чтобы сознавать, что

*) Герценъ. Общая физиологія души. 1890 г. 221 стр.

**) Paulhan. Revue philosoph. V XIII 1882 p. 639. (Прусія).

***) Маудсли. цит. по Герцену.

****) Эббингаузъ. Основы психологіи Р. П. 1912 г. стр. 10.

*****) Стернъ. Психологія ранняго дѣтства Р. П. 1915 г. стр. 215.

сущность понятія „я“ заключается въ исключительно возвратномъ отношеніи къ говорящему лицу все равно, кѣмъ бы они ни были.

*Тэнъ**) опредѣлилъ я такимъ образомъ: „я есть рядъ бытій и послѣдовательныхъ состояній, ощущеній, образовъ, повятій, воспріятій, воспоминаній, волненій, желаній, связанныхъ между собою, вызванныхъ извѣстными измѣненіями моего тѣла и другихъ тѣлъ. Но безуміе всегда у двери разсудка, какъ болѣзнь у двери тѣла; ибо нормальная комбинація есть только удача, она достигается и возобновляется только вслѣдствіе постоянного одолѣванія противоположныхъ силъ“.

Душевное заболѣваніе есть заболѣваніе личности по мнѣнію *Н. М. Попова* **)

Ribot ***) подъ личностью разумѣетъ индивидуума, ясно себя сознающаго и дѣйствующаго послѣдовательно.

Разсуждая объ основахъ личности, онъ говоритъ: „каковъ организмъ, такова и личность“, и дѣлаетъ заключеніе, что „личность есть результатъ двухъ основныхъ факторовъ: устройство тѣла съ выражающими его стремленіями и чувствами, и памяти“. При измѣненіи перваго фактора наступаетъ частичное измѣненіе личности, при разложеніи памяти составляется новая личность, не помнящая первой, и наконецъ при слабоуміи наступаетъ разрушеніе личности.

Какъ *Тэнъ*, такъ и *Рибо* считаютъ личность сложной и для своихъ заключеній широко пользуются психіатрическими случаями, разсматривая ихъ съ психологической стороны.

Случаи всѣ эти интересны, но они составляютъ отдѣльные эпизоды въ психикѣ душевнобольныхъ и не исчерпываютъ всѣхъ условій измѣненія личности у цитированныхъ

*) Тэнъ. Объ умѣ и познаніи. Р. Д. 1894 г.

**) Поповъ. Лекціи по общей психологіи 1897 г. стр. 124.

***) Ribot. Болѣзни личности. Р. П. 1886 г.

объектовъ, а потому анализъ психологовъ оказывается недостаточно полнымъ, и мнѣ кажется, что психіатрическое изслѣдованіе должно охватить всѣ стороны душевной жизни больныхъ, чтобы можно было сдѣлать правильное умозаключеніе о психическихъ процессахъ вообще, и въ томъ числѣ и о личности.

По отношенію къ данному случаю при изученіи личности у параноика, запросы относительно органическихъ, аффективныхъ основъ личности оказались отрицательными, и пришлось остановиться на умственныхъ процессахъ больного, на его умозаключеніи, которое оказалось совершенно измѣненнымъ, безумнымъ, и это обстоятельство всецѣло обуславливало измѣненіе личности.

По мнѣнію *Гегеля* *) разсудку принадлежитъ способность сужденія, а разуму способность умозаключенія.

Что такое умозаключеніе и благодаря какимъ операціямъ ума оно происходитъ?

Въ „психологіи умозаключенія“ *Binet* **) пришелъ къ мысли, что умозаключеніе находится въ зависимости отъ правильности воображенія, а потому, полагаемъ мы, если воображеніе разстроено, умозаключеніе должно быть неправильно.

Обративъ вниманіе на воображеніе, какъ на высшую способность, по *Канту*, у человѣка, я изслѣдовалъ ее у душевно-больныхъ, страдавшихъ измѣненіями личности, а именно у кататоника и при *dementia praecox paranoïdes* и нашелъ извращеніе воображенія и вслѣдствіе этого извращеніе умозаключенія; не то же ли самое мы должны искать у нашего больного В., который встаетъ сказать, какъ подозрительный параноикъ, не позволяетъ изслѣдовать себя посредствомъ ряда систематическихъ вопросовъ, и это возможно сдѣлать

*) Гегель. Исторія новой философіи К. Фишеръ. 1901 г. 555 стр.

**) Binet. Психологія умозаключенія. 1889. Р. II.

только косвеннымъ образомъ. Умозаключеніе у него, какъ мы указали, неправильное, отсюда и сознание собственной личности измѣнено.

Г. Фонъ-Шубертъ-Зольдернъ *) говоритъ, что сознание собственной личности никогда не бываетъ непосредственнымъ, оно всегда продуктъ умозаключенія.

Указанія это для насъ чрезвычайно важно. Оно совершенно подтверждаетъ и наше мнѣніе, высказанное ранѣе о томъ, что больной на основаніи умозаключенія приходитъ къ созданію многихъ личностей въ себѣ и объясняетъ, почему или благодаря какимъ умственнымъ процессамъ происходитъ измѣненіе личности, и что измѣненіе ея можетъ произойти безъ измѣненія чувствительности, какъ напр. въ случаяхъ, цитируемыхъ *Рибо*.

Но кажется, что неправильность умозаключенія должна все таки указывать на извѣстное измѣненіе самихъ умственныхъ способностей, которыя уже перестали быть прежними, а стали иными, и что въ нихъ именно появилась извѣстная наклонность не подчиняться логикѣ, а быть совершенно не логичными. Не даромъ параноя считается психозомъ, при которомъ „подвергается разстройству главнымъ образомъ или даже исключительно область интеллектуальной дѣятельности“ (Крепелинъ **). Дѣйствительно интеллектуальная дѣятельность у параноика является измѣненной съ самого начала заболѣванія. У него обнаруживаются новыя явленія, необычныя здоровому состоянію, и повергающія его въ изумленіе своей реальностью, а именно галлюцинаціи. Это есть чрезвычайно интересное психологическое явленіе въ умственной психикѣ параноика. Выясненіе его можетъ дать ключъ къ пониманію психики и личности параноика.

*) Ф. Шубертъ Зольдернъ. О безсознательномъ въ сознаніи. Новыя идеи въ философіи 1914 г. стр. 138.

**) Крепелинъ. Психіатрія. Р. П. 1898 г. стр. 335.

Въ своей работѣ о галлюцинаціяхъ *. я пришелъ къ заключенію, что онѣ являются результатомъ обнаруженной подсознательной психической дѣятельности и что при параноѣ получается нѣкоторая диссоціація въ элементахъ, составляющихъ у больного личность: онъ потерялъ способность чувствовать свою же собственную мысль (непроизвольную). Произвольное мышленіе онъ однако считаетъ своимъ. Эта потеря способности чувствовать относится не ко всѣмъ мыслямъ больного, а только къ нѣкоторымъ, и тогда онѣ приобретаютъ у него характеръ галлюцинацій; мышленіе больного носитъ печать автоматизма, нѣкоторыя галлюцинаціи являются результатомъ бессознательного умозаключенія; умственная дѣятельность является у него качественно измѣненной, при чемъ подсознательная сторона ея выступаетъ особенно рельефно, способствуя объективированію подсознательныхъ процессовъ. Эти выводы, полученные мною раньше при изученіи галлюцинацій у параноика, помогутъ намъ теперь понять измѣненія личности у изслѣдуемаго теперь больного В.

Не есть ли весь бредъ о личности результатъ его подсознательной дѣятельности, умозаключенія которой онъ перенесъ въ жизнь своего сознанія и принялъ ихъ за достовѣрность.

Что намъ извѣстно вообще о подсознательной жизни человѣка?

Философія бессознательнаго подробно разработана была еще *Гартманномъ* **).

Онъ различалъ гносеологически—бессознательное, физически—бессознательное, психически—бессознательное и метафизически—бессознательное.

*) Рудневъ. О галлюцинаціяхъ и псевдогаллюцинаціяхъ. Неврол. Вѣстникъ. 1911 г.

***) Гартманнъ. Къ понятію бессознательнаго. Новыя идеи въ философіи 1914 г.

Брентано *) указалъ, что *Томас Аквинатъ* первый училъ о безсознательномъ сознаниі. Разсуждая о внутреннемъ сознаниі *Брентано* полагаетъ, что у человѣка никогда не бываетъ психическаго явленія, о которомъ у него не было бы никакого представленія.

Новѣйшія изслѣдованія подсознательной жизни являются чрезвычайно интересными, такъ какъ знакомятъ насъ съ такими психологическими фактами, которые намъ были совершенно неизвѣстны, и даже изслѣдователи экспериментаторы поражались, констатируя ихъ.

Весьма поучительными являются наблюденія *Пьера Псанэ* **) и *Мартона Принса* ***) Первый говоритъ о психическомъ автоматизмѣ, какъ высшей формѣ психической дѣятельности человѣка, а второй разсуждаетъ о безсознательномъ, какъ основѣ человѣческой личности нормальной и аномальной. Ихъ выводы имѣютъ большое значеніе.

У нашего больного параноика мы наблюдаемъ такъ называемую многообразную личность.

Я имѣлъ уже возможность въ психологическомъ изслѣдованіи случая *dementiae praecocis paranoide* ****) съ многообразной личностью подвергнуть анализу личность больного и выяснитъ причины ея многообразія и способы образованія ея, и высказался, что бредъ о личности есть результатъ неправильнаго умозаключенія на почвѣ разстройства воображенія у больного. Стереотипія, автоматическій характеръ мышленія, наклонность къ разложенію представляющихся больному объ-

*) Брентано. О внутреннемъ сознаниі. Тамъ же.

**) П. Жанэ. Психическій автоматизмъ. Москва. 1913 Переводъ Вальдгефера.

***) М. Принсъ. Безсознательное, какъ основа человѣческой личности, нормальной и аномальной. Изложеніе кн. В. П. Трубецкой. Психотерапія 1914 № 5—6.

****) Рудневъ. *Dementia praecocis paranoide*. Невр. Вѣстникъ 1911 г.

ектовъ: словъ, фразъ, изрѣченій указали лишь на разложеніе понятій, діализъ, характеризующій дѣятельность больного мозга, тогда какъ здоровому свойствененъ синтезъ, на которомъ настаиваетъ въ особенности *Кантъ*.

Данный случай, больной В., представляющій большое сходство въ образованіи личности съ описаннымъ мною раньше случаемъ *dementiae praec. paranoïdes*, характеризуется тѣми же чертами, какія отмѣчены въ первомъ, и потому выводы сдѣланныя мною раньше, могутъ быть приложены и здѣсь, въ особенности относительно толкованія и разложенія большими словъ и понятій и отнесеній въ себѣ полученныхъ выводовъ или умозаключеній. Эти процессы разложенія убываютъ на ослабленіе психики, отсутствіе ея творчества, и на преобладаніе автоматической или подсознательной умственной дѣятельности.

При анализѣ случаевъ, когда такъ ясно выступаетъ дѣятельность второй или подсознательной личности и обнаруживаются какъ бы два психизма является вопросъ, что же происходитъ въ нормальномъ состояніи, и можно ли согласиться съ мнѣніемъ *Грассе* *), что „у cadaго челоѣка есть только одна личность, единая и нераздѣльная, именно личность центра О или всего психизма. Но рядомъ съ ней существуетъ нисшая, полигональная личность, при которой развивается ненормальная или болѣзненная личность“.

Грассе, разсуждая о двухъ психизмахъ и двухъ личностяхъ (вышей и нисшей) въ нормальномъ состояніи, не говоритъ объ ихъ взаимныхъ отношеніяхъ, хотя изъ его гипотезы о существованіи центра О и полигональнаго центра можно заключить, что дѣятельность послѣдняго — полигональнаго центра находится въ извѣстной зависимости отъ перваго, но обнаруживаются ли ихъ дѣятельности одновременно или

*) *Грассе*. Физиологическое введеніе въ изученіе философіи Р. П. 1909 г. стр. 122.

же попеременно, не говорится. Болѣе опредѣленнымъ, лишь кажется, утверждение философа *Гартманна* *), что фізіологически бессознательное есть необходимое условіе, безъ котораго не могутъ осуществиться высшія психическія явленія. Ставъ на точку зрѣнія, что какъ у здороваго, такъ и больного человѣка сознание и самосознание есть результатъ бессознательной или подсознательной дѣятельности и вида, что у душевно-больныхъ самосознание измѣнено, мы должны придти къ заключенію, что у нихъ измѣнена подсознательная дѣятельность, она неправильна, уклонилась отъ нормы, результатомъ чего является неправильное умозаключеніе.

По мнѣнію психіатровъ, резсуждающихъ о бессознательной дѣятельности, она играетъ громадную роль въ нашей жизни.

Н. М. Поповъ **) полагаетъ, что одновременно и параллельно съ сознательной умственной работой идетъ бессознательная, которая подчиняется тѣмъ же законамъ, какъ и сознательная и несравненно большей интенсивности она достигаетъ, когда сознательная жизнь прекращается, напр. во снѣ. Сознание, какъ думаетъ *Ribot* ***), представляетъ узенькую дверь, чрезъ которую проникаетъ результатъ бессознательной работы мозга. Въ заболѣваніи личности подсознательное играетъ большую роль по заключенію *Бернарда Харта* ****); оно имѣетъ извѣстное вліяніе на измѣненіе личности при параноѣ.

Еще *Н. И. Пироговъ* *****), опредѣляя личность „я“,

*) Гартманнъ. Къ понятію бессознательнаго. Новыя идеи въ философіи 1914 г. Образование.

**) Поповъ. Вѣщія сны. Невр. Вѣстн. 1908 г. 616—618.

***) Ribot. Болѣзни памяти. Р. П. 1881 г.

****) Бернардъ Хартъ. Подсознательное. Новыя идеи въ философіи. 1914 г. стр. 104.

*****) Н. И. Пироговъ. Сочиненіе т. I. стр. 10—11.

какъ сводъ ощущеній, былъ увѣренъ что сознание нашего я приходитъ къ намъ бессознательно и что вполне сознательное мышленіе имѣетъ свою бессознательную логику, требующую, чтобы мы мыслили такъ, а не иначе и что мышленіе, не подчиняющееся этой логикѣ, т. е. свободное мышленіе, свойственно только субъектамъ умалишеннымъ.

Понятіе „бессознательнаго“ или „подсознательнаго“ хорошо освѣщено въ недавно вышедшемъ симпозионѣ*), т. е. собраніи мнѣній различныхъ авторовъ, какъ то *Мюнстерберга*, *П. Жанэ*, *Рибо*, *М. Принса*, *Б. Харта* и др. Всѣ они въ общемъ признаютъ, что существуетъ рядъ психическихъ явленій, которыя не могутъ быть объяснены иначе, какъ только при допущеніи, что кромѣ сознания существуетъ еще т. наз. бессознательная или подсознательная дѣятельность, которой и возможно объяснить явленія измѣненной личности. *П. Жанэ***), наблюдавшій въ началѣ у психастениковъ искомое расстройство личности и у истеричныхъ новую форму болѣзни личности, объясняетъ это расстройство „подсознательнымъ“. *М. Принсъ****)) подсознательнымъ называетъ диссоціированныя идеи, онъ полагаетъ, что сознание можетъ раздвоиться на личное „я“ и подсознательныя или лучше со-сознательныя идеи.

Но такія идеи не всегда подсознательны, онѣ могутъ быть и опознаны. Онъ считаетъ автоматическую умственную дѣятельность сознательной, и въ этомъ случаѣ различаетъ два сознания, которыя обозначаютъ перемѣщающуюся личность.

При болѣзненномъ состояніи организма, напр. у истеричныхъ по наблюденію *Жанэ*****)) происходитъ расщепленіе

*) Новыя идеи въ философіи. Бессознательное. Изд-ство: Образованіе Петроградъ 1914 г.

**) П. Жанэ. Неврозы. пер. Вернея 1911 г.

***)) М. Принсъ. Подсознательное. Новыя идеи въ философіи 1914 г.

****)) Пьеръ Жанэ. Психическій автоматизмъ. Москва 1913 г. Редакція д-ра Котика.

психики: съ одной стороны существуетъ у нихъ сознательная дѣятельность, съ другой подсознательная или бессознательная, образуются т. обр. двѣ личности, изъ которыхъ одна можетъ ничего не знать о другой, а быть совершенно самостоятельной: отвѣчать на вопросы, писать отвѣты, въ то время какъ первая личность занята какимъ либо другимъ дѣломъ.

Явленія сомнамбулизма, истерическіе параличи, галлюцинаціи, дѣлаются понятными только съ точки зрѣнія расщепленія психики и образованія двухъ личностей.

Галлюцинаціи параноика, также, являясь результатомъ расщепленія его психики, считаются имъ чуждыми, такъ какъ сознательная личность его не знаетъ, что это продуктъ его подсознательной дѣятельности.

Галлюцинаціи, какъ продуктъ подсознательной дѣятельности, выступая въ поле сознанія, дѣлаются достояніемъ сознательной личности, которая должна считаться съ этимъ явленіемъ, имѣющимъ какъ и всякій умственный продуктъ, образовавшійся бессознательно, характеръ объективности.

Теперь, какъ же понять психологію умозаключенія параноика, руководится ли онъ нормальной логикой, какъ здоровый человѣкъ, или же для него существуетъ другая логика или вѣрнѣе подчиняется онъ нормальной логикѣ или нѣтъ.

Если бы мы доказали, что у параноика логическія умозаключенія подчиняются тѣмъ же правиламъ, какъ и образованіе галлюцинацій, то тогда намъ станетъ понятнымъ, что и логика у него есть логика личности отщепившейся отъ первой, т. е. подсознательной личности, которая въ своихъ заключеніяхъ можетъ уклониться отъ нормальной и давать совершенно абсурдные умозаключенія, хотя они происходятъ у него при сознаніи, т. е. при нормальныхъ логическихъ условіяхъ, и это нисколько не измѣняетъ дѣла, потому что умозаключеніе у параноика, какъ и у здороваго человѣка есть продуктъ подсознательной дѣятельности, и онъ имѣетъ уже готовый результатъ, надъ которымъ не задумывается и

къ которому не относится критически. Какъ показало мнѣ ранѣе изученіе психическихъ процессовъ у параноика, его умозаключеніе иногда бываетъ моментально, какъ результатъ даже одной перцепціи; кромѣ того на ряду съ произвольнымъ мышленіемъ у него происходитъ непроизвольное: мысли появляются сами собой и до тѣхъ поръ пока онѣ не пройдутъ у него въ головѣ, онѣ не можетъ заниматься умственной работой. Этотъ автоматизмъ непроизвольнаго мышленія также служить отраженіемъ его второй, отщепившейся личности, которая имѣетъ свой кругъ дѣятельности.

Но спрашивается, почему же сознательная личность не вступаетъ въ борьбу съ подсознательной и не подавляетъ неправильной дѣятельности второй. Вѣдь, такъ просто было бы убѣдить себя въ нелѣпости какой либо идеи, напр. что человекъ не есть Богъ. Это, конечно, было бы возможно въ томъ случаѣ, если бы сознаніе было совершенно независимо отъ бессознательной дѣятельности, но какъ правильно говорить проф. *Marton Prince* *), бессознательное есть основа человѣческой личности нормальной и аномальной. Это базисъ, на которомъ строится великолѣпный храмъ человѣческаго ума. Бессознательное творчество, какъ выразился *Фихте* есть основа и зерно сознанія. Слѣдовательно, если основа или фундаментъ неправильны, то и все зданіе криво. Такимъ образомъ, вопросъ, измѣнилась ли подсознательная дѣятельность у параноика въ томъ смыслѣ, что она стала ненормальна, или же она совершается такъ какъ ей и подобаетъ, но измѣнилась сознательная дѣятельность т. е. отсутствуетъ критическое отношеніе, свойственное дѣятельности здраваго мозга, подавляющаго и устраниющаго какія бы то ни было абсур-

*) M. Prince. Бессознательное, какъ основа человѣческой личности нормальной и аномальной. Изложеніе кн. В. П. Трубецкой. Психотерапія 1914 г. № 5—6.

дныя мысли, появляющіяся въ головѣ, рѣшаются такъ, что сознательная дѣятельность, зависить отъ бессознательной, потому и является неправильной, что основа ея измѣнилась. Вѣдь, параноика нельзя и даже бесполезно убѣждать въ томъ, что бредъ его не соотвѣствуетъ дѣйствительности, онъ убѣжденъ въ немъ также, какъ увѣренъ въ правдивости своихъ галлюцинацій; хотя интеллектъ его сохраняетъ въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ свою силу, но критическое отношеніе слабо.

Въ концѣ концовъ, чрезъ нѣсколько лѣтъ (иногда десятки) ослабленіе интеллекта достигаетъ значительной степени, въ особенности это сказывается на разсужденіи его, какъ это замѣтно и у моего больного В., котораго по старой терминологіи послѣ 20 лѣтняго пребыванія въ лечебницѣ можно уже относить къ *dementia secundaria post paranojam*.

Однако, судя по нѣкоторымъ его письмамъ, нельзя было бы сказать, что онъ способенъ образовать такой нелѣпый бредъ, онъ впрочемъ остается послѣдовательнымъ и въ своемъ разсужденіи заключеніе доводитъ до абсурда и можетъ смѣло сказать про себя: *credo quia absurdum*. Повѣствовательная же форма его писаній внѣ бреда составлена довольно хорошо логично, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ съ претензіей на остроуміе, но разсужденіе и умозаключеніе его нелѣпо. Никто изъ здравыхъ людей не станетъ утверждать, что онъ Богъ, душевно-больному же это кажется правильнымъ. Здоровому состоянию свойственна и здоровая логика, больному больная.

Итакъ, мы выяснимъ себѣ слѣдующее:

- 1) понятіе о своей личности у параноика измѣняется вслѣдствіе неправильнаго умозаключенія больного, тоже наблюдается и при другихъ душевныхъ заболѣваніяхъ;
- 2) это неправильное умозаключеніе въ основѣ есть результатъ расстройства подсознательной психической дѣятельности;
- 3) подсознательная же психическая дѣятельность страивается вслѣдствіе неправильной дѣятельности воображенія;
- 4) воображеніе, какъ думалъ еще *Кантъ* есть синтети-

ческая способность мозга, она по мнѣнію П. Жанэ, который также считает воображеніе синтезомъ, разстраивается при болѣзняхъ личности. Разстройство дѣятельности воображенія, мнѣ кажется, нужно понимать въ томъ смыслѣ, что нервныя клѣтки головного мозга, заболѣвая, теряютъ прежнюю способность приходить въ состояніе, свойственное дѣятельности здороваго мозга, вслѣдствіе чего нарушается и ассоціативная, слѣдующая синтетическая дѣятельность мозга, обуславливающая правильныя умозаключенія (безсознательной процессъ по Фихте.

5) Ассоціаціи (синтезъ) при душевной болѣзни также какъ и во снѣ несовершенны, а потому какъ сонный человѣкъ, такъ и душевно-больной, могутъ придти къ абсурднымъ заключеніямъ о своей личности;

6) самая важная, примитивная личность (физиологическая) остается безъ измѣненій, если не измѣнены чувства, на которыхъ она и основывается;

7) разрѣшеніе вопросовъ, касающихся подсознательной психической дѣятельности, способствуетъ дальнѣйшему прогрессу нашихъ познаній о сущности духа и его заболѣваніи.

Приборъ для фонографированія человеческой рѣчи внѣ помѣщенія, гдѣ находитесь говорящій и безъ обращенія чѣмъ либо его вниманія на этотъ процессъ.

И. Н. Спиртова.

Можно вполне обойтись безъ выясненія важности и желательности фонографированія человеческой рѣчи при разныхъ проявленіяхъ общественной жизни и при научныхъ изслѣдованіяхъ, особенно психологическихъ и психопатологическихъ; такое выясненіе было бы повтореніемъ того, что въ разное время высказывалось уже много разъ и имѣетъ за собою общее признаніе. Это обстоятельство избавляетъ отъ необходимости доказывать умѣстность всякой попытки тѣмъ или другимъ путемъ сдѣлать фонографированіе или еще болѣе точнымъ или удобнымъ въ смыслѣ нестѣсненія ничѣмъ того лица, чья рѣчь записывается на фонографѣ.

Но по отношенію къ психологическимъ и психопатологическимъ изслѣдованіямъ въ настоящее время дѣло идетъ уже не объ желательности или умѣстности усовершенствованія

*) Приборъ демонстрированъ въ собраніи врачей больницы св. Николая Чудотворца 6 ноября 1913 г.

ній въ фонографированіи, а объ ихъ необходимости.

Причиною этой необходимости являются слѣдующія обстоятельства: какъ извѣстно, при изслѣдованіяхъ этого рода высказыванія испытуемыхъ составляютъ обширную область матеріала, на основаніи котораго устанавливаются тѣ или другія положенія, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ психозовъ эта область бываетъ почти единственной, изъ которой приходится дѣлать выводы.

Согласно же общенаучному требованію факты, служащіе основаніемъ для выводовъ, необходимо объективировать, т. е., сдѣлать ихъ доступными для всѣхъ изслѣдователей и въ тоже время независимыми отъ тѣхъ или другихъ недостатковъ или ошибокъ единичнаго наблюдателя (въ данномъ случаѣ, напр., отъ недослышанія, отъ неполнѣ достаточнаго пониманія, отъ ошибочнаго толкованія), а это въ области высказываній возможно только при фонографированіи, которое должно быть во-первыхъ, возможно точнымъ въ смыслѣ словъ и интонацій, во-вторыхъ должно производиться при условіяхъ, исключающихъ всякое стѣсненіе испытуемаго чѣмъ либо и отвлеченіе его вниманія отъ задачъ опыта, такъ какъ оба эти фактора неминуемо отражаются на ходѣ идей и способѣ высказыванія и такимъ образомъ вліяютъ искажающе на подлежащіе разсмотрѣнію факты. Но до сихъ поръ фонографированіе состояло въ томъ, что испытуемый говорилъ въ трубу находящагося тутъ же фонографа, а этимъ какъ разъ вводились оба только что упомянутые фактора. Что здѣсь происходитъ отвлеченіе вниманія самимъ приборомъ или по крайней мѣрѣ его трубой, далѣе не совсѣмъ безшумнымъ ходомъ даже въ лучшихъ фонографахъ, манипуляціями экспериментатора или его помощника съ приборомъ—все это само собою; менѣе ясенъ для лицъ, не имѣющихъ опыта въ этомъ отношеніи, элементъ стѣсненія, состоящій въ томъ, что, какъ показала опытъ, многія лица, вполне нормальныя, свободно владѣющія ходомъ своихъ мыслей и высказываніемъ ихъ, чувствуютъ нѣкоторое затрудненіе, заторможеніе въ ходѣ

идей и въ словесномъ ихъ выраженіи, когда имъ приходится говорить въ фонографъ.

Затѣмъ, кромѣ этого психическаго стѣсненія, здѣсь существуетъ и физическое: оно состоитъ въ томъ, что испытываемый до извѣстной степени стѣсненъ въ своей позѣ, такъ какъ по необходимости долженъ говорить въ отверстіе трубы и сообразоваться съ ея длиною; этого стѣсненія нельзя устранить даже употребляя гибкія трубы, потому что всетаки приходится держать отверстіе ихъ у рта, бояться не перегнуть ихъ и быть въ зависимости отъ ихъ длины, обычно небольшой. Всѣ эти обстоятельства пріобрѣтаютъ еще большую силу относительно психотиковъ, гдѣ часто и вниманіе легче отвлекается, и необходимая для высказыванія въ фонографъ поза труднѣе сохраняется и гдѣ чувство стѣсненія отъ необходимости говорить въ фонографъ часто еще рѣзче даже въ тѣхъ случаяхъ, когда они не боятся вовсе фонографированія ихъ рѣчи. Можно, пожалуй, возразить, что отвлеченіе вниманія и стѣсненіе устранятся привычкою испытываемаго при повтореніи опытовъ, но допустивъ даже, что это вѣрно для всякаго человѣка, мы всетаки должны считаться съ фактомъ, что время привыканія различно для различныхъ людей, а далеко не всегда мы имѣемъ для даннаго испытываемаго достаточно времени, чтобы онъ могъ привыкнуть къ праективному способу фонографированія. Желаніе устранить указанные недостатки этого способа безъ ущерба точности фонограммъ и было мотивомъ побудившимъ автора устроить предлагаемую комбинацію приборовъ.

Всего проще конечно было бы скрыть или замаскировать фонографъ съ наблюдающимъ за записью въ той же самой экспериментальной комнатѣ, но тутъ мы встрѣчаемся съ непреодолимымъ пока затрудненіемъ въ свойствѣ даже лучшихъ фонографовъ воспроизводить достаточно громко и отчетливо человѣческую рѣчь, даже не тихую, а средней громкости только въ томъ случаѣ, если слово произносится на

близкомъ растояніи отъ трубы фонографа и по прямому направленію къ ней: приходилось бы заставлятъ испытуемыхъ говорить, напр., въ опредѣленное мѣсто экрана, занавѣски, деревянной перегородки и притомъ, если голосъ не очень громкій, то очень близко отъ нихъ, а это создавало бы для испытуемыхъ положеніе по крайней мѣрѣ странное и во всякомъ случаѣ не способствующее нормальному, непринужденному ходу опыта. Кромѣ того испытуемый съ чуткимъ ухомъ могъ бы уловить легкій шумъ фонографа и звуки, хотя бы тихіе, происходящіе при манипуляціяхъ съ нимъ даже очень ловкаго помощника, наблюдающаго за записью.

Эти соображенія привели къ мысли, что лучшимъ способомъ рѣшенія поставленной задачи было бы вынести фонографъ въ другое помѣщеніе, а въ томъ помѣщеніи, гдѣ находится говорящій устроить только пріемникъ, звуковъ который удовлетворялъ бы слѣдующимъ требованіямъ: 1) обладалъ бы значительной чувствительностью 2) могъ бы быть легко и удобно замаскированъ и 3) отъ него возможна была бы передача звуковъ въ другое помѣщеніе близко къ трубѣ фонографа безъ искаженія и по крайней мѣрѣ безъ замѣтнаго ослабленія ихъ. Авторъ остановился на идѣ телефона, тѣмъ болѣе, техника уже выработала такъ называемые громкоговорящіе телефоны.

Составляя, конечно, облегченіе рѣшенія поставленной задачи, эти телефоны сами по себѣ далеко не рѣшали ея, такъ какъ опыты съ ними выяснили слѣдующее: во-первыхъ, для того, чтобы получилась достаточно громкая и отчетливая передача по этимъ телефонамъ, человѣкъ со средней громкостью голоса долженъ говорить очень близко къ пріемнику микрофона, а это сводитъ дѣло къ только что разобранному случаю, когда пришлось бы говорить въ замаскированную трубу фонографа за исключеніемъ имѣющейся здѣсь полной безшумности; во-вторыхъ, оказалось, что повышеніе громкости вовсе не идетъ все время *pari passu* съ повышеніемъ отчет-

ливости: если начать съ тихой передачи и затѣмъ, напр., усиливая токъ, увеличивать громкость, то первоначально вмѣстѣ съ увеличеніемъ громкости увеличивается и отчетливость поема не достигается извѣстный optimum сочетанія громкости съ отчетливостью, дальнѣйшее увеличеніе громкости уже сопровождается пониженіемъ отчетливости; въ третьихъ, если передаваемая этими телефонами рѣчь будетъ достаточно громка и отчетлива для нашего уха, то это еще не значитъ, что она также отчетливо и громко запишется и затѣмъ передается фонографомъ даже въ томъ случаѣ, когда фонографъ при записываніи находится значительно ближе въ телефону, чѣмъ ухо.

При наличности этихъ фактовъ намѣченная общая задача естественно распадалась на три слѣдующихъ конкретныхъ: 1) придумать приспособленія, посредствомъ которыхъ приемникъ телефона т. е. микрофонъ, даже будучи замаскированъ воспринималъ бы звуки, произносимые на возможно большемъ растояніи отъ него и передавалъ бы ихъ дальше въ телефонъ такъ, чтобы не было ущерба для громкаго и отчетливаго воспроизведенія ихъ телефономъ; 2) придумать соответствующую этимъ приспособленіямъ маскировку, которая ничѣмъ не обращало бы на себя вниманія, а съ другой стороны возможно меньше вліяла бы на воспріимчивость прибора; 3) устроить передачу звуковъ съ телефона на фонографъ такъ, чтобы запись и передача ихъ фонографомъ была точной, отчетливой и соответственно громкой.

Такъ какъ при конструированіи прибора главнымъ образомъ имѣлось въ виду примѣненіе его въ психологическихъ и психопатологическихъ лабораторіяхъ, то этимъ уже опредѣлялся характеръ маскировки: замаскированный приемникъ ничѣмъ не долженъ былъ выдѣляться среди обычной, очень простой лабораторной обстановки. Для выполненія же двухъ другихъ требованій были примѣнены какъ основные принципы: 1) собираніе и концентрированіе звуковъ посред-

ствомъ конусообразныхъ трубъ, 2) дальнѣйшее собраніе ихъ и увеличеніе отчетливости посредствомъ порабалоидныхъ слуховыхъ трубокъ, 3) употребленіе нѣсколькихъ микрофоновъ, соединенныхъ послѣдовательно другъ съ другомъ.

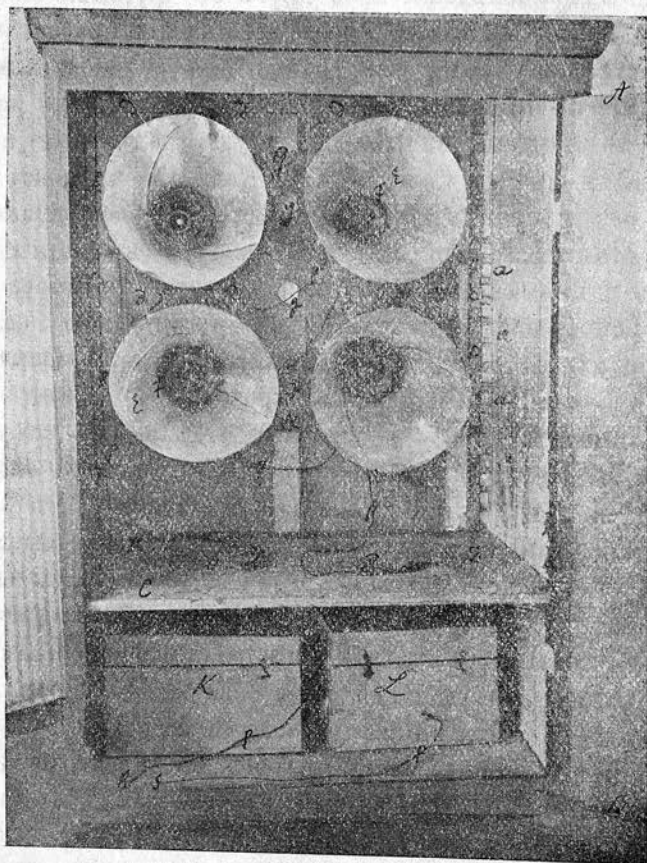
Что касается деталей при осуществленіи прибора, то для большинства изъ нихъ уже трудно было установить заранѣе принципы, приходилось руководиться указаніями опытовъ, часто очень многочисленныхъ, въ результатѣ которыхъ приборъ реализовался въ слѣдующемъ видѣ: Какъ уже ясно изъ предыдущаго, онъ состоитъ изъ двухъ частей: 1) воспринимающей, которая ставится въ томъ же помѣщеніи, гдѣ находится лицо, чья рѣчь записывается, и 2) воспроизводящей, которая вмѣстѣ съ фонографомъ находится въ другомъ помѣщеніи; обѣ части соединены двумя проволочными проводами. Опыты производились при длинѣ каждаго провода въ 75 метровъ, которые и представляютъ разстояніе, отдѣляющее лабораторію отъ помѣщенія, гдѣ фонографируется протоколъ опыта, за вычетомъ на изгибы проводовъ при прокладкѣ. Это разстояніе, конечно, вполне достаточно для выбора подходящихъ комнатъ, но оно можетъ быть и увеличено, что составляетъ уже чисто электротехническую задачу. При меньшемъ разстояніи между избранными комнатами вмѣсто укороченія проводовъ и подборанія соответствующей силы тока можно просто проводить проволоку частыми закругленными изгибами.

Воспринимающая часть прибора въ видахъ маскировки заключена въ шкафъ, сдѣланный изъ сосновыхъ досокъ (см. рис. 1-ый), высотой въ 1 метръ 80 сантим., шириною въ 1 метръ 15 сантим. и глубиною (передне-заднее направленіе) въ 65 сантим. Дверь шкапа АВ¹), состоитъ изъ рамы, раздѣленной

¹) На рисункѣ видна только часть ея и притомъ съ обращенной внутри шкапа поверхности.

на двѣ части поперечной перебрадиной¹⁾); на всю обращенную

Рис. 1 й.



рррр провода, остальные обозначенія въ текстѣ.

внутри шкапа поверхность рамы натянута и приклеены обое-

¹⁾ На рисункѣ не видно, такъ какъ закрыта натянутыми на раму обоями.

новенные обои рисунка и цвѣта подъ дубъ, такими же обоями оклеенъ снаружи и весь шкафъ. Внутри шкапа находится деревянная полка CD величиною во все горизонтальное сѣченіе шкапа; эта полка лежитъ на уступахъ aaa¹⁾), находящихся въ углахъ шкапа, можетъ быть вынута и снова положена на другіе уступы, находящіеся выше или ниже ея перваго положенія и такимъ образомъ можетъ измѣняться смотря по надобности (резонанса, необходимости добавочныхъ трубъ и микрофоновъ²⁾) относительная величина двухъ частей, верхней и нижней, на которыя полка раздѣляетъ шкапъ. Въ верхней части находятся приемники звуковъ EF, EF³⁾), въ нижней аккумуляторы и другіе добавочные приборы, если это потребуетъ выбранная система микрофоновъ и телефоновъ. Приемники звуковъ EF, EF прикрѣплены къ деревянной переклееной (чтобы не коробилась) доскѣ GH толщиною въ 2 сант. площадью въ 80×80 сант. Эта доска повѣшена у задней стѣны шкапа посредствомъ вбитыхъ въ бока ея желѣзныхъ стержней bb⁴⁾), которые владутся на уступы ссс⁵⁾), находящіеся на задней стѣнкѣ шкапа рядомъ съ вышеупомянутыми уступами aaa; такимъ образомъ и эта доска смотря по надобности можетъ быть вынута, а также перемѣщена вверхъ или внизъ. Стержни обматываются суеюномъ или какою нибудь другою матеріей для устраненія передачи доскѣ случайныхъ сотрясеній шкапа.

1) Болѣе ясно виденъ справа.

2) См. стр. 9.

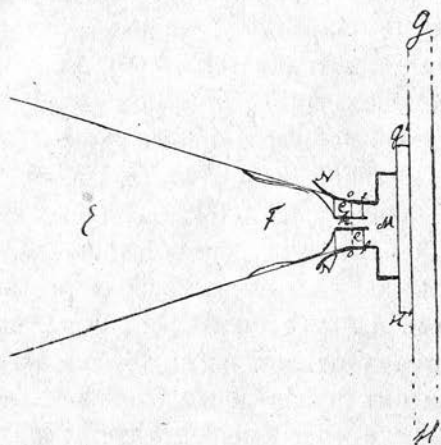
3) Посредствомъ EF, EF обозначены собственно только трубы приемниковъ, за которыми находятся невидное на рис. 1-мъ микрофоны; одинъ изъ этихъ микрофоновъ M представленъ схематически на рис. 2-омъ. Чтобы избѣжать загроможденія рисунка буквами, EF, EF поставлены только на двухъ приемникахъ изъ имѣющихся четырехъ.

4) На рисункѣ видны только части ихъ слѣва.

5) Плохо сфотографировали справа, точнѣе представлена слѣва, хотя по условіямъ освѣщенія затемнившими.

Въ оригиналѣ прибора 4 приемника звуковъ, но увеличивая размѣры шкапа и подбирая соответствующую силу тока, ихъ можно ввести и больше. Сдѣлавши доску GH длиннѣе и перемѣстивъ соответственно доску CD, можно и при описанной величинѣ шкапа ввести еще два приемника. Каждый приемникъ (см. рис. 1-ый и 2-ой) состоитъ изъ микрофона

Рис. 2-ой.



Схематическое изображение соединеній трубъ съ микрофономъ. GH доска, къ которой прикреплена розетка G' H' микрофона M, N раструбы микрофона. E конусообразная труба, пунктирная линия oo представляет узкое отверстие этой трубы, F параболическая слуховая трубка, h тонкій отросток ея, ее резиновая трубка надѣтая на отростокъ, ff жестяная пластинка прикреплённая къ пробкѣ. Схема представляетъ изъ себя вертикальное среднее сѣченіе приемника.

M и соединенныхъ съ нимъ двухъ трубъ EF, изъ которыхъ одна F представляетъ изъ себя употребляемую для тугоухихъ лицъ параболическую слуховую трубку, другая E — конусообразная труба изъ жести съ узкимъ отверстіемъ въ $2\frac{1}{2}$ сантим. и широкимъ въ 35 сантим., длиною въ 45 сантим.; эти размѣры представляютъ optimum, найденный путемъ опытовъ, и при данной величинѣ шкапа измѣненію не подлежатъ, но

вѣроятно, при другой величинѣ его придется выработать другой optimum. Параболоидная трубка F вставляется въ конусообразную E, которая плотно обхватываетъ ее въ соответствующихъ мѣстахъ; прочность соединенія ихъ увеличивается еще слѣдующимъ приспособленіемъ: тонкая трубочка, идущая отъ параболоидной слуховой трубы и обычно вставляемая въ ухо отнимается такъ, что отъ нея остается при параболоидѣ только отростокъ въ длину въ 2 сантим.; на этотъ отростокъ надѣвается просверленная резиновая пробка ее такой толщины, чтобы въ нѣсколько сжатомъ состояніи она приходилась бы вполне къ узкому отверстию конусообразной трубы E и такой длины, чтобы она немного выступала изъ этого отверстія, но не доходила бы до свободнаго края отростка h; къ поверхности ея, обращенной къ этому краю, прикрѣплена круглая жестяная пластинка ff съ отверстіемъ по срединѣ для прохода отростка h¹⁾. Соединеніе каждой такой двойной трубы EF съ соответствующимъ микрофономъ M происходитъ посредствомъ простаго влганія ея въ раструбъ N микрофона, при чемъ выступающій изъ конусообразной трубы кусокъ резиновой пробки ее при вдвиганіи сжимается и эластичностью своею способствуетъ еще болѣе прочности соединенія трубъ съ микрофономъ. Такимъ образомъ звукъ прежде чѣмъ дѣйствовать на микрофонъ концентрируется въ конусообразной трубѣ E, а затѣмъ въ еще большей степени въ параболоидѣ F. Микрофоны прикрѣплены къ деревяннымъ розеткамъ G'H', которыя привинчиваются къ доскѣ GH на такомъ разстояніи другъ отъ друга, чтобы выходящія изъ нихъ (и идущія слѣдовательно въ горизонтальномъ направленіи) трубы EF въ самой широкой части своей т. е. въ наружное отверстія конусообразныхъ трубъ E отстояли другъ отъ друга

¹⁾ Такая параболоидная трубка съ надѣтой на отростокъ ея резиновой пробкой Fe для наглядности помѣщена на рис. 4-омъ (см. стр. 11).

наиболѣе близкими краями на 2—3 сантим.¹⁾). Хотя посредствомъ крѣпкаго вдвиганія можно достигнуть довольно прочнаго соединенія трубокъ EF съ микрофономъ M, но одинъ этотъ способъ не даетъ еще полной гарантіи, что трубы не выпадутъ по своей тяжести, особенно отъ рѣзкихъ случайныхъ сотрясеній. Чтобы исполнѣ исключить возможность такихъ паденій, трубы укрѣпляются въ своемъ положеніи еще подвѣшиваніемъ посредствомъ толстыхъ нитокъ ddd (см. рис. 1-й) на крючкахъ, винченныхъ въ верхнюю стѣнку шкапа; эти нити продѣваются черезъ припаянныя къ трубамъ близко къ ихъ широкому отверстію жестяныя ушки²⁾). Микрофоны соединены другъ съ другомъ такъ называемымъ послѣдовательнымъ соединеніемъ (см. рис. 3-й), т. е. если обозначимъ клеммы, чрезъ которыя входитъ и выходитъ токъ для каждаго микрофона, буквами k и l и обозначимъ микрофоны поряд-

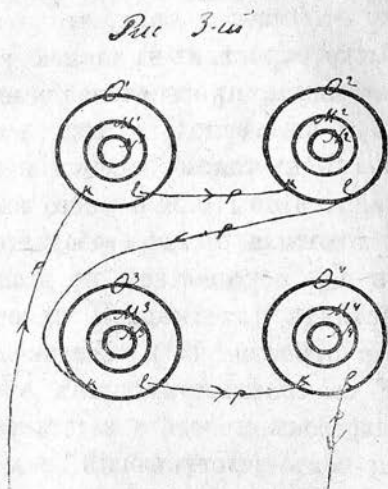


Схема соединенія микрофоновъ проводами и направленія тока 0⁰, 0², 0³, 0⁴ розетки микрофоновъ, M¹, M², M³, M⁴ — микрофоны, N¹, N², N³, N⁴ — раструбы микрофоновъ, k и l — клеммы чрезъ которыя токъ входитъ въ микрофоны и входитъ изъ нихъ, направленіе тока указано стрѣлками rrrrrr провода.

¹⁾ Описанное прикрѣпленіе микрофоновъ къ доскѣ GN годится для примѣненныхъ въ оригиналѣ прибора эриксонскихъ микрофоновъ и подобныхъ имъ по внѣшней конструкціи, но если бы въ дальнѣйшемъ усовершенствованіи прибора пришлось примѣнить микрофоны другой внѣшней конструкціи, которые какъ напр. Берлинеровскіе удобнѣе прикрѣплять къ задней поверхности доски GN, то раструбы ихъ могутъ быть выведены на переднюю поверхность этой доски чрезъ имѣющіяся въ ней отверстія ggg (см. рис. 1-й). Соединеніе раструбовъ этихъ микрофоновъ съ трубками EF происходитъ конечно также какъ описано въ текстѣ.

²⁾ На рисункѣ не видно, такъ какъ закрыты краями трубокъ.

ковыми числами, начиная съ лѣваго верхняго, то 1 перваго микрофона соединенъ проводомъ съ k второго микрофона, 1 второго съ k третьяго микрофона и 1 третьяго съ k четвертаго микрофона. Отъ k перваго микрофона проводъ идетъ чрезъ отверстіе O доскѣ CD (см. рис. 1-ый) къ + полюсу аккумуляторной батареи KL, а отъ 1 4-го микрофона проводъ идетъ чрезъ отверстія P въ той же доскѣ CD и отверстіе R въ нижней стѣнкѣ шкапа къ телефону; другой проводъ къ телефону идетъ отъ полосы той же батареи KL чрезъ отверстіе S, находящееся въ нижней доскѣ шкапа рядомъ съ отверстіемъ R.

Такимъ образомъ токъ идетъ отъ батареи къ 1-ому микрофону, проходитъ чрезъ него и послѣдовательно чрезъ остальные микрофоны, затѣмъ идетъ въ телефонъ и изъ телефона обратно въ батарею. Аккумуляторная батарея какъ видно изъ рис. 1-го помѣщена въ нижнемъ отдѣленіи шкапа: она состоитъ изъ двухъ ящиковъ соединенныхъ проводомъ, въ каждомъ ящикѣ находится 5 двухъ вольтовыхъ аккумуляторовъ. Раздѣленіе батареи на 2 ящика конечно было дѣломъ только большаго удобства при переноскѣ.

Воспроизводящая часть прибора (см. рис. 4-ый) состоитъ изъ телефона АВ и фонографа С. Предварительные опыты выяснили во-первыхъ, что при записи звуковъ изъ телефона необходимо возможно большее приближеніе его къ записывающей капсулѣ фонографа, такъ какъ даже при громкомъ и ясномъ для уха воспроизведеніи рѣчи телефономъ уже сравнительно небольшое отдаленіе его отъ капсулы даетъ неотчетливую запись и плохое воспроизведеніе фонографомъ, во-вторыхъ, что даже при близости телефона къ капсулѣ нужна еще концентрація производимыхъ имъ звуковъ.

Вслѣдствіе этого пришлось отказаться отъ обычно употребляемой при фонографическихъ записяхъ конусообразной трубы, сравнительно длинноватой и кромѣ того недостаточно концентрирующей звуку; вмѣсто нея пришлось записывающую капсулу а фонографа соединить съ такою же пораболои-

дной слуховой трубкой D_1 какія были употреблены въ комбинаціи трубъ въ воспринимающей части прибора¹⁾, но только

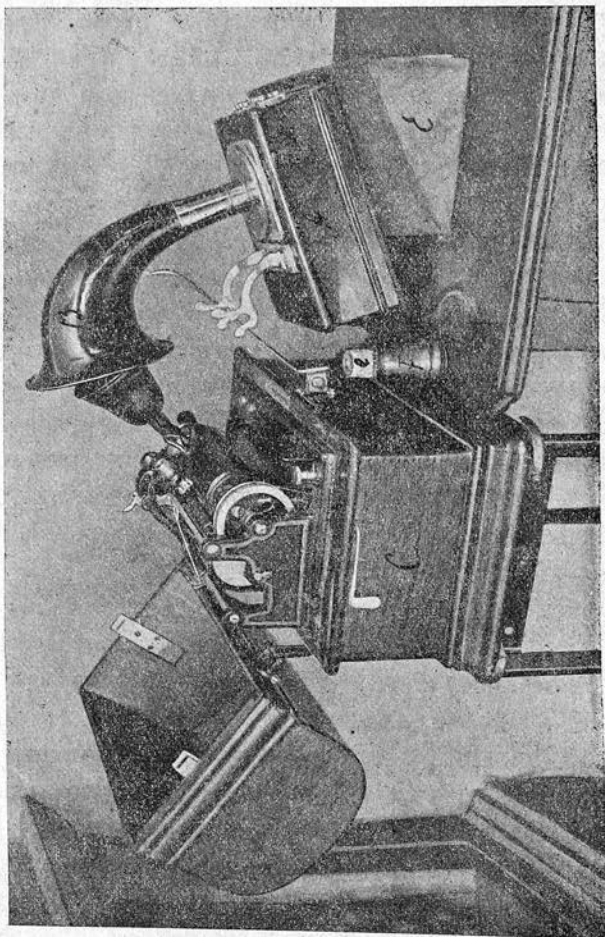


Рис. 4-й.

для соединенія съ капсулой на отростокъ этой трубки надѣвается не пробка, а короткая толстостѣнная резиновая

¹⁾ См. стр. 8.

трубка с, выступающая приблизительно на 1 сантим. за края отрезка и этой выступающей частью надѣвающаяся на трубочку капсулы настолько, что конец отрезка параболической трубки и трубочка капсулы почти соприкасаются другъ съ другомъ; толстостѣнность соединительной трубки позволяетъ параболическому держаться въ положеніи, представленномъ на рисункѣ безъ какой бы то нибыло опоры или подвѣски. Какъ видно изъ рисунка, телефонъ системы Логенъ'a, выбранный въ оригиналѣ прибора, поставленъ такъ, что его трубка В почти вплотную¹⁾ подходитъ къ параболическому D; для этого корпусу телефона А пришлось дать нѣсколько наклонное положеніе помѣщеніемъ его на клинообразной подставкѣ Е, по которой онъ и передвигается во время дѣйствія прибора руками лица, наблюдающаго за записью, сообразно движеніямъ параболическаго resp. записывающей капсулы фонографа²⁾. Если удастся примѣнить другія системы телефоновъ, менѣе громоздкія и безъ прибавочныхъ частей, какъ напр., проф. Кузнецова, Gaillard et Ducretet, то вмѣсто клинообразной подставки, къ нимъ непремѣнной, ихъ можно укрѣпить въ надлежащемъ положеніи на штативѣ. Передвиженіе телефона руками допущено въ оригиналѣ прибора только потому, что авторъ занятый главнымъ образомъ вопросомъ объ отчетливой и надлежаще громкой передачѣ звуковъ употреблялъ все свое время и средства въ этомъ направленіи и кромѣ того имѣлъ основанія считать приспособленіе какого нибудь механическаго двигателя къ телефону сравнительно простой задачей, которую можно будетъ поручить любому знающему механику.

Въ оригиналѣ прибора взять фонографъ-диктофонъ въ слѣдствіе его побочныхъ преимуществъ напр. болѣе длиннаго

¹⁾ Можно большимъ наклоненіемъ телефона продвинуть трубки другъ къ другу еще болѣе вплотную, чѣмъ это представлено на рисункѣ и даже слегка надвинуть трубу телефона на параболическій.

²⁾ См. ниже стр. 16.

валика, позволяющаго конечно болѣе длинную запись, очень ровнаго и малозумнаго хода, возможности легко ориентироваться въ разныхъ отдѣлахъ записи и возможности быстрой смѣны записывающей и воспроизводящей капсуль, что позволяетъ тотчасъ же послѣ записи безъ промедленія выслушать записанное; послѣднее преимущество вмѣстѣ съ возможностью быстро ориентироваться въ записи особенно важно при научныхъ изслѣдованіяхъ въ томъ отношеніи, что при какойнибудь случайной неясности записи въ смыслѣ звуковъ или въ смыслѣ допущенія различныхъ толкованій помощникъ сигналомъ ¹⁾ можетъ дать знать объ этомъ экспериментатору и извѣстный отдѣлъ опыта можетъ быть повторенъ или дополненъ.

Такъ какъ наиболѣе длинный валикъ фонографа допускаетъ запись, какъ максимум, только въ теченіи 10 минутъ, то очевидно, что для фонографическаго протоколированія опыта необходимо или дѣлать промежутки въ веденіи его чрезъ каждыя 10 минутъ, что конечно далеко не всегда удобно, или пользоваться двумя фонографами и соответственно двумя телефонами. Оба телефона могутъ получать звуки отъ одной и также воспринимающей части прибора благодаря развѣтвленію проводовъ, какъ это представлено схематически на рисункѣ 5-мъ.

Рис. 5-й.

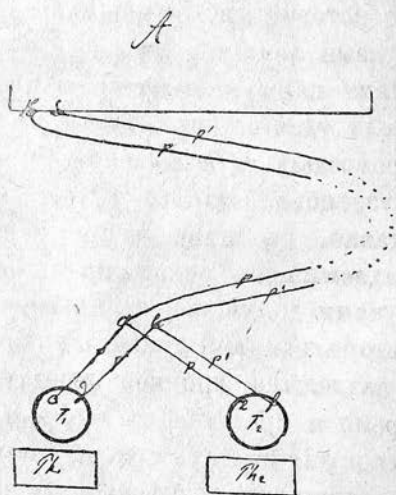


Схема хода и вычисления проводовъ. А приемная часть (шкаль) B и C отверстія въ шкалу для проводовъ r и r'. a — мѣсто дѣленія провода r на ветви ac и ae идущія къ телефонамъ t_1 и t_2 , вмѣсто дѣленія провода r' на ветви bd и bf, идущія къ тѣмъ же телефонамъ Th_1 и Th_2 фотограммы.

¹⁾ См. ниже стр. 48.

Если мы возьмемъ примитивъ оригинала прибора, т. е., когда телефоны нужно передвигать руками, то конечно необходимы два человѣка, наблюдающихъ за записью¹⁾; поступаютъ при этомъ такъ: первый наблюдатель видя, что валикъ его фонографа въ смыслѣ записи приходитъ уже къ концу²⁾, даетъ тотъ или другой условленный сигналъ и по этому сигналу второй наблюдатель пускаетъ въ ходъ свой фонографъ; получивши сигналъ или просто видя, что на второмъ фонографѣ запись уже началась, первый наблюдатель останавливаетъ свой фонографъ, снимаетъ исписанный валикъ, нумируетъ его и отдаетъ для прослушиванія помощнику экспериментатора, затѣмъ надѣваетъ новый валикъ и ждетъ пока второй наблюдатель не дастъ ему сигнала, что валикъ второго фонографа приходитъ къ концу, по этому сигналу онъ снова пускаетъ въ ходъ свой фонографъ и т. д.

При этомъ конечно извѣстное короткое время записи въ концѣ валика одного фонографа и въ началѣ валика другого фонографа будутъ тождественны, но это обстоятельство конечно легко учесть. Опыты съ имѣвшимися у автора подъ рукою записывающими капсулами показали, что одновременное дѣйствіе обоихъ телефоновъ при описанномъ относительномъ положеніи трубъ фонографа и телефона нисколько не вліяетъ на отчетливость записи фонографа даже при сравнительной близости обоихъ телефоновъ другъ отъ друга (на разстояніи около метра), если только трубы телефоновъ направлены параллельно или повернуты въ противоположныя стороны и помѣщеніе не слишкомъ ужъ тѣсно. Если будутъ изобрѣтены и примѣнены еще

¹⁾ Наблюдать за записью можетъ толковый служитель лабораторіи.

²⁾ Объ этомъ въ фонографъ-дифтофонѣ дается еще предупрежденіе звонкомъ, но этотъ звонокъ лучше выключить, такъ какъ при опытахъ употребляются предупреждающіе звоноквые шкалы, вообще въ опытахъ съ этимъ приборомъ предпочтительнѣе, гдѣ только возможно, свѣтовая сигнализация.

болѣ чувствительныя капсулы, то возможно, что придется для избѣжанія интерферирующаго вліянія звуковъ одного телефона на запись звуковъ другого телефона производить записи въ сравнительно обширномъ помѣщеніи и отдѣлить телефоны другъ отъ друга на большое растояніе или даже помѣстить ихъ въ разныхъ комнатахъ.

Если будутъ примѣнены механическія приспособленія для передвиженія телефоновъ, то для записей на обоихъ фонографъхъ будетъ достаточно, конечно одного наблюдателя, который въ соотвѣтственное время будетъ пускать въ ходъ фонографы и движущіе механизмы телефоновъ и вставлять новые валики по вышеописанной схемѣ. Введеніемъ одной изъ системъ имѣющихся въ продажѣ коммутаторовъ можно свести одновременное дѣйствіе обоихъ телефоновъ до минимума, лишь бы не было перерыва въ записи, а затѣмъ выключать тотъ телефонъ, на фонографѣ котораго валикъ уже почти исписанъ.

Въ описанномъ здѣсь оригиналѣ прибора авторъ примѣнилъ комбинацію Эриксоновскихъ микрофоновъ, употребляемыхъ въ приборѣ проф. Кузнецова съ телефономъ системы Logenz'a, въ которомъ оказалось необходимымъ выключить изъ това всѣ прибавочныя части кромѣ телефона собственно.

При первой демонстраціи прибора въ Обществѣ врачей больницы Св. Николая Чудотворца былъ примѣненъ телефонъ проф. Кузнецова съ изобрѣтеннымъ имъ трансляторомъ, но при всѣхъ достоинствахъ этого телефона сравнительно съ другими въ смыслѣ достижимой громкости звука пришлось въ дальнѣйшемъ оставить его, во-первыхъ вслѣдствіе отсутствія приспособленія для болѣ тонкой регулировки разстоянія пластинки телефона отъ электромагнитовъ его ¹⁾, во-вторыхъ вслѣдствіе легкаго полишинельнаго оттѣнка звуковъ, получаемыхъ при записи отъ него, въ третьихъ вслѣдствіе, того, что

¹⁾ См. стр. 16.

не смотря на всѣ приспособленія, когда этотъ телефонъ передаетъ сказанное очень громкимъ голосомъ, то запись получается неотчетливая. Съ другой стороны съ телефономъ системы Logenz'a не удается достигнуть такой громкости воспроизведенія рѣчи, какъ при системѣ проф. Кузнецова; возможность же болѣе громкой передачи (если она не соединена съ положеніемъ отчетливости) важна въ томъ отношеніи, что расширяетъ предѣлы примѣненія прибора, позволяя получить хорошую запись отъ лицъ съ сравнительно тихимъ голосомъ. Изъ испробованныхъ авторомъ, лучшихъ системъ телефоновъ остальные (Gaillard et Ducretet, Mix und Génest'a, Berliner'a) оказались по достоинствомъ ниже этихъ двухъ системъ. Наилучшіе результаты получаются при токѣ отъ въ двухвольтовыхъ аккумуляторовъ (при указанной выше¹) длинѣ проводовъ въ 75 метровъ въ каждую сторону).

Употребленіе прибора, какъ уже ясно изъ вышеприведеннаго, просто. Предъ самымъ опытомъ экспериментаторъ или его помощникъ соединяетъ соотвѣтствующіе провода съ полюсами аккумуляторной батареи и закрываетъ шкапъ. У двери шкапа ставится стулъ для экспериментатора, къ стулу придвигается столъ, къ противоположной сторонѣ котораго ставится стулъ для испытуемаго. Какимъ нибудь условнымъ выраженіемъ въ родѣ: „ну теперь приступимъ къ занятіямъ: которое уже будетъ слышно въ комнатѣ для фонографированія, дается знакъ для наблюдающихъ за записью, что нужно пустить въ ходъ одинъ изъ фонографовъ. По окончаніи опыта или во время перерывовъ опять таки условнымъ выраженіемъ дается знать наблюдающимъ за записью объ остановкѣ фонографовъ. Предъ началомъ опыта необходимо провѣрить приборъ на наибольшую отчетливость записи. Не говоря уже объ могущемъ быть измѣненіи силы тока дѣйствіе прибора въ смыслѣ отчетливости записи можетъ колебаться въ извѣстныхъ предѣлахъ

¹) См. стр. 6.

отъ трудно уловимыхъ ви́шнихъ причинъ: аналогичное явление мы можемъ наблюдать въ дѣйстви обыкновенныхъ телефоновъ. Въ такихъ случаяхъ удается возстановить максимум отчетливости измѣненіемъ разстоянія телефонной пластинки отъ электромагнитовъ его, часто совершенно ничтожнымъ; поэтому-то такъ важно имѣть въ телефонѣ приспособленіе, регулирующее это разстояніе. По окончаніи опыта необходимо не забывать выключать токъ не только для экономіи его, но и для избѣжанія скорого изнашиванія микрофоновъ. Наконецъ до опыта и послѣ него необходимо слегка подвигать доску (ГН¹⁾), чтобы вытряхнуть микрофоны для образованія свѣжихъ контактовъ между частичками угля, находящагося въ нихъ. Относительно предѣловъ примѣненія прибора и наиболѣе благоприятной обстановки для примѣненія опыта показали, что посредствомъ прибора можно получить отчетливыя записи для голосовъ большой и средней громкости, для тихихъ голосовъ записи неотчетливы и въ этомъ отношеніи требуется еще дальнѣйшее усовершенствованіе прибора; со стороны обстановки и помѣщенія благоприятными условіями, повышающими чувствительность прибора являются: простота обстановки, отсутствіе мягкихъ предметовъ и небольшіе размѣры комнаты. Въ небольшой комнатѣ получались отчетливыя записи, когда говорящій произносилъ рѣчь стоя у противоположной швабу стѣнѣ, спиною къ нему, при чемъ онъ не повышалъ своего голоса средней громкости.

Таковъ приборъ; несмотря на то, что онъ явился результатомъ многочисленныхъ опытовъ, авторъ конечно далеко отъ мысли считать его окончательнымъ. Объ этомъ уже отчасти сказано и выше, но едва ли будетъ лишнимъ въ заключеніе сказать еще нѣсколько словъ по этому поводу. Не говоря уже о возможныхъ усовершенствованныхъ въ микрофонно-телефон-

¹⁾ См. рис. 1-ый стр. 6.

ной техникѣ, еще далеко не все испробовано относительно матерьяла, замѣняющаго переднюю стѣнку шкапа, быть можетъ вмѣсто обоевъ удастся найти что нибудь другое, также легко окрашиваемое въ маскирующія цвѣтъ и рисунокъ, не слишкомъ ломкое и хрупкое и въ тоже время еще лучше пропускающее или передающее звуковыя волны; можетъ быть найдется также недорогой, но лучшей матерьялъ для трубъ, чѣмъ жестъ; затѣмъ мыслимы и другія соотношенія между трубами и микрофонами, хотя быть можетъ при измѣненной величинѣ и формѣ приѣмной части. Затѣмъ, какъ уже было сказано, авторъ, тратя время и средства главнымъ образомъ на достиженіе отчетливыхъ записей, не имѣлъ возможности заказать нѣкоторые прибавочныя части, полезныя при употребленіи прибора. Объ одной такой прибавочной части, механическомъ двигателѣ для телефона предъ фонографомъ, уже было упомянуто ²⁾); кромѣ этого желательно также и вполне достижимо для современной техники приспособленіе, позволяющее экспериментатору включать и выключать токъ безъ отрыванія шкапа, чтобы не тратить тока непременно во все время опыта и имѣть возможность выключать его во время перерывовъ; выяснилось также желательность приспособленій, посредствомъ которыхъ лица, наблюдающія за записью, могли бы путемъ незамѣтной условной сигнализациі давать знать не произошла ли у нихъ задержка, а экспериментаторъ могъ бы отдавать этимъ лицамъ тѣ или другія распоряженія. Относительно формы маскировки ²⁾ въ видѣ шкапа было уже сказано, что она выбрана съ цѣлью примѣнить приборъ для психологическихъ и психопатологическихъ изслѣдованій, но конечно не исключены и другія формы маскировки, которыя

¹⁾ См. стр. 13.

²⁾ Въ текстѣ ничего не сказано о маскировкѣ проводовъ, но это исключительно потому, что она очень проста и можетъ быть выполнена разнообразными способами примѣнительно къ обстановкѣ и помещенію.

быть может окажутся при дальнѣйшихъ усовершенствованіяхъ еще болѣе подходящими. Насколько будетъ возможно авторъ и самъ думаетъ не оставитъ дальнѣйшую разработку прибора и будетъ счастливъ, если онъ въ теперешнемъ его видѣ дастъ толчокъ къ его дальнѣйшему усовершенствованію и другимъ лицамъ, а также вообще къ изысканіямъ въ этомъ направленіи. Но и теперь, какъ видно изъ вышеизложеннаго, мы можемъ считать въ извѣстныхъ предѣлахъ задачу нестѣсняющаго и даже незамѣтнаго объективированія человѣческой рѣчи и звуковъ вообще рѣшенною.

Изъ клиники нервн. болѣзней Казанскаго
Университета (пр. Даркшевичъ).

«Комбинированныя заболѣванія железъ внутрен-
ней секреціи въ клиникѣ нервныхъ болѣзней».

Ст. ассистента при кафедрѣ Неврн. и душевн. бол. Императ. Николаевскаго
Университета

Х. И. Протопопова *).

Железы внутренней секреціи играютъ громадную роль въ жизни организма вообще и въ нервно-психической его дѣятельности въ частности. Железы находятся между собой въ опредѣленномъ взаимодействіи (химическая корреляція), ихъ секреты взаимно усиливаютъ другъ друга или нейтрализуютъ; такимъ образомъ, выпаденіе изъ системы одного изъ этихъ органовъ (resp. секретовъ) или измѣненіе ихъ дѣятельности приводитъ кромѣ выпаденія функціи, специфической для даннаго органа и къ опредѣленному измѣненію во всей системѣ.

Клиника даетъ намъ цѣлый рядъ примѣровъ, подтверждающихъ положенія, выработанныя физиологіей.

Намъ извѣстно, что железы внутренней секреціи раз-

*) Случаи были демонстрированы въ о-вѣ Неврол. и психіатр. при Казанск. Унив. 6 ноября 1913 г., авторефераты были помѣщены въ Неврол. Вѣстникъ XX т. кн. 4-ая—1913 г. и въ Журналѣ Корсакова.

личнымъ образомъ дѣйствуютъ на нервную систему, знаемъ двѣ группы железъ: ваготропную и симпатикотропную: но, кромѣ этого, допускаемъ вліяніе железъ и на отдѣльныя части нервной системы.

Заболѣваніе железъ внутренней секреціи можетъ быть двоякаго рода; въ однихъ случаяхъ къ специфическому измѣненію дѣятельности одной изъ железъ присоединяется и компенсаторное (вторичное) измѣненіе въ системѣ железъ, въ другихъ случаяхъ существуетъ происходящее по одной и той же причинѣ одновременное измѣненіе функціи нѣсколькихъ железъ въ ту или другую сторону, въ сторону ли гипофункціи или гиперфункціи. Два наблюдавшихся мной въ Казанской клиникѣ нервныхъ болѣзней случая и даютъ, съ одной стороны, два разныхъ типа заболѣванія железъ, а, съ другой, подчеркиваютъ связь между дѣятельностью этихъ железъ и нервной системой.

1-й Случай.

Больной Б, 27 лѣтъ, поступилъ въ клинику 22-го сентября 1913 г. съ жалобами на быстрое ухудшеніе зрѣнія. *Анамнезъ* больного таковъ: Отецъ умеръ 46 л. отъ брюшного тифа, спиртныхъ напитковъ не употреблялъ, въ общемъ былъ здоровымъ человѣкомъ, хотя и былъ худощавымъ и по временамъ страдалъ головными болями. Мать больного жива и здорова, иногда бываютъ парестезіи въ рукахъ. Въ семьѣ живыхъ дѣтей 4 (больной, 2 брата и сестра); братья и сестра совершенно здоровы. Умершихъ 2 сестры и братъ—11 лѣтъ, страдавшій Виттовой пляской, росшій очень плохо; кромѣ того, у матери былъ одинъ выкидышъ (послѣ рожденія больного). Больной по счету второй; росъ худощавымъ и болѣзненнымъ ребенкомъ, часто хворалъ лихорадкой, бывали головныя боли. Всегда былъ маленькаго роста, развивался плохо; до 14 лѣтъ почное недержаніе мочи. Больной учился во второклассной школѣ, учился средне; ученіе давалось не особенно трудно.

Въ маѣ 1903 г. кончилъ курсъ въ школѣ; въ это же приблизительно время у него стали опухать щеки. Когда впервые было замѣчено опуханіе щекъ, въ это же время была

сильная боль въ вискахъ, такъ что трудно было ходить; были ощущенія жара и сильная потливость. Съ этого времени появилась вялость и лѣнь, боль въ темени; часто ощущенія жара и потъ; ноги постоянно влажныя. Головные боли часто повторяются и локализируются, главнымъ образомъ, въ вискахъ. Послѣ опуханія лица вскорѣ же стала опухать грудь и животъ; опуханіе всего тѣла развилось въ теченіе мѣсяца. Аппетитъ усилился, появилась утомляемость при ходьбѣ, запоры, боль въ правомъ подреберьи. Съ 1905 г. замѣчается ухудшеніе памяти. Въ такомъ состояніи больной и обратился въ 1908 г. въ Клинику, гдѣ объективно найдено: движеніе и чувствительность въ порядкѣ, органы высшихъ чувствъ нормальны, кромѣ нѣкотораго суженія поля зрѣнія обоихъ глазъ (въ височныхъ половинахъ), сильное развитіе подкожнаго жироваго слоя, отсталость въ ростѣ, рѣдкіе волосы. Между прочимъ, больной отмѣтилъ, что за послѣдніе нѣсколько лѣтъ ростъ его уменьшился на два поперечныхъ пальца; рѣдкими волосы были и въ дѣтствѣ, сильнаго выпаденія не отмѣчаетъ.

Диагносцированъ Infantilisimus (Мухоѣдема), назначенъ thyreoïdin, которымъ больной и лечился продолжительное время, съ перерывами; чувствовалъ себя сносно, опуханіе уменьшилось. Въ сентябрѣ 1913 г. явился въ амбулаторію клиники, вторично со свѣденіями изъ глазной клиники, гдѣ диагносцированъ (17/ix) Neuritis oedematosa oc. utriusque—острота зрѣнія понижена въ правомъ глазу до полного отсутствія, въ лѣвомъ до 0,9; въ лѣвомъ глазу, суженіе поля зрѣнія атропическаго характера. Больной разсказалъ, что упадокъ зрѣнія сталъ замѣчать 9 мѣсяцевъ тому назадъ, зрѣніе падало постепенно; въ правомъ глазу слѣпота развивалась въ теченіе мѣсяца. Недѣли за три передъ тѣмъ, какъ обратиться въ клинику, правымъ глазомъ уже не видѣлъ. Впервые неполадки въ зрѣніи замѣтилъ 9 мѣсяцевъ тому назадъ, когда въ глазахъ стали появляться круги, сходящіеся въ центрѣ. Лѣвымъ глазомъ сталъ хуже видѣть въ концѣ августа; по временамъ появлялась темнота въ глазу, когда ничего не видѣлъ, затѣмъ зрѣніе прояснилось. Въ моментъ обращенія въ клинику (18/ix) видитъ, хотя и не ясно и только вблизи. Лѣтъ 6 тому назадъ были сильныя головныя боли, которыя въ теченіе 5 лѣтъ были постоянно, иногда со рвотой, за годъ передъ обращеніемъ въ Клинику боли ослабли и стали рѣже, отмѣчены двѣ бывшія травмы: когда больному было 7 (семь)

лѣтъ, онъ получилъ ушибъ головы съ потерей сознанія и въ 1901 г. во время работы въ столярной мастерской, ему на голову упали лѣса. Года два назадъ сталъ плохо слышать на лѣвое ухо, послѣднее время плохо слышать и правымъ ухомъ. Мѣсяцевъ восемь тому назадъ впервые замѣтилъ шатаніе при ходьбѣ. Незадолго передъ клинкой появилось головокруженіе; больной отмѣчаетъ угасаніе *libido* и сонливость.

Status praesens 24/ix.

Лицо больного широкое, одутловатое; носъ сѣдлообразный; складки подъ глазами очень сильно выражены.

Рис. 1.



больной Б. лицо одутловатое, носъ сѣдлообразный.

Голова сравнительно съ ростомъ большая; волосы на головѣ рѣдкіе; усовъ и бороды почти нѣтъ (рис. № 1). Ростъ маленькій 144—145 ст.), пальцы рукъ короткіе, руки маленькія. Грудь отвислая, животъ выпяченъ, пупокъ не выдается. По всему тѣлу развитая жировая клетчатка. Кожа нѣсколько отечна. Половые органы нормальны; распределение волосъ на лобкѣ не совсемъ обычное, приближается къ женскому типу. Глазные яблоки нѣсколько протизированы, движенія ихъ въ предѣлахъ нормы. Со стороны черепно-мозго-

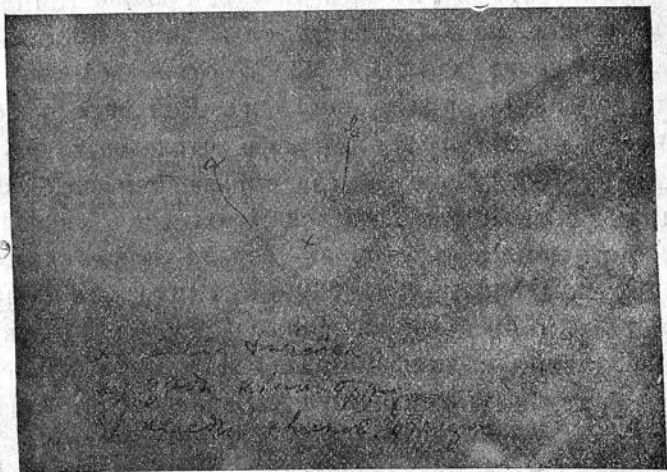
выхъ нервовъ, относящихся къ движенію, отклоненій отъ нормы нѣтъ. Жеваніе и глотаніе не разстроены. Движеніе въ рукахъ

и ногахъ по объему достаточно, по силѣ нѣсколько ослаблено: сила прав. руки по динамометру 20 kilo, лѣвой 16. Есть не рѣзко выраженная атаксія въ рукахъ. Симптомъ Romberg'a въ видѣ намека (съ закрытыми глазами—пошатывается). Есть атаксія и при раздѣльныхъ движеніяхъ ногъ. Ходитъ неувѣренно, немного шатается. Катаlepsія (можжечковая), рефлексы колѣнные и Ахилловы на лицо, также и сухожильные и надкостничные рухъ. Брюшной и на cremaster вызываются. Зрачки широкіе, на свѣтъ не реагируютъ; отсутствуетъ какъ прямая, такъ и сочувственная реакціи. Конвергируетъ правый глазъ хуже. Конъюнктивальный рефлексъ вызывается, глоточный и съ мягкаго неба вызвать не удается. Тазовые органы и тонусъ мышцъ въ порядкѣ. Зрѣніе абсолютно отсутствуетъ. Слухъ отсутствуетъ въ лѣвомъ ухѣ, гдѣ опытъ Rinne—положителенъ; слухъ же въ правомъ ослабленъ. Костная проводимость уворочена; опытъ Weber'a отрицательный. Вѣусъ нормаленъ; обоняніе справа понижено. Всѣ виды общей чувствительности на лицо, какихъ либо отклоненій отъ нормы не констатируется. Мускулатура выражена плохо, ожирѣніе. Щитовидная железа прощупывается. Психически-больной вялый, говоритъ медленно. Со стороны сердца—акцентъ на 2-мъ тонѣ на аортѣ. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Гликозурия и полиурия отсутствуютъ. Puls около 80. Данныя люмбальной пункции—повышенное давленіе; лимфоцитозъ 1,0; реакція Nonne отрицательная. Реакція Wassermann'a въ крови и въ люмбальной жидкости отрицательная. Данныя рентгенофотографіи: sella turcica расширена и углублена; задній клиновидный отростокъ отклоненъ взади и истонченъ передній отростокъ уплотненъ. Кости черепной покрывки неравномерно утолщены, лобные бугры утолщены. Sinus'ы, главнымъ образомъ, sinus frontalis—увеличены, также и Гайморова полость (рис. № 2 и 3).

Въ теченіе болѣзни за время пребыванія больного въ Клиникѣ нужно отмѣтить: за первые дни пребыванія зрѣніе окончательно исчезло; послѣ пункции появилась очень сильная головная боль со рвотой, которая продолжалась два дня въ

очень сильной степени, а затѣмъ въ теченіе почти 2-хъ недѣль съ перерывами въ меньшей степени, уже безъ рвоты. Исслѣдованіе глазного дна (19/x) показало уменьшеніе отека сосковъ, особенно лѣваго; рѣзче выступаютъ явленія атрофіи; полный амаврозъ. Съ 21/x принимаетъ hypophysin, самочувствіе хорошее, головныхъ болей нѣтъ. Последнее время (1/xi) жалуется на заложенныя уши, въ виду чего направленъ къ специалисту, которымъ найдено: полная глухота на лѣвое ухо, пониженіе въ правомъ до половины нормального слуха; слѣва нѣтъ ни костной, ни воздушной проводимости.

Рис. 2.

*Sella turcia.*

Нормального, здороваго человѣка.

Дифференціальная діагностика.

У больного, *in extenso*, слѣдующіе симптомы: обще-мозговые—головная боль, застойный сосокъ; очаговые—выпаденіе наружныхъ половинъ поля зрѣнія; со стороны внутренней секреціи—ожирѣніе, инфантилизмъ, выпаденіе волосъ, пониженіе *libido*, сонливость, выраженіе вторичныхъ половыхъ

признаковъ; со стороны черепа—измѣненія sellae turcicae, измѣненіе костей черепа и sinus'овъ.

На основаніи головныхъ болей и застойнаго соска, а также повышеннаго давленія люмбальной жидкости нужно говорить о церебральномъ страданіи, именно, объ опухоли головного мозга; за опухоль же будутъ говорить и измѣненія sellae turcicae, при чемъ локалізація опухоли на основаніи,

Рис. 3.



Больной Б.

Sella turcica углублена и расширена; зад. клин. отростокъ истонченъ и отелоненъ взади.

данныхъ рентгенограммы должна считаться смѣшанной, такъ какъ углубленіе дна sellae говоритъ за локалізацію интраселлярную, а деформация processus clinoid. anterior., расширение входа sellae—за локалізацію экстраселлярную. Постепенное паденіе зрѣнія, начало зрительныхъ расстройствъ съ двухсторонняго выпаденія височныхъ половинъ полей зрѣнія ясно подтверждаетъ локалізацію опухоли, основанную на данныхъ рентгенограммы, локалізацію, говорящую за заболѣваніе

придатка мозга (tumor hypophyseos). Это же подтверждается и клинически—ожирѣніе, равномерное распредѣленіе его по всему тѣлу, пониженіе libido свидѣтельствуютъ о выпаденіи функціи придатка, клинически о dystrophia adiposo—genitalis. Явленія со стороны костей черепа—утолщеніе ихъ, увеличеніе sinus'овъ представляютъ несомнѣнно акромегалическія черты.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ опухоль придатка безъ акромегалической челюсти, клинически sine acromegalia, ergo, Frölich'овскій типъ опухоли, но комбинированный съ акромегалическими измѣненіями черепа, установленными рентгенологически. Кромѣ того, здѣсь трудно исключить гипофункцію щитовидной железы, микседему, въ виду существующаго инфантилизма, нѣкоторой отечности кожи, распредѣленія жировыхъ явленій. Начало опуханія съ лица и распредѣленіе жира повсюду не характерно для dystrophia adiposo genitalis, гдѣ ожирѣніе главнымъ образомъ, на туловищѣ (Wagner). За микседему можетъ говорить и улучшеніе при thyreoidin'номъ леченіи; противъ нея говоритъ отсутствіе сухости кожи, отсутствіе выступанія пупка.

Интереснымъ для даннаго случая является и существованіе мозжечковыхъ симптомовъ—атаксія въ рукахъ и ногахъ, намекъ на с. Romberg'a и мозжечковая катаlepsія; симптомы эти трудно объяснить съ точки зрѣнія основнаго страданія—опухоль придатка.

2-й Случай.

Больная Ш., 23 лѣтъ, поступила въ Клинику 12 сентября 1913 года.

Анамнезъ. Больная родилась въ рядовой крестьянской семьѣ. Отецъ больной умеръ отъ холеры 3 г. тому назадъ, злоупотреблялъ алкоголемъ, страдалъ порокомъ сердца. У матери, которая, въ общемъ, здоровый человекъ былъ выкидышъ,—слѣдующая беременность за больной.

Въ семьѣ живыхъ дѣтей съ больной шесть—изъ нихъ три брата и сестра здоровые, одна сестра (16 лѣтъ) стра-

дасть рвотой и болями въ животѣ, иногда въ ногахъ; у обѣихъ сестеръ еще не было мѣсячныхъ. Умерло четверо—трое маленькими, одинъ братъ 16 лѣтъ—послѣ травмы у него былъ вифозъ. Больная по счету шестая; родилась во время, росла до 10 лѣтъ здоровой; хотя съ ранняго дѣтства наклонность къ рвотамъ, не сопровождавшимся никакими болѣзненными ощущеніями, ни головной болью. Больная не училась. Въ дѣтствѣ перенесла корь въ сильной формѣ. Лѣтъ съ 10-ти у больной стали появляться боли въ животѣ и приблизительно въ это же время ощущенія холода. Съ тѣхъ поръ боли не исчезали, по временамъ ослабѣвая въ интенсивности. Больная до 17 лѣтъ сравнительно сносно чувствовала себя, работала по хозяйству и въ полѣ. Лѣтъ 5 тому назадъ было какое-то заболѣваніе, продолжавшееся дня 2—3; была сильная головная боль, сильная рвота; вскорѣ послѣ этого стало появляться головокруженіе, особенно при наклонныхъ положеніяхъ. Затѣмъ черезъ годъ, послѣ простуды, появился кашель; во время приступовъ кашля—такое сильное головокруженіе, что должна была ложиться въ постель, и даже въ постели головокруженіе не прекращалось—„вся изба шла кругомъ“—по собственному выраженію больной. Мокрота при кашлѣ иногда со рвотой, иногда съ кровью. Въ это время боль появилась въ лѣвомъ боку, подъ ложечкой, въ поясницѣ; появилась одышка; запоры по нѣскольку дней, задержка мочи, кровь въ испраженіяхъ. Это продолжалось нѣкоторое время съ колебаніями то въ сторону улучшенія, то ухудшенія; больная лечилась, но мало. Черезъ $\frac{1}{2}$ года послѣ того, какъ появился кашель, заболѣли руки и ноги, боль во всемъ тѣлѣ, но не постоянно въ одномъ какомъ-либо мѣстѣ; стала уставать, стало трудно ходить. Боли держались стойко. Еще черезъ годъ стало шатать при ходьбѣ, такъ что иногда падала, особенно поднимаясь въ гору или спускаясь съ горы; слабость прогрессировала. Стало трудно работать и больная принуждена была лечь въ постель это было 2 года тому назадъ; ходить она могла, но съ затрудненіемъ при ходьбѣ держалась за стѣну, такъ какъ сильно шатало, при поворотахъ падала; очень уставала. Въ это же время частый позывъ на мочу, иногда недержаніе мочи, особенно ночью. Стала сильно забнуть, даже лѣтомъ ходила въ теплой одеждѣ; появилось сердцебіеніе; головокруженіе и боли въ животѣ по прежнему. Продолжала лежать, вставая иногда, но послѣ самой незначительной ходьбы усталость и боли усиливались. Одно время лежала въ земской больницѣ

(въ течен. 10 недѣль), лечилась, между прочимъ, іодомъ, инъекціями Hg (40 уколовъ), электризаціей, но улучшенія не было. Въ концѣ апрѣля 1913 года обратилась въ клинику съ жалобами на боли въ различныхъ частяхъ тѣла, постоянную „ломоту въ ногахъ“, затрудненіе при ходьбѣ. Установлено отсутствіе мѣсячныхъ (еще ни разу не было), недоразвитіе грудныхъ железъ, нистагмъ, какъ горизонтальный, такъ и вертикальный, атаксія въ рукахъ и ногахъ, с. Romberg'a, акромегалическая нижняя челюсть. Назначенъ былъ ороvariin

Рис. 4.



Больная III.

Лицо одутловато, нижняя челюсть выдается, на щекахъ мягкія части выступаютъ, отечны.

грудныя железы нѣсколько развились; за недѣлю передъ тѣмъ первыя мѣсячныя, продолжавшіяся 3 дня. Ислѣдованіе въ глазной клиникѣ, произведенное въ это же время (6/ix) дало слѣдующее: при visus'ѣ 1,0 ос. utriusque и нормальномъ полѣ зрѣнія, нѣсколько ступеваны контуры papillae въ лѣвомъ глазу.

Status praesens 14/ix.

Видъ больной удрученный, страдальческій. Лицо одутловатое, на щекахъ мягкія части выступаютъ, отечны, тоже на подбородкѣ. Нижняя челюсть выдается нѣсколько впередъ. Носъ широкій, глазныя щели узкія (рис. 4). Зубы рѣдкія, но не Гутчинсоновскіе. Утолщеніе подкожнаго слоя есть и

Въ это же время въ гинекологической клиникѣ 4/v было констатировано у больной *retroversio uteri*, объемъ *uteri*—съ орѣхъ, уменьшеніе подвижности; діагнозъ—*uterus foetalis*, лечение также ороvariin. Вторично обратилась въ Клинику 1/ix того же года; рассказываетъ, что въ маѣ были отеки ногъ и лица, нѣсколько дней; послѣ горячихъ ваннъ они прошли. За лѣто приняла 4 флакона ороvariin'a по 25 капс. въ каждомъ; отмѣчаетъ нѣкоторое улучшеніе. Об-

ективно - атаксія меньше, какъ въ рукахъ, такъ и ногахъ, ходитъ лучше;

въ области шеи; тѣстоватость кожи по всему тѣлу. Волосы на лобѣ и въ подмышечныхъ впадинахъ развиты плохо. Пальцы рукъ отечны. Ростъ достаточный. Грудныя железы развиты плохо; genitalia—инфантильны. Большая, по большей части, лежитъ; психика ея депрессивна, настроеніе понижено; рѣчь вялая! Со стороны черепно-мозговыхъ нервовъ—движенія мягкаго неба вялы, язычекъ отклоненъ нѣсколько влѣво. Актъ глотанія и жеванія нормальны. Сила движеній какъ въ рукахъ, такъ и ногахъ ослаблено; по динамометру сила прав. руки 16 kilo, лѣвой 15; отмѣчается быстрая истощаемость сила движеній. Атаксія въ рукахъ и ногахъ; стоитъ какъ съ открытыми, такъ и закрытыми глазами неустойчиво—шатается, разставляетъ ноги, чтобы не упасть. Съ закрытыми глазами и запрокинутой головой падаетъ; ходитъ, разставляя ноги; при поворотахъ—тенденція падать. Адiadoхокинезъ, не рѣзкій, можжечковая катаlepsia, ясная. Тетог'а и судорогъ нѣтъ. Nystagmus горизонтальный, особенно при смотрѣніи вправо. Рефлексы сухожильные рукъ и ногъ нѣсколько повышены, clonus'a стопъ нѣтъ. Подошвенный и брюшной—вялые, конъюнктивальный, глоточный и съ мягкаго неба вызываются—съ мягкаго неба вялый. Реакція на свѣтъ и конвергенцію хорошая. Правый зрачекъ нѣсколько шире, хотя это явленіе не постоянное. Тазовые органы: позывъ на мочу усиленъ, иногда задержка мочи; запоры по два дня. Тонусъ мышцъ нормаленъ. Зрѣніе—нормально; поле зрѣніе и глазное дно особыхъ измѣненій не представляетъ. Слухъ нормаленъ—звукъ камертона не латеризируется. Вкусъ и обоняніе нормальны. Общая чувствительность въ предѣлахъ нормы, всѣ ея виды на лицо. Боли и болѣзненность при давленіи въ мускулатурѣ всего тѣла. Хрустъ въ коленныхъ суставахъ. Механическая возбудимость мышцъ повышена, похуданій нѣтъ. Давныя люмбальной пункции—нѣсколько повышенное давленіе, лимфоцитозъ 6,3, полинуклеаровъ 0,7; р. Nonne отрицательная. Реакція Wassermann'a въ крови и люмбальной жидкости отрицательна. Щитовидная железа прощупывается, мягкая, слѣва меньше. Миндалины увеличены.

Со стороны внутреннихъ органовъ: глистовъ нѣтъ; сердце въ порядкѣ; puls 84—90. Кровь: Hb—106%, красныхъ кровяныхъ шариковъ 5.770.000 (повышено), бѣлыхъ тѣлецъ 11.730 (повышено), нейтроф. полинуклеаровъ 48,1% (понижено), базофиловъ 0,2%, эозинофиловъ 11,5% (рѣзко повышено), — абсолютное ихъ количество 1033 (максимальная норма 400), лимфоцитовъ 32,1% (нѣск. повышено), мононуклеаровъ и переходныхъ формъ 6%, распавшихся одноядерныхъ 2,1%. Желудочный сокъ—общая кислотность послѣ пробнаго завтрака 70,0; HCl—0,14 (нормально); пища переведена хорошо, патологическихъ примѣсей нѣтъ. Исслѣдованіе испражнений обнаруживаетъ ферменты трипсинъ, амилалитическій и липолитическій въ достаточномъ количествѣ. Проба на гликозурию дала положительный результатъ—черезъ 6 часовъ въ мочѣ находился еще сахаръ. Адреналиновая проба отрицательна. Бѣлка и сахару въ мочѣ нѣтъ. Полиурія; суточное количество мочи около 2000,0 кб. с.; рентгенофотографіей установлено неравномѣрное утолщеніе костей черепа, увеличеніе sinus'a, frontalis; нижняя челюсть увеличена и выдается впередъ sella turgida нормальна.

За время пребыванія въ Клиникѣ особенныхъ измѣненій не признано: недѣль 5 принимала hydropyusin, которой улучшения не далъ; боли постоянно, то въ животѣ, то въ рукахъ и ногахъ то головы; рвота часто, иногда съ головной болью, иногда послѣ ѣды, иногда независимо отъ пищи и безъ головной боли. Съ 13/x—19/x были мѣсячныя, вторыя по счету, обильныя. Послѣднее время назначень thyreoidin.

Дифференціальная діагностика.

У больной имѣются элементы акромегаліи, выдающаяся челюсть, увеличеніе sinus'a frontalis, полиурія, недостаточная усвояемость сахара (алиментарная гликозурия). Есть явленія, говоряція за пониженіе функціи щитовидной железы—отечность лица и пальцевъ рукъ, ощущенія холода, упорно преслѣдующія больную; эозинофимія, которая также до нѣкото-

рой степени говоритъ за миксадему. Со стороны genitalia—uterus foetalis, недостаточное развитіе вторичныхъ половыхъ признаковъ ясно указываетъ на заболѣваніе ovariа. Какъ на изолированной симптомъ укажу на боли по всему тѣлу, какъ субъективныя, такъ и при давленіи.

Такимъ образомъ, передъ нами смѣшанное заболѣваніе железъ съ внутренней секреціей, дающее сложную картину астеническаго комплекса съ выраженными чертами измѣненій функцій ряда железъ. Говорить о преобладающемъ значеніи заболѣванія какого либо изъ этихъ органовъ говорить трудно. Если представить себѣ, напримѣръ, заболѣваніе яичниковъ, дающее выпаденіе ихъ функціи, и затѣмъ вторичныя явленія со стороны другихъ железъ, то мы должны бы были ждать явленій гиперфункціи со стороны thyreoidea, что и бываетъ у кастрированныхъ женщинъ и чего нѣтъ въ нашемъ случаѣ. Патогенезъ даннаго случая, конечно, не представляется совершенно яснымъ; но на основаніи анамнеза, усматривается возможность предрасположенія, именно, со стороны органовъ, внутренней секреціи; недостатка развитія организма; алкоголизмъ отца; цѣлый рядъ заболѣваній остраго инфекціоннаго характера въ дѣтскомъ возрастѣ, корь и др. подтверждаютъ возможность такого конституціональнаго предрасположенія къ заболѣванію цѣлага ряда железъ общимъ процессомъ, приведшимъ къ измѣненію ихъ функцій. Такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ можно думать объ insuffisance pluriglandulaire (въ смыслѣ Claude et Gougerot) или о multiple Blüfdrüsen-scleros'ѣ (въ смыслѣ Talta).

Въ данномъ случаѣ наблюдаются, кромѣ явленій со стороны внутренней секреціи, еще явленія мозжечковаго характера (атаксія, мозжечковая катаlepsія, адіадиховинезъ), которыя могутъ быть объяснены различно. О tumor'ѣ cerebelli врядъ ли можно говорить тутъ въ виду отсутствія застойнаго соска; разсѣянный же склерозъ и атаксію типа Marie исключить въ данный моментъ трудно. Но можетъ быть данныя

симптомы, также, какъ и таковыя же въ первомъ случаѣ нашего сообщенія, стоятъ въ зависимости отъ аутоинтоксикаціи, вслѣдствіе нарушенной химической корреляціи железъ внутренней секреціи. Этимъ же путемъ „быть можетъ, слѣдуетъ объяснить и мышечныя боли во второмъ случаѣ—периферической интоксикаціей. Это могло бы подтвердиться улучшеніемъ этихъ симптомовъ отъ опотерапіи, но въ сожалѣнію это леченіе не могло быть примѣнено полностью у нашихъ больныхъ. Считаю необходимымъ упомянуть здѣсь о случаяхъ Söderbergh'a гдѣ можжечковые симптомы (катаlepsія, асинергія, ададоховинезъ) вступали съ ясностью при миксэдемѣ и при леченіи тиреоидиномъ пропали совершенно вмѣстѣ съ общимъ улучшеніемъ; авторъ предполагаетъ миксэдематозную интоксикацію можжечка. Мнѣ представляется возможнымъ, на основаніи всѣхъ данныхъ представленныхъ мной исторіи болѣзни, говорить и въ нашихъ случаяхъ о подобномъ же происхожденіи можжечковыхъ симптомовъ, но не чисто миксэдематознаго характера, а объ интоксикаціи смѣшанной.

Оба нашихъ случая являются заболѣваніями комбинированными, но въ первомъ случаѣ заболѣваніе одного изъ органовъ (придатка мозга) привело къ нерѣзко выраженнымъ явленіямъ и со стороны другихъ органовъ внутренней секреціи, половыхъ железъ, щитовидной железы и, кромѣ того, клинически, заболѣваніе придатка дало картину и акромегалии, и дистрофіи, что, вѣроятно, нужно объяснять вообще разстройствомъ органа по типу дисфункціи (такіе случаи комбинацій описаны въ литературѣ).

Второй же случай представляетъ комбинацію другого рода, гдѣ, повидимому, одновременно заболѣваетъ цѣлый рядъ железъ внутренней секреціи на одной и той же почвѣ, и которая описана подробно Lewandowsky'мъ. Оба случая, описанные мной, представляютъ цѣлый рядъ общихъ чертъ; общность проявляется въ авамнезѣ—выкидыши у матери въ обоихъ случаяхъ, болѣзненность обоихъ больныхъ въ дѣтствѣ, начало,

заболѣванія въ томъ и другомъ случаѣ въ періодъ полового созрѣванія, явленія недоразвитія, — инфантильность, — у обоихъ; въ симптомовомъ комплексѣ общими являются можжечковые симптомы и, что служитъ цѣлью даннаго сообщенія, сочетанное заболѣваніе многихъ железъ внутренней секреціи.

Клиническіе случаи, подобные нашимъ, можетъ быть, прольютъ намъ нѣкоторый свѣтъ на тѣ заболѣванія нервной системы, въ частности можжечка, этиологія и патогенезъ которыхъ въ настоящее время представляется неизвѣстными; заболѣванія, относящіяся къ группѣ интоксикаціонныхъ.

Литература:

- 1) Handbuch d. Neurologie herausgeg. Lewandowsky 4 B. spez. neurol. III. 1913 г.
- 2) Русскій врачъ 1910 № 29. Къ вопросу о распознаваніи опухолей мозгового придатка. Ботвинникъ, Гессе и Гизе.
- 3) Lagane. La medication hypophysaire presse medicale 1912 г. № 59.
- 4) Revue neurolog. 1910 г. № 22.
- 5) Revue neurolog. 1911 г. № 14.
- 6) Neurolog. Centralblat. № 3. 1913 г. литература въ рефератахъ.
- 7) Яхонтовъ. Диссертація.
- 8) Тутышкинъ. Неврологич. вѣстникъ кн. 3 т. XX.
- 9) Marburg. Научные Курсы 1913 г. 1912 г. май.
- 10) Первушинъ и Оаворскій. Къ казуистикѣ адромегалии 1899 г.
- 11) Neurolog. Centralblatt № 3. 1912 г. литература въ рефератахъ.

- 12) Neurolog. Centralblatt 1911 г. стр. 209. Литература въ рефератахъ.
- 13) Pollax. Sitz. Münch. med. Woch. № 11—1912 г. случай. Infant. мухоedemat.
- 14) Schüller. Röntgendiagnost. d. Erkrankung. d. Kopfes 1912 г.
-

ХРОНИКА И СМѢСЬ.

— Въ Москвѣ, въ помѣщеніи 1-го госпиталя «Краснаго Креста» для душевно-больныхъ воиновъ, состоялись выпускныя экзамены первыхъ курсовъ сестеръ милосердія по уходу за душевно-больными воинами. Курсы открылись два мѣсяца назадъ. На курсы принимались женщины съ образованіемъ не ниже средняго. Было обращено особое вниманіе на практическія занятія будущихъ сестеръ милосердія. Завѣдующимъ курсами состоялъ приватъ-доцентъ Московскаго университета докторъ медицины А. Л. Любушинъ (Врач. газ. № 1).

— По представленію психіатрической комиссіи «Краснаго Креста», главное управленіе предоставило проф. А. А. Корнилову право оборудовать въ Москвѣ психіатрической госпиталь для эвакуируемыхъ душевно-больныхъ воиновъ и патронать для душевно-больныхъ воиновъ. (Врач. газ. № 1).

— Съ 2 по 5 января въ Петроградѣ состоялся третій Всероссийскій съѣздъ по экспериментальной психологіи. Съѣздомъ были приняты слѣдующія резолюціи: 1) съѣздъ признаетъ необходимымъ преподаваніе логики и психологіи въ средней школѣ; 2) для разработки педагогики, какъ науки, и для подготовки преподавателей и воспитателей съѣздъ признаетъ необходимымъ и современнымъ созданіе особыхъ педагогическихъ учебныхъ учреждений, и специальныхъ высшихъ педагогическихъ учебныхъ заведеній, отдѣльныхъ кафедръ педагогики въ университетахъ и въ другихъ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ; 3) съѣздъ признаетъ желательнымъ устройство педагогическихъ курсовъ для учителей психологіи и педагогики въ средней школѣ; 4) съѣздъ привѣтствуетъ учрежденіе школьно-гигіенической лабораторіи при министерствѣ народнаго просвѣщенія; 5) съѣздъ признаетъ желательнымъ созданіе показательныхъ учебныхъ заведеній разнаго типа; 6) съѣздъ

привѣтствуетъ учрежденіе института для подготовки преподавателей и руководителей физическаго образованія; 7) сѣздъ призываетъ необходимой организацию специальной подготовки школьныхъ врачей.

— Военное вѣдомство извѣстило главное управление Краснаго Креста, что для вѣдомства, представляется крайне желательнымъ, чтобы психіатрическая организація Краснаго Креста приняла на себя заботы по эвакуаціи душевно-больныхъ военнопленныхъ—чиновъ непріятельскихъ арміи—въ соотвѣтствующія военнолечебныя заведенія. Главное управление, обсудивъ этотъ вопросъ, постановило возложить на психіатрическую организацію Краснаго Креста заботу по эвакуаціи душевно-больныхъ военнопленныхъ—чиновъ непріятельской арміи, при условіи, чтобы таковая эвакуація не отражалась неблагоприятно на эвакуаціи душевно-больныхъ воинскихъ чиновъ нашей арміи. (Врачебная газета № 2).

При особой Комиссіи врачебно-техническаго Отдѣла Верховнаго Совѣта образована подкомиссія подъ предсѣдательствомъ акад. В. М. Бехтерева для выработки плана призрѣнія уволенныхъ отъ службы душевно-больныхъ воиновъ. Для работъ въ эту подкомиссію, кромѣ вѣдомствъ, привлечены и общественныя организаціи. На состоявшихся засѣданіяхъ члены подкомиссіи высказались за обезпеченіе призрѣніемъ душевно-больныхъ не только воиновъ, но и прочихъ лицъ, причастныхъ къ военнымъ событіямъ. Для осуществленія этой задачи предполагается финансировать Земства и Города для постройки новыхъ и расширенія существующихъ психіатрическихъ больницъ.

— По словамъ уполномоченнаго Кр. Креста по призрѣнію и эвакуаціи душевно-больныхъ воиновъ изъ арміи Ю.-Западнаго и Южнаго фронтовъ д-ра А. В. Тимофеева, давшаго редакціи «Русскаго Врача» нѣкоторыя свѣдѣнія о дѣятельности завѣдуемой имъ организаціи за май мѣсяцъ нынѣшняго года «Психіатрическая организація приняла опредѣленный, стойкій характеръ, соотвѣтствующій требованіямъ дѣла. При каждомъ головномъ эвакуаціонномъ пунктѣ (въ Р., П. и О.) состоятъ передовые вагонные пункты; отъ стационарныхъ передовыхъ пунктовъ пришлось совершенно отказаться, ибо найти для нихъ подходящія помѣщенія въ такихъ мѣстахъ было невозможно и, кромѣ того, они оказались слишкомъ громоздкими и мало подвижными. Персоналъ каждаго такого пункта состоитъ изъ врача—завѣдующаго и его помощника (для эвакуацій), 4—6 надзирательницъ и 20—25 санитаровъ. Подвижной составъ состоитъ изъ 4—5 вагоновъ, специально оборудованныхъ для перевозки душевно-больныхъ; 1 вагонъ—госпитальный (на

12—18 коекъ), куда поступаютъ больные; 2—3 вагона—спеціально эвакуаціонные, постоянно курсирующіе впереди или отвозящіе больныхъ въ тылъ, и 1 вагонъ для врачей и надзирательницъ для коихъ удалось получить 3 вагона 2-го класса съ отдѣльными купе; санитаровъ-же приходилось устраивать гдѣ-либо по близости, въ особомъ помѣщеніи. Впереди головныхъ эвакуаціонныхъ пунктовъ армій—въ К. (для Р.), Т. (для П.) и Н. (для О.) учреждены ихъ отдѣленія, на обязанности которыхъ лежитъ первоначальная сортировка больныхъ и раненыхъ; въ этихъ мѣстахъ стоятъ вагоны, по 1 на каждомъ пунктѣ, вполнѣ оборудованные, съ соотвѣтствующимъ персоналомъ, который принимаетъ всѣхъ привозимыхъ съ передовыхъ позицій больныхъ и, по возможности, безъ замедленія отвозятъ ихъ на свой основной пунктъ, причѣмъ на мѣсто ушедшаго вагона тотчасъ свановится такой-же другой. Нѣсколько ближе въ тылу, въ Ж., находится такого-же типа вагонный пунктъ, на обязанности котораго лежитъ обслуживание какъ самой Ж. и ея округа, богатаго госпиталями и войсками, такъ и спеціально района гор. К., въ виду наличности въ этомъ городѣ психіатрической больницы, куда поступаютъ всѣ вновь заболѣвшіе, особой стоянки вагона тамъ не потребовалось, и дѣло сводится здѣсь къ періодической (обычно 1 разъ въ недѣлю) эвакуаціи больныхъ. Такимъ образомъ весь Ю.-Западный фронтъ обезпеченъ спеціальной психіатрической помощью. Слѣдуетъ отмѣтить, что обращено особое вниманіе на то, чтобы и всѣ города, мѣстечки и станціи, находящіеся ближе въ тылу и имѣющіе тыловые госпитали, широко и часто оповѣщались о существующей организаціи съ указаніями ближайшихъ къ нему пунктовъ, откуда можно вызвать, въ случаѣ надобности, ту или другую помощь (вагонъ или только персоналъ), чѣмъ они и пользуются оч. часто. Изъ передовыхъ пунктовъ больные, по мѣрѣ накопленія, вывозятся въ пункты сборные: при одной изъ окружающихъ лѣчебницъ, въ Ч. и П. Для большей планомѣрности эвакуаціи, въ видахъ пользы для больныхъ, заведенъ такой порядокъ, что всѣ больные съ острыми и излѣчимыми формами направляются предварительно въ сборные пункты для нѣкотораго отдыха и лѣченія, при чемъ въ пунктъ въ О., расположенный на берегу моря, въ прекрасной усадьбѣ—виллѣ, отсылаются преимущественно трауматики и всякіе нейротики, требующіе главнымъ образомъ санаторнаго режима; тамъ они остаются, смотря по надобности, 1—3 нед. и затѣмъ уже отправляются на распредѣлительный пунктъ въ К.; всѣ-же хроники и падучные направляются сразу въ К. Конечно, такой порядокъ нѣсколько сложенъ и требуетъ большой затраты персонала; но польза для больныхъ несомнѣнна. Особенно неблагоприятно въ отношеніи затраты времени и персонала мѣстопробываніе сборнаго пункта въ Ч., расположенномъ въ сторонѣ отъ

главныхъ путей (въ свое время пришлось его устроить именно тамъ, за немѣнимъ помѣщеній въ болѣе подходящихъ мѣстахъ). Впрочемъ, въ настоящее время это неудобство устранено, ибо, благодаря начальника санитарной части, организациі предоставлено въ Ж. прекрасное зданіе подъ сборный пунктъ, который будетъ пока центральнымъ для всего даннаго фронта. Сборный пунктъ въ Ч., помимо своего прямого назначенія, ослуживаетъ и весь мѣстный районъ, гдѣ расположено около 100 госпиталей; въ виду же того, что нѣкоторые санитарные поѣзда направляются съ фронта, не разгружаясь, прямо до К.—П., тамъ находится специальный вагонъ съ персоналомъ, эвакуирующий больныхъ, смотря по надобности, либо въ Ч., либо прямо въ К. Пока возможно съ полной объективностью установить, что въ данныхъ рамкахъ организациі вполне удовлетворительно справилась съ своей задачей: 1) Число душевно-больныхъ, «проскользнувшихъ» мимо пунктовъ, въ общемъ было ничтожно, что удостовѣрено неоднократнымъ обследованіемъ этого вопроса въ большихъ тыловыхъ госпиталяхъ. Гораздо чаще проходятъ мимо пунктовъ травмированные и контуженные (отчасти нѣкоторые хроники и падучные), которые, по понятной причинѣ, попадаютъ прежде всего въ хирургическіе и др. госпитали и только съ пути или съ тыла, по мѣрѣ психическаго или нервнаго заболѣванія, направляются въ организацию. Это особенно замѣтно при всякихъ обостреніяхъ военныхъ дѣйствій, ибо врачи головныхъ эвакуационныхъ пунктовъ лишены въ это время физической возможности заниматься подробной сортировкой больныхъ и раненыхъ. Здѣсь еще разъ слѣдуетъ подчеркнуть, что, какъ будетъ видно изъ ниже приводимыхъ цифръ, число нервныхъ больныхъ собственно не подлежащихъ вѣдѣнію организациі, прогрессивно увеличивается. Иногда раненые и больные минуютъ головные эвакуационные пункты (въ районѣ Х.) и попадаютъ сразу въ тыловую эвакуационную пунктъ; но такіе случаи не часты. 2) Такъ какъ передовые вагоны организациі находятся въ разстояніи 6—10 в. отъ окоповъ, то больные попадаютъ къ намъ оч. скоро, большей частью въ тотъ-же или на другой день по проявленіи заболѣванія, преимущественно изъ дивизионныхъ лазаретовъ, а иногда и прямо съ передовыхъ позицій. 3) Острые больные скоро попадаютъ въ хорошія условія ухода и лѣченія на сборныхъ пунктахъ, гдѣ настолько оправляются, что ѣдутъ въ К. либо выздоровѣвшими, либо въ состояніи значительнаго улучшенія. Конечно, вся эта организациі нѣсколько сложна; но съ ней приходится мириться въ силу удовлетворительности конечныхъ результатовъ. Движеніе душевно-и нервно-больныхъ воиновъ по учрежденіямъ данной организациі въ теченіи мая выражается въ слѣдующихъ цифрахъ: Къ 1/4 состояло больныхъ 166. Въ теченіи мая прибыли 490. Выбыли 473, изъ нихъ переведены въ др. лѣ-

чебныхъ заведеній 11; эвакуированы въ распредѣлительный пунктъ 459; умерли 3. Къ 1/VI состоитъ 183 при 210 штатныхъ мѣстахъ. Въ общемъ числѣ нервно больныхъ: состояло 77, прибыли 286, выбыли 268, состоитъ 95. Сверхъ того, лицъ гражданского званія: состояло 4, прибыли 5, выбыли 7, состоитъ 2. Такимъ образомъ число поступающихъ больныхъ за послѣдніе мѣсяцы рѣзко повысилось, какъ это видно изъ слѣдующихъ цифръ: поступили въ мартѣ 289, въ апрѣлѣ—302, въ маѣ—490. По формамъ заболѣваній поступившіе распредѣлялись такъ:

	Мартъ	Апр.	Май	Итого	%
Хроники и психическіе					
эпилептики	40	46	46	132	12,2
Острые психическіе . .	116	103	158	377	34,8
Сомат. эпилептики . . .	74	73	102	248	23,0
Прочіе нервные	59	80	185	324	30,0
Итого	289	302	490	1081	100,0

Обращаетъ на себя особое вниманіе то обстоятельство, что число собственно душевно-больныхъ прогрессируетъ въ незначительно (оставаясь все въ тѣхъ-же предѣлахъ менѣе 1 на 1000), число-же нервныхъ больныхъ всѣхъ категорій рѣзко увеличивается, дойдя за май до 58% общаго числа больныхъ, и это—не смотря на указанное выше несомнѣнное проскальзываніе такихъ больныхъ мимо пунктовъ и поступленіе подъ призоръ организациі только тяжело-больныхъ. Нужда въ призрѣніи и лѣченіи этихъ несчастныхъ (въ большинствѣ случаевъ гораздо больше страдающихъ, чѣмъ душевно-больные, уже въ силу полной сохранности у нихъ сознанія и сопровождающихъ заболѣваніе рѣзкихъ болѣзненныхъ явленій) поистинѣ вопіетъ; до сихъ поръ, къ сожалѣнію, для нихъ специально почти ничего не сдѣлано». (Русск. Врачъ 1916. № 27.).

— Вопросъ о постройкѣ колоніи Кр. Крестомъ для душевно-больныхъ воиновъ на Кавказѣ былъ поднятъ психіатрической организацией Кр. Креста въ апрѣлѣ текущаго года вслѣдствіе необходимости изыскать наиболее цѣлесообразные способы призрѣнія значительнаго числа душевно-больныхъ хрониковъ, оставшихся на рукахъ у организациі. На Кавказѣ почти нѣтъ психіатрическихъ заведеній, и всѣ душевно-больные хроники остаются на время войны на призрѣніи Кр. Креста. Расширеніе созданныхъ ранѣе организацией учреждений для хрониковъ (во Владикавказѣ, Кобулетахъ и Ставрополѣ) могло быть проведено лишь по опредѣленнымъ предѣ-

ловъ и перестало удовлетворять нужды организаціи. Поэтому было рѣшено, что наиболѣе цѣлесообразнымъ способомъ дальнѣйшаго разрѣшенія вопроса будетъ устройство колоніи, которая послѣ войны могла-бы перейти въ руки Намѣстничества и обслуживать мѣстное населеніе. Идея устройства колоніи встрѣтила чрезвычайно сочувственное отношеніе со стороны Августѣйшаго Намѣстника на Кавказѣ, который повелѣлъ безотлагательно приступить къ осуществленію этого дѣла, утвердивъ для этой цѣли особую Комиссію, на которую возложено было осмотрѣть рядъ земельныхъ участковъ, предложенныхъ Управленіемъ Гсс. имуществъ на Кавказѣ Кр. Кресту для колоніи бесплатно. Однако ни одинъ изъ этихъ участковъ Комиссіей не былъ признанъ пригоднымъ для постройки колоніи, въ виду чего Комиссія постановила ходатайствовать о разрѣшеніи приобрести на средства изъ ассигнованныхъ для этой цѣли Совѣтомъ министровъ 600000 р. участокъ въ м. Сурамѣ въ 4-хъ час. ѣзды отъ Тифлиса, принадлежащій военному вѣдомству, и смежную съ нимъ часть частновладѣльческой усадьбы. Послѣ этого Комиссія немедленно приступила къ выработкѣ плана и заданій архитектору по устройству колоніи. Колонія будетъ построена психіатрической организаціи Кр. Креста на 400 мѣстъ, но съ такимъ расчетомъ, чтобы число это впоследствии могло быть увеличено гражданскимъ Управленіемъ медицинской частью на Кавказѣ до 1000 коекъ. (Рус. Врачъ № 36)

— 26/ч товарищи сослуживцы директора Дома призрѣнія душевно-больныхъ на Удѣльной д-ра А. В. Тимоѣева, исполняющаго въ настоящее время обязанности уполномоченнаго Кр. Креста по эвакуаціи душевно-больныхъ на Ю.-Западномъ фронтѣ и оставившаго службу въ Домѣ, чтобы не совмѣщать такихъ отвѣтственныхъ должностей, устроили ему теплые, задушевные проводы. Глубокоуважаемому А. В. чу были поднесены прекрасно составленный адрессъ, цвѣты, хлѣбъ-соль и сказано нѣсколько прочувственныхъ рѣчей, характеризовавшихъ его, какъ образцоваго администратора, широко и всесторонне образованнаго врача, опытнаго клинициста, сумѣвшаго поставить учрежденіе на высоту образцовой специальной школы (Женскій Медицинскій Институтъ въ Петроградѣ пользуется Домомъ какъ психіатрической своей клиникой) и сердечнѣйшаго человѣка. Замѣстителемъ А. В. ча по Дому назначенъ многолѣтній его сослуживецъ д-ръ М. К. Воскресенскій. (Русскій Врачъ № 23).

— Чтеніе лекцій по судебной психологіи въ Петроградскомъ университетѣ поручено директору клиники душевныхъ болѣзней при Психоневрологическомъ Институтѣ П. А. Останкову. (Врачъ газета № 22).

— Предсѣдатель психіатрической комиссіи проф. В. Н. Сиротинъ доложилъ главному управленію Краснаго Креста, что, въ связи съ активными дѣйствіями кавказской арміи въ малой Азіи и Персіи, при трудности эвакуаціи больныхъ вглубь Россіи и при отсутствіи гражданскихъ психіатрическихъ больницъ на Кавказѣ, кавказская психіатрическая организація приняла рядъ мѣръ къ призрѣнію душевно-больныхъ воиновъ, главнымъ образомъ уроженцевъ Кавказа и изъ мѣстностей, нынѣ занятыхъ непріятелемъ. Психіатрическая комиссія съ своей стороны предполагаетъ организовать эвакуацію съ Кавказа больныхъ, уроженцевъ внутреннихъ губерній, для освобожденія мѣстъ въ больницахъ для психически-больныхъ, состояніе здоровья которыхъ требуетъ климатическаго леченія. Для организаціи этого дѣла будутъ командированы на Кавказъ члены психіатрической комиссіи проф. А. А. Корниловъ и С. С. Войтъ.

— Въ новороссійскомъ университетѣ, на засѣданіи медицинскаго факультета вновь пришлось разсматривать дѣло о проф. Поповѣ, временно завѣдующемъ уже 5 лѣтъ клиникой душевныхъ и нервныхъ болѣзней при наличности штатнаго профессора по данной кафедрѣ проф. Образцова. Ненормальность эта тянется уже 3 года; съ назначеніемъ проф. Образцова на кафедру проф. Поповъ, несмотря на истеченіе обычнаго предѣльнаго срока службы въ университетѣ, былъ оставленъ временно завѣдующимъ клиникой. Недавно, въ виду истеченія одного изъ 5-лѣтій, на которое министерство разрѣшило оставить проф. Попова для преподавательской дѣятельности, университетъ возбудилъ ходатайство объ оставленіи проф. Попова еще на одно 5-лѣтіе. Существуетъ, циркуляръ, въ силу котораго съ переходомъ кафедры отъ внѣштатнаго профессора (въ данномъ случаѣ Попова) къ штатному (Образцову) необходимо также передать штатному профессору и завѣдываніе клиниками. Циркуляръ почему-то до сихъ поръ игнорировался. Отвѣчая въ удовлетворительномъ смыслѣ на ходатайство университета объ оставленіи проф. Попова еще на 5-лѣтіе, министерство сочло нужнымъ напомнить объ этомъ циркулярѣ и заявить о желательности передачи завѣдыванія клиникой штатному профессору В. Н. Образцову. Факультетъ высказался за осуществленіе предложенія министерства, но 9 профессоровъ подали особое мнѣніе. (Врач. газ. № 13.).

— Уполномоченнымъ Краснаго Креста по эвакуаціи душевно-больныхъ воиновъ проф. А. А. Корниловымъ произведена анкета о количествѣ находящихся въ госпиталяхъ Московской губерніи и въ Москвѣ душевно-больныхъ воиновъ. Особый комитетъ по оказанію благотворительной помощи жертвамъ войны поднять вопросъ объ учрежденіи въ Москвѣ двухъ временныхъ убѣжищъ для эвакуированныхъ изъ госпиталей Краснаго Креста душевно-больныхъ воиновъ (Врач. газ. № 11).

— Въ области Войска Донского участились несчастные случаи съ душевно-большими. Обслуживающая область единственная психіатрическая больница въ Новочеркасскѣ не вмѣщаетъ всѣхъ больныхъ. Небольшія психіатрическія больницы Ростова и Таганрога разсчитаны исключительно на городское населеніе. (Врач. газ.).

— Согласно объявленному въ Швеціи правительственному распоряженію, съ 11 февраля по 19 сентября вступить въ силу сильное ограниченіе продажи водки, пива и вина. Согласно этому распоряженію вовсе воспрещается продажа водки лицамъ, которые пользуются пособіемъ или сами не могутъ обезпечить свое существованіе. До 12 час. дня продажа водки совершенно не допускается, отъ 12 до 3 час. отпускъ водки допускается только лицамъ, потребовавшимъ съѣстного не менѣе, чѣмъ на 30 эре. Вино и пиво до 12 час. дня можетъ быть допущено лишь въ случаѣ одновременнаго требованія кушанья не менѣе, чѣмъ на 30 эре. Продажа вина и пива на выносъ послѣ семи часовъ вечера не разрѣшается вовсе. (Врач. газ. № 7.).

— Временное завѣдываніе кафедрой нервныхъ болѣзней въ В.-Медицинской Академіи, освободившейся со смертью проф. М. Н. Жуковского, Конференціей Академіи поручено проф. В. П. Осипову.

— Проф. С. Ф. Чижъ назначенъ завѣдующимъ медицинской частью главноуполномоченнаго Кр. Креста при Кавказской арміи. (Врач. газ. № 3.).

— Читеніе лекцій по психіатріи въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ въ Петроградѣ Совѣтомъ профессоровъ его поручено ч. пр. Института проф. Психо-Нейрологическаго Института А. Э. Лазурскому. (Русскій Врачъ № 3.).

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Протоколь административнаго засѣданія Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ и Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ отъ 10 сентября 1915 года.

Предсѣдательствующій: В. П. Первущинъ, секретари: М. С. Малиновскій и С. У. Штейнбергъ.

Присутствовали: проф. Груздевъ, проф. Николаевъ, Чирковскій, Горизонтовъ, Фаворскій, Хитрово, Горяевъ, Идельсонъ, Донсковъ, Клячкинъ, Дьяконовъ, Дьяконовъ, Семонъ, Барухъ и Беркутовъ.

Предсѣдательствующій открылъ засѣданіе предложеніемъ обсудить вопросъ объ оказаніи медицинской помощи бѣженцамъ, волна которыхъ докатилась до города Казани. Нравственный долгъ врачей придти на помощь этимъ несчастнымъ жертвамъ войны, помимо того, что къ этому обязываютъ и интересы гражданъ г. Казани, въ виду возможности возникновенія въ городѣ, благодаря массѣ больныхъ среди бѣженцевъ, различнаго рода эпидемическихъ заболѣваній. Вопросъ о медицинской помощи бѣженцамъ возникалъ среди отдѣльныхъ членовъ общества раньше, чѣмъ созвано настоящее засѣданіе. Побудительнымъ мотивомъ созвать послѣднее послужило обращеніе къ обществу врачей со стороны образовавшихся національныхъ комитетовъ помощи бѣженцамъ съ просьбой принять участіе въ организаціи бесплатной врачебной помощи прибывающимъ въ г. р. Казань бѣженцамъ и съ предложеніемъ выбрать представителя отъ Общества въ организующійся специальный Врачебный Комитетъ помощи бѣженцамъ.

Аналогичное обращеніе со стороны Национальныхъ Комитетовъ поступило и въ Казанское Общество Невропатологовъ и

Психіатровъ. Члены бюро общества врачей и общества Невропатологовъ и Психіатровъ постановили сдѣлать соединенное засѣданіе обоихъ обществъ для возбужденія вопроса, какъ наилучшимъ образомъ организовать необходимую медицинскую помощь бѣженцамъ. Прежде чѣмъ перейти къ обсужденію постановленнаго вопроса, Предсѣдательствующій предложилъ выслушать фактическій матеріалъ, имѣющійся у присутствующихъ въ засѣданіи товарищей, которымъ пришлось имѣть дѣло съ бѣженцами, чтобы, такимъ образомъ, члены настоящаго собранія были освѣдомлены по вопросу о томъ, какъ въ настоящее время организована врачебная помощь бѣженцамъ въ городѣ Казани.

Присутствовавшій въ засѣданіи думскій врачъ д-ръ *Семонъ* далъ слѣдующія свѣдѣнія: ежедневно въ городѣ Казань пребываетъ отъ 500 до 700 человекъ бѣженцевъ, хотя было нѣсколько дней, когда ихъ прибыло до 2-хъ тысячъ человекъ. Всего по настоящее число въ Казань прибыло около 15000 человекъ. Предполагается, что послѣдняя цифра возрастетъ до 100000. Уходъ за бѣженцами, ихъ питаніе вмѣнены правительствомъ въ обязанность городу и земству.

Бѣженцы прибываютъ въ плачевномъ видѣ. Прибывшіе въ Казань покинули свои родныя мѣста около 3 мѣсяцевъ тому назадъ и въ теченіе этого времени частію по желѣзной дорогѣ, частію своими средствами (на лошадяхъ) прибыли въ нашъ городъ. Насущною нуждой въ настоящее время конечно прежде всего являются квартирный вопросъ, который за послѣднее время и безъ того стоялъ въ Казани обострѣннымъ. Городъ пока предоставилъ въ качествѣ помѣшеній для бѣженцевъ бараки въ Плетеняхъ (тамъ въ настоящее время помѣщается около 1500 ч-къ) и помѣщенія въ Панавскомъ саду (размѣщено около 1200 ч-къ). Много семей до настоящаго дня находятся еще подъ открытымъ небомъ, на лугахъ вблизи вокзала.

Что касается заболѣваній среди прибывающихъ бѣженцевъ, то наибольшее количество ихъ наблюдается среди дѣтей, что, конечно, слѣдуетъ всецѣло поставить въ связь съ плохимъ питаніемъ послѣднихъ, отсутствіемъ молока и горячей пищи. Насколько пришлось ознакомиться, имѣется много случаевъ скарлатины, кори, коклюша и особенно фолликулярнаго энтерита.

Для стационарной помощи городъ отвелъ помѣщеніе бывшаго городского готпиталя № 22, кромѣ того, 10 кроватей при Адмигалтейской больницѣ и специальный баракъ для холерныхъ больныхъ. Въ общей сложности это составитъ около 60 кроватей, не считая холерный баракъ.

Городской санитарный врачъ *Барухъ* ознакомилъ Собраніе въ порядкомъ встрѣчи поѣздовъ съ прибывающими въ Казань

бѣженцами. Городскому санитарному врачу вѣнено въ обязанность дѣлать осмотръ вагоновъ съ прибывающими бѣженцами, чтобы имѣть такимъ образомъ возможность изолировать остро-заразныхъ больныхъ и тѣмъ предотвратить заносъ эпидемическихъ заболѣваній въ городъ. На практикѣ осмотръ прибывающихъ бѣженцевъ сводится къ простому обходу вагоновъ и опросу, не имѣются ли среди прибыв. бѣженцевъ больныхъ. При этомъ обходѣ вагоновъ приходится дѣлать спѣшно, такъ какъ администрація крайне заинтересована въ быстрой выгрузкѣ вагоновъ. Лично убѣдился самому въ томъ, имѣются ли или нѣтъ среди прибывшихъ бѣженцевъ больные, невозможно, тѣмъ болѣе, что и осматривать такихъ больныхъ, будетъ, если бы они и имѣлись, за отсутствіемъ помѣщенія негдѣ. Въ качествѣ неотложныхъ нуждъ д-ръ Барухъ считаетъ необходимымъ: устроить на вокзалѣ (въ отдѣльномъ вагонѣ) или вблизи вокзала амбулаторный пунктъ для бѣженцевъ, 2) установить дежурства врачей на вокзалѣ, 3) урегулировать надлежащимъ образомъ перевозку остро-заразныхъ и тяжело-больныхъ въ больницы (закрытыя линейки) и 4) обратиться къ профессорамъ-директорамъ клиникъ, чтобы заручиться ихъ согласіемъ на помѣщеніе больныхъ бѣженцевъ по специальнымъ клиникамъ.

Д-ръ *Лейскій* дѣлится своими впечатлѣніями, которыя онъ получилъ при своихъ обходахъ бѣженцевъ, помѣщенныхъ въ Плетеняхъ и Панаевскомъ саду. Въ началѣ приходилось просто ходить по баракамъ и осматривать больныхъ, такъ какъ оказывать даже первоначальную медицинскую помощь было невозможно. Теперь стало лучше. Имѣется при баракахъ фельдшеръ имѣются врачи, устроено нѣчто въ родѣ амбулаторій, хотя въ дѣйствительности настоящаго приѣма въ отведенномъ помѣщеніи быть въ палатку, да кромѣ того кругомъ стоитъ такой шумъ, что не можетъ быть и рѣчи о какомъ нибудь выслушиваніи. При баракахъ имѣется лошадь, есть наконецъ, больницы, куда можно направлять больныхъ. Задача врачебной помощи въ настоящее время сводится въ вылавливанію остро-заразныхъ больныхъ (имѣется много тифа, кишечныхъ заболѣваній) и ихъ изоляціи. Предупредить такимъ образомъ распространеніе эпидемическихъ заболѣваній среди бѣженцевъ и разность ихъ въ городѣ, конечно является дѣломъ невозможнымъ.

Д-ръ *Лейскій* самъ лично видѣлъ скарлатинознаго больного, вокругъ котораго играли дѣти не только бѣженцевъ, но и изъ сосѣднихъ домовъ города. Необходимо принять экстренныя мѣры и прежде всего предоставить: а) теплое помѣщеніе бѣженцамъ, б) горячую пищу и в) самое главное снабдить ихъ хорошей питьевой водой. Бѣженцы, которые помѣщаются въ Плетеняхъ, пользуются,

напр. водой для питья изъ Кабана, почему среди нихъ такъ и распространены желудочно-кишечныя заболѣванія.

Д-ръ *Горизонтовъ* на основаніи своего личнаго опыта, приходитъ къ тѣмъ-же заключеніямъ, что и д-ръ *Лепскій*. Къ тѣмъ экстреннымъ мѣрамъ, которыя перечислилъ послѣдній, необходимо еще добавить одну, а именно, необходимо вымыть бѣженцевъ, для чего предоставить имъ возможность пользоваться банями.

Проф. *Орловскій* считаетъ, что долгъ чести и совѣсти оказать бѣженцамъ необходимую помощь. Необходимо имѣть въ виду, что дѣло помощи бѣженцамъ не есть дѣло благотворительности, а дѣло государственное. На этой точкѣ зрѣнія стоитъ правительство, а также городское и земское самоуправленіе, какъ это видно изъ резолюцій Сѣздовъ Городскихъ и Земскихъ дѣятелей. Тѣхъ, что мы называемъ бѣженцами, слѣдуетъ считать выселенцами, такъ какъ ихъ выселили по соображеніямъ Высшаго Военнаго Командованія. А разъ такъ, то бѣженцы имѣютъ право требовать помощи и отъ насъ и отъ правительства. Необходимы для такой помощи, конечно средства. Городъ Казань, насколько извѣстно не располагаетъ ими. Но вѣдь правительствомъ отпущено 25 милліоновъ руб. на организацію помощи бѣженцамъ. Слѣдовательно органы общественнаго самоуправления въ г. Казани получать деньги, должны получить средства для дѣла устроенія бѣженцевъ. Мы врачи со своей стороны должны помочь имъ организоваться, чтобы, при наименьшихъ затратахъ была оказана рациональная помощь бѣженцамъ, а не только видимость ея. Прежде всего необходимо дать теплое помѣщеніе бѣженцамъ, для каковой цѣли надо выстроить бараки. Бараки можно выстроить и въ зимнее время и выстроить скоро, какъ говорятъ специалисты архитекторы. Затѣмъ бѣженцамъ необходимо предоставить достаточное питаніе. По удовлетвореніи этихъ двухъ первыхъ нуждъ можно говорить объ оказаніи медицинской помощи бѣженцамъ. Если бѣженцы будутъ имѣть теплыя помѣщенія и удовлетворительное питаніе, то само собою понятно среди нихъ будетъ гораздо меньше больныхъ.

Вопросъ о медицинской помощи бѣженцамъ обсуждался въ національныхъ комитетахъ, гдѣ между прочимъ была намѣчена слѣдующая организація: во главѣ организаціи долженъ стоять особый Врачебный Комитетъ, вѣдающій все дѣло медицинской помощи бѣженцамъ. Комитетъ состоитъ изъ врачей, по одному представителю отъ слѣдующихъ группъ: отъ всѣхъ національныхъ группъ, отъ общества Врачей и Общества Невропатологовъ и Психиатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, отъ общества женщинъ-врачей и, кромѣ того, въ составъ Комитета должны входить, какъ непремѣнные члены: городской

санитарный врачъ, думскіе врачи, а также представитель Общества Помощниковъ врачей.

Врачебный Комитетъ помощи бѣженцамъ долженъ полностью входить въ составъ Городскаго Комитета, вѣдающаго всецѣло устройство бѣженцевъ. Намѣчающійся Врачебный Комитетъ помощи бѣженцамъ долженъ вѣдать все дѣло медицинской помощи бѣженцамъ, а именно 1) прежде всего необходимо обратиться къ врачамъ г. Казани съ предложеніемъ принять участіе въ бесплатномъ приѣмѣ бѣженцевъ, составить списокъ врачей, изъявившихъ согласіе съ обозначеніемъ часовъ приѣма и своей специальности, 2) Врачебный Комитетъ долженъ намѣтить опредѣленные пункты, гдѣ будетъ производиться амбулаторный приѣмъ бѣженцевъ, причемъ необходимо найти для послѣдняго специальнаго помѣщенія, такъ какъ приѣмъ бѣженцевъ врачами на своихъ квартирахъ является нежелательнымъ. Въ качествѣ помѣщенія подъ амбулаторію можно было бы использовать имѣющіяся думскія амбулаторіи, которыя городское самоуправленіе должно передать въ вѣдѣніе Городскаго Комитета помощи бѣженцамъ. 3) Помимо амбулаторнаго леченія необходимо организовать и стаціонную помощь для бѣженцевъ. Для больныхъ съ остро-заразными заболѣваніями, а также для больныхъ, требующихъ экстренной медицинской помощи должны быть открыты специальныя больницы съ штатомъ постоянныхъ врачей, 4) Необходимо предоставить бѣженцамъ бесплатное пользованіе лѣкарствами по рецептамъ врачей для бѣженцевъ и въ 5), наконецъ, надлежащимъ образомъ организовать изоляцію больныхъ бѣженцевъ съ эпидемическими заболѣваніями.

Намѣтивъ такую организацію, Національные Комитеты рѣшили передать ее на обсужденіе въ ученія Общества находящіяся при Университетѣ—Общество Врачей и Общество Невропатологовъ и Психіатровъ, чтобы тѣмъ самимъ во 1) привлечь къ дѣлу медицинской помощи бѣженцамъ членовъ названныхъ Обществъ, во 2) имѣть въ предполагаемомъ Врачебномъ Комитетѣ помощи бѣженцамъ представителей отъ общества Врачей и отъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ и въ 3) побудить профессоровъ, завѣдующихъ клиниками широко открыть двери клиникъ для бѣженцевъ. Обсудивши и принявши намѣченную Національными Комитетами организацію врачебной помощи бѣженцамъ, Общество Врачей и Общество Невропатологовъ и Психіатровъ тѣмъ самымъ придали бы всей организаціи извѣстный авторитетъ въ глазахъ общества.

Въ заключеніе проф. Орловскій отъ лица Польскаго Національнаго Комитета выразилъ благодарность Обществу женщинъ-врачей за выраженное съ ихъ стороны предложеніе принять участіе въ дѣлѣ врачебной помощи бѣженцамъ и Обществу Помощни-

ковъ Врачей за ихъ денежное пожертвованіе на нужды организациі врачебнаго устройства бѣженцевъ.

Проф. Груздевъ выразилъ готовность предоставить въ завѣдываемой имъ акушерско-гинекологической клиникѣ 20 кроватей для бесплатнаго лѣченія бѣженокъ, нуждающихся въ специальной помощи. Кромѣ того при клиникѣ ежедневно ведется амбулаторные приемы, куда можно направлять больныхъ бѣженокъ съ женскими заболѣваніями.

Д-ръ Дьяконовъ указалъ, что въ скоромъ времени открывается амбулаторія Краснаго Креста, въ которую могутъ обращаться и бѣженцы.

Въ дальнѣйшемъ произведены были выборы представителей въ намѣчающійся Врачебный Комитетъ, при чемъ отъ Общества были избраны В. П. Первушинъ, а отъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ—А. В. Фаворскій.

Постановлено къ слѣдующему засѣданію выработать резолюцію по вопросу объ оказаніи медицинской помощи бѣженцамъ, для чего избрать специальную комиссію. Въ комиссію вошли слѣдующія лица: проф. Орловскій, Идельсонъ, Первушинъ, Фаворскій и секретари обоихъ Обществъ. Предложены въ дѣйствительные члены Общества Врачей (членами Горяевымъ и Малиновскимъ (д-ра А. И. Тимофеевъ и М. П. Бушмакина).

Товарищъ предсѣдателя О-ва врачей *В. Первушинъ*.

Секретарь Общества *М. Меньшиковъ*.

Секретарь Общества

Невропатологовъ и Психіатровъ *С. Штейнбергъ*.

Въ соединенномъ засѣданіи 10-го сентября 1915 года.

Заслушавъ и обсудивъ сообщенія отдѣльныхъ членовъ о положеніи бѣженцевъ, прибывающихъ въ г. Казань, Общество Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ и Общество Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, пришли къ слѣдующему заключенію.

1) Дѣло устройства бѣженцевъ въ г. Казани до сихъ поръ совершенно не организовано.

2) Дѣло устройства бѣженцевъ не есть дѣло благотворительности, а дѣло государственное и требуетъ соотвѣтственно этому, самаго серьезнаго къ себѣ отношенія.

3) Въ основѣ всѣхъ мѣръ, направленныхъ къ осуществленію этой задачи должны лежать а) предоставленіе бѣженцамъ теплыхъ помѣщеній, б) снабженіе ихъ соответствующей одеждой, в) организація рациональнаго питанія (горячая пища, доброкачественная питьевая вода), г) предоставленіе бѣженцамъ возможности периодически пользоваться банями (всѣ прибывающіе въ Казань бѣженцы должны пройти баню).

4) Проведеніе въ жизнь указанныхъ основныхъ мѣръ должно само собою значительно понизить заболѣваемость среди бѣженцевъ и мѣстнаго населенія.

Борьба съ болѣзнями среди бѣженцевъ требуетъ правильной организаціи какъ амбулаторной медицинской помощи, такъ и стационарной. Для этой цѣли долженъ быть приглашенъ постоянный медицинскій персоналъ (врачи, фельдшера, санитары и т. д.) въ количествѣ, отвѣчающемъ потребностямъ дѣла.

Въ частности, для достиженія указанной цѣли необходимо: а) правильно организовать на вокзалѣ встрѣчу врачами поѣздовъ съ прибывающими въ г. Казань бѣженцами для изоляціи остро-заразныхъ больныхъ и подачи первой медицинской помощи; б) открыть рядъ амбулаторій въ мѣстахъ скопленія бѣженцевъ, въ томъ числѣ непременно на вокзалѣ; в) предоставить бѣженцамъ возможность пользоваться бесплатно лѣкарствами (по рецептамъ врачей для бѣженцевъ); г) организовать изоляцію остро-заразныхъ больныхъ бѣженцевъ и дезинфекцію помѣщеній и бѣлья; д) оборудовать надлежащимъ образомъ перевозочныя средства для доставленія остро-заразныхъ и тяжелыхъ больныхъ въ больницы; е) открыть и оборудовать съ достаточнымъ количествомъ коекъ больницы какъ для остро-заразныхъ, такъ и незаразныхъ больныхъ.

5) Осуществленіе всѣхъ вышеуказанныхъ мѣропріятій настойчиво требуетъ созданіе спеціального врачебнаго органа (Врачебный Комитетъ помощи бѣженцамъ), вѣдающаго все дѣло медицинской помощи бѣженцамъ. Органъ этотъ долженъ состоять изъ врачей по одному представителю отъ слѣдующихъ группъ:

- 1) Національныхъ группъ;
- 2) Общества Врачей и Общества Невропатологовъ и Психиатровъ;
- 3) Университетскаго Комитета помощи бѣженцамъ;
- 4) Общества женщинъ-врачей;
- 5) Комитета Казанскаго Учебнаго Округа.

Кромѣ того, въ составъ Врачебнаго Комитета помощи бѣженцамъ входятъ: городской санитарный врачъ, думскіе врачи, а также представитель Общества Помощниковъ Врачей.

6) Этотъ органъ (Врачебный Комитетъ помощи бѣженцамъ) полностью входитъ въ составъ Городского Комитета помощи бѣженцамъ.

Товарищъ предсѣдателя О-ва Врачей *В. Первушинъ.*

Секретарь Общества *М. Меньшиковъ.*

Секретарь О-ва Невропатологовъ и Психіатровъ
С. Штейнбергъ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на 1916 годъ

НА ЖУРНАЛЬ

Неврологическiй Вѣстникъ.

Органъ Общества невропатологовъ и психiа^{въ} при
Императорскомъ Казанскомъ Универси^{тѣ}.

Подъ редакцiей проф. В. М. Бехтерева, проф. И. По-
пова, проф. Н. А. Миславскаго и проф. В. П. О^{ва}.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ періодически
четырьмя книжками въ общемъ объемѣ до 60 печатныхъ лис^{тъ}
въ годъ, съ рисунками въ табл. и въ текстѣ.

Подписная цѣна на годъ 8 руб. Отдѣльныя книжки
по 2 рубля.

“НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ”

О Р Г А Н Ъ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ
Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева, проф. Н. М. Попова, проф.
Н. А. Миславскаго и проф. В. П. Осипова.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ періодически четырьмя книжками въ общемъ объемѣ до 60 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками въ табл. и въ текстѣ. Подписная цѣна на годъ 8 руб. Отдѣльныя книжки по 2 руб. Журналъ посвящается невропатологіи и психіатріи съ судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологіи и эмбриологіи нервной системы, нервной физиологіи и психологіи.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всѣмъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаний, литературныя обзоры, рефераты и рецензіи, относящіяся къ тѣмъ же отдѣламъ знаний, 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. Н. А. Миславскаго (Казань), проф. В. М. Бехтерева (Петроградъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней), проф. Н. М. Попова (Одесса) и проф. В. П. Осипова (Петроградъ). Размѣръ статей не долженъ превышать 5 печатныхъ листовъ, печатаніе свѣже производится въ счетъ автора. Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя предсѣдателя общества. Всѣ статьи, представляемыя въ редакцію, въ случаѣ необходимости, 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» оезъ указанія особыхъ условій, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи получаютъ 50 экз. отд. оттисковъ безплатно.

Авторы и издатели, желающіе прислать свои изданія въ редакцію или въ бібліотеку О-ва, благоволятъ адресовать таковыя на имя редакціи (Казань Университетъ). О каждой книжкѣ или брошюрѣ, поступившей въ редакцію или въ бібліотеку общества, будетъ объявлено въ ближайшемъ выпускѣ журнала.

Стоимость журнала за 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912 и 1913 г. по 8 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи Н. А. Донсковъ.