

11829
2733



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. **3-4.**



Казань.
Типо-литографія Университета.
1917.

Печатано по опредѣленію Общества невропатологовъ и психіатровъ
при Казанскомъ Университетѣ.

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



Измѣненія дыхательнаго ритма при травматическомъ неврозѣ.

Д-ра мед. В. В. Срезневскаго *).

Въ числѣ ряда функціональныхъ измѣненій, наблюдаемыхъ при травматическихъ неврозахъ, останавливается на себѣ вниманіе расстройство въ дыхательномъ ритмѣ и связанная съ этимъ весьма тягостная для больныхъ одышка.

Въ большинствѣ случаевъ подобное измѣненіе въ дыханіи является однимъ изъ проявленій общаго бурно протекающаго психоневроза, одновременно представляющаго рядъ разнообразныхъ симптомовъ, какъ со стороны двигательной, вазомоторной и чувствительной сферы, такъ и со стороны органовъ чувствъ. У такихъ больныхъ часто наблюдается расстройство рѣчи или въ формѣ мутизма, или же заиканія, ослабленіе слуха или полная глухота, расстройство сердечной дѣятельности, невралгіи, головныя боли и проч. Въ новѣйшей литературѣ о травматическомъ или контузионномъ неврозѣ отмѣчаетъ расстройство въ дыхательномъ ритмѣ въ числѣ наблюдающихся при немъ нервныхъ явленій *Вырубовъ*¹⁾. *Герверъ*²⁾

*) Докладъ въ Научномъ собраніи Клиники, душевныхъ болѣзней при И. В. М. Академіи 20 октября 1915 года.

¹⁾ *Вырубовъ*. Къ постановкѣ вопроса о психозахъ и психоневрозахъ. Психіатрическая газета № 5 1915 года. Онъ-же. Контузионный психозъ и психоневрозъ. 1915 г. Москва.

²⁾ *Герверъ*. Травматическія заболѣванія нервпсихич. среди воиновъ. Русскій врачъ 1915 г. № 40—41.

говорить о развивающейся у некоторых больных одновременно съ сердцебиеніемъ одышкѣ, усиливающейся при волненіяхъ и часто оказывающейся очень мучительнымъ симптомомъ. Въ одномъ изъ засѣданій психіатрической секціи Психоневрол. Института весной 1915 года д-ръ *Аринштейнъ* демонстрировалъ случай разстройства дыханія въ связи съ контузійей¹⁾.

Разстройство въ дыхательномъ ритмѣ большею частью явленіе непостоянное, проявляется или въ видѣ отдѣльных приступовъ, или охватываетъ сравнительно непродолжительные періоды времени, постепенно сглаживаясь и переходя въ нормальное дыханіе. Но существуютъ, повидимому, и другіе случаи, въ которыхъ разстройство дыханія представляетъ почти единственный признакъ болѣзненнаго состоянія больного, по крайней мѣрѣ, незначительныя отклоненія отъ нормы со стороны некоторыхъ другихъ функцій настолько ничтожны, что не могли бы дать поводовъ заподозрить существованіе болѣзни. вмѣстѣ съ тѣмъ разстройство дыханія выражено крайне рѣзко, является мучительнымъ симптомомъ, препятствующимъ больному ходить и несмотря на леченіе, на перемѣны въ условіяхъ жизни и проч. держится съ удивительнымъ постоянствомъ въ теченіе болѣе года.

Въ настоящее время, когда ученіе о травматическомъ неврозѣ значительно эволюціонируетъ, въ клинической картинѣ его намѣчаются опредѣленные группировки и въ случаяхъ, связанныхъ съ несомнѣнной commotio cerebri, склонны видѣть молекулярныя измѣненія тканей даже и тогда, когда ясныхъ признаковъ органическаго характера со стороны нервной си-

¹⁾ Измѣненіе дыханія при истерическихъ формахъ травматическаго невроза, а именно учащеніе числа вдыханій до 40 и болѣе въ минуту, отмѣчаетъ *Луссетъ* (Травматическій неврозъ военнаго времени 1916), *Grasset* обращалъ вниманіе на симптомы со стороны органовъ дыханія, выражающіеся въ затрудненіи дыханія, одышкѣ, учащеніи и неправильности ритма (Les psychoneuroses de guerre. Presse Medicale. 1915. № 14).

стемы не опредѣляется, весьма могутъ оказаться полезными методы объективнаго изслѣдованія функцій¹⁾.

1) Ротмистеръ Ф., 44 лѣтъ, происходитъ изъ семьи, отягченной наслѣдственностью до войны страдалъ тикомъ лица. Съ сентября 1914 года все время былъ въ бояхъ и походахъ. Въ февралѣ онъ вдругъ теряетъ сознаніе и, когда сознаніе возвращается, оказывается, что не можетъ произнести ни одного слова. Больной былъ доставленъ въ клинику 22 февраля 1915 г. — При изслѣдованіи его признаковъ органическаго пораженія мозга не обнаруживалось, зрачки были равномѣрны, реакціи ихъ на свѣтъ и аккомодацию были живыя, патологическихъ рефлексовъ и клонусовъ, парезовъ и параличей не было. Имѣлась гиперестезія правой половины тѣла и правыхъ конечностей, глоточный и конъюнктивальный рефлексъ отсутствовали, кромѣ того наблюдался мутизмъ, изрѣдка прерывавшійся словомъ: „ужасъ, ужасъ“, тикъ въ лицѣ и мышцахъ шеи, особенно усиливающийся при попыткахъ говорить. Мысли свои больной подробно излагалъ письменно, никакихъ расстройствъ почерка не было, темы его записокъ касались тяжелыхъ картинъ, виденныхъ на войнѣ. Дыханіе было ускорено, неравномѣрно, приблизительно около 28—40 въ 1 минуту, и оно рѣзко ускорялось, становясь совершенно неправильнымъ при попыткахъ что-либо сказать. Ночью во время сна дыханіе было ровнымъ, спокойнымъ, 16—18 въ 1 минуту. Со стороны внутреннихъ органовъ, легкихъ, сердца уклоненій отъ нормы не замѣчалось. Мутизмъ продолжался около 2-хъ мѣсяцевъ, дыханіе выровнялось. Въ настоящее время больной находится на позиціяхъ.

На записанной на кимографѣ кривой дыхательнаго ритма видно ускореніе его до 42—69 дыханій въ 1 минуту, рѣзкія неправильности въ чередованіи дыхательныхъ фазъ, очень большое разнообразіе глубины вдоховъ и выдоховъ, непараллельное теченіе брюшнаго и груднаго дыханія и проч. Кри-

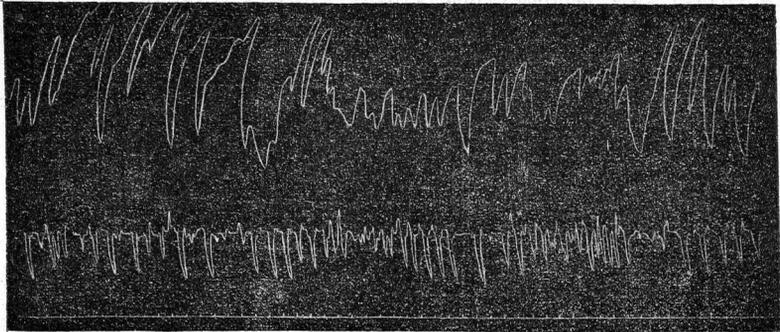
¹⁾ Сухановъ. Психоневрозы военнаго времени. Русск. врачъ № 19 1915 г. *Онъ-же.* Матеріалы къ вопросу о психозахъ военнаго времени. Психіат. газета № 13 1915.

Вырубовъ. Контузионный психозъ и психоневрозъ. 1915 г.

Сезаловъ. Къ вопросу о сущности контузій соврем. артилл. снарядами. Совр. псих. з. 1915 г.

вая дыханія типична для рѣзко выраженного эмоціональнаго состоянія. Пульсъ въ сожалѣнію на кривой не записанъ, при сосчитываніи онъ былъ ровень, 126 въ 1 минуту¹⁾ (см. фиг. 1).

Фиг. 1.



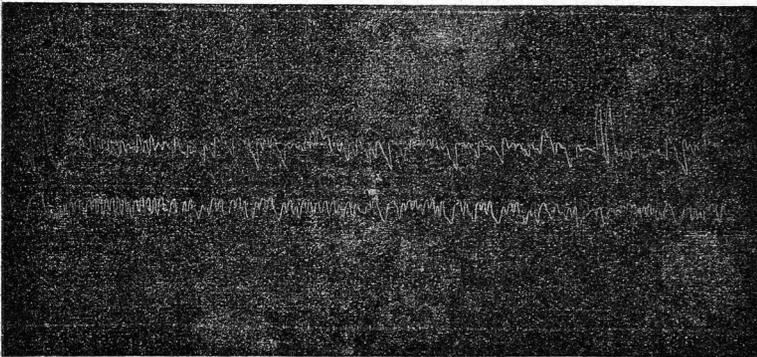
Верхн. кривая	грудное дыханіе
Средняя „	брюшное „
Нижняя „	секунды хронограф. Jacket.

2. Добровольецъ С., народный учитель, 26 л., изъ наследственно отягченной семьи, съ дѣтства нервный и впечатлительный, 2 раза раненъ и 1 разъ тяжело контуженъ подъ Лодзью 8 ноября 1914 года. О контузіи передалъ, что во время боя подъ нимъ разорвался снарядъ и его подбросило вмѣстѣ съ землей вверхъ, послѣ чего онъ потерялъ сознание; какимъ образомъ онъ былъ подобранъ и доставленъ въ Л., не знаетъ, такъ какъ пришелъ въ сознание лишь въ Л. на 3—4 день. 20 марта больной былъ доставленъ въ Петроградъ въ Николаевскій госпиталь, гдѣ проявилъ признаки психическаго заболѣванія, боялся, что подъ кроватью у него призраки, опасался окружающихъ, отказывался отъ пищи изъ боязни боли въ горлѣ и животѣ. 28-го марта былъ переведенъ въ клинику душевныхъ болѣзней. При изслѣдованіи въ клиникѣ признаковъ органическаго пораженія нервной системы не обнаруживалось. Были на лицо истерическіе припадки: отсут-

¹⁾ Кривыя воспроизведены въ $\frac{1}{4}$ натуральной величины.

ствіе глоточнаго и конъюнктивальныхъ рефлексовъ, пониженіе чувствительности кожи на лѣвой ногѣ, правой рукѣ и правой половинѣ лица, суженіе полей зрѣнія обоихъ глазъ, кромѣ того имѣлся полный параличъ функциональнаго характера лѣвой ноги, говорилъ больной только шопотомъ (шопотная рѣчь, недавно описанная *Вырубовымъ*), дыханіе было учащено до 60 разъ въ 1 минуту, съ неправильнымъ ритмомъ и неравномѣрными вдохами и выдохами. Пульсъ 80 въ 1 минуту, ритмичный. Подъ вліяніемъ примѣненной въ клиникѣ психотерапіи дыханіе и рѣчь возстановились въ теченіе 1-й же недѣли, больной 4 мая былъ представленъ въ комиссію

Фиг. 2.



Верхн. кривая	отмѣтка секунды хроногр. Jacket.
Средняя 1-ая	грудное дыханіе
„ 2-ая	брюшное „
Нижняя „	отмѣтка пульса.

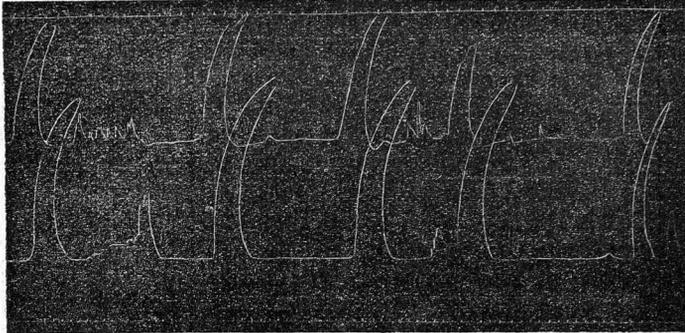
и уволенъ въ отпускъ на одинъ годъ, какъ страдающій функциональнымъ неврозомъ въ связи съ контузіей. Кривая дыханія, записаннаго на кимографѣ, въ этомъ случаѣ очень напоминаетъ кривую дыханія предыдущаго больного; здѣсь, также, кромѣ рѣзкаго учащенія дыхательнаго ритма, наблюдается чередованіе глубокихъ вдоховъ съ поверхностными дыханіями, задержки и проч. Частота пульса не соответствуетъ дыханію—80 ударовъ въ 1 минуту. Дыханіе характерно для картины истерическаго дыханія (см. фиг. 2).

3. Капитанъ З. 28 лѣтъ отъ роду, тоже изъ семьи съ предрасположеніемъ къ первымъ заболѣваніямъ, до контузіи былъ здоровъ, служилъ на военной службѣ, контуженъ 16 іюля с. г. тяжелымъ артиллерійскимъ снарядомъ. Потерялъ сознание, былъ засыпанъ землей. На лѣвомъ плечѣ былъ кровоподтекъ и ссадина. До контузіи пережилъ рядъ самыхъ тяжелыхъ и потрясающихъ событий, находясь непрерывно въ бояхъ въ теченіе мѣсяца. Былъ участникомъ рукопашнаго боя. Въ лазаретъ К. поступилъ 27 іюля с. г. (на 11 день послѣ контузіи). При изслѣдованіи было найдено слѣдующее: зрачки равномѣрны, реакція ихъ живая, глоточный рефлексъ отсутствуетъ, брюшные тоже. Чувствительность кожи понижена въ верхней части туловища, на головѣ и лицѣ. Поле зрѣнія сужено. Пульсъ 100 въ 1 минуту. Дыханіе неровное съ большими задержками, въ особенности во время рѣчи. Рѣчь прерывающаяся, заикающаяся. Больной сильно волнуется, на глазахъ слезы. Признаковъ органическаго пораженія центральной нервной системы нѣтъ. Болевая точка на головѣ, симптомъ Бехтерева. Тикъ въ области лѣваго вѣка. При изслѣдованіи легкихъ и сердца уклоненій отъ нормы не обнаруживалось. Больной находился подъ наблюденіемъ въ лазаретѣ въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ. Въ общемъ состояніи его здоровья замѣчалось значительное улучшеніе, дыханіе стало значительно менѣ подвижно, бывають дни, когда оно не тяготитъ больного и приближается къ нормальному. Оно однако рѣзко измѣняется и вызываетъ частыя жалобы больного на одышку и боли въ груди при различныхъ волненіяхъ. Записанная на вимнографѣ кривая дыхательныхъ движеній этого больного демонстрируетъ рѣзкую измѣнчивость ритма, глубины вдоховъ и ихъ неправильность. Здѣсь мы видимъ рѣзко замедленное дыханіе, до 4—5 дыхательныхъ движеній въ теченіе одной минуты, которое по истеченіи 3—5 минутъ замѣняется дыханіемъ болѣе частымъ (см. фиг. 3). Пульсъ держится въ предѣлахъ 68—90 въ 1 минуту, будучи тоже не вполнѣ ритмичнымъ. Въ этомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло также съ эмоціональнымъ или истерическимъ типомъ дыханія.

4. Рядовой Н. 33 лѣтъ отъ роду. Будучи на позиціяхъ впалъ въ состояніе угнетенія, апатіи. Эвакуированъ въ Петроградъ. Въ клиникѣ окружающими не интересовался, въ отдѣленіи большей частью простаивалъ на одномъ мѣстѣ цѣлыми часами, на глазахъ часто слезы, говорилъ мало, но

отвѣчалъ на вопросы правильно, послѣ долгаго раздумья (производило впечатлѣніе, какъ будто вниманіе его отвлечено какими-то внутренними переживаніями). Бредовыхъ идей, обмановъ органовъ чувствъ и признаковъ органическаго заболѣванія у больного не наблюдалось.

Фиг. 3.



Верняя кривая	отмѣтка секундъ хроногр. Jacket
Средняя 1-ая	грудное дыханіе
” 2-ая	брюшное ”
Нижняя ”	отмѣтка пульса.

Дыханіе временами очень замедлено, неравномерно, сосчитанное въ отдѣленіи бывало 5—10—12 въ 1 минуту, прерывается глубокими вздохами, пульсъ 70 въ 1 минуту. Глоточный рефлексъ отсутствуетъ, кожная чувствительность мѣстами рѣзко понижена. Дыханіе, записанное на кимографъ, у этого больного замедленія не показало, лабораторная обстановка до нѣкоторой степени вывела больного изъ его обычнаго состоянія. Тѣмъ не менѣе, на кривой дыханія всетаки дыхательный ритмъ оказывается замедленнымъ (13—14 дыханій въ 1 минуту), мѣстами длительныя задержки дыханія до 12 секундъ, дыхательныя волны неправильной формы.

5. Прапорщикъ Ч, 23 лѣтъ отъ роду. Контуженъ при разрывѣ тяжелаго артиллерійскаго снаряда 21 сентября с. г., былъ отброшенъ на значительное разстояніе и засыпанъ землей и досками. Въ теченіе сутокъ не приходилъ въ сознаніе; когда сознаніе вернулось замѣтилъ, что не могъ двигать правой ногой, чувствовалъ сильныя боли въ груди. Въ лазаретъ

К. доставленъ 26 сентября. При изслѣдованіи было найдено слѣдующее: зрачки равномѣрны, реакціи ихъ нѣсколько вяловаты, глоточный и конъюнктивальный рефлексъ отсутствовали, поле зрѣнія обоихъ глазъ было сужено, имѣлась правосторонняя анестезія, парезъ правой ноги, болевья точки при ощупываніи въ 5 межреберномъ промежуткѣ, сухожильные рефлексъ были равномѣрны, нѣсколько повышены, патологическихъ рефлексовъ и клонусовъ не было. Со стороны скелета и внутреннихъ органовъ отклоненій отъ нормы не обнаруживалось. Пульсъ былъ нѣсколько замедленъ, 32 въ 1 минуту. Дыханіе было учащено, 28 въ 1 минуту, легко мѣнялось при перемѣнѣ положенія тѣла, въ сидячемъ положеніи у больного появлялась сильная боль въ лѣвой половинѣ груди, послѣ чего слѣдовалъ глубокій вдохъ или нѣсколько вдоховъ, затѣмъ дыханіе останавливалось на глубинѣ вдоха. Больной былъ принужденъ лечь, послѣ чего дыханіе восстанавливалось¹⁾. За время дальнѣйшаго пребыванія въ лазаретѣ состояніе нѣсколько изменилось, исчезла анестезія правой половины груди, лица головы и правой руки, но появилась анестезія на лѣвой половинѣ груди. Боли сосредоточивались тоже въ лѣвой половинѣ груди, какъ говорилъ больной, въ области сердца. Пульсъ сталъ ускореннѣе, отъ 80—100 ударовъ въ 1 минуту. Дыханіе продолжало быть учащеннымъ отъ 26—32 дыханій въ 1 минуту. Больной по прежнему не могъ находиться даже нѣсколько минутъ въ сидячемъ положеніи, а проводилъ время или стоя, или лежа съ приподнятой на подушкахъ грудью, такъ какъ при этомъ развивалась сильная боль въ груди, схватки въ области сердца, и появлялась одышка. Черезъ два мѣсяца больной выписался однако уже съ нормальнымъ дыханіемъ.

Изслѣдованіе органовъ дыханія и сердца специалистомъ не дало никакихъ указаній на ихъ болѣзненное состояніе. Наблюдая за больнымъ, можно было замѣтить, что онъ постоянно прислушивался къ боли въ груди и охранялъ себя отъ лишнихъ движеній и перемѣны положенія тѣла, чтобы не вызвать боли.

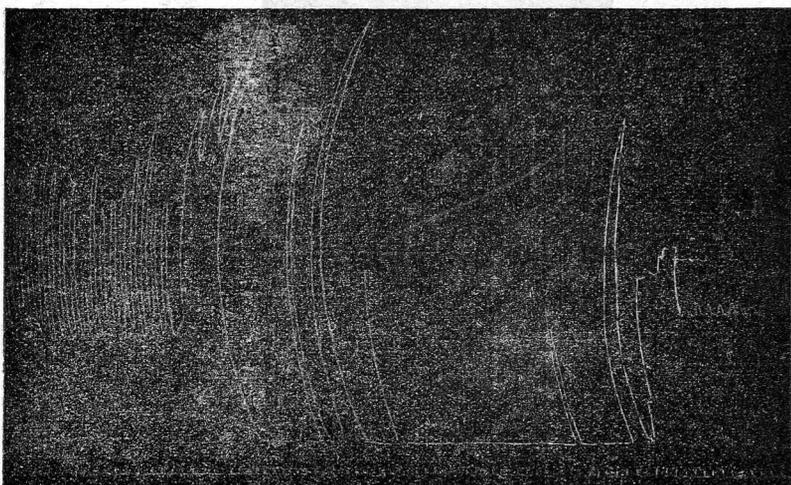
Кривая дыханія этого больного отмѣчаетъ учащеніе дыхательнаго ритма до 50 дыханій въ 1 минуту, неравно-

¹⁾ Общій характеръ приступа напоминалъ приступъ удушья, описанный д-ромъ Анфимовымъ у его б-ной—Истерическій симптомомплексъ періодическихъ приступовъ сна, удушья и бреда—Врач. газ. 1915 № 47—48



мѣрность высоты отдѣльных дыхательныхъ волнъ и ихъ продолжительности, удлиненіе инспирацій и колебаніе абсциссы дыхательной кривой. Въ моментъ развитія приступа наблюдается сначала рядъ глубокихъ вдыханій и выдыханій, затѣмъ остановка дыханія на выдохѣ, снова нѣсколько глубокихъ вдоховъ и, наконецъ, рядъ мелкихъ частыхъ дыхательныхъ волнъ, которыя постепенно, нарастая въ глубинѣ, переходятъ въ обычное ускоренное дыханіе (см. фиг. 3).

Фиг. 4.

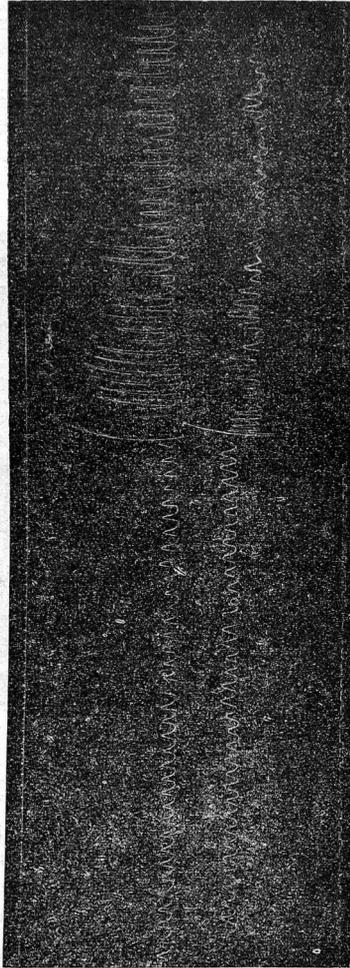


Грудное дыханіе 7 во время приступа
отмѣтка секунды хроногр. Jacket.

6. Поручикъ К. У молодого, 23 лѣтняго наследственно неотягченнаго человѣка, до того совершенно здороваго, послѣ утомительной, непрерывной въ теченіе нѣсколькихъ часовъ перебѣжки подъ огнемъ и послѣдовавшей черезъ 1 мѣсяць послѣ этого контузіи въ правую половину тѣла фугаснымъ снарядомъ, на 2—3 день развиваются сначала приступы одышки и удушья, а затѣмъ устанавливается типъ учащеннаго дыхательнаго ритма, весьма чувствительно реагирующаго, какъ на физическія самыя ничтожныя утомленія, такъ и на психическія возбужденія. Этотъ учащенный дыхательный ритмъ,

записанный на движущейся ленте кимографа, представляет картину весьма правильного чередования дыхательных фазъ,

Фиг. 5.



Верхняя	крив. отъ. секундъ	хронографъ	Jacket
2-ая	грудное	}	дыханіе въ спокойномъ
3-ья	брюшное		
Нижняя	»		состояніи и послѣ ходьбы.
	»		отбѣка пульса

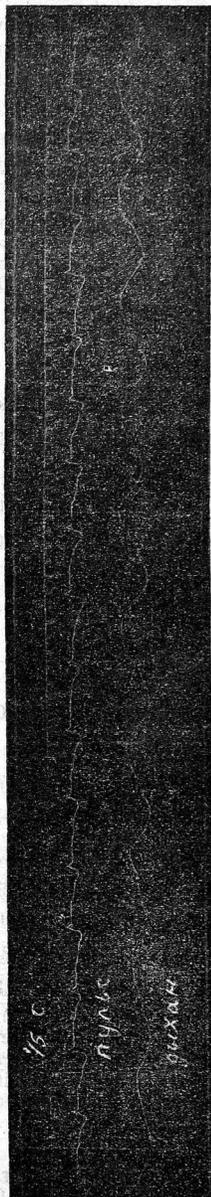
при чемъ дыханіе оказывается равномернымъ и отличается отъ нормальнаго лишь ускореніемъ ритма. Вместе съ тѣмъ ускореніе это весьма значительно и доходитъ въ спокойномъ состояніи до 50 слишкомъ, послѣ небольшихъ движеній до

70 и болѣе дыханій въ 1 минуту. Пульсъ при этомъ не отличается отъ нормальнаго и на измѣненіе дыханія реагируетъ очень незначительно. Такъ, напримѣръ, при 54 дыханіяхъ въ 1 минуту пульсъ 70 въ 1 мин., при 70—72 (см. фиг. 4). Въ этомъ опытѣ дыхательный ритмъ участился на 16 дыхат. движен., пульсъ же всего на 2 удара въ 1 минуту.

Нормально 1 дых. движ. соотвѣтствуетъ приблизительно 4 пульс. уд., фиг. 6 представляетъ параллельную запись пульса сфигмографомъ Jacket и дыханія на той же ленточкѣ Jacket. Изъ сопоставленія кривыхъ пульса и дыханія отчетливо видно несоотвѣтствіе частоты ритма того и другого (см. фиг. 5). Учащеніе ритма дыханія у этого больного сохраняется въ теченіе цѣлаго года нашего наблюденія за нимъ, представляетъ явленіе весьма постоянное во время бодрствованія больного и лишь въ глубокомъ снѣ дыханіе замедляется и доходитъ до 18 и 16 дых. въ 1 мин.

Исслѣдованіе нервно психической сферы и внутреннихъ органовъ больного не дало другихъ особыхъ уклоненій отъ нормы. Лишь въ первые мѣсяца его болѣзни наблюдалось ослабленіе каждой чувствительности на правой сторонѣ тѣла и правыхъ конечностяхъ, повышенная чувствительность къ давленію нервныхъ стволовъ правой ноги и симптомъ В. М. Бехтерева при постукиваніи по правой половинѣ головы, изрѣдка наблюдались головныя

фиг. 6.



Параллельная запись пульса сфигмогр. Jacket и дыханія.

боли. Со стороны внутренних органов, легких и сердца никаких отклонений от нормы не замечалось. Больной много раз был исследован специалистами по внутренним болезням, и у него ни разу не находили эмфиземы легких. Больной очень жизнерадостный, живой человек, очень интересуется своим делом (в настоящее время он офицер-руководитель в школах прапорщиков) и отличается хорошей работоспособностью. Но он совершенно не может не только бегать, но даже сколько-нибудь скоро ходить, должен часто останавливаться, чтобы отдышаться, не может подниматься по лестницам и проч. Также и психическая волнения отражаются на дыхании.

Подводя итог всему вышеизложенному, мы приходим к следующему заключению:

Из представленных 6 больных—2 не имели никакой физической травмы, 4 получили контузию вследствие разорвавшегося вблизи тяжелого снаряда, в результате чего они были отброшены на землю, засыпаны ею, получили более или менее серьезные ушибы, кровоподтеки и ссадины, в которое время находились в безсознательном состоянии. У четырех из представленных больных, из которых двое не имели физической травмы, появившееся расстройство в дыхании носило характер эмоционального дыхания, дыхания, наблюдаемого при аффектах и столь свойственного истеричным¹⁾. Одновременно с нарушением правильного дыхания мы находили у этих больных ясно выраженные признаки истерии: отсутствие глоточного и конъюнктивальных рефлексов, сужение полей зрения, анестезии и гиперестезии, парезы функционального характера и проч. Как известно, расстройства в дыхательной иннервации у истеричных встречаются очень редко и как выражение их повышенной эмотивности²⁾, и

¹⁾ См. Литер. об изм. дыхания при аффектах: *Сикорский*. Всеобщ. психология.—Онъ-же. Опытъ объективн. изслѣд. сост. чувства. 1913. *Срезневский*: Испугъ и его вліяніе, дисс. 1906., *Mosso—La peur 1888 Lehmann*, Die Körperliche Aussergewos. psych. Zustände. 1904 и др.

²⁾ *Sticker*. Beiträge z. Hysterie. Hysterische Atmungsstörung. Zeitschr. f. Klinisch. Medizin 1848, 61.

³⁾ *Ермаковъ*. Патологія дыхательной эмотивности. Труды Московской психіатр. Клин. № 1, стр. 94.

какъ проявленіе столь свойственныхъ истеричнымъ, ритмически возникающихъ судорожныхъ законченныхъ движеній, въ каковомъ относятся, напримѣръ, различнаго рода тики, судороги діафрагмы (икота), истерическій кашель, рвота, стоны и проч¹⁾. Очевидно, что и въ случаяхъ расстройства дыханія эмотивнаго характера играетъ главную роль общій психоневрозъ истерическаго типа, развивающійся при тяжелыхъ условіяхъ боевой жизни въ связи съ общимъ шокомъ при контузии или даже и безъ нея. Здѣсь будетъ уместно отмѣтить, что какъ разъ въ этихъ случаяхъ дыхательныхъ расстройствъ мнѣ пришлось наблюдать у одного больного мутизмъ, послѣ чего появилась шепотная рѣчь, въ дальнѣйшемъ перешедшая въ нормальную, у другого больного шепотную рѣчь и у третьяго заиканіе. На измѣненіе рѣчевой функціи, какъ явленіе довольно, обычное при травматическомъ неврозѣ обращено вниманіе еще *Oppenheim*'омъ, оно описывается при общей клинической картинѣ контузіознаго психоневроза *Вырубовымъ*²⁾ и др. и является въ настоящее время предметомъ особыхъ изслѣдованій (*Вырубовъ*).

У двухъ остальныхъ больныхъ, изъ которыхъ одинъ получилъ настолько серьезную травму, что былъ въ безсознательномъ состояніи цѣлыя сутки и послѣ обнаруживалъ нѣкоторые признаки сотрясенія мозга органическаго происхожденія, расстройство въ дыхательномъ ритмѣ было иного характера, а именно: у Ч. оно стояло въ связи съ болевыми ощущеніями въ области грудной вѣтви, которыя больной испытывалъ при нѣкоторыхъ положеніяхъ тѣла, а также при глубокихъ вздохахъ. Лежа на спинѣ, больной дышалъ учащенно, но стояло ему немного приподняться, какъ у него развивался приступъ тяжелой одышки, постепенно выправлявшейся, когда

¹⁾ П. Жане. Неврозы, перев. подъ ред. Минора д-ра Верме. 1911. И. Сиворский. Опытъ объект. изслѣд. сост. чувства. 1903.

²⁾ *Oppenheim*. Die traumatischen Neurosen. 1889,

³⁾ *Вырубовъ* Клиника расстройствъ голоса и рѣчи при контузіонномъ психозѣ и психоневрозѣ. Псих. Газ. № 19—1915 г.

больной снова принималъ горизонтальное и даже нѣсколько выгнутое назадъ положеніе. Что же касается больного К., то несомнѣнно, что случай этотъ стоитъ особнякомъ, какъ по возникновенію болѣзненнаго симптома, такъ и по теченію и по клинической его картинѣ. Въ развитіи одышки здѣсь наблюдаются какъ бы 2 этапа: 1) утомительное, быстрое передвиженіе при отступленіи подлѣ огнемъ 26 августа, послѣ чего больной началъ ощущать повременамъ учащенное дыханіе при быстрыхъ движеніяхъ и 2) контузія фугаснымъ снарядомъ 24 сентября. Одышка появилась лишь черезъ 2—3 дня послѣ контузіи, а черезъ недѣлю появились сильнѣйшія приступы удушья. Въ первое время наблюденія въ октябрѣ прошлаго года больной ходить совсѣмъ не могъ, всякое передвиженіе вызывало одышку, приступы удушья развивались при глотаніи твердой пищи, электризаціи шеи незначительными токами, какъ это наблюдается при заболѣваніяхъ грудо-брюшного нерва. При записи дыханія, спустя годъ послѣ начала болѣзни, оказалось, что во время одышки брюшное дыханіе быстро утомляется, уменьшается и ослабленіе его компенсируется груднымъ дыханіемъ (см. фиг. 7 и 8).

Все вмѣстѣ взятое, какъ будто указывало въ данномъ случаѣ на ослабленіе иннерваціи грудобрюшного нерва. То обстоятельство, что ночью дыханіе нормально—не противорѣчитъ этому предположенію, такъ какъ извѣстно, что въ лежачемъ положеніи одышка, связанная съ заболѣваніемъ грудо-брюшного нерва выравнивается¹⁾.

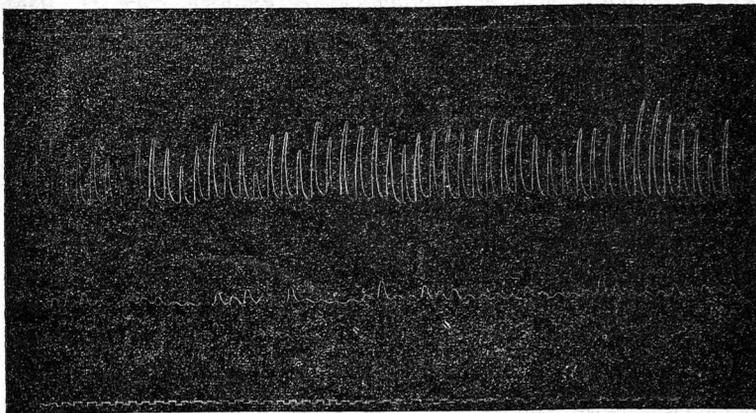
Съ другой стороны, нельзя не принять во вниманіе и того обстоятельства, что прошло больше мѣсяца со времени, когда больному пришлось чрезмѣрно утомить свое дыханіе, а одышка и приступы удушья появились у него лишь послѣ контузіи. Поэтому весьма вѣроятенъ и другой механизмъ происхожденія дыхательнаго разстройства, а именно, по типу истерическаго комплекса. У *P. Janet*²⁾ мы находимъ описаніе

¹⁾ *Oppenheim*. Lehrbuch d. Nervenkrankheit B. I 486.

²⁾ *П. Жане*. Неврозы. Р. пер. 1911.. Москва, стр. 167.

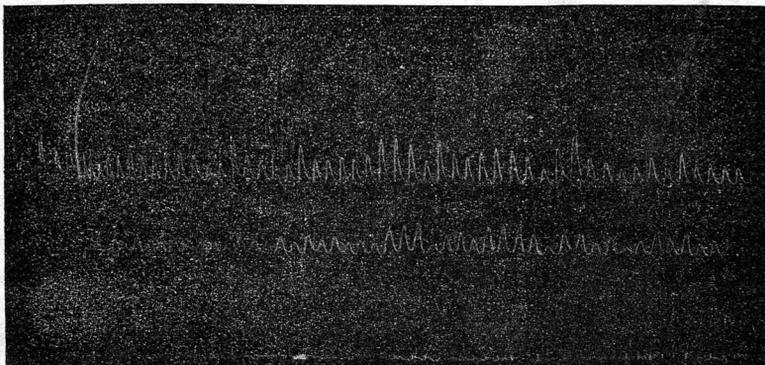
одного случая весьма похожаго на нашъ: Болцманъ, наблюдавшій за рабочими поднимавшими мачту, вдругъ замѣтилъ,

Фиг. 7.



Верхн. крив.	отмѣтка секундъ хроногр. Jacket
2-ая	„ грудное дыханіе
3-ья	„ брюшное „
Нижняя	„ отмѣтка пульса

Фиг. 8.



Продолженіе фиг. 7-ой спустя 5 мин., когда оба дыханія выравнялись.

что веревка оборвалась и мачта падает. Онъ былъ такъ потрясенъ происшедшимъ, что принужденъ былъ отправиться домой. На слѣдующій день у него появилось расстройство дыханія, выразившееся въ томъ, что онъ сталъ постоянно дышать необыкновенно ускореннымъ темпомъ 88—97 разъ въ 1 минуту и принужденъ былъ оставаться неподвижнымъ на стулѣ, избѣгая всякихъ передвиженій и волненій. Кромѣ того, при истеріи отмѣчено въ нѣкоторыхъ случаяхъ сильное преобладаніе грудного дыханія надъ брюшнымъ, такъ что даже получается картина паралича грудобрюшного нерва (*Briquet, Duchenne*¹⁾). О функциональной недостаточности грудобрюшного нерва упоминаетъ при истеріи и близкихъ къ ней неврозахъ также и *Wernicke*¹⁾.

Каково бы ни было происхожденіе этого расстройства дыханія, оно представляетъ сейчасъ картину весьма стойкаго моносимптома. Несомнѣнно, что у контуженныхъ, получившихъ серьезные ушибы всего тѣла, нерѣдко могутъ быть обнаружены расстройства дыханія въ связи съ поврежденіями скелета грудной влѣтки, внутреннихъ органовъ, легкихъ, сердца и друг. Но необходимо также имѣть въ виду, что измѣненія въ дыхательномъ ритмѣ и связанная съ ними одышка можетъ наблюдаться и тогда, когда такихъ физическихъ причинъ для нихъ не обнаруживается³⁾. Такіе случаи измѣненія въ дыханіи и дыхательномъ ритмѣ, какъ явленія пораженія нервно-психической сферы при травматическомъ неврозѣ, относятся къ числу развивающихся при немъ разнообразныхъ функциональных измѣненій, и по своему происхожденію, главнымъ образомъ, являются выраженіемъ повышенной эмотивности психо-невротиковъ (измѣненія дыханія эмоціонально-истерическаго типа). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ расстройства

¹⁾ и ²⁾ цит. по *Oppenheim* op. cit. стр. 487.

³⁾ Д-ръ Г. Я. Трошинъ. 700 случаевъ контузии. Докладъ въ 0-въ Психиатровъ въ Петроградѣ. 30 янв. 1916. Авторъ совершенно отрицаетъ существованіе такихъ формъ расстройства дыханія, съ чѣмъ мы на основаніи собственныхъ наблюденій согласиться не можемъ.

дыханія могутъ возникать періодически въ формѣ приступовъ истерической астмы и, наконецъ, носить характеръ своеобразныхъ неврозовъ дыханія повидимому, тоже истерическаго типа (*Polypnea hysterica*). Въ послѣднемъ случаѣ эти дыхательныя разстройства могутъ быть даже единственнымъ симптомомъ, обращающимъ на себя вниманіе, тѣмъ не менѣе достаточно серьезнымъ, чтобы служить основаніемъ для признанія больного негоднымъ къ строевой службѣ.

—ооо□ооо—



Къ вопросу о травматическомъ неврозѣ военного времени *).

В. А. Анфимова.

(Ассистента клиники нервныхъ болѣзней при Императорской Военно-Медицинской Академіи). [Съ 2 рис.].

Травматическій неврозъ и психо-неврозъ, по выраженію профессора *Л. О. Даркшевича*, представляютъ интересъ и цѣнность момента, такъ какъ еще никогда не приходилось встрѣчаться съ такимъ громаднымъ матеріаломъ по части поврежденій различныхъ органовъ, какъ въ эту войну. Нервная система, конечно, не представляетъ здѣсь исключенія. Мало того, она то и повреждается по преимуществу.

Уже къ концу перваго года войны *Deny*, подводя ея итоги съ нейропатологической точки зрѣнія („*La neuropathologie française pendant une année de guerre*“) не могъ не отмѣтить необычайнаго обилія поврежденій нервной системы. Это явленіе нашло свой откликъ въ общей печати, и, между прочимъ, было отмѣчено въ современной беллетристической литературѣ во Франціи (*P Bourget*) **).

Своеобразная смѣсь функціональныхъ и органическихъ симптомовъ, въ видѣ которой до сихъ поръ описывался трав-

*) Доложено въ научномъ собраніи клиники 17-го мая 1916-го года.

***) *Voivenel Paul*.—Статья его въ *Annales medico-psychologiques*.

матическій нейрозъ, снова побуждаетъ авторовъ стремиться въ большей опредѣленности въ его классификаціи. Попутно опять возникаютъ два вопроса, является ли травматическій нейрозъ болѣзью *sui generis* и имѣется ли въ частности, специфическій боевой или военный нейрозъ и психонейрозъ въ связи съ условіями настоящей войны.

Одни изслѣдователи именно въ сочетаніи функциональных и органическихъ симптомовъ видятъ нѣчто специфическое для этой формы (*Н. А. Вырубовъ, А. Панскій*) и этимъ какъ бы возобновляютъ первоначальные взгляды *Strümpell*'я и *Oppenheim*'а, кромѣ того, предлагаютъ различать психоневрозы вслѣдствіе сотрясенія и психо-генно-истерическій психоневрозы (*С. А. Сухановъ*). Нѣкоторые полагаютъ, что описанный *Т. Е. Сегаловымъ morbus decompressionis* и отмѣченный *М. А. Захарченко* при контузіяхъ явленія сотрясенія лабиринта можно отнести въ травматическому неврозу. Объ органическихъ симптомахъ травматическаго невроза упоминаютъ также *А. А. Суховъ*, разбирая вопросъ о переходѣ послѣдняго въ Бехтеревскую болѣзнь и *Г. Я. Трошинъ*, отмѣчая при травматическомъ нейрозѣ атрофическія измѣненія въ костяхъ и подтверждая такимъ образомъ уже существующее въ этомъ направленіи наблюденіе *Sudeck*'а.

Другіе нейропатологи совѣтуютъ, изучая травматическій нейрозъ, не упускать изъ вида представленія о нейрозѣ т. е. о функциональномъ пораженіи, а не ставить вопроса объ органическихъ симптомахъ травматическаго невроза (*Л. В. Блуменау*) и кромѣ того, держаться точной номенклатуры, отличая травматическій нейрозъ, какъ функциональное расстройство, отъ сложныхъ картинъ „нейро-травматизма“, вообще (*Л. О. Даржиевичъ*). Эту же неясность номенклатуры, вызываемую недостаточной опредѣленностью самыхъ понятій, отмѣчалъ также, *Л. М. Станисловскій*, предлагая въ своей монографіи примѣнять терминъ „травматическаго невроза“, когда безъ словорозъ имѣютъ въ виду всё, вообще, неврозы отъ несчастныхъ случаевъ и терминъ травматическаго невроза, „*sensu strictiori*“, когда рѣчь идетъ о смѣшанныхъ формахъ.

Современные способы войны настолько ужасны, что дают у малоустойчивыхъ субъектовъ, если не специфическіе психо-неврозы, то психическія нарушенія съ особымъ оттѣнкомъ, что и вызвало, можетъ быть, примѣненіе такихъ терминовъ, какъ „депрессивно-ступорозный психозъ“ (*М. О. Шайкевичъ*), „галлюцинаторный бредъ“ (*В. И. Автократовъ*), „галлюцинаторный ониризмъ“ (*Régis*), „sinistrose de guerre“ (*G. Roussy et J. Boisseau*), „военная истерія“ (*И. Я. Розенбахъ*) „гипнозъ битвы“ (*Milian*) и т. п. Тѣмъ не менѣе, специфичность психо-неврозовъ и травматическихъ неврозовъ, возникшихъ въ условіяхъ боевой и походной жизни, какъ особой болѣзни военнаго времени отрицается значительнымъ большинствомъ авторовъ *В. М. Бехтеревымъ*, *Б. С. Борини-польскимъ*, *С. Н. Давиденковымъ*, *Прозоровымъ*, *М. С. Урштейномъ*, *Истидой*, *Н. А. Йорманомъ*, *Pr. Charon'омъ*. *Л. М. Пуссенъ* въ своей монографіи также указываетъ на рядъ авторовъ, которые обобщали результаты многочисленныхъ наблюденій поражений нервной системы на войнѣ и пришли къ заключенію, что эти формы неврозовъ и психозовъ, какъ по своему симптомокомплексу, такъ и по своему теченію ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ же мирнаго времени. Вотъ имена этихъ авторовъ: *Oppenheim*, *Kurt Mendel*, *Karplus*, *Boenhoeffer*, *Meger*, *Friedländer*.

На основаніи вышеизложеннаго, повидимому, можно придти къ заключенію, что ученіе о травматическомъ неврозѣ все еще не вышло изъ періода разработки и что въ особенности существенный вопросъ о соотношеніи въ травматическомъ неврозѣ физической травмы и психической травмы до сихъ поръ не вполне выясненъ.

Надо думать, что, если не очень давно нейропатологи были заняты вопросомъ о разсчлененіи традиціонной истеріи, то теперь очередной для нихъ задачей является разсчлененіе традиціоннаго травматическаго невроза.

Поэтому въ качествѣ новаго матеріала для рѣшенія этого вопроса, а не только какъ лишнюю иллюстрацію къ

казуистикѣ травматическаго нейроза, я позволяю себѣ представить описаніе нервнаго заболѣванія, возникшаго у офицера въ районѣ военныхъ дѣйствій и представляющаго особый интересъ. Оно въ своей картинѣ обнаруживало такое полное до характерныхъ деталей сходство съ контузионнымъ психоневрозомъ, что если-бы изъ анамнеза не выяснялось совершенное отсутствіе травмы или контузии, то пришлось бы непременно отнести его къ этому роду заболѣваній.

Какъ видно будетъ изъ дальнѣйшаго изложенія, даже результаты вполне объективныхъ приѣмовъ изслѣдованія не могли бы измѣнить такого діагноза. Такимъ образомъ, мы имѣемъ типичную картину такого заболѣванія, которое вслѣдъ за *Grasset*, пожалуй можно было бы назвать „*maladie non traumatique de guerre*“.

Больной—поручикъ пѣхотнаго полка—Б.—31-го года; происходитъ изъ семьи, весьма отягощенной нейропатической наследственностью—мать отца страдала душевной болѣзью съ религиознымъ бредомъ; отецъ больного, которому теперь уже 65 лѣтъ, нѣсколько лѣтъ тому назадъ перенесъ какое то мозговое заболѣваніе, по словамъ больного, менингитъ, послѣ котораго у него произошла рѣзкая переменна въ его психикѣ—онъ оставилъ семью, службу, обычный образъ жизни и, внезапно увлекшись ученіемъ Толстого, занялся земледѣліемъ. Одновременно у него обнаружили признаки слабодушія и ослабленія интеллекта. Братъ больного отмѣчается рѣзкой раздражительной слабостью, одна изъ сестеръ—умерла отъ воспаленія мозга, а другая страдаетъ въ настоящее время эпилепсіей.

Больной—старшій изъ дѣтей. Въ младенчествѣ былъ очень слабымъ ребенкомъ; въ дѣтствѣ перенесъ дизентерію, въ молодости болѣлъ маляріей въ тяжелой формѣ. Въ возрастѣ 21-го года перенесъ тяжелый ушибъ головы при паденіи вмѣстѣ съ лошадыю во время барьерной ѣзды. Признаковъ сотрясенія мозга тогда у него отмѣчено не было. Венерическія болѣзни и алкоголизмъ отрицаются совершенно.

Больной женатъ, имѣлъ одного ребенка, умершаго въ младенческомъ возрастѣ. Онъ всегда отличался упорнымъ и мало общительнымъ характеромъ.

Его жизнь протекала нѣсколько необычнымъ образомъ: по окончаніи гимназіи поступилъ въ Петроградскій Университетъ на естественный факультетъ, откуда былъ уволенъ въ 1904—омъ году. По выходѣ изъ Университета опредѣлился на военную службу, которую оставилъ въ 1911—омъ году и снова поступилъ въ Юрьевскій Университетъ, гдѣ и оставался до начала настоящей войны. Съ началомъ военныхъ дѣйствій призванъ на военную службу, до осени 1915-го года оставался въ П., въ ополченской дружинѣ. Затѣмъ былъ отправленъ въ районъ боевыхъ дѣйствій на с. фронтъ.

Съ начала весны каждыя сутки днемъ и ночью приходилось бывать подъ непрерывнымъ обстрѣломъ артиллеріи, иногда принимавшимъ характеръ ураганнаго огня; постоянно случалось видѣть раненія и смерть многихъ сослуживцевъ и подчиненныхъ. Снаряды иногда рвались на недалекомъ разстояніи отъ больного—въ 30—50-ти шагахъ, но онъ никогда не былъ ни раненъ, ни контуженъ. Съ половины февраля онъ очень ослабѣлъ физически, такъ какъ у него держался упорный поносъ, прекращавшійся только на короткіе сроки. Физическая слабость очень способствовала пониженію психической стойкости: больной сталъ крайне раздражительнымъ и началъ страдать бессонницей.

4-го марта утромъ онъ отправилъ съ порученіемъ солдата Р., который у него исполнялъ обязанности писаря и несъ службу связи. Вслѣдствіе ежедневной работы съ нимъ, больной его хорошо зналъ и привыкъ къ нему. Не успѣлъ командированный Р. отойти отъ дома дальше нѣсколькихъ сажень, какъ раздался взрывъ тяжелого снаряда и больному вскорѣ доложили, что Р. убитъ. Придя къ мѣсту разрыва снаряда поручикъ Б. увидѣлъ, что послѣднимъ оторвало посланному верхнія конечности, все туловище съ уровня груди и ноги—кое-гдѣ лежали размозженныя части тѣла и отброшенный въ сторону, какъ бы окровавленный бюстъ солдата: голова шея и грудь убитаго. Эта картина произвела потрясающее впечатлѣніе на пациента, однако внѣшнимъ образомъ тогда оно ничѣмъ не выразилось. Прошло нѣсколько дней со времени этого происшествія, въ теченіе которыхъ у поручика прогрессивно нарастало физическое истощеніе подъ вліяніемъ гастрическихъ расстройствъ и быстро развивались признаки нервного заболѣванія: фотофобія, ослабленіе слуха, безповойные, кошмарные сны, угнетенное настроеніе, навазчивый

страхъ одиночества, иногда двигательное безпокойство, ослабленіе вниманія и памяти, особенно затруднявшее несеніе службы. Однако онъ не оставилъ строя и старался бороться съ этими явленіями, хотя уже почти не могъ дѣлать большихъ переходовъ и больше передвигался въ экипажѣ.

Однажды въ первой половинѣ марта послѣ одного крайне тяжелого и утомительнаго дня онъ сѣлъ къ столу, чтобы написать донесеніе, внезапно потерялъ сознаніе, упалъ головой на столъ и сбиль керосиновую лампу. Очнулся, по его впечатлѣнію, черезъ полчаса. Онъ лежалъ на постели, на которую его, очевидно, перенесъ другой офицеръ. Въ помѣщеніи онъ находился одинъ и вдругъ въ противоположномъ углу полутемной комнаты на высотѣ человѣческаго роста онъ увидѣлъ совершенно отчетливо ужасный, окровавленный бюстъ убитаго Р., о которомъ онъ какъ будто и забылъ думать за послѣднее время; онъ былъ ярко освѣщенъ и совершенно выпукло отдѣлялся отъ стѣны, какъ бы имѣя форму барельефа. Больной отнесся къ этому явленію критически, но, тѣмъ не менѣе, оно было для него крайне тягостнымъ и онъ, закрывъ голову одеяломъ, оставался въ такомъ положеніи до утра. Психическое состояніе больного ухудшилось, онъ плохо сознавалъ окружающее, впечатлительность достигла крайняго напряженія, всякое болѣе менѣе рѣзкое воспріятіе его раздражало и пугало — у него развилась почти „панфобія“.

Его эвакуировали 12-го марта. Уже лежа въ лазаретѣ и оставшись наединѣ въ палатѣ, онъ внезапно снова былъ испуганъ появленіемъ залитого кровью бюста солдата въ рамѣхъ бюста вмѣсто исчезнувшей, какъ ему показалось, иконы. Больному, по его словамъ, стало жутко, и онъ вышелъ изъ комнаты. Съ тѣхъ поръ еще раза четыре онъ имѣлъ это видѣніе — обычно подвечеръ, когда ему случайно приходилось оставаться одному въ комнатѣ; сначала онъ видѣлъ свѣтлыя пятна на стѣнѣ, какъ бы отблескъ фонаря, потомъ они принимали кровавый оттѣнокъ и, наконецъ, выплывалъ знакомый образъ растерзаннаго солдата. Въ послѣдній разъ онъ увидѣлъ этотъ галлюцинаторный образъ при слѣдующихъ обстоятельствахъ — ему пришлось пройти въ уборную мимо комнаты съ закрытой дверью; на обратномъ пути его смутило, что дверь почему-то открылась, и едва онъ ощутилъ приступъ безпокойства, какъ увидѣлъ въ темной глубинѣ комнаты обычную фигуру трупа.

Жалобы больного необыкновенно многочисленны и разнообразны: жалуется на фотофобию, потемнѣніе въ глазахъ; ослабленіе обонанія и слуха; спазмъ горла (*globus hystericus*); трихогиперестезію, парестезіи въ ногахъ—въ формѣ ощущенія отека голеней;—дрожь въ рукахъ;—быструю утомляемость при ходьбѣ;—ослабленіе аппетита;—иногда на поносы; ослабленіе половой силы; недостаточный и тревожный сонъ, постоянно прерываемый кошмарами.

Кромѣ того, его тревожатъ—крайняя лабильность настроенія, различные навязчивые страхи—внезапнаго кровотечения у кого-либо изъ окружающихъ, внезапнаго пожара и, вообще, какого нибудь внезапнаго несчастія;—ослабленіе вниманія и памяти въ особенности относительно событий въ періодъ начала заболѣванія; рѣзкое пониженіе работоспособности—не можетъ не только читать научныхъ сочиненій, но болѣе или менѣе длинныхъ разсказовъ; онъ читаетъ газету и то не всегда, очень уставая отъ этого чтенія;—за мѣсяцъ написалъ только одно письмо, и то писалъ его четыре дня; кругъ представленій суженъ мрачными и тревожными идеями; ассоціація идей замедлена; на нѣкоторыя слова, связанныя съ тяжелыми воспоминаваніями заторможеніе достигало такой степени, что онъ совсѣмъ не могъ отвѣчать;

Такими словами являлись, напримѣръ: „огонь“, „дистанціонная труба“ и т. п. Кромѣ устрашающихъ, вышеупомянутыхъ, галлюцинацій зрѣнія, страдалъ иногда обманами слуха.

Больной выше средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія. У него отмѣчается *asymmetria cranio-facialis*—со скошеніемъ головы и лица въ правую сторону. Уши неправильной формы (типъ *Stahl's*) Дрожь вѣкъ при закрываніи глазъ и дрожь языка при высовываніи достигаютъ крайне рѣзкой формы.

Величина и всѣ реакціи зрачковъ нормальны. Поле зрѣнія для обонхъ глазъ слегка сужено въ наружныхъ частяхъ. Слухъ ослабленъ, при чемъ, какъ самъ больной замѣчаетъ, онъ ослабѣваетъ въ различной степени то на одной, то на другой сторонѣ. Звукъ карманныхъ часовъ не различаетъ уже на разстояніи 10-ти 12-ти сантиметровъ отъ уха, но опять слышитъ на разстояніи 2-хъ шаговъ. Костная проводимость не измѣнена. Обонаніе рѣзко ослаблено на обѣихъ сторонахъ, всушь тоже ослабленъ.



При изслѣдованіи кожной чувствительности отмѣчается тактильная гиперестезія въ области надчревя и чрезвычайно рѣзкая гипералгезія по всему тѣлу. Мышечная сила при изслѣдованіи по динамометру оказывается пониженной. Точность движеній при закрытыхъ глазахъ значительно нарушена—имѣется ясное функциональное нарушение статическаго чувства.

Глоточный рефлексъ у больного ослабленъ, рефлексъ конъюнктивальный и корнеальный рѣзко ослаблены. Кожные рефлексъ понижены. Сухожильные замѣтно повышены. Патологическихъ рефлексовъ нѣтъ.

Пульсъ при спокойномъ положеніи 72 въ 1', при физическомъ напряженіи 92 въ 1'. Кровяное давленіе (*по Riva—Rossi*)—нормально. Имѣется ясный дермографизмъ.

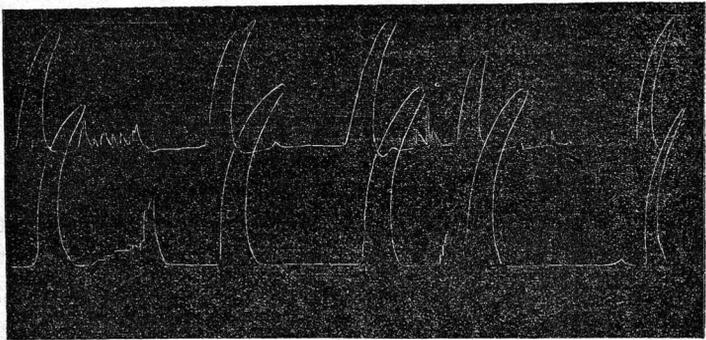
Такимъ образомъ, резюмируя данныя изслѣдованія, мы находимъ повышенную зрительную раздражительность—фотофобію; ослабленіе слуха, вкуса и обонянія;—рѣзкую общую гипералгезію;—мышечную астению—пониженіе мышечной силы и быструю утомляемость; ослабленіе рефлексовъ со слизистыхъ и кожныхъ рефлексовъ; повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ;—ослабленіе аппетита, дѣятельности кишечника и половой силы. Ослабленіе вниманія, памяти, работоспособности;—абулію, ипохондрическія опасенія и навязчивыя идеи. Всѣ перечисленныя явленія могли-бы уложиться въ рамки обычной истеріи у субъекта съ наследственнымъ отягощеніемъ, но галлюцинаціи и разстройства мимическихъ движеній, дыханія и рѣчи, о которыхъ я скажу ниже, придаютъ этому случаю особый характеръ.

Больной поступилъ въ клинику съ разстройствами рѣчи, которыя постепенно сдѣлались болѣе рѣзкими, периодически ухудшаясь послѣ каждаго новаго приступа галлюцинаціи, и въ которыхъ современемъ присоединилось тиковое подергиваніе въ мышцахъ лица, особенно явственное во время разговора. Рѣчь у больного замедлена, ритмъ ея разстроенъ, мышцы рѣечевого аппарата напряжены, имѣются спастическіе остановки. Такимъ образомъ, рѣчь больного разстроена не столько въ типѣ „дизартріи контуженныхъ“ (С. Н. Давиденковъ), сколько

въ типѣ своеобразнаго заиканія, сопровождающаго шопотную или фальцетную рѣчь контуженныхъ, по наблюденію *Н. А. Вырубова*. Дыханіе во время рѣчи нарушено—учащается, прерывается судорожнымъ выдохомъ, у больного, вообще, время отъ времени появляется одышка.

Недавно *В. В. Срезневскій* предпринялъ графическое изслѣдованіе измѣненій дыханія при травматическомъ нейрозѣ и пришолъ къ заключенію, что они сводятся по преимуществу къ *полипнею* и къ *полиморфизму* дыхательныхъ разстройствъ, смѣняющихся другъ-друга безъ особой системы. Кривая дыхательныхъ движеній у описываемаго больного

Рис. 1.

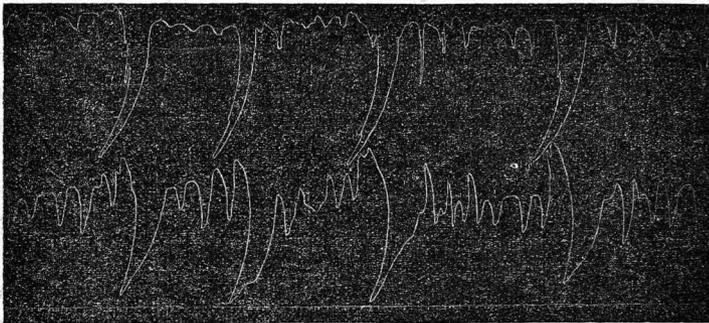


Кривая дыханія у больного, страдающаго травматическимъ неврозомъ послѣ тяжелой контузии (*В. В. Срезневскій*. — Измѣненія дыхательнаго ритма при травматическомъ нейрозѣ).

(*Рис. 2*) обнаружила преобладаніе груднаго дыханія надъ брюшнымъ, значительное его учащеніе (полипнею), рѣзкую измѣнчивость ритма, наличность глубьихъ, неправильныхъ выдыховъ. Заслуживаетъ вниманія, что эти кривыя, какъ это видно изъ прилагаемыхъ рисунковъ обѣихъ пневмограммъ, обнаружили рѣзкое сходство съ дыхательной кривой. (*Рис. 1*)

З-ьяго изъ больныхъ д-ра *Срезневскаго*—капитана З., субъекта тоже съ наследственнымъ предрасположеніемъ, страдавшаго послѣ тяжелой контузіи также тивомъ, нарушеніемъ дыханія и разстройствомъ рѣчи въ формѣ своеобразнаго заиканія. Слѣдовательно, эмоціональный шокъ въ данномъ случаѣ далъ тѣ же измѣненія, что и тяжелая контузія въ другомъ. Это соотвѣтствуетъ тому, что мною было отмѣчено въ другой работѣ („Къ вопросу о происхожденіи ритмическихъ дрожаній при истеріи“—*Русскій Врачъ*—1915—№ 5). тремограмма при ритмическомъ дрожаніи, вызванномъ контузіей, мало чѣмъ отличалась отъ тремограммы ритмическаго дрожанія, обусловленнаго только эмоціональнымъ шокомъ.

Рис. 2.



Кривая дыханія у описываемаго больного.

P. Sollier и *M. Chartier* занялись въ періодъ настоящей войны специальнымъ изученіемъ своеобразныхъ измѣненій слуха и рѣчи у контуженныхъ, на что, какъ извѣстно, въ нашей литературѣ обратилъ вниманіе *H. A. Вырубозъ*. Они отмѣчаютъ особый характеръ заиканія у травматиковъ, а также функціональный типъ ослабленія слуха, для котораго они предлагаютъ терминъ „inaudition“. Они указываютъ также

на одновременное ослабленіе у этихъ субъектовъ обонянія и вкуса. Все это какъ нельзя болѣе соотвѣтствуетъ вышеописаннымъ измѣненіямъ у поручика Б. Частота, съ которой встрѣчаются эти разстройства у комбатантовъ, по мнѣнію авторовъ, находится въ яркомъ противорѣчій съ относительной рѣдкостью ихъ возникновенія въ условіяхъ мирнаго времени.

Очевидно, что не хватаетъ только контузіи или травмы, чтобы этотъ случай, вслѣдствіе его характерныхъ особенностей, отнести къ травматическому неврозу, руководясь любой классификаціей послѣдняго—къ его респираторной формѣ по Sand'у или къ седьмому его типу по Schuster'у, т. е., травматическому неврозу съ психологической депрессіей, или, точнѣе всего, къ депрессивной формѣ психическаго типа по классификаціи Л. М. Пуссена. Однако интересъ случая, помимо своеобразности его теченія, именно и заключается въ совершенной типичности общей картины травматическаго психоневроза со всѣми его деталями, подмѣченными какъ разъ въ періодъ современной войны, типичности, въ которой врядъ ли можно усумниться, и въ отсутствіи контузіи, хотя бы даже воздушной. Къ этому случаю, я думаю, приложимо опредѣленіе психотравматизма, (Charon'a) которое онъ картинно поясняетъ слѣдующимъ образомъ: „подъ психо-травматизмомъ я имѣю въ виду тотъ обезсиляющій шокъ, который является результатомъ треска шрапнели, страшнаго зрѣлища смерти, вѣтра отъ тяжелыхъ снарядовъ, взрывовъ, и который, не производя явныхъ поражений, причиняетъ какъ бы размозженіе (déchirement) нашей впечатлительности,—перемѣщеніе нашихъ подсознательныхъ процессовъ;—который будучи главнымъ образомъ эмотивнымъ и преходящимъ моментомъ..... вызываетъ за собой общее состояніе спутанности“.

Итакъ изслѣдованіе этого случая:

1) Обнаруживаетъ, что возможно развитіе типичной картины, такъ называемаго, контузіоннаго психоневроза при

отсутствіи травмы или контузіи, а только при наличности тяжкаго моральнаго потрясенія (психотравматизма).

2) Лишній разъ указываетъ на отсутствіе специфичности психоневрозовъ, возникшихъ въ боевой обстановкѣ, какъ особой болѣзни военнаго времени.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ выразить свою благодарность глубокоуважаемому профессору В. П. Осипову за предоставленную возможность наблюдать этотъ случай и за руководство при его изслѣдованіи.

Литература.

1. *Бехтеревъ, В. М.*—„Война и психозы“—Новое въ медицины—1915—№№ 7 и 8.
2. *Вырубовъ, Н. А.*—Контузионный психозъ и психоневрозъ. Москва.—1915.
3. *Онъ-же.*—Клиника разстройствъ голоса и рѣчи при контузионномъ психозѣ и психоневрозѣ.—Психіатрическая Газета—1915—№ 9.
4. *Grasset*—Les maladies de guerre et conseils de réforme. La presse medicale—1916—№ 1.
5. *Давиденковъ, С. Н.*—Къ вопросу объ острыхъ психозахъ военного времени, истерическія формы. Психіатрическая Газета—1915—№ 20.
6. *Онъ-же.*—Дизартрія и мутизмъ послѣ воздушной контузии.—Психіатрическая Газета—1916—№ 10.
7. *Даркшевичъ, Л. О.*—О номенклатурѣ разстройствъ въ области нервной системы, наступающихъ вслѣдъ за травмой. Русскій Врачъ—1916—№ 5,
8. *Deny*—La neuropathologie française pendant une aune de guerre. — L'Encéphale — 1915 — Decembre.

9. *Захарченко М. А.* — Новый симптомъ при воздушныхъ контузіяхъ Психіатрическая Газета. 1915. № 4.
10. *Kasatschenko-Trirodoff, N.* — La neurosi traumatica o neuropantesia. 1914. — Roma.
11. *Отчетъ о засѣданіи Общества Врачей Психіаторовъ въ Петроградѣ 30-го января 1916-го года.* Психіатрическая Газета—1916—№ 6.
12. *Панскій, А.*—Къ вопросу о контузіонныхъ неврозахъ, осложненныхъ органическими заболѣваніями вервной системы.—Врачебная Газета—1915—№ 29.
13. *Цуссень, Л. М.*—Травматическій неврозъ военного времени.—1916.
14. *Розенбахъ П. Я.*—Современная война и истерія. Докладъ въ Обществѣ Врачей Психіаторовъ въ Петроградѣ — 14-го февраля 1916-го года.
15. *Roussy et Boisseau.*—Fausse commotion cérébrale. Bégaiement hystérique.—Reunion médico chirurgicale de la X-e Armée — 1915 — 25 août. (Реф. Revue Neurologique—1915—№№ 23—24).
16. *Сегаловъ, Т. Е.*—Къ вопросу о сущности контузіи современными артиллерійскими снарядами (Morbus decompressionis)—„Современная Психіатрія“—1915—№ 3.
17. *Скляръ, Н. И.* — „Война и душевныя заболѣванія“ — „Современная Психіатрія“ — 1916—февраль мартъ.
18. *Sollier, P. et Chartier, M.*—Le mutisme et le mutisme—inaudition d'après les cas observés pendant

- la guerre.—Revue de Médecine:—1915—
№№ 10 et 11—12.
19. *Spillmann, L.*—Psychoses et psychonevroses de guerre. Comptes rendus de la Société de Médecine de Nancy. 28 juillet 1915. (Revue Neurologique.—1915—№ 23—24. Рефераты).
20. *Срезневскій, В. В.*—Измѣненія дыхательнаго ритма при травматическомъ психонейрозѣ. Докладъ въ научномъ собраніи клиники душевныхъ болѣзней. 20-го октября 1915-го года.
21. *Станиловскій, Л. М.*—Травматическіе неврозы, исторія вопроса и современное состояніе его.—Москва—1910 г.
22. *Сухановъ, С. А.*—Психоневрозы военного времени. Русскій Врачъ—1915—19.
23. *Суховъ, А. А.*—Къ клинической казуистикѣ травматическаго нейроза. Неврологическій Вѣстникъ—1916.—Т. XXII—Вып. 3 и 4.
24. *Трошинъ, Г. Я.*—700 случаевъ контузии — Докладъ въ Обществѣ Врачей Психіаторовъ 30-го января 1916-го года. Психіатрическая Газета 1916—№ 6.
25. *Урштейнъ, М. С.*—О душевныхъ заболѣваніяхъ, вызванныхъ войной и о психическихъ разстройствахъ, вызванныхъ раненіемъ мозга. Русскій Врачъ—1916—№ 11.
26. *Charon, R.*—Psychopathologie de guerre. — Le Progrès medical.—1915—№ 35.
27. *Schuster, P.* Trauma und Nervenkrankheiten—въ руководствѣ Левандовскаго. Томъ V—стр. 1102—1103.



О частотѣ пульса и дыханія при контузіонномъ психоневрозѣ.

Прив.-доц. Н. А. Вырубова.

Измѣненія въ частотѣ пульса и дыханія при травматическихкихъ неврозахъ представляютъ, какъ показываютъ наблюденія, постоянное явленіе. Въ этомъ можно было убѣдиться и на томъ исключительно обширномъ матеріалѣ, какой дала настоящая война. Уже первые случаи, поступившіе подъ наблюденіе, позволили отмѣтить у пострадавшихъ значительное увеличеніе числа пульсовыхъ ударовъ въ минуту; ¹⁾ въ дальнѣйшемъ, по мѣрѣ расширенія наблюденій, выдвинулись и другія группы случаевъ, въ которыхъ, наоборотъ, мы имѣли дѣло съ замедленіемъ пульса. Одновременно съ этимъ привлекли къ себѣ вниманіе случаи, въ которыхъ было отмѣчено измѣненіе въ частотѣ дыханія. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ, дѣло шло обычно о болѣе или менѣе значительныхъ ускореніяхъ дыхательныхъ движеній. На измѣненія въ пульсѣ и дыханіи, о которыхъ идетъ рѣчь, указывалось уже давно, но систематическихкихъ изслѣдованій, насколько я могъ убѣдиться изъ литературныхъ справокъ, не было сдѣлано. Поэтому и казалось интереснымъ предпринять наблюденія въ этомъ направленіи

¹⁾ Н. А. Вырубова. Контузіонный психозъ и психоневрозъ. М. 1915. (Тоже «Психотерапія» № 5—6, 1914 г.).

надъ рядомъ соотвѣтствующихъ случаевъ. Результаты сдѣланныхъ наблюдений, главнымъ образомъ, надъ случаями заболѣвавшей въ связи съ контузіями, и послужатъ предметомъ настоящаго очерка ¹⁾.

Прежде всего я позволю себѣ привести тѣ данныя, какія удалось найти въ литературѣ, впередъ извиняясь передъ авторами, имена которыхъ будутъ случайно мною пропущены, вслѣдствіе трудностей работы въ настоящій моментъ.

Л. О. Даркшевичъ указываетъ, что „изъ висцеральныхъ разстройствъ при травматическомъ неврозѣ особаго вниманія заслуживаетъ неправильная дѣятельность сердца. Последнее у невротиковъ отличается необыкновенной подвижностью. Стоитъ больному встать со стула и сдѣлать нѣсколько шаговъ, какъ его пульсъ сейчасъ-же ускоряется, доходя до 100—120 ударовъ въ минуту... Характернымъ явленіемъ для невротиковъ служатъ также приступы самостоятельнаго сердцебіенія, вознижающаго внѣ всякой зависимости отъ какихъ бы то ни было внѣшнихъ причинъ“ ²⁾.

Относительно измѣненій дыханія и пульса при истеріи, у проф. *Л. О. Даркшевича* мы находимъ слѣдующія указанія. „Въ области дыхательныхъ путей у истеричныхъ заслуживаетъ вниманія то явленіе, которое носитъ названіе ролурное—учащеніе дыханія до крайнихъ степеней (60—80 дыханій въ минуту у больного Torgso). Типъ дыханій въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно верхне-реберный. Страданіе можетъ длиться годы, обыкновенно мало доставляетъ мученій больному, ночью стихаетъ и подѣ часъ проходитъ совершенно подѣ влияніемъ какого либо психическаго воздѣйствія. Помимо ролурное у истеричныхъ можно встрѣтить еще Cheyne-Stokes'овское дыханіе (Terrien)“ ³⁾

¹⁾ Главные итоги своихъ наблюдений я уже сообщилъ въ «Психіатрической Газетѣ» (№ 17, 1916): «Къ вопросу о частотѣ пульса при контузионномъ психоневрозѣ» (Предварительное сообщеніе).

²⁾ Проф. *Л. О. Даркшевичъ*. Травматическій неврозъ. Казань. 1916. С. 16.

³⁾ Проф. *Л. О. Даркшевичъ*. Мое пониманіе истеріи. Отд. оттискъ изъ «Русскаго Врача», № 41—43, 1915. С. 47.

Попутно упомяну, что у одного истерика солдата, легко раненаго въ указательный палець лѣвой руки, я наблюдалъ ускореніе дыханія отъ 60 до 120 и даже до 130 дыхательныхъ движеній въ минуту, при пульсѣ колебавшемся отъ 76 до 80 ударовъ въ минуту. Интересно отмѣтить, что у больного во время психологическаго изслѣдованія вниманія (по методу А. Н. Бернштейна) дыханіе держалось на низшей для него величинѣ—60 дыханій въ минуту, при пульсѣ въ 80 ударовъ. Дыханіе Cheyne-Stockes'овскаго типа, въ видѣ приступовъ, мнѣ пришлось наблюдать только однажды у больного, перенесшаго тяжелую контузію и поступившаго подъ мое наблюденіе болѣе, чѣмъ черезъ годъ послѣ нея. Картина болѣзни его вполне укладывалась въ рамки истерическаго невроза.

Со стороны сердечно-сосудистой системъ, по *Л. О. Даркшевичу*, у истеричныхъ „помимо припадковъ, напоминающихъ грудную жабу, можетъ быть тахикардія“¹⁾.

Л. М. Пуссенъ, перечисляя объективныя признака траматическаго невроза, говоритъ, что къ такимъ признакамъ относится и раздражительность сердца—„при незначительномъ напряженіи пульсъ рѣзко учащается, при вызываніи болевыхъ ощущеній также появляется учащеніе пульса (симптомъ *Manncorff-Rumf'a*)“²⁾. Нарушеніями въ сосудистой системѣ *Л. М. Пуссенъ* характеризуетъ выдѣляемую имъ вторую разновидность неврастеническаго типа траматическаго невроза. На 13 случаевъ этой формы въ 11 оказалось учащеніе пульса и въ 2 замедленіе; у всѣхъ больныхъ былъ дермографизмъ и у валикообразная его форма; у 2 при этомъ побрасивніе отъ вызванной дермографической полосы распространялось на всю грудь или животъ въ видѣ эритемы. У четырехъ больныхъ было посинѣніе кистей рукъ, т. е. явленіе пареза сосудо-

¹⁾ Проф. *Л. О. Даркшевичъ*. Мое пониманіе истеріи. I. с. С. 47.

²⁾ Проф. *Л. М. Пуссенъ*. Травматическій неврозъ военнаго времени. Петроградъ. 1916. С. 79.

суживателей, у трехъ — поблѣднѣнне, т. е. явленіе спазма сосудовъ ¹⁾).

По *Oppenheim*'у, ускореніе пульса при травматическомъ неврозѣ часто; еще чаще встрѣчается ненормальная возбудимость сердечной нервной системы, такъ что малѣйшія раздраженія и душевныя впечатлѣнія несоответственно поднимаютъ частоту пульса ²⁾. Ускореніе пульса при истеріи наступаетъ приступами ³⁾).

По *Lewandowsky* ускореніе пульса при истеріи по большей части ниже 100 ударовъ въ минуту и рѣдко 120 и выше этого ⁴⁾. Дыханіе можетъ ускоряться до 180 въ минуту; пульсъ и температура остаются при этомъ нормальными ⁵⁾).

E. Kraepelin въ числѣ симптомовъ травматическаго невроза отмѣчаетъ сердцебіеніе, чувство сжатія въ области сердца и ускореніе пульса ⁶⁾. При истеріи необыкновенно часто наблюдается приступами или длительное ускореніе пульса, рѣже замедленіе его. Кроме того, встрѣчаются всевозможныя непріятныя ощущенія въ области сердца, которыя, по крайней мѣрѣ частью, должны быть сведены на нарушенія дѣятельности сердца — сердцебіеніе, вибрированіе, трепетаніе, давленіе, чувство сжатія, могущія доходить до сильной тревоги ⁷⁾. Еще надо упомянуть, что при коммоціонномъ психозѣ въ началѣ пульсъ можетъ быть значительно замедленъ ⁸⁾.

S. Ottolenghi и *S. de-Sanctis* признаютъ тахикардію частымъ явленіемъ при многихъ неврозныхъ и эмоціональныхъ состояніяхъ; брадикардія (до 50—40 ударовъ въ минуту), наоборотъ,

¹⁾ Проф. Л. М. Пуссенъ. Травматическій неврозъ военнаго времени. С. 66.

²⁾ Prof. H. Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1898. С. 804.

³⁾ Prof. H. Oppenheim. I. с.

⁴⁾ Prof. M. Lewandowsky. Die Hysterie. 1914. С. 49.

⁵⁾ Prof. M. Lewandowsky. I. с. С. 32.

⁶⁾ Prof. E. Kraepelin. Psychiatrie. Bd. IV. 1915. С. 1477.

⁷⁾ Prof. E. Kraepelin. I. с. С. 1601.

⁸⁾ Prof. E. Kraepelin. Psychiatrie. Bd. II. 1910. С. 27.

болѣе рѣдко наблюдается при неврозахъ и психозахъ. Въ депрессивныхъ формахъ, въ приступовъ тоски, часто отмѣчается рѣдкій пульсъ, но почти никогда не встрѣчается постоянно замедленнаго пульса. При шокѣ (shok), какъ правило, наблюдается рѣдкій пульсъ ¹⁾.

E. Tanzi въ симптоматологіи травматическаго невроза также удѣляетъ значительное вниманіе состоянію повышенной возбудимости сердца. Ясная тахикардія продолжительная и постоянная встрѣчается часто. Она обостряется подъ вліяніемъ всякаго рода стимуловъ: физическихъ усилій, измѣненія положенія тѣла, при переходѣ изъ сидячаго положенія въ стоячее, и т. п. Больше же всего имѣютъ значеніе всякаго рода психическія воздѣйствія. Для установленія наличности ускоренія, по *E. Tanzi* необходимо учащеніе пульса на 8—10—20 ударовъ въ минуту. Что касается замедленія пульса, то какъ бы мало оно ни было, оно всегда патологично или аномально, но при этомъ каждый разъ нужно доказать, что оно зависитъ отъ невроза, а не стоитъ въ связи съ какимъ либо уже раньше существовавшимъ страданіемъ. При травматическомъ неврозѣ, выраженномъ въ сильной степени и въ частности въ застарѣлыхъ случаяхъ, тахикардія сочетается съ частыми аритміями, которыя появляются въ моменты наибольшаго обостренія невроза ²⁾.

Въ большемъ руководствѣ *Thiem*'а сосудодвигательнымъ расстройствамъ при неврозахъ послѣ травмы удѣлено очень немного вниманія. Мы находимъ тамъ указанія, что при невращеніи послѣ травмы бываетъ ускореніе пульса и выпаденія отдѣльныхъ ударовъ, но замедленія пульса въ такихъ случаяхъ *Thiem* никогда не наблюдалъ. Тамъ же *Thiem* ссылается на *Strauss*'а, который находилъ у больныхъ, страдающихъ невращеніемъ или истеріей послѣ несчастнаго случая,

¹⁾ Prof. *S. Ottolenghi* e Prof. *S.-de-Sanctis*. Trattato pratico di Psichiatria forense. Parte I. 1909. С. 40.

²⁾ Prof. *E. Tanzi*. Psichiatria forense. 1912. С. 454.

учащеніе пульса при переходѣ изъ лежачаго положенія въ стоячее (такъ наз. ортостатическая тахикардія)¹⁾. При послѣ-травматической истеріи по *Thiem*'у наблюдаются не только ускореніе и неправильности сердечной дѣятельности (выпаденія пульса) но и явственное замедленіе послѣдней²⁾.

Переходя къ отдѣльнымъ изслѣдованіямъ, въ которыхъ удѣляется спеціальное вниманіе соматической симптоматологіи травматическаго невроза и нервныхъ состояній военнаго времени, прежде всего надо остановиться на работѣ *Г. Я. Трощина*. У него мы находимъ указанія на измѣненія какъ пульса, такъ и дыханія. Измѣненія со стороны сердечно-сосудистой системы состоятъ главнымъ образомъ въ учащеніи пульса, и встрѣчаются не менѣе, чѣмъ въ 25% всѣхъ случаевъ. „Измѣненія въ дыханіи были констатированы въ 15 случаяхъ, при чемъ въ 13 изъ нихъ больные жаловались на „одышку“, объективно же наблюдалось въ этихъ случаяхъ ускореніе дыханія, иногда очень рѣзкое до 60 въ минуту; въ двухъ случаяхъ была неправильная форма дыханія, то поверхностнаго, то глубокаго, съ частыми вздохами судорожнаго характера; на основаніи нѣкоторыхъ случаевъ, изслѣдованныхъ терапевтами, ускореніе дыханія совпадало съ расширеніемъ легкихъ; зависитъ ли это расширеніе отъ контузіи (хронологически тутъ связь была) и наблюдается ли это во всѣхъ случаяхъ одышки, связать трудно; трудно также отрицать здѣсь психическій элементъ“³⁾.

Весьма интересный докладъ сдѣлалъ *В. В. Срезневскій* объ измѣненіи дыхательнаго ритма въ нѣкоторыхъ случаяхъ травматическаго психоневроза. Онъ подвергъ изслѣдованію нѣсколько такихъ случаевъ. Дыханіе, грудное и брюшное, было въ шести случаяхъ записано на вимографѣ. Одновремен-

¹⁾ *Thiem*. Заболѣванія отъ несчастныхъ случаевъ. Т. II. Ч. I. 1912. С. 498.

²⁾ *Thiem*. I. с. С. 513.

³⁾ *Г. Я. Трощинъ*. Травматическій неврозъ по матеріаламъ текущей войны. Современная Психіатрія № 4, 1916. С. 150—151.

но отмѣчалось и скорость пульса. У четырехъ больныхъ дыханіе было рѣзко ускорено, дыхательная волна неправильной формы, неравномѣрной глубины и общій характеръ дыханія эмоціонально истерическаго типа. У одного больного дыханіе было ускорено и прерывалось астматическими приступами, стоявшими въ связи съ невралгическими болями. Дыханіе шестого больного было также рѣзко ускорено до 52—60 дыхательныхъ движеній въ минуту, но ритмъ дыханія отличался правильностью и не походилъ на нормальный лишь своей частотой. Самыя небольшія движенія вызывали ускоренія ритма, и дыханіе углублялось. Разстройство дыханія было постояннымъ явленіемъ въ теченіе цѣлаго года, лишь во время глубокаго сна оно замедлялось и становилось нормальнымъ. *В. В. Срезневскій* приходитъ въ выводъ, что всѣ разстройства дыхательнаго ритма, которые наблюдались имъ при травматическомъ неврозѣ, имѣютъ общій характеръ разстройства дыханія при истеріи, но послѣдній случай полипнеи представляетъ интересъ тѣмъ, что въ немъ дыхательное разстройство является своеобразнымъ моносимптомомъ. Не смотря на рѣзкія измѣненія въ дыхательномъ ритмѣ, сердечная дѣятельность у больныхъ измѣнилась весьма мало. Во время сна дыханіе у всѣхъ больныхъ было нормально.

Въ послѣдовавшихъ преніяхъ *Э. А. Гизе* указалъ, что онъ наблюдалъ три подобныхъ случая учащенія дыханія; пульсъ учащенъ былъ очень мало, другихъ признаковъ травматическаго невроза не было; несмотря на столь ускоренное дыханіе ціаноза не замѣчалось. *Л. С. Аринштейнъ* на 1000 случаевъ травматическаго невроза такихъ случаевъ съ ускореніемъ дыханія, какъ моносимптомомъ, видѣлъ только два; во время сна это учащеніе также прекращалось ¹⁾.

¹⁾ Научныя совѣщанія врачей, работающихъ въ Клиникѣ душевныхъ болѣзней Военно-Медицинской Академіи, подъ предсѣдательствомъ проф. *В. И. Осипова*. Засѣданіе 20 октября 1915 г. Психіатрическая Газета, № 24, 1915. С. 404.

B. Mallet, въ докладѣ о разстройствахъ эмоціоннаго происхожденія у сражающихся, сообщилъ четыре слѣдующихъ наблюденія. Первый больной получилъ эмоціональный шокъ отъ разрыва снаряда, и обнаруживалъ функціональное дрожаніе и состояніе тревоги; второй—съ начала кампаніи находился въ рядахъ арміи и не могъ переносить бомбардировку; третій—былъ раненъ въ бедро, и четвертый—засыпалъ землей при взрывѣ снаряда. Разстройства со стороны сердца наступали спустя нѣкоторое время и выражались припадками, напоминающими пароксизмическую тахикардію; въ видѣ приступовъ сердцебіенія съ чувствомъ сжатія въ груди и легкой одышкой, во время которыхъ больной блѣднѣлъ, конечности холодѣли и пульсъ учащался до 110—120 ударовъ въ минуту. Въ промежуткахъ никакихъ нарушеній въ дѣятельности сердца не было. Такого рода эмоціональныя разстройства необходимо дифференцировать отъ тѣхъ, которыя имѣютъ коммоціонное или психіатическое и истеротравматическое происхожденіе ¹⁾.

Работа *Léon Binet* такъ же, какъ и предшествующая, не имѣетъ въ виду специально травматическаго или общаго невроза, но выясняетъ различныя условія, вліяющія на сердечный ритмъ у сражающагося воина. Прежде всего *Binet* напоминаетъ о наблюденіи *Rénon* относительно ускоренія пульса до 90—100 ударовъ въ минуту у лицъ тыла, родственники которыхъ находятся на фронтѣ. Въ этихъ случаяхъ, слѣдовательно, дѣло идетъ о чисто эмоціональномъ нарушеніи ритма.

Измѣненія послѣдняго *Binet* разсматриваетъ при слѣдующихъ условіяхъ.

I. Вліяніе физической усталости. При этомъ условіи *Godlewsky* наблюдалъ тахикардію; *Gouget*, наоборотъ, отмѣчаетъ брадикардію, которую онъ часто находилъ у переутомленныхъ солдатъ, приходившихъ послѣ сраженія въ ближайшій госпиталь. Собственныя наблюденія *Binet* были начаты

¹⁾ *Raymond Mallet*. Troubles d'origine émotive chez le combattant. Réunion médicale de IV armée. 25. I. 916. Presse méd. № 12. 1916.



еще въ мирное время, въ іюль 1914 г., и тогда среди изслѣдуемыхъ солдатъ—съ пульсомъ ниже 70 ударовъ въ минуту было 7%; въ началѣ января 1916 г., когда солдаты, находившіеся подъ его наблюденіемъ, были на отдыхѣ, среди нихъ было съ пульсомъ ниже 70—6%; въ концѣ 1916 г., послѣ напряженныхъ боевъ, съ замедленнымъ пульсомъ, ниже 70, было уже 56%, при чемъ нерѣдко замедленіе достигало 53—55 удар. въ минуту (20%). Такая „брадикардія отъ усталости“ можетъ быть и при повышенной до 38—38,5° температурѣ.

II. Отраженіе эмоцій войны на частотѣ пульса. Изслѣдованіа пульса производилось во время бомбардировки. Десять случаевъ, подвергнутыхъ наблюденію, *Vinet* раздѣляетъ на три группы. 1) у двухъ солдатъ эмотивная реакція на пульсъ отсутствовала; 2) у пяти, т. е. наиболѣе часто, во время взрыва снаряда, мины и т. п., работа сердца замедляется болѣе или менѣе значительно (съ 70 до 50 уд. въ мин.), вслѣдствіе возбужденія ваго-бульбарной ситемы; 3) въ остальныхъ трехъ случаяхъ, вслѣдствіе возбужденія симпатической системы, эмоція соотвѣтствуетъ ускореніе сердцебіенія (съ 60 до 120 уд. въ мин.); это наблюдается у недавно прибывшихъ на фронтъ или у солдатъ умѣренной, по выраженію *Vinet*, храбрости. При всѣхъ этихъ типахъ слѣдуетъ постоянство характера реакціи у одного и того же субъекта, при этомъ интенсивность реакціи служитъ выраженіемъ степени эмотивности даннаго лица. Между прочимъ, интересно наблюденіе проф. *Dejerine*'а надъ солдатомъ, который каждый разъ послѣ военной эмоціи давалъ постоянную тахикардію въ 160 уд. въ мин., временами доходившую до 180.

III. Вліяніе травматизмовъ войны на частоту пульса.

I) Раны—во всѣ первые часы послѣ раненія, обнаруживается ясная тахикардія—до 90, 100, 110 уд. въ мин. Исключеніе, разумѣется, составляютъ раны черепа, а затѣмъ сердца (геморрагіи въ перикардій), при которыхъ наблюдается выраженная брадикардія (65—50—35 уд. въ мин.) 2) Коммоціи вслѣд-

ствіе взрыва на близкомъ разстояніи (безъ раненія)—даютъ индивидуально различныя реакціи возбужденія то симпатическаго, то блуждающаго нерва. Изъ 16 такихъ случаевъ у восьми больныхъ пульсъ былъ 80—100 уд. въ мин., у пяти—учащеніе было до 80—120 уд. въ мин. и сопровождалось иррегулярностью пульса, и у трехъ—было замедленіе до 56—60 уд. въ мин. 3) При отравленіи удушливыми германскими газами—наблюдалась умѣренная тахикардія, но доходившая и до 95—100 уд. въ мин., и упорно державшаяся многіе мѣсяцы. 4) Наконецъ, у авіаторовъ во время быстрого подъема и особенно спуска пульсъ замедляется съ 75 до 50 уд. въ мин ¹⁾.

На измѣненіе пульса подѣ влияніемъ взрыва большихъ снарядовъ обратилъ вниманіе *G. Guillain*. По его наблюденіямъ артеріальное давленіе остается нормальнымъ, но часто обнаруживается, въ первые дни, иногда брадикардія, а чаще—тахикардія; пульсъ, сверхъ того, отличается неустойчивостью и легко измѣняется подѣ влияніемъ перемѣны положенія тѣла, физическихъ усилій и т. п. ²⁾.

Весьма значительное ускореніе дыханія наблюдалъ *L. Galliard* у одного истерика военного. Число дыханій доходило до 128 въ минуту, при пульсѣ 112 уд. въ мин.; при этомъ явленія диспноэ совершенно отсутствовали ³⁾.

Biscons и *R. Mercier* при истинныхъ контузіяхъ resp. коммоціяхъ, наблюдали умѣренную тахикардію ⁴⁾.

¹⁾ *L. Binet*. Le rythme cardiaque chez le soldat combattant. Presse méd. № 45. 10. VIII. 916.

²⁾ *G. Guillain*. Un Syndrome consécutif à l'éclatement des gros projectiles sans plaie extérieure. Réunion méd. de la VI armée. 4 XI. 915. Revue Neurologique. 4—5. 1916. P. 690.

³⁾ *L. Galliard*. Tachypnée hysterique chez un militaire. Bulletin de la Société méd. des Hôpitaux. de Paris. № 39—40. 30. XII. 915. Revue Neuroi. № 4—5. 1916. P. 696.

⁴⁾ *Biscons et R. Mercier*. Modifications du pouls et de la pression artérielle observées chez le soldat combattant. Académie de méd. 21. XI. 916. Presse méd. № 65, 1916. P. 536.

Pierre Menard указываетъ, что вообще у солдатъ, находящихся въ первой линіи траншеи (въ 100—150 метрахъ отъ непріятеля), существуетъ болѣе или менѣе выраженная тахикардія, а усталость и переутомленіе влечетъ въ $\frac{2}{3}$ случаевъ тахикардію и въ $\frac{1}{3}$ случ.—брадикардію ¹⁾.

Если мы подведемъ итоги литературнымъ даннымъ то увидимъ слѣдующее. Всѣ авторы, писавшіе о травматическомъ неврозѣ, единогласно отмѣчаютъ тахикардію и особенную усиленную возбудимость дѣятельности сердца, въ зависимости отъ всякаго рода внѣшнихъ условій, а часто и вовсе безъ нихъ. (*Л. О. Даркшевичъ, Л. М. Пуссенъ, Н. А. Вырубовъ, Г. Я. Трошинъ, Dejerine, Tanzi, Binet, Guillain, Biscons* и *H. Mercier, Oppenheim, Kraepelin* и др.) Брадикардія, наоборотъ, наблюдается болѣе рѣдко (*Ottolenghi* и *S. de-Sanctis, Tanzi, Binet, Guillain, Thiem* и др.); какъ правило, брадикардія встрѣчается подъ вліяніемъ шока (*Ottolenghi* и *S. de-Sanctis*) при коммоціонныхъ психозахъ первое время (*Kraepelin*), и подъ вліяніемъ утомленія (*Binet*). Еще надо упомянуть объ эмоціональной тахикардіи у сражающихся, наблюдавшейся *Mollet*. Число сердцѣбіеній при тахикардіи опредѣляется авторами въ 80—120 уд. въ мин., и только въ случаѣ *Dejerine*'а пульсъ достигалъ 160—180 уд.; при брадикардіи—56—60 уд.

Въ отношеніи пульса важно отмѣтить еще, что опредѣленная реакція тахикардіей или брадикардіей, представляется постоянной и характерной для того или другого лица.

Измѣненія дыханія значительно меньше привлекали къ себѣ вниманія. Ускореніе дыханія отмѣчали *Л. О. Даркшевичъ, Г. Я. Трошинъ, В. В. Срезневскій, Э. А. Гизз, Л. С. Аринштейнъ, Gaillard* и др. *Lewandowsky* указываетъ на ускореніе дыханія при истеріи. Число дыханій можетъ увеличиваться весьма значительно: до 52—60 дых. въ мин. (*В. В. Срез-*

¹⁾ *Pierre Menard*. Sur la pression artérielle et le pouls chez le soldat dans les tranchées. Académie de méd. 17. X. 916. Presse méd. № 58. P. 468.

невскій), до 128 (случ. *Gaillard*), отъ 60 до 130 (вышеприведенн. случ. *Н. А. Вырубова*), и даже до 180 (*Lewandowsky*). При этомъ никакихъ явленій диспноэ не обнаруживается, а пульсъ держится на 76—80 уд. въ мин. (случ. *Н. А. Вырубова*) и 112 уд. въ мин. (случ. *Gaillard*). Во время сна дыханіе приходитъ къ нормѣ (*В. В. Срезневскій, Л. С. Ариштейнъ*), при отвлеченіи вниманія частота дыханія повышается (*Н. А. Вырубовъ*).

Наблюденію было подвергнуто, включая въ это число повѣрочную серію, болѣе шестидесяти случаевъ. Сюда вошли, кромѣ основной группы, относящейся къ контузионному психоневрозу, случаи ушибовъ и отчасти легкихъ раненій, не сопровождавшихся контузійей. Эти послѣдніе случаи представляли интересъ съ точки зрѣнія сопоставленія ихъ со случаями контузионными. Изъ числа наблюденій надъ контузионнымъ психоневрозомъ для выводовъ послужили пятьдесятъ случаевъ¹⁾. Полученный цифровый матеріалъ былъ выраженъ графически въ видѣ кривыхъ. Сопоставленіе этихъ кривыхъ привело къ выдѣленію четырехъ группъ случаевъ, характеризующихся опредѣленными сочетаніями между частотой пульса и дыханія.

Первая группа.

Къ этой группѣ принадлежитъ наибольшее число случаевъ, именно—20 изъ 50 т. е. 40%. Для характеристики ея, я приведу нижеслѣдующіе случаи.

Кор—ль, 37 л., поступилъ 28. IX. 1915. Контуженъ при взрывѣ снаряда 14. IX. 1915., былъ безъ памяти часа два. Жалуются на головокруженіе, двоеніе въ глазахъ, общую слабость и боли въ ногахъ.

¹⁾ Технически наблюденіе велось слѣдующимъ образомъ. Счетъ пульса и дыханія производился въ утренніе, дообѣденные часы; при чемъ наблюдатель находился въ горизонтальномъ положеніи. Само собой разумѣется, что на состояніе сердца въ каждомъ случаѣ обращалось особое вниманіе.

Первая система: зрачки равномѣрны, реакція на св. и аком. сохранена; при конвергенціи небольшое расхожденіе глазныхъ осей; при боковыхъ положеніяхъ глазныхъ яблокъ легкія нистагмовидныя содроганія. Дермографизмъ и мышечный валикъ—не получаютъ. Брюшные, локтевые, колѣнные рефлексы въ предѣлахъ нормы. Конъюнктивальный и глоточный—получаются. Въ мышцахъ шеи небольшія сокращенія, что вызываетъ подергиванія головы.

3. X. Настроеніе подавленное, легко появляются слезы; вальд, постоянно лежитъ, очень много спитъ. 10. X. Общее состояніе тоже. Нистагмовидныхъ подергиваній не наблюдается.— Въ дальнѣйшемъ больной постепенно оправился физически и въ отношеніи общаго самочувствія, настроеніе стало бодрѣе 13. I 916. Больной былъ отправленъ для освидѣтельствованія, какъ нуждающийся въ отпускѣ.

Пультъ и дыханіе. *Пультъ.*—съ 15 по 77 день со времени контузии—между 60—80 уд. съ преимущественнымъ числомъ ударовъ около 70 и съ отдѣльными повышеніями къ 80; съ 84 по 119 день—колебанія между 60—66 уд. *Дыханіе*—съ 15 по 77 день—между 20—40 дых. съ преимущественнымъ числомъ около 30 дых. и съ частыми повышеніями до 40 дых.; съ 84 по 119 день—20—26 дых.¹⁾.

Пил—ла, 32 л. поступилъ 7. IX, 915., не слышитъ и не говоритъ; контужень, когда—не знаетъ. Въ височно-затылочной области слѣва поверхностное раненіе, подъ струпомъ. Знаками объясняетъ, что вужится и болитъ голова и болитъ животъ. Первая система: зрачки умѣренно широки, лѣвый нѣсколько шире праваго; реакція на св. и аком. сохранена. Мышечный валикъ на m. pectoral. Брюшные рефлексы, локтевые, колѣнные и ахилловы въ предѣлахъ нормального. Ромберга нѣтъ. Конъюнктивальные получаютъ, глоточный отсутствуетъ (куритъ). Передвиженіе съ открытыми глазами не нарушено. Б—ной не произноситъ ни одного слова, даже не дѣлаетъ никакихъ движеній къ произведенію звука. Выраженіе лица мрачное, лежать глубокія вертикальныя складки между бровями.

9 IX. Совершенно не реагируетъ на обращеніе къ нему, лежитъ, завернувшись въ одеяло. 10 IX. Во время визитація

¹⁾ Считаю себя обязаннымъ высказать свою искреннюю благодарность моимъ многоуважаемымъ помощникамъ Р. І. Альшинъ, М. В. Грушке и С. Н. Крогальмъ за дѣятельную помощь въ проведеніи наблюденій надъ боль-

сказалъ, что болитъ животъ. При осмотрѣ найдено надуваніе подложечной области, исчезнувшее во время осматриванія и ощупыванія. 11. IX. Вновь упорное молчаніе и недоумѣвающей взоръ при обращеніи къ нему. 12. IX. Изслѣдованіе отолога обнаружило присутствіе въ ушахъ серимен. 13—17 IX. Знаками жалуются на головную боль въ области раненія слѣва, на головокруженіе. Угрюмъ, складка между бровями въ постоянномъ напряженіи. 21. IX. Жалобы на сильную головную боль, головокруженіе, боли въ колѣняхъ. 26 IX. На письменный вопросъ о причинѣ молчанія—показываетъ на голову и придаетъ лицу болѣзненное выраженіе. Поведеніе вполнѣ правильное, пересматриваетъ и читаетъ иллюстрированный журналъ, пишетъ письма. 2. X. Знаками указываетъ, что стучитъ въ правое ухо и въ голову. 6. X. Подергиваетъ головой. На обращеніе не реагируетъ, приподнимаетъ недоумѣнно брови. 8. X. Обильный потъ (безъ измѣненія t°). 19. X. Таже замкнутость, на словесныя обращенія не реагируетъ. Жесты понимаетъ легко и правильно. Установившійся status оставался до самой выписки б—ного съ тѣмъ отличіемъ, что постепенно б—ной сталъ болѣе общительнымъ и доступнымъ, болѣе живо реагировалъ на предлагавшіяся развлеченія, но попрежнему показывалъ знаками, что ничего не слышитъ и не можетъ говорить. 12. I. 916. Б—ной былъ отправленъ для освидѣтельствованія, какъ нуждающійся въ длительномъ отпускѣ.

Пульсъ и дыханіе ¹⁾. *Пульсъ*—съ 15 до 28 дня со времени контузии—74—80 уд.; съ 22 по 40 д.—60—68 уд.; съ 40 по 69 д.—70—90 уд.; съ 73 по 136 д.—64—72 уд. *Дыханіе*.—съ 15 до 23 д.—24—36 дых.; съ по 34 д.—24—48 дых. (при постоянныхъ колебаніяхъ между этими цифрами); съ 37 по 73 день—волна подъема числа дыханій 26—34 дых.; съ 77 по 95 д.—18—20 дых.; на 99 день—подъемъ до 32 дых., послѣ чего установка 20—24 дыханія. Въ общемъ отмѣчается параллелизмъ обѣихъ волнъ пульса и дыханія, за исключеніемъ періода—для *дыханія* съ 21 по 34 д., когда волна дыханій рѣзко поднималась (см. выше), и для *пульса* съ 22 по 40 день, когда волна его наоборотъ, опускалась.

Топор—въ, 24 л., поступилъ 11. IX 915., не слышитъ, рѣчь расчлененная, отвѣчаетъ на письменные вопросы; кон-

¹⁾ Время контузии установлено мною съ приближительностью, исходя исходя изъ состоянія, времени боевъ и доставки въ Москву, что въ данный періодъ бывало на 5—6 день.

тужень разрывомъ снаряда 10. VIII. 915; былъ нѣкоторое время въ безпамятствѣ; жалуется на головную боль и головокруженіе, и боль въ подложечной области. Нервная система: Зрачки равномѣрны, реакція на свѣтъ и приспособленіе сохранена, нистагма нѣтъ. Дрожаніе вѣкъ, языка и рукъ. При открываніи рта и показываніи языка жалуется на боль подъ углами нижней челюсти. Дермографизмъ—ясный, на степени краснаго. Мышечный валикъ очень рѣзкій на m. m. biceps и pectoralis. Пучковидныя мышечныя сокращенія въ области шеи и плечъ. Брюшныя рефлексы живые. Локтевыя и колѣнныя—усилены, ахил.—сохранены. Конъюнктив.—ослабленъ, глоточный—сохраненъ. При стояніи съ закрытыми глазами—легкое поблываніе. Кисти рукъ холодны на ощупь. Тоны сердца глуховаты, границы нормальны. При обращеніи къ нему расчлененно заявляетъ: „я-нее-чуую“ (не чую—не слышу), „круужится“, съ круговымъ жестомъ надъ головой.

15—23. IX. Угнетенная мимика, вялость движеній, остается въ постели, много дремлетъ. Легко появляется эмоція грусти и тревоги—вѣки начинаютъ ускоренно мигать, краснѣютъ глаза и лицо, набѣгаютъ слезы. 24—25. IX. Начинаетъ вставать и сидѣть. Держится за голову и на вопросъ отвѣчаетъ расчлененно: „гоо-лоова боо-литъ“. 1. X. Начинаетъ немного слышать. Интересуется окружающимъ, читаетъ. 12. X. Рѣчь по прежнему рѣзко расчлененная. Глоточный рефлексъ отсутствуетъ (въ то время, какъ при поступленіи онъ былъ въ наличности): Въ дальнѣйшемъ картина установилась: слухъ сталъ получше, рѣчь нѣсколько менѣе расчлененная, высокая степень эмотивности, съ рѣзкими сосудистыми реакціями, настроеніе стало благодушнымъ съ трогательнымъ отношеніемъ къ окружающимъ. 29. XII. Б—ной былъ отправленъ для дальнѣйшаго леченія на родину.

Пультъ и дыханіе. Пультъ—съ 36 по 45 день со времени контузіи—56—90 уд.; съ 46—9 день—при среднемъ 70—72, нѣсколько подъемовъ до 80—86 уд.; съ 83 по 139 день—устанавливается между 60 и 72 уд. *Дыханіе*—съ 36 по 50 день—колебанія 18—40 дых.; съ 53—68 день—22—24 дых.; съ 73 по 139 д.—16—20 дых.

Ворон—окъ, 22 л., поступилъ 9. IX. 915, не слышитъ, но говоритъ. На письменныя вопросы отвѣчаетъ: контужень 4. IX. за Двинскомъ. Былъ обстрѣль снарядами съ зеленымъ дымомъ (газами); при разрывѣ одного изъ нихъ б-ного уда-

рило и подбросило. Былъ въ безпамятствѣ, повидимому, дня 3—4; была рвота, а потомъ—отрыжка газомъ, болѣла голова, ноги и руки. Съ тѣхъ поръ—совершенно глухъ, въ уши стрѣляетъ и дергается, бодитъ голова, руки и ноги: въ послѣднихъ слабость, передвигаться можетъ съ большимъ трудомъ и то только на костыляхъ.

Нервная система: зрачки широки, лѣвый—немного шире праваго; ослабленіе реакціи лѣваго зрачка; при конвергенціи-отхожденіе лѣваго глаза кнаружи; нистагма нѣтъ. Конъюнктив. и глоточн. рефл.—отсутствуютъ. Дермографизмъ—слабо выраженъ. Мышечн. валикъ—слабо на *m. m. pectoral.* и *biceps*. Дрожаніе вѣкъ, языка и рукъ. Брюшные—живые. Локтев.—получаются, кожные—усилены, ахилловы—получаются. Патологическихъ рефлексовъ нѣтъ. Нервные стволы къ давленію не болѣзненны, сила въ нижнихъ конечностяхъ хорошая. Кисти рукъ влажны. 10—16. IX. Жалобы на зябкость ногъ, боли въ нихъ, головокруженіе. Рѣчь расчлененно-протяжная: „ноо-ги боль-ноо боо-лять“. 17. IX. Боли въ области сердца. Настроеніе замкнутое. Слуховая проводимость черезъ воздухъ и кость совершенно отсутствуетъ. Измѣненій въ слуховомъ органѣ нѣтъ. 22. IX. Жалобы на боли въ ушахъ. 1. X. Передвигается, опираясь на костыли, при чемъ послѣдніе ставитъ впереди себя, внѣ центра тяжести тѣла; подошвами шаркаетъ по полу, на ногахъ держится крѣпко. 30. X. Тѣ-же жалобы на ноги и уши, отсутствіе психическихъ реакцій на словесныя обращенія. 1. XI. Замѣтно больше проявляетъ участіе въ окружающей жизни. Голосъ временами форсированный, обрывающійся. 15. XI. Передвигается съ костылями довольно свободно. Слухъ въ прежнемъ состояніи. 2. XI. Однообразныя жалобы: болятъ ноги, головокруженіе. 21. XII. Безъ костылей отказывается двигаться. При попыткахъ вести его за руки, валится въ сторону ведущаго, выпрямившись и не сгибая ни нижнихъ конечностей, ни туловища. 25—31. XII. Временами, при внезапныхъ обращеніяхъ удается обнаружить, что слуховыя воспріятія исключены не вполне. 5. I. 1916. Б-ной отправленъ для освидѣтельствованія, какъ нуждающійся въ отпускѣ.

Пульсъ и дыханіе. Пульсъ—11 до 39 дня со времени контузии обнаруживалъ постоянныя колебанія между 68—90 уд. въ мин.; съ 43 по 71 день между 78 и 80 уд.; съ 75 по 119 день—между 68 и 72 уд. Дыханіе—съ 11 до 43 д. по-



стоянныя колебанія въ предѣлахъ между 22 и 38 дых. въ мин., съ преобладаніемъ колебаній между 30 и 40 дыханіями; съ 51 по 63 день—24—26 дых.; съ 67 по 71 день—40 дых.; съ 75 по 119 день 18—22 дых. Можетъ быть отмѣченъ нѣкоторый параллелизмъ между ускореніемъ пульса и дыханія. Возвращеніе къ нормѣ для пульса и дыханія наступило одновременно—на 75 день.

Кис —ль, 16 л., поступилъ 27. IX. 915. Доставленъ на носилкахъ, лежитъ въ кровати, страдаетъ отъ боли въ правомъ боку, головокруженія и временами болей во всемъ тѣлѣ. Контузень взрывомъ снаряда въ голову и бокъ 13. IX. 915. Часа три былъ безъ памяти.

Нервная система: зрачки равномерны, реакція на свѣтъ и приспособленіе сохранена; дрожаніе въ вѣкахъ, горизонтальный нистагмъ при крайнихъ положеніяхъ глазныхъ яблокъ. Дермографизмъ красный. Валикъ—не получается. Брюшные рефлексы—живые. Локтевые и кожные получаютъ. Слухъ и рѣчь не нарушены.

При обследованіи праваго бока, обнаруживается рѣзкая болезненность въ области печени и припуханіе въ правомъ подреберьѣ. Со стороны другихъ внутреннихъ органовъ нарушений не отмѣчается. Больной слабъ и блѣденъ. Подниматься и двигаться не можетъ изъ за болей.

Въ дальнѣйшемъ б-ной постепенно оправился физически, боли прекратились, самочувствіе улучшилось. Нистагмъ исчезъ. 12. I. 1916 б-ной былъ отправленъ для освидѣтельствованія, какъ нуждающійся въ отпускѣ.

Пульсъ и дыханіе. Пульсъ—съ 15 по 26 день послѣ контузии—60—70 уд.; съ 29 по 77 д.—между 70—96 уд. съ значительными колебаніями; съ 81 по 93 д. 60—70 уд. Дыханіе—15 по 22 день—22—32 дых., съ значительными колебаніями; съ 29—77 день—между 20—28 дых. безъ рѣзкихъ колебаній; съ 81 по 93 д.—18—22 дыханій.

Случай, относящіеся къ этой группѣ, характеризуются слѣдующими признаками. Во всѣхъ нихъ дѣло идетъ объ истинной контузии, сопровождающейся коммоціей центральной нервной системы. Въ моментъ взрыва снаряда наступаетъ болѣе или менѣе длительная потеря сознанія, продолжающаяся часами или днями, съ послѣдующей амнезіей происшедшаго въ этотъ промежутокъ времени. Въ большинствѣ слу-

чаевъ, кромѣ обычныхъ нарушеній рефлекторной дѣятельности (усиленія сухожильныхъ рефлексовъ, потери или ослабленія рефлексовъ со слизистыхъ оболочекъ, повышенія дермографизма и проч.) имѣлась на лицо глухота или нѣмота или чаще то и другое вмѣстѣ. Признаки сотрясенія лабиринта также наблюдались нерѣдко. Душевное состояніе всегда угнетенное,—больные подавлены, вначалѣ не проявляютъ интереса къ окружающему, мимика скорбная, взоръ грустный. При обращеніи къ больнымъ, они очень легко волнуются, на глазахъ выступаютъ слезы, лицо краснѣетъ, въ мышцахъ лица появляются мелкія дрожанія. При начавшемся уже возстановленіи рѣчи, на послѣдней въ такіе моменты особенно рѣзко сказывается волненіе, или дѣлая ее совершенно невозможной, или затрудняя настолько, что она становится нечленораздѣльной¹⁾. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, даже уже при значительно подвинувшемся улучшеніи, эта повышенная эмотивность продолжается, долго и упорно держится, и достаточно часто самого ничтожнаго повода, чтобы вызвать у больныхъ состояніе сильнаго душевнаго волненія. Общее состояніе душевной напряженности, то скрытой, то такъ легко прорывающейся наружу, находитъ, повидимому, свое отображеніе и въ нарушеніяхъ пульса и дыханія. Въ отношеніе послѣднихъ для этой группы случаевъ характерно слѣдующее:

Частота *пульса* даетъ большіе размахи между 60—80 ударами въ минуту, съ отдѣльными подъемами до 90 и даже до 100 ударовъ.

Дыханіе колеблется между 20 и 40 въ мин., съ отдѣльными подъемами до 50 въ минуту.

Какъ пульсъ, такъ и дыханіе весьма неустойчивы, при чемъ оба бывають весьма значительно ускорены.

¹⁾ На разстройствахъ рѣчи я уже останавливался въ своей другой работѣ—«Клиника разстройствъ голоса и рѣчи при контузионномъ психозѣ и психо-неврозѣ», Психіатрическая Газета, № 19. 1915.

Вторая группа.

Къ этой группѣ относится 15 случаевъ, что составляетъ 30% всего числа наблюдений. Для клинической характеристики ея можно привести слѣдующіе случаи.

Проз—овъ, 21 г., поступилъ 1. V. 916. Былъ контуженъ 20. IV. 916. Жалобы на общее нездоровье, боль въ подложечной области и головокруженіе. Со стороны нервной системы: мышечный валикъ на m. biceps; кожные и сухожильные рефлексы—живые, глоточный—ослабленъ, конъюнктивальный—отсутствуетъ. Настроеніе подавленное. 7. V. Исслѣдованіе отіатра: „функции полукружныхъ каналовъ въ депрессивномъ состояніи; на вращеніе реагируетъ слабо“ (д-ръ Агѣва). Общее состояніе быстро улучшилось, и 26. V. б-ной былъ направленъ въ военно-медицинскую комиссію.

Пультъ и дыханіе за время наблюденія съ 11 по 36 день со времени контузіи. *Пультъ*—между 50 и 60, съ однократными—подъемомъ до 68 и паденіемъ до 48. *Дыханіе*—устойчиво—20—22, съ двумя подъемами до 30 32.

Вьюш—во, 21 г., поступилъ 4. X. 915. По словамъ б-ного, онъ былъ 21. IX. 915 оглушенъ при взрывѣ трехъ снарядовъ, когда сидѣлъ въ окопѣ. Потери сознанія не было. Дня четыре послѣ того стало кривить лицо. Нѣкоторое время плохо слышалъ, теперь—шумитъ въ правомъ ухѣ. Со стороны нервной системы измѣненій не отмѣчается, кромѣ явственнаго периферическаго пареза въ области нижней вѣтви праваго лицеваго нерва. Исслѣдованіе отіатра: „небольшая гиперемія рукоятки и верхней части барабанной переповки; слухъ сохраненъ; пониженіе возбудимости лабиринтовъ“ (д-ръ Агѣва). Настроеніе б-ного подавленное, самочувствіе дурное. За время пребыванія въ лазаретѣ оправился; парезъ VII п почти исчезъ; 7. XII б-ной былъ отправленъ въ военно-медицинскую комиссію.

Пультъ и дыханіе за время наблюденія съ 14 по 78 день отъ времени контузіи. *Пультъ*—около 60, съ колебаніями до 50 и 68, и однократнымъ повышеніемъ до 80. *Дыханіе*—устойчиво 18—20.

Мѣс—ила, 33 л., поступилъ 16. XI. 915. По словамъ больнаго, 13. VIII. 915 контуженъ при взрывѣ снаряда. Безъ памяти не былъ, глухимъ и нѣмымъ также. Со стороны нерв-

ной системы: глоточный рефлексъ получается только съ задней стѣнки, конъюнктивальный—отсутствуетъ; слухъ слегка пониженъ; въ остальномъ безъ измѣненій. Подавленность и плохое самочувствіе. 26. XI. Исслѣдованіе отитра: otitis med. catarrhal. d. et media purul. sin. Общее самочувствіе постепенно улучшается, и 19. XII. 915 б-ной былъ отправленъ въ военно-медицинскую комиссію.

Пульсъ и дыханіе—наблюденіе съ 127 по 175 день послѣ контузіи. *Пульсъ*—устойчивъ между 58 и 62. *Дыханіе*—устойчиво между 18 и 20.

Чернов—ковъ, 23 л., поступилъ 7. IX. 915. Не слышитъ, говорить, рѣчь не нарушена. Былъ контуженъ и засыпанъ землей при взрывѣ снаряда 30. XIII. 915 былъ безъ памяти. Жалобы на головокруженіе, головную боль и боли въ ногахъ. Нервная система: лѣвый зрачекъ шире, реакція на свѣтъ и акком. сохранена; дрожаніе въ вѣкахъ; лѣвая глазная щель шире, закрываніе слабѣе; нистагмъ при боковыхъ положеніяхъ, болѣе выраженный при поворотѣ глазъ вправо. Конъюнктивальный рефлексъ отсутствуетъ. Дрожаніе въ языкѣ. Глоточный рефлексъ—отсутствуетъ. Дермографизмъ—слабо. Мышечный валикъ—на m. m. bicipes и pectoral. Кожные рефлексы—живые, сухожильные—норма. Обильное потоотдѣленіе. Состояніе общей психической задержки, вялость, неподвижность, безучастное отношеніе къ окружающему.

27—28. X. Сталъ немного слышать. Общее состояніе совершенно однообразное. Исслѣдованіе уха, произведенное проф. Л. И. Свержевскимъ, дало отрицательный результатъ. Постепенно слухъ и рѣчь возстановились, связанность прошла, б-ной сталъ работать. 7. XII. 915 б-ной былъ отправленъ для освидѣтельствванія въ военно-медицинскую комиссію.

Пульсъ и дыханіе—за время наблюденія отъ 44 до 93 дня со времени контузіи. *Пульсъ*—все время устойчивъ между 60 и 64. *Дыханіе* до 47 дня—колебанія, поднимающіяся отъ 20 въ 36 дых., послѣ чего устойчиво; съ 51 по 63 д. 20 дых., и съ по 93 д.—18 дых.

Гул—ко, 36 л., поступилъ 9. X. 915. По словамъ больного, контуженъ 4. X. 915. По словамъ больного, контуженъ 4. X. 915. при разрывѣ снаряда, съ часъ былъ безъ сознанія. Глухоты и нѣмоты не было. Жалуются на головную боль, трясеніе въ тѣлѣ и изрѣдка головокруженіе. Со стороны нервной системы ничего патологическаго. Настроеніе нѣсколько

ко подавленное, самочувствіе плохое. За время пребыванія въ лазаретѣ совершенно оправдился, и 5. I. 916 былъ выписанъ въ команду выздоравливающихъ.

Путь и дыханіе—за все время наблюденія, съ 6 по 89 день послѣ контузіи, держались устойчиво: *пульсъ* 60—70, *дыханіе* 18.

Во всѣхъ случаяхъ, принадлежащихъ къ этой группѣ, мы также имѣемъ дѣло съ истинной контузіей, въ основѣ которой лежитъ коммоція. Послѣдняя подтверждается частью глубокими нарушеніями сознанія, съ послѣдующими амнезиями, частью пораженіями лабиринта, съ депрессивнымъ состояніемъ функций полукружныхъ каналовъ. Со стороны нервной симптоматологіи страданіе выражалось обычными симптомами, ни въ чемъ не отличающимися отъ перечисленныхъ при описаніи первой группы. Но общее душевное состояніе больныхъ было нѣсколько иное. Кромѣ подавленнаго настроенія, здѣсь была общая и душевная и двигательная связанность. Больные подолгу оставались малоподвижными, совершенно безучастно относились къ окружающему, мало были доступны для попытокъ общенія съ ними. Эмотивности, столь характерной для первой группы, вовсе не удавалось отмѣтить ни на высотѣ болѣзни, ни въ періодъ выздоровленія.

Въ отношеніе пульса и дыханія для этой группы свойственно:

Путь держится около 60 ударовъ въ минуту, съ небольшими колебаніями къ 50—70 уд. въ минуту.

Дыханіе устойчиво—18—20—22 въ минуту.

Иначе говоря, пульсъ замедленъ, дыханіе—приблизительно, около нормы.

Третья группа.

Въ эту группу входитъ 11 случаевъ, или 22% всѣхъ наблюденій. Представленіе о клинической картинѣ могутъ дать слѣдующіе случаи.

Гущ—ивъ, 34 л., поступилъ 1. X. 915. По показанію больного, его контузило воздухомъ и завалило землей при

взрывъ снаряда 24. IX. 915. Не слышитъ и не говоритъ. Объясняется письменно (хорошо грамотный). Со стороны нервной системы: дрожаніе въ обѣихъ рукахъ, стихающее при движеніяхъ, почеркъ ровный и четкій; дрожаніе прекращается также при отвлеченіи вниманія; глоточный рефлексъ пониженъ, получается только съ задней стѣнки глотки; конъюнктивальный—отсутствуетъ; походка неувѣренная, передвигается, придерживаясь за кровать изъ-за головокруженія; послѣ ходьбы (около 15 шаговъ)—п. 90 и сильный потъ. Настроеніе тревожное и угнетенное. Въ области мягкихъ частей лопатки и плеча сирава кожные рубцы—послѣдствіе раненія. 6. X. Сталь слышать звонокъ въ обѣду, рѣчь отсутствуетъ. 8. X. Дрожаніе преимущественно въ правой рукѣ. Подаль врачу записку: „что со мной случается, часто я пугаюсь, какъ будто падаю въ какую то яму, на глаза находятъ туманное облако, дѣлается темно; когда пройдетъ, все помню; не могу я управлять языкомъ; когда молитву поютъ, въ ухахъ у меня, какъ раскаты грома; только чуть слышу звонокъ“. 10—16. X. Постепенное улучшеніе слуха, слышитъ и разбираетъ слова. Исслѣдованіе отіатра: „Барабанная перепонка нормальна. При калоризаціи правое ухо возбуждено отъ 90 в. с. воды 25° С., лѣвое—отъ 145 в. с.. Функция голосовыхъ связокъ сохранена, могъ произнести 1. Диагнозъ: aphasia hysterica (д-ръ Агѣва). 17. X. Начинаетъ говорить—типичная расчлененная рѣчь. Въ дальнѣйшемъ постепенное возстановленіе слуха и рѣчи. 7. XI. 6-ной выбылъ для дальнѣйшаго леченія на родинѣ.

Пульсъ и дыханіе—наблюденіе въ теченіе съ 8 по 42 день отъ времени контузии. *Пульсъ*: 80 уд. съ колебаніями послѣ 25 дня между 66 и 82; *дыханіе*—все время между 18 и 20.

Ипол—товъ, 38 л., поступилъ 17. IX. 915. Контуженъ 7. IX. 915 при взрывѣ одного за другимъ двухъ снарядовъ. Кратковременное безпамятство. Жалобы на боли въ головѣ, ногахъ. Передвигается, держась руками за поясицу отъ болей. Въ конъюнктивѣ праваго глаза кровоподтекъ. Зрачки равномѣрны, реакція на свѣтъ и акком. сохранена. Дрожаніе въ вѣкахъ и языкѣ. Дермографизмъ—выраженъ слабо. Мышечный валикъ—на m. biceps. Кожные и сухожильные рефлексъ—норма. Глоточный ослабленъ, получается только съ задней стѣнки; конъюнктивальный отсутствуетъ. При напряженныхъ поворотахъ глазъ въ стороны—небольшія нистагмо-

видныя подергиванія. Парезъ праваго лицеваго нерва, въ области нижней вѣтви. Самочувствіе плохое, настроеніе тревожное и подавленное. За время пребыванія въ лазаретѣ, появились еще боли въ зубахъ, но послѣдніе, по изслѣдованію зубнаго врача оказались здоровыми, и какъ на источникъ болей было указано на общее состояніе. Въ дальнѣйшемъ больной началъ быстро оправляться, и 11. X. 915 былъ направленъ въ военно—медицинскую комиссію.

Пулсз и дыханіе за время наблюденія съ 12 по 33 день отъ времени контузіи. *Пулсз*—колебанія между 60 и 80, съ двумя подъемами до 86 и 90. *Дыханіе*—18 20, съ подъемомъ въ первый день наблюденія до 38, и въ два послѣдующіе дня—до 24.

Шум—да, 21 г., поступилъ 24. IX. 915. Контужень 19 или 20. IX. 915. Было безпамятство. Не слышитъ и не говорить. Знаками жалуется на головную боль и головокруженіе. Со стороны нервной системы: зрачки равномѣрны, реакція на свѣтъ и акком. сохранена, нистагма нѣтъ; конъюнктив. рефлексъ слѣва—ослабленъ, справа—отсутствуетъ; глоточный также не обнаруживается. Самочувствіе плохое, настроеніе подавленное, тревожное. Въ остальномъ—норма. Съ 5. X. началъ появляться голосъ—сильный, высокой, едва слышимый. Изслѣдованіе отіатра дало отрицательный результатъ (д-ръ Познанская). 20. X. На лѣвое ухо слышитъ, голосъ—по прежнему. 13. XI. Голосъ чище и звучнѣе; слышитъ обоими ушами; общее состояніе нѣсколько лучше. 14. XI. Носовое кровотеченіе. 2 и 9. XII. кратковременное обморочное состояніе съ послѣдующимъ носовымъ кровотеченіемъ. Дальнѣйшее улучшеніе остановилось, и 7. I. 916 б-ной былъ отправленъ для освидѣтельствванія въ военно—медицинскую комиссію.

Пулсз и дыханіе за время наблюденія съ 5 по 108 день послѣ контузіи. *Пулсз*—колебанія между 60 и 80. *Дыханіе*—18—20, съ однократнымъ подъемомъ на 8 день до 26 и паденіемъ на 25 день до 14.

Случаи, входящіе въ эту группу, также имѣютъ въ своей этиологіи истинную контузію, теср. коммоцію. Нервная симптоматологія ихъ, естественно, ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ описаннаго выше. Въ отношеніи психическаго состоянія у больныхъ должно отмѣтить тревожность и беспокойство, которыя, однако, мало проявляются во внѣ, и боль-

ные переживаютъ ихъ внутри себя, на внѣшній взглядъ представляя явленія подавленности и задержки.

Измѣненія частоты пульса и дыханія, характерныя для этой группы, будутъ слѣдующія:

Пульсъ колеблется между 60—80 ударами въ минуту, изрѣдка давая отдѣльный подъемъ за 80.

Дыханіе держится на 18—20 въ мин., изрѣдка—отдѣльные подъемы до 24—26 дыхат. движеній въ минуту.

Такимъ образомъ, здѣсь можно отмѣтить значительную возбудимость пульса, при относительной устойчивости дыханія, рѣдко выходящаго изъ границъ нормальнаго.

Четвертая группа.

Къ этой группѣ относятся четыре наблюденія, т. е. 8% — изъ всего числа случаевъ. Изъ нихъ я приведу два, наиболѣе характерныхъ и болѣе долгое время пробывшихъ подъ наблюденіемъ.

Туча—во, 37 л., поступилъ 11. IX. 915., слышитъ немного на правое ухо; сообщаетъ, что 26. VIII. 915 былъ контуженъ при взрывѣ саряда и засыпанъ землей. Былъ нѣкоторое время въ безпамятствѣ, шла горломъ кровь, была вторная рвота; жалуются на сильное головокруженіе, стрѣляющія боли въ ушахъ, боль въ правой половинѣ головы, особенно подъ угломъ челюсти справа; прикосновеніе въ послѣднимъ мѣстамъ болѣзненно; чувствуетъ также боли въ правой половинѣ тѣла и въ ногахъ; изъ-за болей въ послѣднихъ трудно стоять и передвигаться; при ходьбѣ слегка опирается на костыли. Жеваніе болѣзненно вслѣдствіе того, что при этомъ колетъ въ уши.

Нервная система: зрачки равномѣрны, реакція на свѣтъ и акком. сохранена; дрожаніе вѣкъ и языка. Дермографизмъ ясный. Мышечный валикъ на *m. biceps*, болѣе выраженный слѣва. Кожные—живые. При прикосновеніи рукой въ кожу рукъ большого, въ послѣднихъ появляются общія подергиванія. Локтевые—получаются. Колѣнные живые, справа—сильнѣе. Конъюнктивальн.—отсутствуютъ, глоточный—пониженъ (получается только съ задней стѣнки) 15—17. IX. Сильное

головокруженіе—вращеніе предметовъ вправо. При крайнихъ положеніяхъ глазныхъ яблокъ, влѣво или вправо, головокруженіе усиливается. 18. IX. При произношеніи словъ замѣтенъ слегка носовой оттѣнокъ. 19—22. IX. Боли меньше, головокруженіе также. 28. IX. Жалобы на боли въ правомъ ухѣ. 30. IX. Изслѣдованіе отолога: втяженіе и помутнѣніе барабанныхъ перепонокъ; сильное пониженіе слуха на высокой и низкой топъ слѣва, справа слухъ сохраненъ; явленія otitis media catarrhalis. 8. X передвигается по-прежнему съ востылями, слегка на нихъ опираясь; жалуется на боли. 10. X. Рѣчь правильная, тихая; слышитъ хорошо. Испытываетъ неприятное ощущеніе при поворотѣ глазъ влѣво. 15—25. X. Боли меньше. Настроеніе остается подавленнымъ и склоннымъ въ жалобамъ. Установился status, въ которомъ 6 вой оставался до выписки изъ лазарета 7. XII. 915.

Путь и дыханіе. Пульсъ—съ 20 до 61 дня со времени контузии—колебанія между 40 и 60 ударамъ; съ 65 до 104 д. между 50 и 60 уд.; какъ въ первомъ періодѣ, такъ, особенно, во второмъ колебанія носятъ плавный, волнообразный характеръ, съ отдѣльными подъемами только въ началѣ перваго періода; съ 93 дня пульсъ устанавливается на 60 ударъ. Дыханіе—съ 20 до 61 дня—рѣзкія колебанія между 20 и 38 дых., при пикней границѣ чаще всего въ 24 дых.; съ 65 до 104 дня—между 20 и 28 дых.; съ 89 дня дыханіе устанавливается на 22—24 дых.

Б—ловъ, 34 л., поступилъ 15. IX 1915, не слышитъ и не говоритъ, письменно сообщаетъ, что былъ дважды въ одинъ день 4. IX. 1915 контуженъ въ бою подѣ Каменкой; былъ въ безпамятствѣ, были кровотеченіе изъ носа, рвота, кровохарканіе три дня; теперь: тошнота, головная боль, головокруженіе, боль въ подложечной области и ломота во всемъ тѣлѣ. „Не можетъ слышать—слышенъ одинъ звукъ, а словъ не разобратъ—шумъ въ головѣ“. На вопросъ почему не говоритъ: „не могу самъ знать“.

Нервная система: зрачки равномѣрны, реакція на свѣтъ и акком. сохранена, при отведеніи глазныхъ яблокъ вправо—неприятное ощущеніе—„глаза больно“—съ симптомомъ *Захарченко*. Ковьюнтив. и глоточный рефлексъ—понижены. Дермографизмъ—красный, ясно выраженъ. Мышечный валикъ на m. biceps. Брюшные—получаются; локтевые и колѣнные повышены; ахилловы получаютъ; періостальные—также. Дро-



жаніе вѣкъ и пальцевъ рукъ. При закрываніи глазъ въ сидячемъ положеніи—шатается и отклоняется назадъ, при стояніи—тоже, съ наклономъ падать назадъ. Рѣчь только писменная, но совершенно правильная. Слухъ—слышаніе звуковъ, безъ различенія словъ. Общая психическая подавленность и чувство нездоровья.

17. IX. На вопросъ: „лѣвое ухо слышитъ немного“; при этомъ произноситъ рѣзко расчленяя: „вне-ммогу“. Удастся узнать, что ударило при разрывѣ снаряда съ правой стороны; 18—19. IX. Лѣвымъ ухомъ начинаетъ слышать лучше. Жалуются на боли въ правомъ ухѣ. Рѣчь выравнялась. 20. XI. Исслѣдованіе отолога: „втяженіе и помутнѣніе барабанной перепонки въ значительной степени; лабиринтъ не поврежденъ; слуховая функція на правое ухо ослаблена вслѣдствіе контузіи“. (Назначено продуваніе). 21—22. IX. Улучшеніе слуха и восстановленіе рѣчи. Общее состояніе также лучше. 25 IX. Отправленъ на комиссію, какъ нуждающійся въ отпускѣ.

Пульсъ и дыханіе. *Пульсъ*—съ 12 до 15 дня времени контузіи въ предѣлахъ отъ 62 до 64 уд. въ мин.; съ 16 до 19 дня—отъ 68 до 71 уд.

Дыханіе—съ 12 до 17 дня—отъ 26 до 32 дх. въ мин.; съ 18—19 дня—24 дх.

Всѣ четыре случая несомнѣнно принадлежать къ контузионнымъ страданіямъ и при томъ довольно тяжелымъ. Общія нервные симптомы—тѣ же, что и въ предшествующихъ группахъ. Со стороны психической—рѣзкая душевная подавленность, сильно выраженное чувство общаго нездоровья, и многочисленныя жалобы, въ особенности на болевья ощущенія. Въ виду незначительности числа случаевъ приходится ограничиться только констатированіемъ наблюдающихся въ этой области явленій. Условно, пожалуй, настроеніе больныхъ можно опредѣлить, какъ ипохондрическое.

Въ этихъ случаяхъ наблюдались слѣдующія измѣненія въ пульсѣ и дыханіи:

Пульсъ даетъ сильныя колебанія между 40—60 ударами въ минуту.

Дыханіе держится около 30 (между 24—36) въ мин., съ подъемами за 40 и рѣдкимъ паденіемъ къ 20 въ минуту.

Какъ пульсъ, такъ и дыханіе представляются мало устойчивыми, при этомъ пульсъ явно замедленъ, дыханіе, наоборотъ,—ускорено.

Всѣ случаи, послужившіе предметомъ наблюденія, какъ указывалось уже выше, относятся къ страданіямъ, которыя стоятъ въ связи съ истинной контузией, герр. коммоціей центрального нерваго органа. Поэтому и всѣ выводы, которые могутъ быть сдѣланы, имѣютъ въ виду только эту категорію страданій, и на большее не рассчитываютъ. Центральнымъ вопросомъ, который привлечъ вниманіе, были измѣненія частоты пульса и дыханія; нарушенія въ этой области и послужили исходной точкой для группировки и клинической характеристики наблюденій. Въ томъ и другомъ отношеніи удалось придти къ достаточно опредѣленнымъ выводамъ и заключеніямъ.

Прежде всего, можно установить четыре различныхъ типа измѣненій частоты пульса и дыханій:

Типъ А. Пульсъ неустойчивъ и даетъ рѣзкія колебанія (между 60—80), съ высокими подъемами (90—100). Дыханіе—также сильно учащено (между 20—40) съ высокими подъемами (50).

Типъ Б. Пульсъ замедленъ (около 60), устойчивъ, лишь небольшія колебанія кверху и внизу (50—и 70). Дыханіе—почти нормально, устойчиво (18—22).

Типъ В. Пульсъ—значительныя колебанія (60—80) безъ высокихъ подъемовъ. Дыханіе—замѣтно ускорено и также устойчиво (колебанія отъ средней 30, въ обѣ стороны къ 20 и 40).

Каждый изъ этихъ типовъ, какъ мы показали, имѣетъ свою психіатрическую характеристику. Въ короткихъ словахъ это можно резюмировать такъ:

Больные, принадлежащіе къ типу А., обнаруживаютъ усиленную эмотивность, которая рѣзко и легко проявляется во внѣ.

Больные типа Б. представляют явленіе душевной задержки и связанности.

Больные типа В. при общей связанности и задержкѣ обнаруживают внутреннюю ажитированность и тревожливость чувствованія.

Больные типа Г. характеризуются усиленной эмотивностью съ ипохондрическимъ настроеніемъ.

Для всѣхъ четырехъ группъ свойственна общая подавленность, депрессивная окраска настроенія.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, поскольку можно судить по случаямъ какъ непрерывно проведеннымъ въ теченіе отъ 1 до 6—8 мѣсяцевъ, такъ по поступившимъ подѣ наблюденіе спустя годъ и болѣе послѣ перенесенной контузии, выравниваніе частоты пульса и дыханія до нормы, наступаетъ въ весьма различные промежутки времени. Такъ, для случаевъ, прямо поступившихъ подѣ наше наблюденіе, въ среднемъ ¹⁾ оно наступило на 75—77 день болѣзни, считая начало послѣдней отъ момента контузии. вмѣстѣ съ тѣмъ нельзя не отмѣтить, что колебанія въ срокѣ выравниванія очень значительны. Въ нашихъ случаяхъ оно дало колебанія отъ 22 до 93 дни. Но наряду съ этимъ мы видимъ случаи, въ которыхъ и по прошествіи почти полутораголичнаго срока выравниваніе не наступало.

Обычно, эти затяжные случаи относились къ первой и четвертой группамъ. Къ этому можно прибавить, что вообще обѣ эти группы, дающія болѣе рѣзкую реакцію въ отношеніе нарушеній сердцебіенія и дыханія, также представляющіе болѣе тягостную картину по невротическимъ симптомамъ, въ отношеніи прогноза должны считаться болѣе тяжелыми.

Возникаетъ вопросъ, имѣютъ ли описанныя имѣненія пульса и дыханія какія либо специфическія особенности и отъ чего можетъ зависѣть разница сердечныхъ и дыхатель-

¹⁾ Методъ средняго вѣроятнаго.

ныхъ реакцій въ отдѣльныхъ случаяхъ. Что касается вообще измѣненій частоты пульса и дыханія, то они, какъ видно и изъ приведенной литературы, представляютъ весьма перѣдко явленіе, какъ при состояніяхъ повышенной эмоціональности такъ и при общихъ неврозахъ, но не были ни въ томъ, ни въ другомъ случаѣ подвергнуты систематическому изученію. Мои личные наблюденія въ этой области также не многочисленны, и я могу сослаться только на нѣсколько наблюденій надъ общими (не контузионными) психозами, въ которыхъ я наблюдалъ тѣ-же соотношенія и измѣненія въ частотѣ пульса и дыханія, что и описанныя мною при контузионныхъ психоневрозахъ. ¹⁾ Точно тоже можно сказать и о дальнѣйшемъ теченіи болѣзненнаго состоянія въ отношеніе пульса и дыханія и отсутствія ихъ выравниванія въ затяжныхъ случаяхъ. Такимъ образомъ, вопросъ о специфичности описываемыхъ измѣненій въ частотѣ пульса и дыханія и ихъ характерности исключительно для контузионнаго психоневроза, какъ мнѣ кажется, долженъ быть оставленъ открытымъ, впредь до появленія систематически проведенныхъ наблюденій надъ общими неврозами.

На второй вопросъ отвѣтить еще болѣе трудно. Въ самомъ дѣлѣ, если мы обратимся къ сердечнымъ и дыхательнымъ реакціямъ на эмотивныя переживанія, то увидимъ, какъ онѣ могутъ быть разнообразны и измѣнчивы. Сердечныя реакціи изучались гораздо больше и на нихъ интересно остановиться подробнѣе. Вотъ что мы читаемъ у проф. *В. Я. Данилевскаго*²⁾ въ главѣ о вазомоторныхъ рефлесахъ: „Совершенно особое мѣсто занимаетъ психо-рефлекторное вліяніе на вазомоторные центры импульсовъ, исходящихъ изъ большихъ полушарій мозга, именно изъ корковыхъ его центровъ. Таковыя

¹⁾ На ряду съ этимъ могу указать, что при ушибахъ и легкыхъ (поверхностныхъ) раненіяхъ, нарушеній частоты пульса и дыханія, поскольку можно судить по цѣлому ряду наблюденій, не наблюдается.

²⁾ Проф. *В. Я. Данилевскій*. Физиологія человека. Т. I. 1913. С. 381.

эмоціональныя или аффе́ктомоторныя ¹⁾ вліянія на давленіе крови и вообще кровото́къ могутъ быть самыя разнообразныя... Эти вліянія тѣмъ болѣе интересны, что результаты искусственныхъ раздраженій различныхъ частей корки большаго мозга въ извѣстной степени совпадаютъ съ тѣми измѣненіями, которыя наблюдаются въ естественныхъ условіяхъ эмоцій и аффектовъ.—Подъ вліяніемъ *эмоціи удовольствія* чаще всего наблюдается замедленіе сердцебіеній, а при неудовольствіи—учащеніе; но у разныхъ лицъ, подъ вліяніемъ условій индивидуальности, это замѣтно измѣняется... Съ другой стороны, замѣчено, что вообще эмоціи и аффекты *стеническаго* (возбуждающаго) характера сопровождаются усиленіемъ и учащеніемъ сердцебіенія, и *астеническаго* (подавляющаго) свойства--ослабленіемъ ихъ... Эмоціональныя измѣненія пульса человѣка во многомъ являются результатами индивидуальныхъ условій со стороны сердца, такъ какъ они зависятъ отъ состоянія тонуса центра n. vagi во время эмоціи: у людей съ ослабленнымъ тонусомъ эмоція всего чаще вызываетъ *учащеніе* пульса, что въ свою очередь, вслѣдствіе центростремительныхъ импульсовъ изъ сердца въ большой мозгъ отражается извѣстнымъ образомъ на настроеніи, на ходѣ представленій и т. п., „Нужно также обратить вниманіе, что, у человѣка напряженіе, сосредоточеніе вниманія, даже, повидимому, безъ участія чисто эмоціональнаго возбужденія, вызываетъ замедленіе пульса“. Въ связи съ отмѣченной у нашихъ больныхъ (особенно первой группы) подвижностью сосудовъ лица, нельзя не напомнить, что „вазомоторныя центры вообще легко и быстро участвуютъ въ эмотивной инверсаціи какъ частичное выраженіе ощущеній; особенно подвижна и разнообразна вазомоція кожи лица, конъюнктивы, уха даже шеи у нѣкоторыхъ субъектовъ, подъ вліяніемъ различныхъ эмоцій и аффектовъ“.

¹⁾ Разбивка вездѣ В. Я. Данилевскаго

Для уясненія и освѣщенія вопроса, я приведу еще одинъ заключительный отрывокъ, заимствованный у *В. Я. Данилевскаго*“. Въ общемъ итогѣ слѣдуетъ признать слѣдующее. Какъ наблюденіе надъ человѣкомъ во время эмоцій, такъ и опыты надъ животными, показываютъ, что вліяніе большого мозга, въ частности корки, на сердце и сосуды проявляются весьма разнообразно и нерѣдко даже съ переменнымъ характеромъ у одного и того же субъекта въ разное время: въ однихъ случаяхъ наблюдается замедленіе сердцебіенія съ рѣзкимъ увеличеніемъ систолической энергіи и повышеніемъ артеріальнаго давленія, въ другихъ замедленіе но съ депрессіей энергіи сердца и напряженія сосудовъ: въ третьихъ—учащеніе съ такою же депрессіей или, наоборотъ, съ поднятіемъ давленія крови и т. п. Если въ этому прибавить, что вазомоторныя явленія могутъ еще различествовать въ разныхъ частяхъ тѣла, что упомянутые эффекты могутъ смѣняться другъ другомъ въ теченіе одного и того же „центрального процесса „въ коркѣ, но станутъ понятнымъ многообразіе пресорныхъ и депресорныхъ кардіо-вазомоторныхъ рефлексовъ“¹⁾.

Что касается вліянія корки большихъ полушарій на дыхательныя движенія, то „подъ вліяніемъ воли и различныхъ эмоцій происходятъ чрезвычайно разнообразныя измѣненія дыхательныхъ движеній по числу, ритму, характеру глубинѣ и т. п., начиная съ судорожнаго длительного выдыханія до сильно учащеннаго поверхностнаго дыханія и до полного паралича въ теченіе многихъ секундъ“²⁾. Аналогичныя эмоціональнымъ, какъ показали *В. Я. Данилевскій* и *М. Лавриновичъ*, измѣненія наблюдаются и при раздраженіи корки большого мозга.

Приведенныя цитаты показываютъ насколько сложны и многообразны психическія сердечныя и дыхательныя реакціи и при физиологическихъ условіяхъ. Особенно важны резюмирующія положенія относительно сосудисто-сердечныхъ измѣненій подъ вліяніемъ переживаемыхъ эмоцій. Изъ нихъ яв-

¹⁾ *В. Я. Данилевскій. Ibid. С. 382.*

²⁾ *В. Я. Данилевскаго. Ibid. С. 513.*

ствуетъ, что очень многое въ этомъ вопросѣ пуждается въ дальнѣйшемъ выясненіи. Для объясненія многихъ явленій, какъ въ области сердечныхъ, такъ и дыхательныхъ психорефлексовъ, приходится ограничиваться указаніемъ на громадное вліяніе на характеръ реакціи индивидуальных особенностей, индивидуальнаго состоянія даннаго момента и т. п.

Разъ такъ дѣло стоитъ въ физиологіи, то тѣмъ съ большими трудностями приходится встрѣчаться въ патологіи. Поэтому и отвѣтъ нашъ на второй вопросъ о причинахъ разнообразія сердечныхъ и дыхательныхъ реакцій въ выдѣленныхъ нами группахъ случаевъ можетъ быть дано только въ общей формѣ и въ согласіи съ данными физиологіи. На это разнообразіе реакцій надо смотрѣть какъ на результатъ индивидуальных особенностей тѣхъ или иныхъ организацій.

Къ этому вопросу тѣсно примыкаетъ другой, не менѣе интенсивный вопросъ, о томъ, чѣмъ обуславливается и разнообразіе психическихъ картинъ, въ которыхъ вырисовывается психоневрозъ въ отдѣльныхъ случаяхъ. Здѣсь также приходится высказать предположеніе о значеніи индивидуальности, которая накладываетъ свой отпечатокъ на то или другое сочетаніе болѣзненныхъ психоневротическихъ проявленій ¹⁾.

Приношу искреннюю благодарность глубокоуважаемому проф. В. Ж. Курсовъ *Л. Г. Сверхжевскому*, д-ру *Аигевой*, д-ру *Познанской* д-ру *Половой* за ихъ столь цѣнную для меня помощь, выразившуюся въ обследованіи больныхъ со стороны страданія уха и горла.

¹⁾ Интересную постановку этому вопросу даетъ *Л. М. Розенштейнъ* въ недавно появившейся статьѣ «Къ познанію и психопатологіи контуженныхъ» [Соврем. Псих., 1916, № 9—10, С. 470]. Онъ разсматриваетъ ту часть контуженныхъ психозовъ, при которой не было коммоціи, какъ реакцію психического организма на переживанія войны. Отсюда и предлагаемое имъ названіе «реакціонный психозъ». Къ сожаленію, окончанія статьи еще нѣтъ.



Одеревенѣлость позвоночника.

(Посвящается академику В. М. Бехтереву)

Прив.-доц. В. И. Руднева,

директора Саратовской Губернской психіатрической лѣчебницы ¹⁾.

Описаніе въ 1892 г. *Бехтеревымъ* ²⁾ особой клинической формы заболѣванія позвоночника и его соображенія относительно механизма, этиологии и патогенеза одеревенѣлости способствовали тому, что невропатологи обратили особенное вниманіе на эту форму, и появилось много наблюденій ея, болѣе клиническаго, чѣмъ патологоанатомическаго характера.

Однако послѣдующія клиническія наблюденія и патологоанатомическія находки учениковъ *Бехтерева* и другихъ авторовъ значительно измѣнили первоначальную картину, нарисованную *Бехтеревымъ* и толкованіе имъ патогенеза этой формы. Одинъ авторъ (*Шайкевичъ*) ³⁾ говоритъ, что мышечной атрофіи при ней можетъ и не быть, а между тѣмъ было мнѣніе, что именно отъ слабости мышцъ искривляется позвоночникъ.

¹⁾ Прочитано въ научномъ засѣданіи врачей Саратовской психіатрической лѣчебницы.

²⁾ Бехтеревъ. Одеревенѣлость позвоночника съ его искривленіемъ. Врачъ 1892 г. Бехтеревъ. Одеревенѣлость позвоночника, какъ особая форма заболѣванія. Невропат. наблюденія, изд. 1910 г.

³⁾ Шайкевичъ. Къ ученію объ одеревенѣлости позвоночника. Врачъ 1899 г.

Другой (*Marie*) ¹⁾ убѣдился, что чувствительныхъ разстройствъ можетъ совсѣмъ не наблюдаться и, слѣдовательно, не обязательно воспаленіе мягкой или твердой спинномозговой оболочки, вызывающее эти разстройства.

Третій (*Голантъ*) ²⁾, что межпозвоночные хрящи атрофируются, истончаются, окостенѣваютъ и потому позвонки сливаются, а четвертый (*Зубовъ*) ³⁾, что хрящи безъ особыхъ измѣненій и позвонки не сливаются. Нѣкоторыя патологоанатомическія наблюденія (*Трошинъ*) ⁴⁾ указали, что позвоночникъ подвиженъ, не анкилозированъ, но измѣнены кости, которыя стали мягкими.

При знакомствѣ съ литературой одеревенѣлости позвоночника, начиная съ 1-ой работы Бехтерева и кончая его послѣдней работой, видна разница во взглядахъ какъ на главные признаки болѣзни, такъ на патогенезъ ея и сущность. Напр., въ началѣ анкилозу позвонковъ было придано второстепенное значеніе, какъ вторичному или даже третичному явленію: парезъ мышцъ, атрофія хрящей, сліянiе позвонковъ, вслѣдствіе чего анкилозъ; потомъ анкилоза позвонковъ и совсѣмъ не требовалось.

Относительно патогенеза въ началѣ было высказано, что онъ отличается отъ патогенеза при *spondylose rhizomélique Marie*, и д-ръ *Трошинъ* отнесъ форму *Бехтерева* къ въ нейропатическимъ, такъ какъ въ своемъ случаѣ онъ не нашелъ анкилоза и центръ тяжести болѣзни перенесъ на мягкость костей. При такомъ положеніи давныхъ, касающихся одеревенѣлости позвоночника, немудрено, что проф. *Г. И. Тур-*

¹⁾ Marie et Astie. Sur un cas de cyph. heredo—traumat. Press. med. 1898.

²⁾ Голантъ. Къ вопросу о неподвижности позвоночника. Русскій врачъ 1913 г. № 29 стр. 1030.

³⁾ Зубовъ. Патологическая анатомія при «одеревенѣлости позвоночника». Обзорніе псих. 1907 г. стр. 537.

⁴⁾ Трошинъ. Патологическая анатомія невроп. спондилоза. Врачъ 1903 г. № 19—21.

нерз¹⁾ не могъ себѣ создать ясной картины одревенѣлости позвоночника типа *Бехтерева*. Причину этого я надѣюсь разъяснить въ дальнѣйшемъ, сказавъ заранѣе, что въ описаніяхъ формы *Бехтерева* авторами въ сущности смѣшивались двѣ клиническихъ картины: 1) одревенѣлость позвоночника типа *Бехтерева* и 2) тугоподвижность позвоночника, симулирующая первую. Этому смѣшенію отчасти способствовалъ и самъ *Бехтеревъ*²⁾, заявивъ, что онъ отказался отъ первоначальнаго взгляда на природу пораженія, и какъ въ 1897 г., такъ и теперь полагаетъ, что описанная имъ форма представляетъ одно и тоже страданіе, что и *arthritis deformans*, но въ доказательство этого, собственно, имъ ничего не приведено и *arthritis deformans* по выраженію проф. *Турнера* остается все таки еще таинственной болѣзнию. Съ точки зрѣнія невропатологовъ³⁾ онъ причисляется къ трофоневрозамъ, и еще недостаточно выяснено, представляется ли онъ тождественнымъ формамъ *Бехтерева* и *Strümpelle-Marie*. На основаніи деструктивныхъ, обезображивающихъ явленій при *arthritis deformans* я, лично, болѣе склоненъ думать, что при *arthritis deformans* имѣется особый, специфическій процессъ.

Что касается формъ *Бехтерева* и *spondylose rhizomelique Marie*, то еще въ 1899 г. въ своей работѣ объ анкилозѣ позвоночника⁴⁾ я высказалъ взглядъ, что это суть крайніе пункты одного и того же страданія. *Strümpelle u Marie*, какъ извѣстно, не причисляютъ свою форму къ *arthritis deformans*.

¹⁾ Г. И. Турнеръ. О т. наз. неподвижности позвоночника. Русскій врачъ 1913 г. № 20—21.

²⁾ Бехтеревъ. Объ одревенѣлости позвоночника или сращеніи позвоночника съ нервнымъ симптомомъ-комплексомъ. Русскій врачъ 1913 г. № 30 стр. 1353.

³⁾ См. Хмѣлевскій. *Spondylose rhizomelique*. Медицинское Обозрѣніе 1909 г.

⁴⁾ Roudnew. *Ankylose de la colonne vertebrale et des côtes*. Nouv. Jeographie de la Salpêtrière 1909 № 5.

Въ послѣднее время *Бехтерева*¹⁾, признавъ, что его форма представляетъ видъ *arthritis deformans*, полагаетъ, что „нервные“ симптомы, сопровождающіе ее, обособляютъ ее клинически въ особый видъ. Такимъ образомъ, на самостоятельности этой формы, на новой болѣзни, онъ не настаиваетъ, а только на особенностяхъ ея клиническаго проявленія. Значитъ, она должна быть названа *arthritis deformans* съ особымъ нервнымъ симптомокомплексомъ. Однако мнѣ труднѣе было бы доказывать принадлежность ея къ *arthritis deformans*, какъ новой болѣзни и вотъ почему: если понимать *arthritis deformans* буквально, т. е. какъ воспаление суставовъ (*arthronarthritis*), то надо доказать, что дѣйствительно въ данномъ случаѣ было воспаление суставовъ позвоночника и при томъ не простое а обезображивающее (*sui generis*), а затѣмъ какъ же объяснить тѣ случаи, описанные подъ формой болѣзни *Бехтерева*, гдѣ позвоночникъ не измѣненъ, подвиженъ и не только нѣтъ обезображиванія его суставовъ, но даже нѣтъ и не было воспаления ихъ.

Проще всего, конечно, тѣ случаи, гдѣ не было на вскрытіи анкилоза позвонковъ и не считать случаями артрита его, тогда ихъ надо выдѣлить особо, хотя они и симулировали при жизни форму *Бехтерева*. Патологоанатомическая картина часто оказывается совсѣмъ не та, какую ожидаешь встрѣтить, что именно и наблюдалось со случаями одревенѣлости. *Бехтеревъ*, на основаніи патологическаго изслѣдованія перваго случая создалъ патогенезъ описанный имъ формы и въ началѣ былъ увѣренъ, что анкилозъ позвоночника получается, какъ вторичное явленіе, вслѣдствіе слабости мышцъ, поддерживающихъ его, когда онъ въ силу тяжести, надавливая на хрящи, ведетъ къ истонченію ихъ и послѣдующему спаeanію востныхъ поверхностей позвонковъ. Такъ какъ при послѣдующихъ патологоанатомическихъ изслѣдованіяхъ трехъ случаевъ

¹⁾ Бехтеревъ. Объ одревенѣлости позвоночника или срощеніи позвонковъ съ нервнымъ симптомокомплексомъ. Русскій врачъ 1913 г. 1055 стр.

одеревенѣлости позвоночника, анкилоза не было найдено, то о немъ, какъ характерномъ признакѣ одеревенѣлости уже не говорили. Случаи безъ анкилоза, пожалуй, скорѣе способствуютъ мнѣнію о принадлежности этой формы къ „нервнымъ“ страданіямъ и вполне понятно, что д-ръ *Трошинъ* отнесъ свой случай къ „нейропатическимъ“.

Такъ какъ я въ своихъ случаяхъ, описанныхъ мною, встрѣтилъ въ первомъ общій, а во второмъ частичный анкилозъ позвоночника, то убѣдился, что мои случаи подтверждають первое патологоанатомическое наблюденіе *Бехтерева*, главнымъ образомъ относительно анкилоза и измѣненія сп. мозговыхъ оболочекъ, но въ виду того, что какъ въ одномъ, такъ и другомъ моемъ случаѣ безспорно весь центръ болѣзни заключается въ страданіи костной системы, выражающемся въ первомъ случаѣ ¹⁾ въ оссифицирующемъ процессѣ, охватившемъ весь позвоночникъ и реберныя соединенія его, а въ другомъ ²⁾ въ періоститахъ, остеофитахъ на позвонкахъ и костныхъ пластинкахъ между ними, то, конечно, здѣсь не могло быть и рѣчи о міопатическомъ патогенезѣ анкилоза, *Бехтерева*, впрочемъ, со временемъ оставилъ свой взглядъ на міопатическое происхожденіе анкилоза. Авторы клиническихъ случаевъ склонялись къ отсутствію анкилоза, тогда какъ анатомы и хирурги настаивали на анкилозѣ, какъ основномъ признакѣ одеревенѣлости, и въ работахъ пр. доц. *Кудряшова* ³⁾, профф.: *Батуева* ⁴⁾ и *Турнера* ⁵⁾ говорится, собственно, объ анкилозахъ позвоночника, и болѣзнь *Бехтерева* считается анкилозомъ позвоночника, видомъ arthritis de-

¹⁾ Рудневъ. Анкилозъ позвоночника и реберъ. Труды общ. русскихъ врачей въ Одессѣ 1910 г. Rouddnew. Nouv. iconogr. de la Salp. 1909 № 5.

²⁾ Рудневъ. Анкилозъ 5 позвонковъ при одеревенѣлости позвоночника. Неврологическій вѣстникъ 1913 г.

³⁾ Кудряшовъ. Объ обезображивающемъ спондилитѣ. Врачъ 1901 № 41.

⁴⁾ Батуевъ. Морфологія и причины развитія синоостозовъ 1-го позвонка съ затылочной костью. Русскій Врачъ 1910 г. № 17—20.

⁵⁾ Турнеръ. О т. над. неподвижности позвоночника Русскій врачъ 1913 г. № 20—21.

formans. Установить же при жизни анкилозъ позвонковъ затруднительно и ожидая его встрѣтить навѣрное, можно, ошибиться и даже разочароваться, какъ это мнѣ и пришлось испытать на послѣднемъ (публикуемомъ теперь) случаѣ, и надо замѣтить, что изъ всего числа случаевъ одревенѣлости позвоночника, типа *Бехтерева*, дошедшихъ до вскрытія, анкилозъ позвоночника былъ найденъ однажды *Бехтеревымъ* ¹⁾ и *Голантомъ* ²⁾ и дважды мною ³⁾, клиническихъ же случаевъ одревенѣлости позвоночника типа *Бехтерева* описаны цѣлые десятки. Конечно, анкилозъ возможно иногда установить посредствомъ Рентгеновскаго аппарата.

Въ своей настоящей работѣ, которая касается еще 2-хъ новыхъ случаевъ одревенѣлости позвоночника, я намѣренъ коснуться главнымъ образомъ слѣдующихъ вопросовъ: 1) отношенія формы *Бехтерева* въ анкилозамъ позвоночника при обезображивающемъ артритѣ (arthritus deformans); 2) случаевъ кифоза съ тугоподвижностью или даже неподвижностью позвоночника, симулирующихъ первую форму.

Въ теченіе 6 лѣтъ подъ моимъ наблюденіемъ находится душевно-больная съ одревенѣлостью, неподвижностью позвоночника; отъ нея получены рентгеновскіе снимки, снятые въ 1912 г. и въ 1914 году. Первый снимокъ, сдѣланный д-ромъ *С. Л. Рашковичемъ* ^{10/VI 1912 г.} весьма любезно препровожденъ мнѣ при письмѣ, въ которомъ сказано: „сдѣлано два снимка: одинъ въ шейной и верхней части позвоночника грудного отдѣла и другой въ средней части грудного отдѣла. Оба снимка сдѣланы въ косомъ размѣрѣ (лучи направлены спереди и справа, влѣво и взади) такъ, что на снимкахъ имѣются тѣла позвонковъ спереди. Между верхними грудными позвонками промежутковъ, соответствующихъ хрящамъ, не имѣется; слѣдуетъ предположить анкилозъ верхнихъ грудныхъ позвонковъ, кромѣ того имѣется сколиозъ въ грудной части

¹⁾ Бехтеревъ. Невропатологическія наблюденія, 1900.

²⁾ Голантъ, см. Бехтеревъ Русскій врачъ 1913 г. № 31 стр. 1086.

³⁾ Рудневъ. I. с.

позвоночника". Второй снимокъ, сдѣланный 29/iv 1914 г. въ госпитальной хирургической клиникѣ Саратовскаго университета д-ромъ И. Голяницкимъ также весьма любезно присланъ при запискѣ: „на сколько можно судить имѣется: 1) окостенѣніе хрящей 3—7 грудныхъ позвонковъ въ болѣе или менѣе рѣзкой формѣ; 2) шаровидное расширеніе дуги аорты. Остистые отростки повидимому подверглись физиологическому остеопорозу. Интересный случай“.

Исторія болѣзни этого дѣйствительно любопытнаго случая слѣдующая:

Больная Софронова находится въ Саратовской психіатрической лѣчебницѣ съ 1885 г. т. е. 30 лѣтъ, а поступила въ возрастѣ 48 лѣтъ, т. обр. ей 78 лѣтъ. Въ скорбномъ листѣ отмѣчено: діагнозъ *melancholia*. Окружность головы 50,5; затылочно-ушное разстояніе 21,5; лобно—28, теменно—33, подбородочно 28. Продольный обхватъ 28.

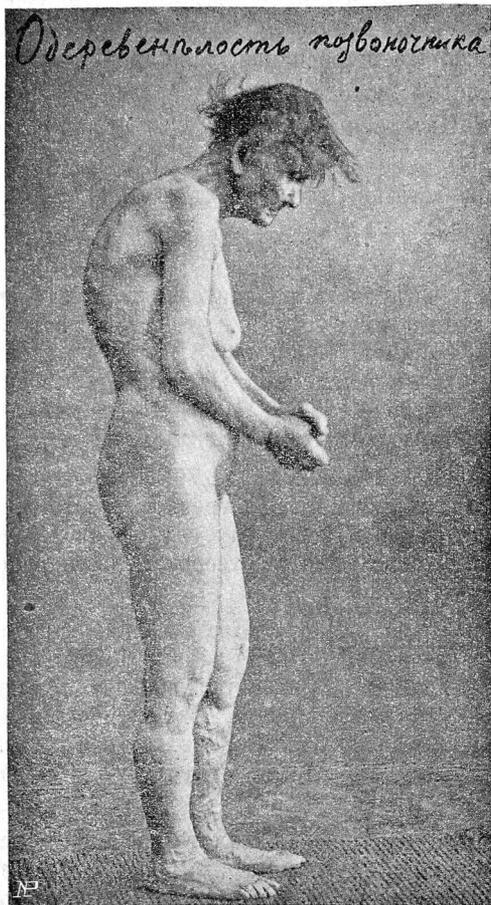
Большой косою діаметръ 21,75, продольный 16,25, наибольшій поперечный 13,5. Поперечное разстояніе между ушными отверстиями 10,75, между скуловыми дугами 12. Прямое разстояніе отъ ушнаго отверстия до переносицы 10,5. Ростъ 1,55. Окружность груди 77.

Скелеть слабо развитъ. Кожа вялая, желтая, на спинѣ и бедрахъ звѣздчатые, большіе, бѣлые рубцы, отъ горошины до пяточка величиною. Слизистыя оболочки блѣдныя, слегка ціанотичныя, въ зѣвѣ краснота. Лимфатическія желѣзы шейныя и паховыя увеличены. Сердце здорово. Катарръ верхушекъ легкихъ, запоръ. Не менструируетъ, матка атрофирована. Катарръ рукава.

Чувствительность кожи значительно понижена. Колѣнные рефлексы повышены. Психическое состояніе: жалуется на шумъ въ головѣ; тоску и бессонницу. Не помнитъ, что замужемъ. Говоритъ, что ее испортили, и она оттого точно сумасшедшая. Плачетъ, что много людей загубила. Кланяется въ ноги, проситъ простить ее. Съ 1-го іюня тоска меньше и постепенно поправляется и выздоравливаетъ. Родословная и анамнезъ. Всегда отличалась странностями, хандрила во време-



намъ и говорила, что она грѣшница, что всё надъ ней смѣются. Пила водку, если некому было удержать ее отъ этого, довольно много, дѣтей не имѣла. Второй разъ находилась въ



лѣчебницѣ съ 30 авг. 1885 г. по 11 ноября 1894 г. Кожа плохо упитана, волосы на головѣ и рѣсницахъ лѣзутъ клочками. Пульсъ 69, слабый, лѣвая доля печени увеличена. Больная имѣетъ тоскливое выраженіе лица, часто вздыхаетъ, лицо и



фигура малоподвижна. Высказывает бредъ. 29/уи 88 г. Здорова. Поступила служанкой въ слабую палату, ухаживаетъ за больными лучше наемныхъ. 14/1 Упала на дрова, ушибла правый бокъ, но перелома нѣтъ. До 1902 г. заболѣвала периодически и поправлялась.

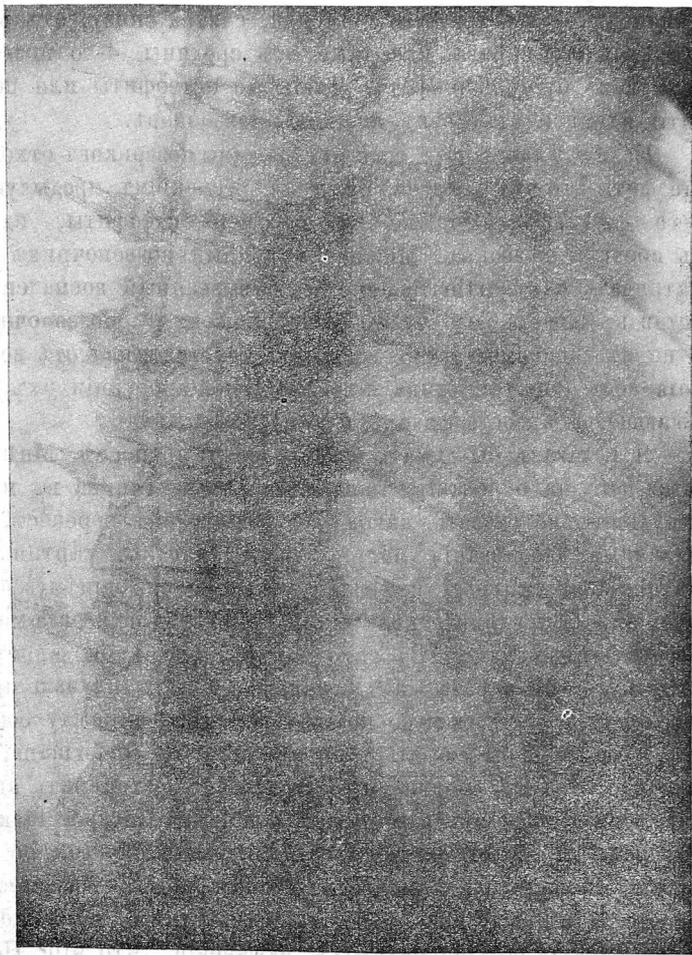
Въ 1912 г. 76 лѣтъ, видъ ея соответствуетъ возрасту. Ростъ ея 147 ст. Кожа желтовата, дрябла, на лицѣ много морщинъ. На различныхъ мѣстахъ кожи небольшіе звѣздчатые рубцы, руки и ноги цианотичны. На голеняхъ сильно расширены вены. Во рту 2 зуба.

Надълючичныя области сильно втянуты, въ особенности правая. Здѣсь дыханія не слышно. Въ правомъ легкомъ дыханіе слабѣе. На первомъ тонѣ сердца шумъ. Болевая чувствительность и ощущеніе тепла и холода сохранены. Колѣнные рефлексы повышены. При закрытыхъ глазахъ легкое покачиваніе. Спина выдается назадъ, въ особенности правая половина, наибольшее выпячиваніе начинается пальца на $1\frac{1}{2}$ ниже угла лопатки. При лежаніи на спинѣ на ровной поверхности образуется 2 дуги, въ области поясницы и въ пространствѣ между затылкомъ и 5-мъ спиннымъ позвонкомъ. Кости: нижніе 4 спинныхъ позвонка и крестцовыя уклоняются влѣво и впередъ. Кифозъ рѣзко выраженъ съ весьма незначительнымъ лордозомъ влѣво. Съ правой стороны ребра выступаютъ больше, чѣмъ слѣва. Въ области поясничныхъ позвонковъ замѣтны углубленія, какъ будто остистые отростки совершенно отсутствуютъ. Начиная съ нижнихъ грудныхъ позвонковъ, ощупываніе остистыхъ отростковъ показываетъ, что они также отсутствуютъ или во всякомъ случаѣ атрофированы. 5-й грудной представляетъ нѣкоторую ость, но 4-й 3-й также атрофированы. Рѣзко выступаютъ 6-й 7 позвонки, но безъ острыхъ отростковъ, ости ихъ представляются сглаженными, и имѣютъ полукруглую поверхность. Позвонки при постукиваніи и суставы не болѣзненны. Лѣвое плечо выше праваго. Стоитъ согнувшись съ выдающейся впередъ головой. Мышцы спинныя и въ особенности ягодичныя представляются атрофированными; на нижнихъ конечностяхъ и рукахъ сохранены. *Musculus cucullaris* развитъ очень хорошо. Шейныя мышцы слѣва кажутся очень атрофированными. Руки до вертикальнаго положенія поднять не можетъ. При наклонѣ туловища впередъ позвоночникъ не сгибается. Головой совершаетъ движенія впередъ, назадъ и въ стороны.

Кожные рефлексы: съ лѣвой стороны на подошвѣ вызываются, съ правой отсутствуют. Брюшные отсутствуют. Колѣнные повышены, съ лѣвой больше, чѣмъ съ правой. Рядовность нижнихъ конечностей такъ выражена, что нѣтъ возможности согнуть ихъ. Рефлексы сухожильные верхнихъ конечностей въ предѣлахъ нормы. Расширеніе венъ на нижнихъ конечностяхъ. Мышечный валикъ въ особенности хорошо выраженъ на правомъ плечѣ. Тактильная, болевая, температурная чувствительность безъ измѣненій. Мышечное чувство въ порядкѣ. Давленіе на нервные стволы безболѣзненно. Лопаточные рефлексы въ нормѣ. Зрачки неправильной, яйцевидной формы, реакція удовлетворительная. Лобная мышца сокращена. Языкъ фибриллярно дрожить. Типъ дыханія смѣшанный, болѣе брюшной. Пульсъ 60, сердечный толчокъ распространенъ, видна пульсація *art. carotis*. Съ лѣвой стороны при дыханіи ребра неподвижны, съ правой движенія ограничены“.

Итакъ, рентгеновскіе снимки показываютъ, что промежутки, между верхними грудными позвонками окостенѣли, вслѣдствіе чего и получилось неподвижность позвоночника. Клиническая картина развитія одеревенѣлости прошла какъ то незамѣтно для лечебницы, и я засталъ больную съ совершенно выраженнымъ кифозомъ и неподвижностью позвоночника. Имѣло ли нѣкоторое вліяніе травматическое поврежденіе бока въ 1888 г. не установлено; звѣздчатые рубцы и увеличенныя паховыя желѣзы, измѣненіе зрачковъ, слабоуміе какъ будто бы указываютъ на перенесенной больной сифилисѣ, но реакція *Вассермана* дала отрицательный результатъ. Для появленія одеревенѣлости позвоночника требуется присоединеніе къ сифилису простуды или туберкулеза или другихъ агентовъ. Интереснымъ вопросомъ является состояніе межпозвоночныхъ хрящей: сами ли хрящи измѣнены или же существующая на ихъ мѣстѣ костная ткань есть продолженіе костной ткани позвонковъ, какъ напр. въ случаѣ описанномъ мною, гдѣ хрящи при вываркѣ выпали, а позвонки оказались спаянными остеофитами, которые отходили или отъ

средины соседних позвонковъ или отъ краевъ ихъ, гдѣ образовались костныя хрящевыя утолщенія. Костныя пластинки въ видѣ костныхъ мостиковъ могутъ тянуться отъ одного



позвонка къ другому въ различныхъ отдѣлахъ его. Всматриваясь въ рентгеновскій снимокъ описываемаго случая, можно

видѣть, что тѣла позвонковъ кажутся уменьшенными въ размѣрахъ, атрофированными, конфигурація ихъ измѣнена; крайняя очертанія тѣлъ позвонковъ рѣзко очерчены, что указываетъ на уплотненіе здѣсь костной ткани. Затѣмъ, если я не ошибаюсь, отъ третьяго позвонка, считая снизу, отъ верхняго края его справа или даже отъ середины 4-го позвонка идетъ какъ будто остеофитъ. Такіе же остеофиты или періоститы идутъ и отъ двухъ нижнихъ позвонковъ.

Если это такъ, т. е. если отъ середины позвонковъ отходятъ остеофиты, то этотъ случай будетъ повтореніемъ предыдущаго моего случая, гдѣ также наблюдались остеофиты, идущіе отъ середины позвонка. Можно ли данный позвоночникъ разсматривать какъ *arthritis deformans*, вызванный воспаленіемъ суставовъ или же это будетъ обезображенный позвоночникъ, но не въ зависимости отъ воспаленія суставовъ, а отъ воспаленія костей позвоночника и послѣдующей продукціи ихъ, выражающейся въ остеофитахъ или періоститахъ.

Я полагалъ бы думать о послѣднемъ процессѣ. Мнѣ кажется, что на основаніи только вида позвоночника въ музеѣ затруднительно сказать, какое заболѣваніе онъ перенесъ, ибо различныя заболѣванія могутъ давать сходныя картины, и анатому или хирургу, имѣющему въ распоряженіи музейный матеріалъ безъ клиническихъ исторій болѣзни, не всегда можно разобраться въ немъ. Въ самомъ дѣлѣ, если бы въ музеѣ встрѣтился препаратъ, аналогичный первому случаю проф. *Бехтерева*, гдѣ нѣсколько позвонковъ слились между собою, можно ли было бы сказать, что это *arthritis deformans*, думаю, что едва ли. Можно было бы только удостовѣрить анкилозъ. Осматривая въ Пироговскомъ музеѣ при Новороссійскомъ университетѣ скелеты, я видѣлъ различныя анкилозы, но нѣкоторые положительно ставили въ туникъ, напр.: два позвонка и соответствующія имъ ребра анкилозированы, и въ позвоночникѣ нѣтъ больше никакихъ измѣненій. Что это? Неизвѣстно. Анатомы обыкновенно жалуются на то, что имѣются прекрасные препараты, но исторіи болѣзни нѣтъ. Вотъ почему клиническія наблюденія, подтвержденные патологоанатомиче-

скимъ изслѣдованіемъ, являются драгоценными; только благодаря такимъ случаямъ можно разобратъ въ музейномъ анатомическомъ матеріалѣ, а не наоборотъ. Клиника въ соединеніи съ патологической анатоміей создаютъ типы, и въ настоящее время имѣется нѣсколько типовъ анкилоза позвоночника, я перечислялъ ихъ въ своей предыдущей работѣ, а именно: хроническій простой ревматизмъ, болѣзнь *Strümpell-Marie*, форма *Бехтерева*, хроническій анкилозирующій ревматизмъ позвоночника и *spondylitis deformans*. Нельзя считать каждый анкилозъ позвоночника деформирующимъ артритомъ.

Теперь я перейду ко второму, описываемому мною, случаю одревенѣлости позвоночника.

Долженъ заранѣе сознаться, что ожидалъ здѣсь получить анкилозъ позвоночника, но при вскрытіи и наружномъ осмотрѣ всего позвоночника анкилоза не оказалось. Трупъ былъ отправленъ мною въ анатомическій институтъ Саратовскаго университета съ просьбой мацерировать позвоночникъ.

Исторія болѣзни слѣдующая: больной Сержантовъ поступилъ 7/VI 1900 г., умеръ 6/II 1914 г. 44 лѣтъ. Въ листкѣ отмѣчено, что при поступленіи скелетъ былъ развитъ пропорціонально. Зрачковые рефлексы нормальны, пателлярные понижены. Затѣмъ слѣдуетъ описаніе картины душевного расстройства въ теченіе почти 14 лѣтъ пребыванія въ больницѣ. Я опускаю всѣ подробности; у больного отмѣчены бредовыя идеи величія, галлюцинація, которыя не мѣшали ему ходить на работу первое время. Въ 1908 г. записано: „походка и поза его имѣютъ довольно характерный видъ: онъ ходитъ согнувшись, дѣлая короткіе шаги, какъ ходятъ старики или страдающіе дрожательнымъ параличомъ (дрожь у б-го нѣтъ), и при этомъ руку держитъ на подложечной области, какъ будто онъ ощущаетъ тамъ нѣчто болѣзненное или вообще ненормальное. Онъ убѣждаетъ, что кто то грызетъ его внутренности. Физически очень слабъ; верхушка лѣваго легкаго поражена туберкулезнымъ процессомъ, слабо прогрессирующимъ. При неоднократномъ изслѣдованіи больного не удалось объективно констатировать какихъ нибудь измѣненій въ брюшныхъ органахъ, это сдѣлать трудно потому, что онъ сильно напрягаетъ брюшныя стѣнки. Въ 1910 г. отмѣчено: „въ по-

слѣднее время сталъ ползать, очень слабъ на ногахъ, по на боли не жалуется. Чувствительность на ногахъ сохранена, хотя въ виду психическаго разстройства точно изслѣдовать въ этомъ отношеши нельзя. Колѣнные и пяточные рефлексъ отсутствуютъ.

Атакси нѣтъ (?) Тазовые органы функционируютъ хорошо. Зрачки реагируютъ вяло, равномерно расширены.



Одереветность позвоночника

20/уш. Ходить безъ поддержки не можетъ, съ поддержкой походка атактическая; колѣнные рефлексъ, болевая чувствительность на ногахъ отсутствуютъ. Слухъ притупленъ. Больной всегда сидитъ на постели, сильно сгорбившись; выпрямить позвоночникъ въ шейномъ отдѣлѣ можетъ свободно, въ грудномъ лишь отчасти. Жалуется на боль въ ногахъ. Въ

1913 году отмѣчено мною совмѣстно съ ординаторомъ отдѣленія: „походка атактическая, ходитъ согнувшись и слегка опустивъ голову и выдвинувъ ее впередъ. При произвольныхъ движеніяхъ спина не сгибается вслѣдствіе неподвижности позвоночника, который представляетъ рѣзкій кифозъ. Движеніе головы совершаются, но требуютъ нѣкоторыхъ усилій для того, чтобы коснуться подбородкомъ груди; влѣво голову поворачиваетъ меньше, чѣмъ вправо.

При активныхъ движеніяхъ: при подниманіи рукъ, онѣ доводятся до горизонтальной плоскости. При пассивныхъ движеніяхъ: поднять руки можетъ только до горизонтальной плоскости, дальше встрѣчается препятствіе въ плечевомъ суставѣ. Въ колѣнномъ и тазобедренномъ суставахъ движенія свободны. Вытянуть ноги такъ, чтобы онѣ лежали плотно на постели, не можетъ. Атаксіи нѣтъ, правильно касается пяткой указанныхъ мѣстъ.

Мышечное чувство при пассивныхъ движеніяхъ оказывается не разстроеннымъ. Болѣвая чувствительность рѣзкихъ разстройствъ не представляетъ. Мышцы всѣ въ состояніи довольно значительно выраженной атрофіи, болѣе рѣзкая атрофія *m. pectoralis* обѣихъ сторонъ. Атрофія *m. deltoidei* съ обѣихъ сторонъ значительна, но слѣва сильнѣе, чѣмъ справа.

Сухожильные рефлексы отсутствуютъ, кожа суха, дрябла, легко собирается въ складки. При пассивномъ разгибаніи и сгибаніи рукъ обнаруживается, что при разгибаніи больной оказываетъ довольно хорошее сопротивленіе, сгибаніе уже совершается почти безъ сопротивленіе б-го.

Правой и лѣвой выжимаетъ по динамометру 45. Чувствительность болевая на передней поверхности бедра и голени слабѣе нѣсколько, чѣмъ на наружной и внутренней поверхности.

Чувствительность болевая въ области верхнихъ конечностей какъ будто хуже, чѣмъ на груди. Мышцы туловища всѣ атрофированы, болѣе рѣзко *m. pectoralis* и *deltoidei*: съ лѣвой стороны атрофія рѣзче; чѣмъ съ правой. При постукиваніи по ребрамъ получаютъ фибриллярныя сокращенія.

Мышечный валикъ выраженъ хорошо. Ноги въ сидячемъ положеніи выпрямить не можетъ: остается уголъ, приблизительно въ 120°. Полнаго разгибанія не удается получить и при пассивномъ разгибаніи. На лѣвой наружной поверхности носа блѣсоватый рубецъ (по словамъ б-го слѣдъ давнишняго ухаба).

Бѣлое пятно, видимо рубцового происхожденія, надъ правымъ глазомъ величиною: въ длину почти $\frac{3}{4}$ края глазницы и височной у средней линіи около $\frac{1}{3}$ высота лба. Отъ верхняго конца этой средней линіи верхняя граница идетъ полукругомъ внизъ.

Весь рубецъ имѣетъ форму, похожую на трапецію. Болѣзненность при постукиваніи и подавливаніи на 5 поясничной позвонку. Зрачки съ хорошей реакціей на свѣтъ и аккомодацию. Языкъ при высовываніи дрожитъ. Рѣчь нѣсколько скандирована. Преобладаетъ брюшной типъ дыханія, ребра почти неподвижны. На конференціи врачей отмѣчено: тактильная и болевая чувствительность снаружѣ въ рукахъ лучше, чѣмъ внутри.

Когда б-ой при поддержкѣ стоитъ на ногахъ, на ягодичахъ волнообразно сокращаются отдѣльные мышечные пучки. Вассермановская реакція дала положительный результатъ. + + +

Въ легкомъ туберкулезный процессъ. Истощенъ физически, слабость увеличивается. 6/ш exitus letalis. Диагнозъ: *dementia paranoidea, tabes*. Вскрытіе произведенное 8/ш показало: трупъ сильно истощеннаго б-го, подкожнаго жира нѣтъ. Мышцы имѣютъ видъ вывареннаго мяса. Позвоночникъ согнутъ, неподвиженъ. Ступни ногъ немного удлинены; ребра очень ломки, легко перекручиваются, ломаются между пальцами при легкомъ усилии.

Мозгъ головной: твердая и мягкая оболочки макроскопически не измѣнены. Умѣренная атрофія коры, больше выражена въ височныхъ доляхъ. Желудочки нормальны, вѣсъ мозга 1400 грм. Спинной мозгъ макроскопически не измѣненъ, нѣтъ видимыхъ измѣненій и въ оболочкахъ. Въ области верхнихъ грудныхъ позвонковъ слѣва позвоночникъ слегка узурированъ. Въ верхнихъ грудныхъ позвонкахъ, при небольшихъ уколахъ межреберные хрящи кажутся болѣе твердыми, чѣмъ въ другихъ отдѣлахъ. Въ обоихъ легкихъ въ верхушкахъ туберкулезные очаги величиною съ куриное яйцо. Въ легкихъ увеличенное развитіе соединительной ткани, застой. Мышцы сердца въ состояніи бурой атрофіи. Сосуды нормальны: Аорта съ гладкой интимой. Клапаны нормальны. Печень цирротична, застойна. Размѣрами раза въ $1\frac{1}{2}$ меньше нормальной. Селезенка плотна, съ сильно развитыми трабекулами. Размѣръ въ $1\frac{1}{2}$ раза меньше нормальной. Со стороны почекъ интерстиціальный нефритъ.



Итакъ изъ двухъ описываемыхъ мною случаевъ, въ одномъ рентгеновской снимокъ указываетъ на анкилозъ позвонковъ, въ другомъ на вскрытїи этого анкилоза не оказалось, а между тѣмъ оба случая протекали подъ видомъ болѣзни *Бехтерева*. Ни въ томъ, ни въ другомъ случаѣ указанїя на ревматизмъ позвоночника не имѣется, и во второмъ случаѣ нѣтъ никакихъ обезображиванїй, и нужно ли его считать имѣющимъ отношенїе къ *arthritis deformans*. Конечно, второй случай къ *arthritis deformans* не имѣетъ никакого отношенїя, что же касается перваго случая, то онъ, быть можетъ, на вскрытїи окажется такимъ же, какъ послѣднїй мною описанный случай, гдѣ анкилозъ позвонковъ зависѣлъ не отъ измѣненїя и воспаленїя межпозвоночнаго хряща, а отъ разрастанїя остеофитовъ, шедшихъ или отъ краевъ или отъ середины позвонковъ и соединявшихъ два сосѣднихъ позвонка, такъ что обезображиванїе позвоночника получилось не вслѣдствїе артрита и не на мѣстѣ сустава, а происходило вслѣдствїе измѣненїя конфигураціи тѣла позвонка вслѣдствїе гипертрофическихъ или гиперпластическихъ процессовъ въ позвонкахъ, при чемъ вновь образовавшїяся костныя массы не представляли губчататаго вещества позвонка, а являлись твердыми, бѣловатыми костями, на подобїе вещества трубчатыхъ костей организма.

Послѣ всего вышесказаннаго я могу отвѣтить на первый, выставленный мною вопросъ: 1) отношенїе формы *Бехтерева* къ анкилозамъ позвоночника при обезображивающемъ артритѣ является отрицательнымъ; по моему мнѣнїю, это скорѣе два различныхъ заболѣванїя, чѣмъ одна и таже болѣзнь. Основанїя для этого заключенїя: патологоанатомическія изслѣдованїя, отсутствїе воспаленїя суставовъ, и происхожденїе анкилоза вслѣдствїе раздраженїя и разрастанїя самыхъ костей въ цѣломъ, а не исключительно въ мѣстѣ суставныхъ поверхностей; отсутствїе при формѣ *Бехтерева* заболѣванїя хрящей, характернаго для обезображивающаго артрита и другїя клиническія явленїя; 2) что касается случаевъ тугоподвижности позвоночника, симулирующихъ форму *Бехтерева*, то прежде

всего въ нихъ отсутствуетъ анкилозъ и неподвижность позвоночника обуславливается другими причинами, напр. мягкостью костей, мышечными атрофіями, какими либо нервными причинами, почему и заслуживаетъ названія „невропатической“ тугоподвижности, хотя такіе случаи имѣютъ нѣкоторое сходство съ формой *Бехтерева*, но многіе характерные симптомы отсутствуютъ при нихъ, и такъ какъ эти случаи разсматривались авторами, какъ болѣзнь *Бехтерева*, то и получилась такая разнообразная смѣсь клиническихъ и патологоанатомическихъ данныхъ, что, дѣйствительно, трудно было разобраться во всемъ этомъ и приходилось приспособливать болѣзнь къ симптомамъ, а не наоборотъ. Что формы неподвижности или одеревенѣлости позвоночника могутъ встрѣчаться безъ анкилоза его, доказали патологоанатомическія изслѣдованія, въ числѣ которыхъ находится и мой, описываемой здѣсь случай б-ого Сержантова. Эти случаи, вѣроятно, со временемъ будутъ выдѣлены въ новую группу подъ особымъ названіемъ невропатическаго кифоза.

Въ заключеніе добавляю, что я, такимъ образомъ, различаю:

- 1) одеревенѣлость позвоночника вслѣдствіе анкилоза при *arthritis deformans*;
- 2) одеревенѣлость позвоночника типа *Бехтерева* съ анкилозомъ позвонковъ;
- 3) одеревенѣлость или кифотическую неподвижность позвоночника безъ анкилоза его.



Къ вопросу о соотношеніи между lues и alopecia areata.

(Изъ нервнаго отдѣленія Московскаго Генеральнаго Императора Петра Великаго Военнаго Госпиталя).

Д-ръ мед. А. А. Суховъ.

Группа алопецій представляетъ громадный интересъ съ точки зрѣнія патогенеза. Какъ извѣстно, къ данному времени клиника, глав. обр., дерматологическая выдѣляетъ нѣсколько видовъ атрофіи волосъ: alopecia congenita и приобрѣтенная alopecia, подраздѣляемая въ свою очередь на нѣсколько подвидовъ: alopecia furfuracea, alopecia senilis, alopecia praematura, alopecia symphomatica (Joseph¹). Дерматологія въ подраздѣленіи и трактовкѣ вопроса объ алопеціи подходитъ къ нему, глав. обр., съ точки зрѣнія морфологическихъ признаковъ, отчасти и теченія процесса въ связи съ этиологіей. Что касается патогенеза, то до послѣдняго времени, когда такъ быстро пошло развитіе кринологіи, патогенезъ алопеціи во многихъ ея формахъ и во многихъ сторонахъ былъ неясенъ, расходился въ теоретической обосновкѣ, которая разбивала патогенезъ отдѣльныхъ видовъ алопецій другъ отъ друга: такъ, напр., какъ извѣстно, патогенезъ alopeciae areatae сводился, глав. обр., или къ паразитарной теоріи или больше къ нейротрофической, тогда какъ патогенезъ, напр., симптоматической формы алопеціи объяснялся патогенезомъ основнаго страданія. Въ исходной точкѣ послѣднее вѣрно: напр., патогенезъ луэтической алопеціи,

конечно, сводится въ начальной фазѣ, къ патогенезу лues'a. Но глубже таковая трактовка патогенеза алопеціи при лues не могла объяснить вопроса о немъ, въ особенности, въ такомъ подвидѣ, какъ *alopescia insularis*; также до сего времени нельзя было разъяснить патогенеза *alopescia areatae* глубже опредѣленія — трофонейрозъ.

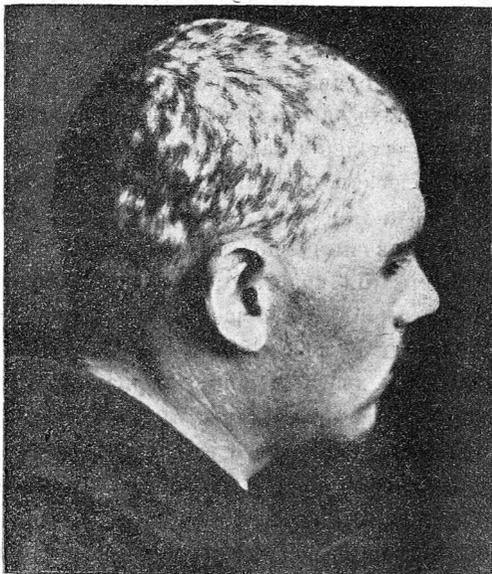
Такимъ образомъ, до развитія кринологіи, объясненіе сущности разныхъ видовъ алопецій (*areatae*, *praematurae*, *senilis*, при *m. Basedowii*, *тухѣдоеша* и т. д.) не только не объединилось, но, напротивъ, расходилось и одно и то же явленіе, но въ разныхъ морфологическихъ признакахъ, могло трактоваться, какъ различная патогенетическая сущность. Въ особенности въ такомъ положеніи стоялъ вопросъ объ алопеціи *areata* и алопеціи *neurotica*, къ каковой можно отнести и часть симптоматическихъ алопецій, особенно, тѣхъ, которыя по морфологической картинѣ и по теченію приближаются къ картинѣ *alopesciae areatae*.

При изученіи многихъ случаевъ *alopesciae areatae* обращаетъ на себя вниманіе констатированіе въ анамнезѣ или *status'ѣ* больныхъ стигматъ лues'a. Указанное соотношеніе обращало на себя вниманіе настолько, что одно время въ литературѣ ему было придано этиологическое значеніе въ вопросѣ объ *alopescia areata*. Однако, за послѣднее время такое этиологическое соотношеніе между лues'омъ и *alopescia areata* поколеблено работами *Petges & Murater* ²⁾, отрицающими прямое соотношеніе въ указанномъ смыслѣ между этими формами патологіи. Тѣмъ не менѣе нельзя закрывать глаза на факты наличія стигматъ лues'a во многихъ случаяхъ *alopesciae areatae*: напр., въ 3-емъ случаѣ *Сухоза* ³⁾ констатирована ясная положительная *Wassermann'овская* реакція. Съ другой стороны обращаютъ на себя вниманіе нѣкоторые случаи *alopesciae insularis* на почвѣ лues'a, которые, по морфологической картинѣ и по теченію приближаются къ *alopesciae areatae*.

Таковые случаи „чистой“ *alopesciae areatae*, случаи ея со стигматами лues'a и случаи *alopesciae insularis*, прибли-

жающіеся въ первой, представляютъ большой интересъ сопоставленія. Съ указанной точки зрѣнія, привожу 3 случая алопеціи изъ клиническаго матеріала Москов. Генер. Воен. Госпиталя, стационарно изученные въ первомъ его отдѣленіи, а съ дерматологической стороны въ возпомъ дерматологомъ д-ромъ мед. *А. Л. Луни*.

Первый случай: Григорій Ш— въ, пост. въ II с. г., крест. Нижегород. губ., 23-хъ лѣтъ, холостъ, до войны былъ артельщикомъ, нынѣ кановиръ М-ой мѣс. бр; № исторіи болѣзни 9748. Анамнезъ: наследственности никакой нѣтъ; про-



1-й случай.

исходитъ изъ вѣрнкой и здоровой семьи. Въ личномъ анамнезѣ: ребенкомъ и юношей былъ вполне здоровъ; пилъ мало; много и давно куритъ; онанизма не было, coitus'омъ злоупотреблялъ; въ 1912 г. перенесъ острый суставной ревматизмъ, lues отрицаетъ. Анамнезъ болѣзни: 3 недѣли назадъ, т. е.

съ феврала с. г. безъ особой причины послѣ бритья замѣтилъ многочисленныя круглыя лысины на головѣ, что, несмотря на энергичное специфическое лѣченіе держится *in statu quo* и до нынѣ; кромѣ того за это же время сталъ замѣчать нервность и повышенную потливость верхней части тѣла.

За время наблюденія больного съ 5 марта с. г. констатировано: нормальныхъ роста, сложенія и питанія; внутренніе органы и температура нормальны; железы: лимфатическія нормальны, миндалевидныя нормальны, генитальныя нормальны; щитовидная нѣсколько увеличена; костякъ весь нормаленъ, періоститовъ нигдѣ нѣтъ, кожа и видимыя слизистыя нормальны; волосы: вся волосистая часть головы представляетъ небольшія округлыя одинаковыя плѣшинки, кожа на плѣшинкахъ и на волосистыхъ частяхъ одинаковая, волосы нормальны; такая инсулярная алопеція захватываетъ равномерно и симметрично всю волосистую часть головы; волосы всѣхъ другихъ районовъ тѣла (брови, усы, борода, рѣсницы, срамныя, пушковые, подмышковыя) вполне сохранены и нормальны. Со стороны иннервации констатировано слѣдующее: повышенная потливость головы и вообще всей верхней части тѣла, увеличеніе щитовидной железы, вялость глоточнаго рефлекса, высокіе колѣнные и красный дермографизмъ; въ остальномъ иннервация нормальна, органы чувствъ нормальны; со стороны психики черты истеро-неврастеніи.

При обследованіи крови ясная положительная реакція Wassermann'a; моча нормальна.

Описанный случай представляется при резюмированіи въ такой діагностикѣ: *hystero-neurastenia* съ явленіями гипертиреоза и *alopecia insularis symptomatica (luet.) neurotica*.

Второй случай: № исторіи болѣзни 7712, пост. 26 февр. с. г.: ратникъ 56 п. з. бат., крест. Орловской губ., чернорабочій, неграм., 23-хъ лѣтъ, женатъ, Михаилъ Я—новъ.

Анамнезъ: отецъ, 45 лѣтъ, глухой послѣ простуды. Мать умерла молодой отъ родовъ. Больной въ семьѣ у родителей 1-ый изъ 2-хъ: 2-ая умерла въ раннемъ дѣтствѣ. Въ личномъ

анамнезъ у больного: перенесъ золотуху, лихорадку (малярію) въ юности; 2 года назадъ женился, имѣеть 2-хъ дѣтей, абортъ у жены не было, 1-ая изъ дѣтей умерла въ раннемъ дѣтствѣ; не курить, не пьетъ; онанизмомъ не занимался.



2-й случай.

Анамнезъ заболѣванія: года 2 назадъ былъ сильно испуганъ: внезапно понесли лошади, больной упалъ изъ саней, попалъ подъ лошадей, но не былъ пораненъ. Послѣ этого случая замѣтилъ развитіе лысинъ и сталъ потливъ и нервентъ.

При изученіи больного констатировано: средняго сложенія, плохого питанія; внутренніе органы и температура нормальны. Костякъ весь нормаленъ, періоститовъ нагдѣ нѣтъ. Но черепъ своеобразной четырех-угольной формы, хотя симметриченъ, форма его хорошо иллюстрируется на фотографіи; размѣры черепа: горизонтальная окружность—61 смт., саггитальная полуокружность—37, задняя фронтальная 32, передняя—31,

высота лицевого скелета 15, скуловой диаметр 15. Железы: лимфатическія и мидалины нормальны, щитовидная нормальна, гевитальныя нормальны. Кожа вся равномерно атоничная. Видимыя слизистыя нормальны. Волосы: на волосистой части головы 2 большіхъ агеае алоресіае: 1) большое пятно овальной формы, 12 сент. въ диаметрѣ высоты, 10 снт. въ попе-



2-й случай.

речномъ диаметрѣ, помѣщается на лѣвой половинѣ затылочной области; 2) поменьше (высотой 8 снт., шириной 4) плѣшина на правой половинѣ затылочной области, параллельно лѣвому пятну. Плѣшины совершенно голыя даже безъ lanigo, кожа ихъ совершенно нормальная—соотвѣтственно всей поверхности нѣсколько атоничная; волосы обследованы проф. Г. В. Власовымъ и найдены при микроскопическомъ обследованіи всюду (и на краяхъ—опушкахъ плѣшинъ) нормальными; волосы всѣхъ другихъ районовъ (брови, рѣсницы, усы, борода, подмышковыя, срамныя, пушковыя) нормальны, больной брѣется.



Со стороны иннервации: треморъ языка неврозного типа, паретическій дермографизмъ, тахикардія (120), высокіе сухожильные рефлексы, отсутствіе глоточнаго рефлекса; органы чувствъ нормальны. Со стороны психики: рѣзко выраженная истеро—неврастенія.

При обследованіи крови: положительный Wassermann. Диагностическій выводъ: hystero-neurastenia (traumatica), alopecia areata, suspicim ad luetem.

Третій случай: N исторіи болѣзни 9656; пост. февр. с. г.: крест. Харьков. губ., конторщикъ, жен.; нынѣ рядовой 29 п. в. бат.; Дмитрій Т—ка



3-й случай.

Анамнезъ: наследственности нѣтъ, семья вполне и вся здоровая. Въ личномъ анамнезѣ: инфекцій не было, lues от-

рицаеть, не пилъ; много и давно курить; женатъ, абортовъ у жены не было, дѣти здоровы; перенесъ ревматизмъ въ неострой формѣ. Анамнезъ заболѣванія: 3 мѣсяца назадъ безъ видимой причины стали развиваться: повышенная потливость, головокруженія, плохой сонъ и тогда же замѣтилъ облысѣнія.

При изученія больного констатировано: средняго роста, сложенія и питанія. Внутренніе органы и всѣ железы, кромѣ щитовидной, нормальны; щитовидная набухла, t° нормальна. Скелеть весь, включая и черепъ, нормальный, періоститовъ нигдѣ нѣтъ. Кожа и видимыя слизистыя нормальны. Волосы: вообще всюду русые; на волосистой части головы: на лѣвой височно-затылочной области 3 большихъ (съ 20-коп. монету) и нѣсколькихъ маленькихъ пятенъ (1 сант.) алопеціи; такія же агеае меньшія и на правой затылочно-темянной и височной областяхъ; вообще алоpecia areata захватываетъ области височныя, затылочную и темянныя, распространяясь, однако, и на лобно-волосистую части черепа. Кромѣ того обрапаетъ на себя вниманіе (и видно на фотографіи) 2 большихъ (4 сант.) пятна алоpeciae areatae съ бѣлесымъ lanugo въ области 3-ихъ вѣтокъ п. п. trigeminorum на бородѣ, рѣзко симметричныя и рѣзко выдѣляющіяся на русой бородѣ. Остальные волосы (брови, рѣсницы, усы, подмышечные, срамные, пушковые) нормальны. При обследованія: всѣ и всюду волосы нормальны, какъ и кожа. Со стороны иннервации констатировано: вялость глоточнаго рефлекса, тахикардія красный дермографизмъ и высокіе сухожильные рефлексы; локальныхъ симптомовъ, какъ и въ первыхъ 2 случаяхъ, нѣтъ. Психика нормальная.

Діагностическій выводъ третьяго случая: алоpecia areata.

Вышеприведенный 3-ій случай *Сухова* и 2 первыхъ изъ приведенныхъ здѣсь, среди данныхъ status'a, представляютъ suspicium adluetem въ видѣ положительнаго Wassermann'a, а первый описываемый случай и прямо симптоматическую алоpecia insularis neuropathica. Сопоставленіе другъ съ дру-

гомъ описанныхъ здѣсь случаевъ ¹⁾, въ частности съ 3-имъ „чистымъ“ случаемъ alopecia areatae и съ другими случаями ея, обнаруживаетъ общность характера процесса алопеціи здѣсь: развитіе на „нервной почвѣ“, съ „нервными симптомами“, упорство теченія и неуступчивость лѣченію specificis. Такимъ образомъ надо думать, что патогенезъ въ такихъ



3-й случай.

случаяхъ alopecia areatae и въ подобныхъ случаяхъ alopeciae symptomaticae близокъ и б. м., тождественъ. Этотъ патогенезъ можно свести къ слѣдующему: опыты *Joseph'a* (вырываніе шейныхъ симпатическихъ узловъ) показали, что въ 13 случаяхъ изъ 30 онъ получилъ экспериментальную типичную alopecia areata, а по даннымъ кринологіи въ этой области находятся важныя железы секреціи (по *Яхонтову* ⁵⁾: хромафинныя каротидныя железы); дальше, случай *Pantopridan'a* (вылущеніе „железистыхъ опухолей“ въ лѣвой каротидной области ⁴⁾) и *Bender'a* ⁴⁾ (рубцеваніе послѣ неудачной

¹⁾ и случая Сухова въ № 3 литер. указателя къ этой статьѣ.

операции щитовидной железы), гдѣ вслѣдъ за травматизированіемъ указанныхъ железъ секретіи, развилась типичная *alopescia areata*, говорятъ за роль въ патогенезѣ алопеціи железъ секретіи. Въ случаѣ *Сухова* ¹⁾ (2-ой) отмѣчена гиперсекреція щитовидной железы ¹⁾. *Sabouraud* ⁶⁾ приходитъ къ выводу, что *alopescia areata* зависитъ отъ нарушенія секретіи яичковыхъ и щитовидной железы, *Malcolm Morris* ⁴⁾ указываетъ на роль щитовидной железы и надпочечниковъ. Случай же *Полотебнова* ⁴⁾, *Gowers's* ⁴⁾ и *Bauer's* ⁴⁾, гдѣ констатирована и эпилепсія, говорятъ также за нарушеніе железъ секретіи въ патогенезѣ этого своеобразнаго вида алопеціи. Большая часть случаевъ *alopesciae areatae*, описанныхъ въ литературѣ, говоритъ за то, что эта „форма *sui generis*“ сводится къ разстройству щитовидной железы, если же, какъ, напр., въ случаѣ *Bender's*, нарушена и секретія яичковыхъ железъ, то алопеція *areata* захватываетъ и волосы подмышекъ, срамные, рѣсницы и брови. Констатирована и послѣдственная передача *alopesciae areatae* (*Michelson* ⁴⁾; *Jadassohn* ⁴⁾ же отмѣтилъ фамилію заболѣванія.

Все это указываетъ, что такой патогенезъ стоитъ въ соотвѣтствіи и съ теченіемъ процесса *alopesciae areatae*. Остаются невыясненнымъ, одна ли железа секретіи и какая именно является при нарушеніи своей секретіи исходнымъ мѣстомъ алопеціи болѣзни, хотя, какъ указано, кринологія больше указываетъ на значеніе щитовидной железы, б. м., и каротидныхъ. Литература послѣдняго времени даетъ указанія и на то, что начальнымъ исходнымъ моментомъ — локализацией въ развитіи *alopesciae areatae*, б. ч., является нервная система: въ случаяхъ *Frédet* ⁴⁾ и *Tylon* ⁴⁾ психическая травма, въ случаяхъ *Сухова* ⁴⁾ психо-физическая, при чемъ въ 2-хъ его случаяхъ отмѣчено патогенетическое значеніе воздушной контузіи съ ея влияніемъ на железы и кровь (*Сегаловъ*), въ 3-емъ же случаѣ *Сухова* ³⁾, наряду съ психо-

¹⁾ Изъ здѣсь описанныхъ.

физической травмой отмѣчена роль и „ревматизма“, возможно въ компликаціи съ луэтической „дискразіей“. Такимъ образомъ, психическая травма можетъ вести къ нарушенію секретіи железъ психогеннымъ путемъ. Что это возможно, указываютъ и патогенезъ нѣкоторыхъ формъ „основныхъ неврозовъ“, изъ которыхъ слагается „травматическій неврозъ“, напр., нѣкоторыхъ формъ истеріи, „даже обычной“, гдѣ (*Амфиловъ*¹⁾, *Sallier (et) Chartier*¹⁾) патогенетической подкладкой является расстройство внутренней секретіи психогеннымъ путемъ. Таковы именно патогенезъ могутъ имѣть случаи alopecia areatae, гдѣ онъ является, какъ часть травматическаго нейроза (случай, напр., *Tylon, Frédet*). При воздушныхъ же контузіяхъ, какъ анализируетъ *Сегаловъ*, травматическій неврозъ, ergo, alopecia areata, патогенетически развиваются вслѣдствіе физическихъ моментовъ декомпрессіи: вслѣдствіе этого могутъ образоваться, освобожденіемъ азота въ крови, молекулярныя эмболіи, слѣдовательно такимъ путемъ и расстройство железъ секретіи. Здѣсь, однако, вѣрнѣе всего дѣло можетъ идти о пюригландулярномъ расстройствѣ, хотя не исключается и избирательное преимущественное поражение одной к. н. железы.

Случай 3-й *Сухова*²⁾ иллюстрируетъ значеніе въ патогенезѣ alopecia areatae ревматическихъ моментовъ, которые, какъ выясняется изъ литературы, ведутъ къ пюригландулярному расстройству внутренней секретіи, хотя и здѣсь выдвигается превалирующая роль нѣкоторыхъ железъ, чаще щитовидной: ревматоидное заболѣваніе отмѣчено въ анамнезѣ и одного изъ описываемыхъ случаевъ (1-ый); а пюригландулярность при „ревматизмѣ“ констатирована *Gongerot, Gy и Falta*³⁾. По аналогіи съ „ревматизмомъ“ (*Chwostek*) можно думать о томъ, что циркулированіе въ крови луэтическихъ и паралуэтическихъ токсиновъ можетъ вести къ пюригланду-

¹⁾ Цит. по № 4.

²⁾ Pr. medic. 1915 г. № 24—25—отчасти въ 3-емъ.

лярному разстройству внутренней секреціи, возможно, съ превалированіемъ одной к. н. железы, а отсюда уже развитіе *alopresiae areatae neuroticae*.

О возможности развитія *alopresiae areatae* и *neuroticae* путемъ разстройства внутренней секреціи вслѣдствіе циркулированія паралуэтическихъ ядовъ въ крови можно думать и на основаніи того обстоятельства, что такія алопеціи, какъ, напр., видно на описываемыхъ случаяхъ, не поддаются специфическому лѣченію и тѣмъ самымъ вполне соотвѣтствуютъ процессамъ паралуэса; судя по теченію такихъ алопецій, онѣ соотвѣтствуютъ паралуэсу и упорствомъ теченія, часто прогрессирующаго. Такимъ образомъ, интересъ описываемыхъ случаевъ алопеціи и тотъ, что онѣ представляютъ примѣръ патогенеза многихъ формъ паралуэса и въ тоже время расширяютъ этиологическіе моменты „нервныхъ алопецій“; 3-ій же изъ описываемыхъ случаевъ, гдѣ интересно строго симметричное пораженіе волосъ въ области 3-ихъ вѣтвей тройничныхъ нервовъ, тѣмъ самымъ говоритъ, между прочимъ, также за плюригландулярность патогенеза „нервныхъ алопецій“.

Литературный указатель.

- 1) M. Joseph. Болѣзни кожи. Пер. П. 1900.
 - 2) Petges & Murater. Pelade et Syphilis. *Annal. de Syph.* 1913, № 11.
 - 3) А. А. Суховъ. Къ клиникѣ alopecia areatae. Психиат. газета, 1916, № 4.
 - 4) А. А. Суховъ. Alopecia areata, какъ симптомъ травматическаго нейроза. *Медиц. Обоз.* 1915, № 20—21.
 - 5) К. М. Яхонтовъ. Къ ученію о хромафинной системѣ. Къ вопросу о строеніи сонной железы (*glandula carotica*) у человѣка. *Казан. Мед. Журн.* 1914, № 3—6.
 - 6) Sabeurand. Pelade et goitre exophatal. *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1903, № 3.
 - 7) В. Я. Анфимовъ. Къ вопросу о происхожденіи ритмическихъ дрожаній при истеріи. *Рус. врачъ.* 1915, № 5.
 - 8) В. Я. Анфимовъ. Случай alopecia neuroticae universalis. *Псих. Газета.* 1915, № 20.
-

Душевные болѣзни у евреевъ въ связи съ патологіей евреевъ вообще.

(Изъ Казанской Окружной лѣчебницы для душевно-больныхъ).

С. С. Вермель.

Вопросъ о заболѣваемости евреевъ, такъ называемая патологія евреевъ, въ послѣднее время усиленно привлекаетъ къ себѣ вниманіе какъ демографовъ, такъ и врачей. Въ Берлинѣ уже давно выходитъ въ свѣтъ даже специальный журналъ „Zeitschrift für Demographie und Statistik der Juden“, въ которомъ очень много мѣста удѣляется именно патологіи евреевъ. И это вполне понятно. Еврейское населеніе, болѣе или менѣе крупными массами вкрапленное въ толщу нееврейскаго и живущее при совершенно отличныхъ отъ послѣдняго социальныхъ, экономическихъ, бытовыхъ, религіозныхъ и правовыхъ условіяхъ, представляетъ собою грандіозный „опытъ исторіи“, результаты котораго могутъ пролить свѣтъ на многіе вопросы патологіи и клиники. Кромѣ того, этотъ вопросъ имѣетъ и огромный общественный интересъ: въ вѣковѣчномъ вопросѣ о взаимоотношеніяхъ еврейскаго и нееврейскаго міра патологія можетъ сказать свое вѣское слово, такъ какъ болѣзнь вскрываетъ личность человѣка, обнажаетъ, такъ сказать, все его „внутри“, прикрытое въ обычныхъ условіяхъ корой всевозможныхъ условностей и лжи, обнаруживаетъ его настоящее лицо, его истинную сущность. Но, желая получить отъ патологіи такой отвѣтъ, изслѣдователь обязанъ огречься отъ всѣхъ на-



вѣянныхъ и внушенныхъ ему современной окружающей средой предразсудковъ и предвзятыхъ идей, долженъ отречься и отъ личныхъ вкусовъ, симпатій и антипатій и приступить въ вопросу объективно и безпристрастно во всеоружіи научныхъ методовъ и холодныхъ наблюдений. Къ сожалѣнію, и въ эту чистую область науки нѣкоторые готовы вносить мутные способы и приемы уличной прессы, преслѣдующей, какъ извѣстно, цѣли, ничего общаго съ наукой или истиной не имѣющія.

Изъ всѣхъ заболѣваній психическія болѣзни носятъ особенно своеобразныя черты у евреевъ и представляютъ поэтому наибольшій интересъ.

Вопросъ этотъ, естественно, раздѣляется на двѣ части, на вопросъ: 1) о количествѣ психическихъ болѣзней евреевъ и 2) о качествѣ, формахъ встрѣчающихся у евреевъ душевныхъ заболѣваній въ связи съ этиологіей послѣднихъ. По первому вопросу о числѣ душевно-больныхъ у евреевъ огромное большинство авторовъ высказывается единогласно, что душевно-больныхъ среди евреевъ сравнительно гораздо больше, чѣмъ у неевреевъ. Такъ, по *Ломброзо*, по даннымъ, относящимся къ 1869 году, въ *Италіи* у евреевъ душевно-больныхъ почти въ 4 раза больше, чѣмъ у католиковъ. Въ *Пруссіи*, согласно переписямъ, оказалось на 10.000 жителей душевно-больныхъ:

Въ 1871 г.	Въ общемъ населеніи	22,	въ еврейск.	29.
— 1880 г.	— — —	24,	— —	38,9.
— 1895 г.	— — —	26,	— —	49,8.

Такимъ образомъ количество душевно-больныхъ у евреевъ, вообще значительно большее, чѣмъ у неевреевъ, съ каждымъ десятилѣтіемъ постепенно увеличивается въ гораздо большей пропорціи, чѣмъ у неевреевъ: въ общемъ населеніи за десятилѣтіе это число увеличилось на 2 на 10 тыс. жителей, а у евреевъ на 9,9 и на 10,9.

Въ *Фоссіи*, по даннымъ всеобщей переписи 1897 года, на 100 тыс. жителей оказалось душевно-больныхъ:

Въ Виленск. губ. у христіан. 93, а у евреевъ 111.
 — Витебской губ. — — 93, — — 100.

Проф. *Сикорскій* и д-ръ *Максимовъ*, сопоставляя въ 1895—1896 г процентное отношеніе душевно-больныхъ различныхъ національностей, входящихъ въ составъ войскъ Кіевскаго Округа, въ общему числу нижнихъ чиновъ этихъ частей, нашли такія цифры:

Русск. нижн. чиновъ	219.420,	душ. больн.	200,	т. е.	0,91%
Поляковъ — —	14.055,	— —	13,		0,92%
Магометанъ — —	25,380,	— —	27,		1,06%
Евреевъ — —	16.463,	— —	36,		2,19%

Другими словами, если принять число больныхъ русскихъ за 100, то поляковъ оказалось 101, магометанъ 116, а евреевъ 247.

Такия же данныя имѣются и относительно евреевъ другихъ странъ, относительно Египта, Алжира, Сѣверо-американскихъ Соединенныхъ Штатовъ, такъ что этотъ фактъ можно считать твердо установленнымъ. Но объясненіе этого факта у различныхъ авторовъ различное. Одни готовы видѣть въ этомъ симптомъ психической дегенерациі евреевъ, наступающаго вырожденія еврейскаго народа. Но можно ли серьезно говорить о вырожденіи про націю, которая въ числѣ всего 10—12 миллионъ душъ живетъ среди многихъ сотенъ миллионъ другихъ національностей, окруженная враждой и недоброжелательствомъ, во многихъ случаяхъ лишняя самыхъ элементарныхъ человѣческихъ правъ, и между тѣмъ живетъ и не только сохраняетъ свое національное лицо, но принимаетъ самое замѣтное активное участіе въ культурномъ строительствѣ тѣхъ народовъ, среди которыхъ ей приходится жить? Стоитъ только оглянуться кругомъ и посмотрѣть, какую роль играютъ еврейскіе дѣятели во всѣхъ областяхъ человѣческаго знанія, науки, искусства, философіи, техники, промышленности, стоитъ только посмотрѣть, сколько духовной мощи и энергіи таитъ въ своихъ нѣдрахъ эта презираемая еврейская масса, чтобы безъ всякихъ возраженій отвергнуть предполо-

женіе о психическомъ вырожденіи еврейскаго народа. Проф. В. Ф. Чижъ¹⁾ пытается дать другое объясненіе. „Едва-ли“, — говорить онъ — можно сомнѣваться, что между евреями относительно больше нервно и душевно-больныхъ, чѣмъ между славянами или германцами, но это объясняется не національностью евреевъ и не *условіями ихъ жизни* *), а тѣмъ обстоятельствомъ, что дѣтская смертность у евреевъ, конечно, вслѣдствіе лучшаго ухода и *большей достаточности ихъ* *), гораздо ниже, чѣмъ у другихъ народовъ. Очевидно, что такимъ образомъ между евреями должно быть больше слабыхъ, хилыхъ, нервныхъ, одаренныхъ психопатической конституціей“. Въ этомъ утвержденіи нѣсколько недоразумѣній, прежде всего „большая достаточность“ евреевъ существуетъ не въ дѣйствительности, а только въ воображеніи тѣхъ, которые судятъ объ экономическомъ положеніи народа по нѣсколькимъ крупнымъ капиталистамъ. Точная статистика говоритъ о такой бѣдности еврейскихъ массъ, которой не знаетъ ни одинъ пролетаріатъ въ любой европейской странѣ. Достаточно вспомнить, что въ Одессѣ напр. передъ праздникомъ пасхи благотворительной помощью пользовалось около 60% еврейскаго населенія. Далѣе, что дѣтская смертность среди евреевъ гораздо ниже, чѣмъ у неевреевъ, это совершенно вѣрно. Но если пользоваться данными статистики, то надо пользоваться ими до конца. А статистика эта говоритъ вотъ что. По даннымъ всероссійской переписи 1897 года мы видимъ, какъ распредѣляется смертность у евреевъ по возрастамъ. Такъ, смертность.

До 1 года въ общемъ населеніи	40,91	у евреевъ	25,68
1—5 — — — —	21,10	—	22,06
5—10 — — — —	4,83	—	4,81
10—15 — — — —	1,92	—	2,24
15—20 — — — —	1,82	—	3,00
20—30 — — — —	3,85	—	6,01
30—40 — — — —	3,63	—	4,93

¹⁾ В. Ф. Чижъ, Учебникъ психіатріи, Юрьевъ, 1902, стр. 45.

*) Куревинъ нашъ.

И т. д. Изъ этого мы видимъ, что только дѣтская смертность до 1 года значительно ниже у евреевъ, что объясняется исконною крѣпостью еврейской семьи, необыкновенной ихъ заботливостью о дѣтяхъ. Въ другихъ же возрастахъ смертность у евреевъ гораздо выше, чѣмъ у неевреевъ, а потому говорить о томъ, что благодаря этому среди евреевъ должно быть много слабыхъ и хилыхъ, нѣтъ основанія. Слабые и хилые въ позднѣйшемъ возрастѣ вымираютъ. И такъ какъ, согласно мнѣнію проф. *Чижа*, относительно большее количество психическихъ больныхъ у евреевъ нельзя объяснить „національностью евреевъ“, такъ какъ, по даннымъ статистики, этого факта нельзя объяснить выживаніемъ слабыхъ и хилыхъ, то вопреки мнѣнію проф. *Чижа*, этотъ фактъ можетъ быть объясненъ только „условіями ихъ жизни“.

Мнѣ думается, что при рѣшеніи этого вопроса забываютъ одно обстоятельство, которое въ данномъ случаѣ играетъ весьма значительную роль. Дѣло въ томъ, что еврейское населеніе—исключительно *городское*, нееврейское у насъ въ Россіи напр. и въ другихъ государствахъ преимущественно сельское. Сравнивая еврейское населеніе съ общимъ, мы сравниваемъ, собственно говоря, неоднородный, несравнимый матеріалъ. Если бы мы сопоставляли данныя, касающіяся еврейскаго населенія, съ данными, касающимися нееврейскаго, но тоже городского, населенія, то мы, быть можетъ, получили бы совершенно иные результаты. Но такихъ сравнительныхъ данныхъ, къ сожалѣнію, у насъ нѣтъ. Можетъ быть, относительно большее количество душевно-больныхъ у евреевъ объясняется просто тѣмъ, что они горожане, жители городовъ, гдѣ жизнь во всѣхъ отношеніяхъ интенсивнѣе, борьба за жизнь тяжелѣе и предъявляетъ къ нервной системѣ гораздо большія требованія, чѣмъ къ жителю деревни. А если принять еще во вниманіе, что многія отрасли дѣятельности евреямъ недоступны, что многіе пути имъ заказаны, что въ борьбѣ за существованіе они во многихъ отношеніяхъ обезоружены и законодательствомъ, и традиціей, и предрассудками, и отношеніями къ нимъ окру-

жающихъ, то вполне естественно ожидать у нихъ болѣе частаго истощенія нервной системы, чѣмъ у другихъ, и относительно большаго числа душевныхъ болѣзней. Подтвержденіемъ этому взгляду могутъ служить данныя, опубликованныя недавно д-ромъ *Max Sichel* въ „*Neurologisches Centralblatt*“ за 1908 годъ. Эти данныя касаются Франкфурта на Майнѣ, крупнаго центра съ сравнительно очень большимъ еврейскимъ населеніемъ. Его перѣдко зовутъ нѣмецкимъ Іерусалимомъ. Приводимыя имъ цифры относятся къ жителямъ самого города, такъ что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ уже однородный матеріалъ (еврейское населеніе сравнивается съ общимъ *городскимъ* населеніемъ) и, кромѣ того, рѣчь идетъ о государствѣ, гдѣ евреи почти уравнины въ правахъ съ прочимъ населеніемъ. И что же мы видимъ? Только въ 1897 году процентное отношеніе больныхъ евреевъ было больше, чѣмъ неевреевъ (0,22% и 0,10%). Въ послѣдующіе 8 лѣтъ отношенія были одинаковыя, а въ нѣкоторые годы евреевъ больныхъ было даже меньше. Въ среднемъ же за 9 лѣтъ неевреевъ поступило 4436 или по отношенію къ населенію 0,18%; евреевъ же поступило 325, что составляетъ только 0,16%. Такимъ образомъ, эти цифры ясно показываютъ, что при равныхъ условіяхъ жизни нервная система евреевъ оказывается даже болѣе стойкой и обладаетъ болѣею силой сопротивляемости, чѣмъ у неевреевъ, въ данномъ случаѣ, у нѣмцевъ.

Обратимся теперь ко второму вопросу, вопросу о формахъ душевныхъ болѣзней, наблюдаемыхъ у евреевъ. Извѣстно, что форма душевной болѣзни, не въ примѣръ соматическимъ заболѣваніямъ, находится въ болѣею зависимости отъ этиологии, чѣмъ отъ патолого-анатомическихъ измѣненій, а посему для разрѣшенія вопроса о наиболѣе часто наблюдаемыхъ у евреевъ формахъ душевныхъ заболѣваній, необходимо обратить вниманіе на этиологию, которая у еврейскаго населенія, несомнѣнно, имѣетъ своеобразныя черты. Психопатологія вообще поκειται какъ извѣстно, на трехъ главныхъ этиологическихъ моментахъ: интоксикаціи, инфекціи и наследственномъ вырожденіи.

ніи. Изъ всѣхъ видовъ интоксикаціи первое мѣсто занимаетъ (у насъ занималъ) алкоголизмъ, а изъ всѣхъ видовъ инфекціи— сифилисъ. Алкогольные психозы во всѣхъ ихъ разнообразныхъ проявленіяхъ и эпилепсія, съ одной стороны, и сифилитическія заболѣванія съ прогрессивнымъ параличомъ, съ другой, заполняютъ огромное большинство нашихъ клиническихъ формъ. Меньшая часть остается для третьей группы, зависящей отъ такъ называемаго „наслѣдственнаго вырожденія“. Прибавимъ, между прочимъ, что терминъ „наслѣдственное вырожденіе“ содержитъ въ себѣ въ извѣстной степени *contradictio in adjecto*, если понимать вырожденіе какъ внутреннюю биологическую силу, направляющую родъ къ уничтоженію. Наслѣдственность—консервативная сила въ природѣ, стремящаяся сохранить существующій типъ. Есть еще одна сила—способность кѣтки и особи къ совершенствованію, къ прогрессу. Это—сила эволюціи. Кромѣ этихъ двухъ силъ, консервативной и прогрессивной, мы другихъ не знаемъ. Вырожденіе есть уклоненіе, отдаленіе отъ типа въ сторону деградациі, и мы не знаемъ такой силы, которая роковымъ образомъ, подобно наслѣдственности, стояла въ антагонизмъ съ этой послѣдней, какъ противодѣйствующая, таящая назадъ. Благодаря неблагоприятнымъ условіямъ роста и жизни, особь можетъ растерять черты и свойства своего типа, своихъ предковъ, такая ослабленная особь можетъ въ силу наслѣдственности передавать свои слабости слѣдующему поколѣнію, такъ что въ концѣ концовъ получается полное истощеніе обычныхъ свойствъ даннаго типа. Это будетъ, такъ сказать, постепенное оскудѣніе и истощеніе рода. Но *grimus moens* въ этомъ процессѣ не наслѣдственность, какъ роковой неизбѣжный законъ природы, а тѣ неблагоприятныя условія среды, которыя вызываютъ въ той или другой особи регрессивныя отклоненія отъ своего типа. На долю этого момента, наслѣдственнаго психическаго оскудѣнія, приходится та обычная группа душевныхъ болѣзней, которыя возникаютъ на истощенной почвѣ, благодаря тягостямъ жизни, эмоціональнымъ потрясеніемъ и гне-

тушимъ переживаніемъ. Въ то время какъ первыя группы можно назвать токсигенными, эту группу можно считать преимущественно психогеной.

Что пьянство почти совершенно отсутствуетъ у евреевъ, что сифилисъ среди нихъ распространенъ въ гораздо меньшей степени, чѣмъ у неевреевъ, это установлено твердо, какъ точными наблюденіями многихъ авторовъ, такъ и разными статистическими изслѣдованіями. Въ виду этого у евреевъ почти не наблюдается алкогольныхъ психозовъ, много рѣже встрѣчается эпилепсія и эпилептическіе психозы. Значительно рѣже наблюдается также и прогрессивной параличъ. Что касается послѣдней болѣзни, то по даннымъ *Л. С. Минора*, относящимся къ матеріалу проф. *Кожевникова*, *Корсакова* и собственной его практикѣ, на 4700 душевно больныхъ христіанъ было прогрессивныхъ паралитиковъ 124, т. е. 2,6%, а на 696 нервныхъ больныхъ евреевъ прогрессивныхъ паралитиковъ было только 6, т. е. около 0,8%. Тоже самое наблюдалось и въ Казанской Окр. Лѣчебницѣ. Въ то время, какъ среди неевреевъ прогрессивный параличъ наблюдается въ количествѣ 4,2%, среди евреевъ—только—1,3. Таковы отношенія у русскихъ евреевъ. Не то мы видимъ въ западной Европѣ. По даннымъ о числѣ поступившихъ въ прусскія больницы душевно-больныхъ за 19 лѣтъ (1882—1900) оказывается, что прогресс. паралитиковъ было у неевреевъ: мужчинъ 17,8%

—	—	—	женщинъ	7,2%
—	—	у евреевъ	мужчинъ	26,2%
—	—	—	женщинъ	2,6%

Тоже самое мы видимъ и въ выше упомянутыхъ данныхъ д-ра *Max Sichel'*а, касающихся Франкфурта на Майнѣ. На 4.436 душевно-больныхъ неевреевъ, прогрессивныхъ паралитиковъ было 9,4%, а на 325 больныхъ евреевъ—12,9%.

Такое же относительно большее число прогрессивныхъ паралитиковъ отмѣчается разными авторами въ Австріи, гдѣ на прогресс. пар. на 100.000 нееврейск нас. было 7,77

— — — 100.000 еврейскаго — — 10,07.

Тот же самый отмечался и в Лондонѣ. Если вспомнимъ, какую роль, помимо сифилиса, въ этиологіи прогрессивнаго паралича играетъ алкоголизмъ, если вспомнимъ, что алкоголизмъ такъ мало распространенъ среди евреевъ, то фактъ относительно чаще наблюдаемаго прогр. парал. у евреевъ З. Европы долженъ бы указывать, что сифилисъ дѣлаеть большія завоеванія у тамошнихъ евреевъ, вполне почти ассимилировавшихся съ кореннымъ населеніемъ. Но кто болѣе или менѣе знакомъ съ жизнью и бытомъ заграничныхъ евреевъ, кто знаетъ устойчивость и крѣпость еврейской семьи, тотъ не можетъ допустить, что сифилисъ среди З. европейскихъ евреевъ распространенъ въ большей степени, чѣмъ среди австрійцевъ или нѣмцевъ. Противъ этого говорятъ и цифры, касающіяся женщинъ; какъ мы видѣли выше въ статистикѣ Пруссіи, у неевреевъ 7,2%, а у евреевъ только 2,6% прогрессивнаго паралича. Я въ этомъ фактѣ склоненъ видѣть обстоятельство, могущее бросить свѣтъ на роль сифилитическаго яда въ этиологіи прогрессивнаго паралича. Этотъ фактъ показываетъ, что сифилисъ для еврея болѣе опасенъ въ смыслѣ шансовъ на прогрессивный параличъ, чѣмъ для нееврея, т. е. еврей, страдавшій сифилисомъ, имѣеть больше шансовъ получить прогрессивный параличъ, чѣмъ нееврей. Прежде всего, кромѣ сифилиса, для полученія прогрессивнаго паралича, надо еще кое что, еще какія-нибудь условія (а то прогрессивныхъ паралитиковъ было бы столько же, сколько и сифилитиковъ), надо имѣть нервную конституцію, тяжкую наследственность, надо умственное переутомленіе, тяжелыя переживанія и эмоціи. Все это имѣется на лицо въ еврейской расѣ. Кромѣ того, быть можетъ, тутъ имѣеть значеніе еще одинъ моментъ, а именно приспособляемость населенія къ извѣстной болѣзни. Повидимому, новую болѣзнь данная группа населенія хуже переносить въ началѣ, чѣмъ послѣ пѣлаго ряда лѣтъ и поколѣній. Для евреевъ, сифилисъ—болѣзнь новая, съ ней они познакомились только недавно и еще не успѣли выработать въ своемъ организмѣ средствъ борьбы съ ней. Вотъ почему у нихъ сифилисъ,



можетъ быть, и чаще влечетъ за собою прогрессивный параличъ, чѣмъ у неевреевъ. Это отчасти доказывается исторически.

Любопытныя статистическія данныя, приводимыя д-ромъ *Max Sichel* емъ, показываютъ, что среди 33 душевно-больныхъ евреевъ Франкфуртской больницы для умалишенныхъ за 1784—1850 г. не было ни одного случая прогрессивнаго паралича.

За то въ 1861—1870	—	3,6%
— — 1871—1880	—	20,9%
— — 1881—1890	—	17,9%
— — 1891—1900	—	17,5%
— — 1901—1910	—	11,9%

Мы видимъ такимъ образомъ быстрое нарастаніе прогр. пар. въ 70-ые годы, а за тѣмъ медленное и постепенное паденіе въ слѣдующія десятилѣтія. То же говоритъ намъ и общепрусская статистика.

Въ 1892—1894 на 1566 больныхъ евр.	301 (19,2%)
— 1895—1891 — 1614 —	— 237 (14,7%)
— 1898—1900 — 1796 —	— 202 (11,3%)

Съ годами относительное число паранитиковъ постепенно падаетъ.

Кромѣ того, это подтверждается и отношеніемъ евреевъ къ туберкулезу и инфлуэнцѣ. Несмотря на то, что еврейскія массы живутъ въ городахъ, живутъ тѣсно и скученно, безъ свѣта и воздуха, евреи страдаютъ отъ туберкулеза меньше, чѣмъ другія національности. Этотъ фактъ подмѣтилъ еще покойный *С. П. Боткинъ*, его подтверждаетъ статистика смертности всѣхъ столицъ Европы и Америки. И этотъ фактъ можно объяснить лишь тѣмъ, что евреи живутъ въ городахъ—этихъ очагахъ туберкулеза—уже давно, между тѣмъ какъ общее населеніе его перекочевало въ городъ только, можно сказать, со вчерашняго дня и не успѣло еще выработать, подобно евреямъ, извѣстной степени иммунитета. За то отъ инфлуэнцы, болѣзни новой, по отношенію къ которой условія приспособляемости одинаковы какъ у евреевъ, такъ у неевреевъ, въ періодъ 1890—1894 г. въ Пруссіи на 100.000

смертей приходилось на долю инфлуэнцы: въ общемъ населеніи 1445, въ еврейскомъ 1786.

Если пьянство почти совершенно отсутствуетъ у евреевъ, если сифилисъ распространенъ въ гораздо меньшей степени, чѣмъ у неевреевъ, а душевныя болѣзни, какъ мы видѣли выше, на оборотъ, въ большей степени, то это даетъ намъ представленіе объ объемѣ и силѣ третьяго изъ главнѣйшихъ этиологическихъ моментовъ: истощенія нервной системы въ связи съ тяготами жизни, эмоціональными переживаніями и наслѣдственностью. Это обстоятельство станетъ для насъ понятнымъ, если вспомнимъ, при какихъ соціальныхъ условіяхъ живетъ еврейское населеніе въ настоящее время даже и какова была его жизнь въ прошломъ.

Историческій авамнезъ еврейскаго народа такъ тяжелъ, что его по справедливости называютъ народомъ-мученикомъ. Въ теченіе двухъ тысячелѣтій онъ подвергался постояннымъ гоненіямъ и преслѣдованіямъ, избиеніямъ и ауто-да-фе, изгнаніямъ и скитаніямъ. Десятки поколѣній жили въ вѣчномъ страхѣ за свою жизнь. Ясно, что такая жизнь, преисполненная постоянныхъ аффектовъ и эмоцій, не могла не оставить слѣдовъ въ еврейской психикѣ, особенно въ эмотивной сферѣ. И дѣйствительно, евреи въ этомъ отношеніи болѣе возбудимы, чувствительны и впечатлительны. Быть-можетъ, по этому среди нихъ чаще, чѣмъ у другихъ народностей, наблюдается истерія во всѣхъ возможныхъ и разнообразныхъ ея проявленіяхъ. Съ анатоми-физиологической стороны это прошлое оставило отпечатокъ въ видѣ чрезвычайно легкой возбудимости и подвижности вазомоторной системы евреевъ. Дермографизмъ, тахикардія, ломкость сосудовъ, необыкновенная легкость краснѣнія и блѣднѣнія, потливость, безпричинная пугливость, болѣе частое заболѣваніе сосудовъ (геморрой, claudicatio intermittens), весь симптомокомплексъ явленій, который по аналогіи съ неврастеніей, міастеніей, психастеніей, я предложилъ называть *ангіастеніей*, встрѣчается у евреевъ много чаще, чѣмъ у неевреевъ, и представляетъ собою результатъ необыкновенно

мучительныхъ историческихъ переживаній. Словомъ, исторія евреевъ сдѣлала ихъ въ анатомо-физиологическомъ отношеніи ангиастениками, а въ психическомъ—крайне эмотивными. Возможно, что эти оба явленія находятся даже въ причинной зависимости другъ отъ друга. Условія жизни евреевъ въ настоящее время всѣмъ извѣстны: ни для кого не тайна, что она много тяжелѣе жизни другихъ народовъ. Въ нѣкоторыхъ странахъ вѣдь они еще лишены самыхъ элементарныхъ человѣческихъ правъ, дѣятельность ихъ ограничена на всѣхъ поприщахъ и въ борьбѣ за существованіе на ихъ нервную систему возлагается большая тяжесть, чѣмъ на неевревъ. Къ этому надо еще прибавить, что евреи (особенно мужское населеніе) сплошь грамотны, что каждый изъ нихъ въ дѣтствѣ прошелъ очень суровую и изнуряющую первоначальную школу, гдѣ дѣти учатся чуть-ли не десять—двѣнадцать часовъ въ сутки, и притомъ въ самой неблагоприятной въ педагогическомъ и гигиеническомъ отношеніяхъ обстановкѣ, что евреи больше, чѣмъ другіе, занимаются уметвеннымъ трудомъ, и мы поймемъ, что ихъ нервная система, несмотря на всю силу сопротивляемости и приспособляемости, чаще отступаетъ и падаетъ побѣжденная передъ тяжелыми условіями жизни.

Всѣ эти факты въ извѣстной степени предопредѣляютъ, такъ сказать, психопатологію евреевъ. На основаніи вышеизложенныхъ данныхъ уже аргіогі можно предположить, что у евреевъ чаще должны наблюдаться *психозы* эмотивнаго характера (манія, меланхолія, маниакально-депрессивный и періодическіе психозы) и раннее слабоуміе (*dementia praecox*), какъ результатъ червнаго истощенія и наслѣдственности. И дѣйствительно, всѣ авторы утверждаютъ, что эти формы наблюдаются у евреевъ чаще, чѣмъ у неевреевъ.

Наша статистика Каз. Окружной Лѣчебницы вполне подтверждаетъ эти предположенія, т. е. періодическіе психозы и раннее слабоуміе составляютъ почти $\frac{2}{3}$ всѣхъ наблюдавшихся случаевъ душевныхъ болѣзней у евреевъ, при чемъ огромное большинство составляетъ *dementia praecox*. Такъ, на 90 боль-

ныхъ евреевъ на долю dementia praecox приходится 42 случая, т. е. 46,6%, а на долю психозовъ, эмотивнаго и періодическаго—15 случаевъ, т. е. 16,6%. Случаевъ алкоголизма вовсе не было; прогрессивныхъ паралитиковъ было 2, при чемъ это относится къ лицамъ, давно жившимъ въ центральныхъ губерніяхъ и страдавшимъ сифилисомъ. Тоже и эпилепсіи было только 2 случая. Врожденнаго слабоумія было 4 случая, въ 2 раза меньше, чѣмъ у неевреевъ, фактъ, тоже говорящій противъ вырожденія еврейской расы. Такова психопатологія евреевъ съ классификаціонной точки зрѣнія.

Отношенія видны изъ слѣдующей таблицы.

	Изъ нихъ съ	Dem. praec.	Психозы не- родъ эмо- тивн.	Alcoholismus.	Par. pro- gress	Epilepsia.	Imbecillitas congenita.
Неевреевъ.	2042	304 (14,4%)	137 (6,7%)	35 (1,7%)	98 (4,3%)	180 (8,8%)	155 (7,5%)
Евреевъ .	90	42 (46,6%)	15 (16,6%)	0	2 (2,2%)	2 (2,2%)	4 (4,4%)

Само собою понятно, что матеріалъ Казанской Окружной лѣчебницы, обслуживающей приволжскія губерніи, гдѣ живетъ очень мало евреевъ, въ обычное время совершенно не примѣнимъ для статистическихъ изслѣдованій еврейской заболеваемости. Но въ переживаемое время, когда въ лѣчебницѣ помѣщены эвакуированные изъ Творокъ и Гродно больные, когда въ лѣчебницу поступаютъ на испытаніе и лѣченіе больные со всѣхъ частей войскъ, эти данныя въ большей или меньшей степени даютъ въ миниатюрѣ картину еврейской психопатологіи въ Россіи вообще, тѣмъ болѣе, что цифры эти вполне сходятся съ результатами другихъ авторовъ.

Третій вопросъ о томъ, какъ проявляются душевныя болѣзни у евреевъ, другими словами, имѣютъ ли клиническія

картины душевныхъ болѣзней у нихъ свои специфическія особенности—этого вопроса еще очень мало разработана по отношенію къ евреямъ, какъ и по отношенію къ другимъ народностямъ. Само собою понятно, что больная душа творитъ свое содержаніе изъ матеріала прошлаго, изъ своего стараго запаса представленій, понятій, возрѣній и переживаній. Само собою понятно поэтому, что содержаніе это тѣсно связано съ языкомъ, религіей, бытомъ, правами, обстановкой и условіями жизни каждаго народа, и человѣкъ, незнакомый съ еврейской жизнью, во многихъ отношеніяхъ не пойметъ душевно-больного еврея, но мы одинаково не понимаемъ душевно-больного татарина или чувашина. Въ общемъ можно только сказать, что въ виду большей эмотивности и впечатлительности евреевъ, въ виду большей сложности и многогранности ихъ переживаній, картина болѣзни у евреевъ вырисовывается нѣсколько рѣзче, ярочнѣе и ярче, но за то и нѣсколько сложнѣе и запутаннѣе.

Такъ, жестикуляція оживленнѣе, мимика и вообще экспрессія много рельефнѣе, чаще наблюдается оторванность отъ окружающаго міра: больной разсуждаетъ самъ съ собою, не взирая ни на кого и ни на что. Онъ какъ будто не отъ міра сего. Окружающія впечатлѣнія его не задѣваютъ. Да и содержаніе его бреда и разсужтеній болѣе отвлеченнаго характера. Такъ видимъ мы это часто у хроническихъ галлюцинантовъ.

Стоитъ отмѣтить еще одно обстоятельство. Сквернословіе, копролалія и цинизмъ, въ содержаніи котораго такое мѣсто занимаетъ сексуальность и genitalia, у евреевъ почти не наблюдается. Въ теченіе 16 мѣсяцевъ, имѣя въ своемъ отдѣленіи десятки евреевъ и наблюдая ихъ внимательно въ отдѣленіяхъ другихъ товарищей, я ни разу почти не слышалъ циничнаго ругательства или скабрзности. И это не зависитъ, какъ можно было бы думать, отъ болѣе высокаго умственнаго уровня больныхъ евреевъ. Среди послѣднихъ были и интеллигенты, и ремесленники, и простые рабочіе. Съ другой стороны, сколько въ нашемъ безпкойномъ отдѣленіи воспитанныхъ

дамъ, которыя прекрасно говорятъ по-французски, толкуютъ о Тургеневѣ и Чайковскомъ и въ здоровомъ состояніи, вѣроятно, исполняли всѣ требованія свѣтскаго этикета, а теперь... теперь языкъ и рѣчь ихъ представляетъ клоаку, къ которой невозможно подойти. Кажется, будто это была сосудъ, переполненный разною грязью, таившейся гдѣ-то глубоко въ нѣдрахъ сознанія или даже безсознательнаго и только задерживавшейся крѣпко прикрытой крышкой. Какъ только эта крышка (мозговая кора) открылась или плохо стала дѣйствовать, все стало выступать наружу. Быть можетъ, это объяснимо съ точки зрѣнія пансексуализма *Freud'a*. Во всякомъ случаѣ таковой пансексуализмъ не находитъ себѣ приложенія въ психопатологіи евреевъ, если судить объ этомъ по содержанію бреда и копиралліи больныхъ. Таковы небольшія особенности, которыя удается подмѣтить въ клиническихъ проявленіяхъ психозовъ у евреевъ. Въ остальномъ, конечно, они протекаютъ и проявляются такъ же, какъ у неевреевъ.

Но имѣется авторъ, который стремится возсоздать особенности клинической картины психоза у евреевъ на основаніи созданной имъ самой характеристики евреевъ. Этотъ авторъ— докторъ медицины *Э. В. Эриксонъ*. Въ своей статьѣ, помѣщенной въ Военно-медицинскомъ журналѣ за 1908 году („Нѣкоторыя свѣдѣнія о заболѣваемости психозами евреевъ и поляковъ въ Царствѣ Польскомъ“), онъ, несмотря на то, что по его собственнымъ словамъ, „еврейская психика не изучена какъ слѣдуетъ и вообще надъ этнопсихикой пока работали лишь антропологи, а психіатры до сихъ поръ игнорировали фактъ различія психики у различныхъ антропологическихъ типовъ“, несмотря на это утвержденіе, рѣшается дать свою характеристику евреевъ и на этой характеристикѣ строить клиническую картину еврейскихъ психозовъ. „Скромность“, — говоритъ онъ, — „непротивленіе злу, мечтательность несвойственны психически здоровымъ евреямъ, а потому и сравнительно рѣдко приходится видѣть у нихъ при душевномъ заболѣваніи (какомъ? С. В.) бредъ самообвиненія и грѣховности или тяжелые вздохи;

природный эгоизмъ и врожденное стремленіе стойко отстаивать свои личные права легко приводятъ психически перормальнаго еврея къ упорному патологическому сутяжничеству, лживость къ конфабуліи, многорѣчивость и крикливость—къ вербигерациі и логореѣ, назойливость—къ дерзости, упрямство—къ негативизму, боязливость къ мутацизму, подозрительность—къ бреду преслѣдованія, повышенная возбудимость нервной системы—къ припадкамъ судорогъ и т. д. Все это въ совокупности придаетъ вышней картинѣ психоза нѣкоторыя особенныя черты“. Эти слова совершенно не основательныя въ устахъ врача-психіатра, такъ какъ противорѣчатъ самымъ элементарнымъ положеніямъ теоретической и клинической психіатріи. Душевное расстройство именно характеризуется тѣмъ, что оно совершенно измѣняетъ личность человѣка, настолько мѣняетъ его характеръ, что дѣлаетъ человѣка неузнаваемымъ. Скупой дѣлается расточительнымъ, довѣрчивый—подозрительнымъ, мягкій и скромный—рѣзкимъ и грубымъ, молчаливый и скрытный—разговорчивымъ и откровеннымъ, стыдливый—циничнымъ и грубымъ и т. д. Судить по качествамъ больного о его характерѣ въ здоровомъ положеніи и, на оборотъ, предсказывать по качествамъ здороваго человѣка, каковъ будетъ онъ при душевномъ расстройствѣ, нѣтъ никакой возможности, а потому сопоставленіе „природной“ лживости съ конфабулацей, упрямства съ негативизмомъ, „боязливости съ мутацизмомъ“ и т. д.—вся эта теорія *Э. В. Эриксона* не обоснована на данныхъ теоретической и клинической психіатріи. Если одинъ изъ больныхъ Каз. Окр. Лѣчебницы, молодой солдатъ-еврей, кончившій гимназію, но не попавшій въ свое время въ университетъ, а на военную службу, въ припадкѣ урэмического психоза, введенный въ пріемную комнату, сталъ кричать неистово на меня „жида, повсюду жида, кругомъ жида!“ и сталъ бросаться въ ярости съ кулаками на окружающихъ; если другой молодой еврей, страдающій *dementia paranoidea*, большими шагами расхаживаетъ по отдѣленію и, размахивая руками кричить: „погромъ, я пойду и устрою всероссійскій погромъ,

всѣхъ истреблю жидовъ„; если, третій еврей съ хронической паранойей, но нестойкимъ и полиморфнымъ бредомъ и галлюцинаціями, одинъ день говорить, что воюетъ со всѣмъ міромъ, хочетъ его разрушить за то, что „вырѣзали всѣхъ евреевъ“, другой день говорить, что онъ самъ „огнемъ и электричествомъ хочетъ сжечь всѣхъ еврейчиковъ“, если такая своеобразная трансформация прошлыхъ переживаній въ совершенно противоположныя бредовыя мысли, если такая способность больного мозга давать обратныя изображенія можетъ быть съ психологической стороны объяснена, правда съ большой натяжкой, съ точки зрѣнія ученія *Freud'a*, то съ социальной стороны первоисточникъ всѣхъ такихъ явленій надо искать не въ душѣ этихъ больныхъ, не въ ихъ „природныхъ“ свойствахъ, а въ окружающихъ условіяхъ, въ переиспытанныхъ ими впечатлѣніяхъ и эмоціяхъ, подобно тому, какъ во вѣдѣніяхъ же условіяхъ приходится искать объясненіе тому, когда бывшій революціонеръ видитъ вокругъ себя революціонеровъ и анархистовъ, которые его преслѣдуютъ, и которыхъ онъ желаетъ тѣмъ или инымъ способомъ уничтожить. Вѣдь мы хорошо знаемъ, что прогрессивный параличъ даетъ тождественную картину на всѣхъ широтахъ и долготахъ земного шара, у всѣхъ народовъ сѣвера и юга, запада и востока. Это ясно для всякаго безпристрастнаго наблюдателя. Но мысль о зависимости клинической картины психозовъ у евреевъ отъ ихъ „природы“ не оставляетъ *Э. В. Эриксона*, и онъ старается распространить эту мысль вширь и въ глубь, и въ 1913 году выступаетъ вновь въ „Неврологическомъ вѣстникѣ“, со статьей (Нервные и душевныя болѣзни у евреевъ. Невр. В. III XX, вып. 2) въ которой характеристика еврейской „природы“ уже занимаетъ 10 – 12 страницъ. Долженъ сознаться, что работа *Э. В. Эриксона* въ этой ея части носить на себѣ черты антисемитизма и поэтому не заслуживала бы серьезной критики; но подъ видомъ медицинскаго наблюденія и статистическихъ цифръ она легко можетъ ввести въ заблужденіе незнакомыхъ съ вопросомъ людей, а потому въ интересахъ истины я позволю себѣ сказать

здѣсь нѣсколько словъ, при чемъ я ограничусь только нѣкоторыми замѣчаніями.

Чтобы дать психологическую характеристику народа, особенно такого древняго, какъ еврейскій, надо знать его языкъ, литературу, исторію, религію, бытъ, нравы, хозяйство и проч., надо знать и литературу предмета. Но авторъ для характеристики евреевъ пользуется исключительно книгой извѣстнаго антисемита *Гаустона Стюарта Чемберлена*, книгой, которая создала автору славу Герострата. А между тѣмъ литература по этому вопросу неизмѣнно богата, и если бы *Эриксонъ* серьезно хотѣлъ изучить этотъ вопросъ, если бы онъ серьезно искалъ истину, онъ обратился бы и къ другимъ авторамъ. Вѣдь чтобы получить представленіе о евреяхъ, да еще тѣхъ, которые живутъ въ Россіи, вовсе нѣтъ надобности обращаться въ англійскому автору. О евреяхъ писали: *Н. И. Пироговъ*, *Влад. Серг. Соловьевъ*, *Щедринъ-Салтыковъ*, *Леонидъ Андреевъ*, *Федоръ Сологубъ*, *Максимъ Горькій*, *Евгеній Чириковъ*, *М. М. Ковалевскій*, *Влад. Гал. Короленко*—и, казалось бы, русскому врачу не слѣдовало пренебречь этими именами; въ научной работѣ нельзя дѣлать тенденціознаго подбора литературы, и уже одинъ этотъ фактъ бросаетъ достаточный свѣтъ на статью д-ра *Э. В. Эриксона*. Но пусть говорятъ факты.

„Евреи уже 2000 лѣтъ тому назадъ не любили сами обрабатывать землю, пасти скотъ“, (стр. 218) рассказываетъ д-ръ *Эриксонъ*. Но при этомъ онъ забываетъ, что 2000 лѣтъ тому назадъ евреи еще жили самостоятельной политической жизнью въ Палестинѣ—и кто же обрабатывалъ ихъ землю? Вѣдь библія вся полна аграрными законами и рассказами изъ земледѣльческой жизни. А между тѣмъ онъ на этомъ своемъ измышленномъ утвержденіи строить дальнѣйшіе выводы. Онъ говоритъ, что „попытки нѣкоторыхъ государствъ привлечь евреевъ къ занятію земледѣліемъ б. ч. не привели ни къ чему“. (*Ibidem*) откуда взялъ это авторъ? Даже у насъ въ Россіи имѣются многочисленныя еврейскія земледѣльческія колоніи, въ которыхъ десятки тысячъ евреевъ обрабатываютъ

землю. И это въ Россіи, гдѣ еврейю, кто бы онъ ни былъ, купецъ, врачъ или профессоръ, запрещено закономъ имѣть клочекъ земли внѣ города.

А въ Сѣв. Американскихъ Соединенныхъ Штатахъ, въ Аргентинѣ, Палестинѣ, еврейское земледѣліе дѣлаетъ очень большіе успѣхи. Но авторъ продолжаетъ дѣлать выводъ: „такимъ образомъ сохранившаяся у евреевъ нелюбовь къ земледѣлію и скотоводству свидѣтельствуетъ о передачѣ по наслѣдству явно пріобрѣтенныхъ условіями жизни свойства народнаго характера“ (Ibid.). Хороша посылка, хорошъ и выводъ.

„У евреевъ“, говоритъ д-ръ *Эриксонъ* далѣ „повидимому, никогда не было и теперь нѣтъ поэзіи, выливающейся въ пѣсняхъ о золотой нивѣ или славномъ конѣ“ (Ibid.). Еслибъ это была правда, то въ этомъ ничего особеннаго не было бы. Одинъ поетъ о „славномъ конѣ“, другой — о „Богѣ великомъ поетъ“. „У евреевъ никогда не было и теперь нѣтъ“...

Д-ръ *Э. В. Эриксонъ*, долженъ знать, что существуетъ на свѣтѣ книга, именуемая Библией, или Ветхимъ Заветомъ, что въ этой книгѣ имѣется „Пѣсня пѣсней“, по силѣ чувства и поэтической красотѣ еще непревзойденная человѣчествомъ донинѣ и вплоть до нашихъ дней переживаемая всѣми поэтами всего міра. Въ этой пѣснѣ очень много имѣется мѣстъ, трагующихъ о предметахъ, близкой къ „золотой нивѣ и славному коню“. Въ этой же Библии далѣ имѣется книга „Руоѣ“—поэма изъ сельской жизни, которая своими эпическимъ настроеніемъ и наивно-торжественнымъ тономъ приводитъ въ изумленіе всѣхъ истинныхъ знатоковъ поэзіи. А о псалмахъ, распѣваемыхъ во всѣхъ христіанскихъ храмахъ земного шара, д-ръ *Эриксонъ* забылъ.

Евреи теперь имѣютъ три литературы: древне-еврейскую, ново-еврейскую, или жаргонную, и русско-еврейскую. Еще на дняхъ во всѣхъ газетахъ можно было прочесть о кончинѣ русско-еврейскаго поэта С. Г. Фруга, на стихи котораго слышится даже наша академія наукъ въ своихъ лингвистиче-

скихъ изслѣдованіяхъ, и который въ исторіи русской литературы занимаетъ почтенное мѣсто. Его стихи вошли даже въ школьные учебники. Я рекомендовалъ бы д-ру *Эриксону* заглянуть въ полное собраніе сочиненій этого писателя, и онъ бы убѣдился, какое богатство „пѣсень о золотой нивѣ“ имѣется *теперь* у евреевъ. О древне-еврейской литературѣ и говорить нечего: это одна изъ богатѣйшихъ литературъ, и въ произведеніяхъ современнаго древне-еврейскаго поэта Бялика, котораго стиль и силу сравниваютъ съ безсмертными произведеніями пророка Исаи, д-ръ *Эриксонъ* тоже нашель бы не мало „пѣсень о золотой нивѣ“. А это не трудно сдѣлать, такъ какъ русскій переводъ его стиховъ уже выдержалъ нѣсколько изданій.

Еслибъ онъ далѣе заглянулъ въ „Исторію жаргонной литературы“ М. Пинеса въ переводѣ и съ дополненіями пишущаго эти строки, то онъ могъ бы убѣдиться, что даже эта жаргонная литература, литература еврейскаго гетто—имѣетъ не мало „пѣсень о золотой нивѣ“. Но д-ръ *Эриксонъ* вмѣсто того, чтобы изучать предметъ, о которомъ онъ пишетъ въ ученомъ журналѣ, предпочитаетъ голословно декларировать „отъ себя“ или отъ подобныхъ ему специалистовъ по еврейству.

Историческія познанія доктора *Э. В. Эриксона* не менѣе изумительны. Такъ напр., онъ говоритъ, что „Иегова угрожаетъ своему народу такимъ ужаснымъ провлятіемъ: „Ты не будешь давать деньги въ займы“ (Ibid.). Но благоразумно умалчиваетъ, откуда почерпнуть этотъ фактъ. Имѣется ссылка на сочиненіе вышеупомянутаго *Чемберлена*, но не указана страница этого сочиненія, такъ что провѣрить довольно трудно. Но каждый знакомый съ Библией скажетъ, каждый русскій священникъ, скажетъ, что такого „провлятія“ въ этой книгѣ быть не можетъ, и что, вѣроятно д-ръ *Эриксонъ* не понялъ чего-то у *Чемберлена* или спуталъ что-то. Далѣе, онъ утверждаетъ, что въ древнемъ Вавилонѣ былъ банкирскій домъ, который принадлежалъ двумъ братьямъ евреямъ. Онъ гово-

рять, что „евреи въ древности, видимо, часто вступали въ конфликтъ съ законами, особенно въ области торговли, поставокъ, разныхъ денежныхъ сдѣлокъ“. Но д-ръ *Эриксонъ* рѣдко „вступаетъ въ конфликтъ“ съ самимъ собою. Такъ, напр., обвиняя евреевъ все на той же 218 страницѣ въ томъ, что они еще въ древности „часто вступали въ конфликтъ съ законами“, онъ на страницѣ 222 говоритъ, что „любовь къ дѣтямъ безпредѣльна, а потому у нихъ рѣдко наблюдается производство выкидышей, и тѣмъ болѣе рѣдко убійство новорожденныхъ. Въ ножевшинѣ, столь частой, напр., въ Варшавѣ и др. городахъ, евреи обыкновенно не обвиняются. Разбойничьихъ бандъ не образуютъ. Евреевъ осуждается.... наименѣе за преступленія противъ тѣлесной неприкосновенности и личности и преступленія противъ жизни“. А эти данныя онъ черпаетъ уже не изъ *Чемберлена*, а изъ „Трудовъ Варшавскаго статистическаго Комитета“ — слѣдовательно, они точны и вѣрны.

„Еще въ V вѣкѣ“ — пишетъ д-ръ *Эриксонъ* на той же 218 страницѣ — „до Р. Хр. въ указѣ царя Артаксеркса о евреяхъ говорилось: Во всѣхъ племенахъ вселенной замѣшался одинъ враждебный народъ, по законамъ своимъ противный всякому народу, постоянно пренебрегающій царскими повелѣнiями, дабы не благоустроилось безукоризненно совершаемое нами управление“. Хотя и тутъ ссылки у д-ра *Эриксона* нѣтъ, но не трудно догадаться, что здѣсь имѣется въ виду известное мѣсто изъ книги „Есеири“, гл. III, 8. Но тамъ ни о какомъ „указѣ царя Артаксеркса“ не говорится, а говорится о первомъ знаменитомъ антисемитѣ Аманѣ, который разсердился на Мардохея, дядю Есеири, за то, что тотъ „не кланяется и не падаетъ ницъ передъ нимъ“. „И сказалъ“ — я питаю по переводу Святѣйшаго Синода — „Аманъ царю Артаксерксу, есть одинъ народъ, разбросанный и разсѣянный между народами по всѣмъ областямъ царства твоего; и законы ихъ отличны отъ законовъ всѣхъ народовъ, и законы царя они не выполняютъ; и царю не слѣдуетъ такъ

оставлять ихъ". Итакъ, *донось*, іудеофоба Амана царю *Артаксерксу* превращенъ *Эриксономъ* въ „указъ царя *Артаксеркса*“; слова текста „разбросанный и разбѣанный между народами по всѣмъ областямъ царства твоего“ *Эриксономъ* превратилъ во „враждебный народъ во всѣхъ племенахъ вселенной“, вмѣсто слова „законы ихъ отличны отъ законовъ всѣхъ народовъ“ — *Эриксономъ* говорить „по законамъ своимъ противный всякому народу“, а конецъ „дабы не благоустроилось безукоризненно совершаемое нами управление“ совершенно присочинилъ отъ себя. Я привелъ всѣ эти подробности для того, чтобы показать, какъ д-ръ *Эриксономъ* обращается съ цитатами даже такой книги, какъ Священное Писаніе, такъ высоко чтимое всѣмъ христіанскимъ міромъ.

Что евреи трусливы и не воинственны, это, конечно, для д-ра *Эриксона* аксіома. И доказываетъ онъ это тѣмъ, что „во время Ирода евреи открыто отказывались нести воинскую повинность“ — (стр. 200) и не понимаетъ, что для того, чтобы во время Ирода „открыто отказываться отъ воинской повинности“ надо было имѣть известную дозу храбрости. „Если израильяне“, — говоритъ онъ, — „покоряли ту или другую страну, то обыкновенно съ помощью наемниковъ — чужеземцевъ или просто нашествіемъ, осѣданіемъ и эксплуатаціей“ (221). Что это за способъ „покорять страну просто нашествіемъ“, — это, конечно, понятно одному только д-ру *Эриксону*. И въ концѣ концовъ выводъ д-ра *Эриксона*: „Трусливость и крайняя нервозность дѣлали ихъ въ войскахъ въ качествѣ простыхъ рядовыхъ не только бесполезными, но и опасными въ военное время. Нынѣ въ русскихъ войскахъ они большею частью попадаютъ въ музыканты или портные и сапожники“ (Ibid.). Не будемъ говорить о настоящемъ переживаемомъ нами моментѣ, когда въ рядахъ дѣйствующей арміи имѣется около $\frac{1}{2}$ милліона евреевъ, но если припомнить приведенную выше цифру нижнихъ чиновъ евреевъ, находившихся въ одномъ только Кіевскомъ округѣ въ мирное время, (около 17 тыс.), то каждому станетъ ясно, настолько согласно съ дѣй-

ствительностью утверждение д-ра *Эриксона*, что въ русскихъ войскахъ они попадають большею частью въ музыканты или портные и сапожники“. Сколько же музыкантовъ, портныхъ сапожниковъ въ русскихъ войскахъ? И, кромѣ того, неужели д-ру *Эриксону* неизвѣстно, что евреи на нестроевые должности въ послѣдніе годы не опредѣляются? Вѣдь д-ръ *Эриксонъ* имѣеть дѣло съ солдатами и неужели онъ не знаетъ этого правила? Попадаются въ историческихъ утверженіяхъ *Эриксона* прямо невѣроятные курьезы. Извѣстный еврейскій лже-мессія Саббатай-Цеви названъ Саббатаемъ Зеви (а вѣдь въ русской литетатррѣ имѣется пьеса подъ этимъ названіемъ). На стр. 227-ой онъ говоритъ о „Сводѣ древнихъ еврейскихъ законовъ (70 г. по Р. Хр.), изданныхъ въ 1180 г. еврейскимъ врачомъ равви Маймонидомъ, крупнѣйшимъ въ свое время ученымъ“. Никакого „Свода древнихъ еврейскихъ законовъ“ не существуетъ. Кромѣ того, что это за дата 70 г. по Р. Хр.? Если это годъ изданія этихъ законовъ, то какъ ихъ издалъ въ 1180 г. Маймонидъ? Надо полагать, что д-ръ *Эриксонъ* списалъ это изъ какой-нибудь книги, не зная самъ, что онъ списываетъ. Дѣло въ томъ, что извѣстный врачъ и философъ Моисей Маймонидъ былъ вмѣстѣ съ тѣмъ и выдающимся кодификаторомъ еврейскаго закона. Онъ подъ именемъ „Книга ученія и законовъ“ собралъ во-едино всѣ разбросанные въ Библии и Талмудѣ законы, и придалъ имъ стройный порядокъ и ясную систему. При чемъ тутъ 70-ый годъ по Р. Хр.?

Но встрѣчаются прямо въ этой статьѣ комическія вещи. На стр. 223 д-ръ *Эриксонъ* пишетъ: „Еврей любитъ охотно одѣваться въ лохмотья“. Ну, развѣ это не напоминаетъ Чеховскаго караса, который „любитъ, чтобы его жарили въ сметанѣ“. Говоря о языкѣ еврея, д-ръ *Эриксонъ* пишетъ на стр. 224: „жаргонная рѣчь особенно излюблена ими“, но не потому, что это ихъ родной языкъ, а потому, по мнѣнію д-ра *Эриксона*, что „она непонятна для христіан“. Затѣмъ идетъ „Въ разныхъ мѣстахъ жаргонъ разный, вслѣдствіе неодинако-

вой примѣси иностранныхъ словъ“. Но какова лингвистическая основа жаргона, этого д-ръ *Эриксонъ* не указываетъ, а продолжаетъ: „Въ Ц. П. у евреевъ чаще преобладаютъ изъ иностранныхъ словъ нѣмецкія, но иногда венгерскія, испанскіи и др.“ Д-ръ *Эриксонъ* не знаетъ, что жаргонъ—просто одинъ изъ діалектовъ нѣмецкаго языка и 80%—85% состоитъ изъ нѣмецкихъ словъ. Это—основа жаргона, такъ что для жаргона называть нѣмецкія слова иностранными смѣшно. Да и самъ д-ръ *Эриксонъ* говоритъ въ той же фразѣ, что „знающій нѣмецкій языкъ врачъ легко можетъ понять одного и съ большимъ трудомъ другого“. Кого имѣетъ въ виду д-ръ *Эриксонъ* словами „одного“ и „другого“, понять трудно. Если виды жаргона, то по русски надо сказать „понять одинъ жаргонъ“, а не „одного“. А заканчиваетъ свою декларацію о жаргонѣ такъ: „Отмѣчаю этотъ фактъ по той причинѣ, что психіатру въ жаргонной рѣчи вовсе не легко бываетъ разбираться“. Почему „знающему нѣмецкій языкъ врачу легко понять“, а „психіатру вовсе не легко“—это тайна д-ра *Эриксона*. Если психіатръ знаетъ нѣмецкій языкъ, то онъ, какъ „знающій нѣмецкій языкъ врачъ можетъ понять“. На стр. 224 д-ръ *Эриксонъ* говоритъ, что „евреи чрезвычайно трудолюбивы. Нищихъ—праздношатаевъ среди нихъ почти нѣтъ. Ихъ социальное положеніе таково, что никто не рассчитываетъ на помощь ближняго“. А на стр. 219 говоритъ: „рядомъ съ неизвѣрно богатыми отдѣльными лицами влачатъ свое жалкое существованіе тысячи въ ужасающей бѣднотѣ“. На стр. 230: „Большинству приходится влачить жалкое существованіе въ крайне негигіенической тѣсной обстановкѣ обыкновеннаго еврейскаго жилья, при недостаточномъ питаніи и чрезмѣрномъ умственномъ напряженіи и постоянномъ опасеніи за свою будущность“. На стр. 241: „Многіе евреи пытаются всю жизнь чуть-ли не однимъ хлѣбомъ и селедкой и только въ пятницу и субботу столъ нѣсколько улучшается“. Какъ же, спрашивается, все это согласовать съ тѣмъ, что „нищихъ среди евреевъ почти нѣтъ“? На этотъ вопросъ также

трудно найти разумный отвѣтъ, какъ на назойливый вопросъ: какое все это имѣетъ отношеніе къ психіатріи? какаѧ связь между всѣми этими „фактами“ и психозами евреевъ?..

Но обратимся къ нашей спеціальности. „Во всей Россійской Имперіи врядь-ли существуетъ народность, которая представляла бы столько убѣдительныхъ примѣровъ физическаго и психическаго вырожденія, какъ евреи“ (стр. 229). Основываетъ онъ это положеніе на томъ, что среди евреевъ чаще, чѣмъ у христіанъ, наблюдаются будто т. наз. признаки вырожденія: неправильность ушныхъ раковинъ, зубовъ, близорукость, глухонѣмота и проч. Курьезно, что, по мнѣнію, д-ра *Эриксона*, „еврейское ухо имѣетъ настолько своеобразно дегенеративный характерный типъ, что по ушамъ можно отличить еврея отъ нееврея. Часто, не видя лица, по одному виду и строенію уха, можно сказать, есть ли въ человѣкѣ примѣсь еврейской крови или нѣтъ“. Какъ извѣстно, мнѣніе о расахъ и типичныхъ расовыхъ признакахъ въ настоящее время совершенно измѣнилось. Какъ говорить *Finot*, (*Le préjuge de la race*) понятіе о расѣ не болѣе, какъ предразсудокъ, и даже не только ухо, но даже типичный еврейскій носъ, какъ это показала д-ръ *Вайсенбергъ*, спеціально занимавшійся антропологіей евреевъ, и изслѣдов. евреевъ въ Россіи, на Кавказѣ, въ Ср. Азійи, Египтѣ, Палестинѣ, не болѣе какъ миеъ. Съ увѣренностью можно сказать, что не только „не видя лица“, но и „видя лицо“, д-ръ *Эриксонъ* во многихъ—многихъ случаяхъ не сумѣлъ бы сказать, „есть ли въ человѣкѣ примѣсь еврейской крови или нѣтъ“. Что же касается значенія т. наз. физическихъ признаковъ дегенерации вообще, то, какъ вполне правильно говоритъ *Dubois*, это „лишь свойственныя человѣку несовершенства и уклоненія... На нихъ надо смотрѣть не какъ на неизбѣжно возрастающее паденіе, а какъ на остановки и отступленія на пройденномъ къ совершенствованію пути. Иногда мы видимъ, какъ... въ цѣломъ народѣ или племени эти уклоненія прогрессивно усиливаются; тогда мы имѣемъ право говорить о дегенерациі“. (Психонев-



розы и ихъ психическое дѣченіе. Спб. 1912, стр. 165). Что среди евреевъ, составляющихъ часть пролетаріата городовъ, живущаго въ тѣснотѣ, безъ свѣта и воздуха, скудно питающагося и черезъ силу работающаго, встрѣчается много слабосильныхъ, хилыхъ и истощенныхъ, это несомнѣнно, но чтобы это указывало на психическое вырожденіе націи, съ этимъ согласиться трудно. Во 1-хъ, у насъ нѣтъ данныхъ о физическомъ состояніи бѣднаго и рабочаго класса другихъ національностей, мы сравниваемъ евреевъ—горожанъ—съ общимъ населеніемъ, а не съ такимъ же городскимъ населеніемъ. Во 2-хъ, у насъ нѣтъ фактовъ, говорящихъ, что указываемыя физическія уклоненія прогрессивно усиливаются и способствуютъ вымиранію. Нѣтъ! евреи спасаются отъ вымиранія и вырожденія эмиграціей въ другія страны, гдѣ находятъ лучшія условія жизни. Въ 3-хъ, физическая слабость еще не говоритъ о духовной немощности. Классическое *mens sana in corpore sano* надо понимать не какъ *conditio sine qua non*, что здоровый духъ можетъ быть только въ здоровомъ тѣлѣ, а какъ пожеланіе, какъ идеаль гармоніи духа и тѣла. Мы знаемъ, что въ очень слабомъ тѣлѣ бываетъ очень сильный духъ. Тотъ же *Dubois* говоритъ, что „физическіе недостатки ни въ какомъ случаѣ не даютъ мѣры психической болѣзни. Встрѣчаются люди высокаго умственнаго и нравственнаго калибра и съ обезьяновидной наружностью, и на оборотъ, красавецъ можетъ оказаться нравственнымъ идиотомъ“. Барухъ Спиноза былъ хилый, чахоточный еврей, Моисей Мендельсонъ былъ слабый горбунъ. Но это не мѣшало имъ быть величайшими творцами въ области философіи — и повторяю — трудно говорить о психическомъ вырожденіи націи, которая такъ активно участвуетъ въ матеріальной и духовной культурѣ человѣчества. Да и самъ д-ръ *Эриксонъ* говоритъ: „поразительнымъ оказывается рѣзкое преобладаніе слабоумныхъ среди поляковъ и др. христіанъ при сравненіи съ евреями, между тѣмъ какъ можно было бы предполагать обратное у

такой дегенеративной расы, какъ еврейская“ (264). Но поразительнаго тутъ, очевидно, ничего нѣтъ, т. к. этотъ фактъ показываетъ, что евреи не „дегенеративная раса“. Далѣе, справедливо замѣчая, что „евреи совершенно не пьянствуютъ“, что „сифилисъ распространенъ у нихъ значительно менѣе, чѣмъ среди христіанъ“, что „евреи, какъ давно замѣчено въ разныхъ странахъ Европы, обнаруживаютъ поразительную сопротивляемость въ отношеніи туберкулеза“, *Эриксонъ* опять удивляется, что у нихъ такъ много дегенерантовъ. Но этому удивляться нечего. Этотъ фактъ, какъ я указалъ выше, показываетъ лишь, что условія ихъ существованія такъ тяжелы, что ступшевываютъ отсутствіе главныхъ факторовъ вырожденія у христіанскихъ народностей. Нельзя поэтому согласиться съ утверженіемъ д-ра *Эриксона*, что „этіологія нервныхъ и душевныхъ болѣзней у евреевъ та же, что и у другихъ народностей“. Нѣтъ! Тамъ большую роль играютъ *индивидуальныя* причины (алкоголь, сифилисъ), тутъ больше — социальныя. Вотъ почему „органическія заболѣванія нервной системы у нихъ встрѣчаются рѣдко, а функціональные невроты, напротивъ, часто“ (247). Вотъ почему „эпилепсія у евреевъ — болѣзнь положительно болѣе рѣдкая, чѣмъ у христіанъ“ (250). Вотъ почему „алкогольные психозы совершенно исключительное явленіе въ еврейской больницѣ и, на сколько мнѣ извѣстно, въ ней за 10 лѣтъ не было ни одного случая delirium tremens, Корсаковского психоза, даже запоя“ (257 и слѣд.). За то „рѣдко преобладаютъ функціональные психозы, періодическіе психозы и dementia praecox“. И еслибъ д-ръ *Эриксонъ* посерьезнѣе изучилъ евреевъ, то многое для него стало бы яснымъ и понятнымъ.

Въ заключеніе считаю нужнымъ обратить вниманіе на одно мѣсто изъ его статьи, которое хотя и относится все къ психіатріи, а къ невропатологіи, но имѣетъ, особенно въ наше военное время, большой практической интересъ. На стр. 252-й онъ говоритъ: „Только изслѣдованіе въ госпиталѣ ежегодно большого числа евреевъ выяснило существованіе у нихъ

особой формы искусственнаго паралича лѣвой верхней конечности вслѣдствіе ношенія ими молитвеннаго ремня—тефиллина. За 8 лѣтъ службы моей въ госпиталѣ я наблюдалъ его разъ 30. При скрываніи цѣли болѣзни—членовредительства ради уклоненія отъ воинской повинности, не разъ даже известными невропатологами болѣзнь принималась ошибочно за ангионеврозъ“. И такъ, д-ръ *Эриксонъ* открылъ у евреевъ „особую форму паралича лѣвой верхней конечности“, этиологія которой—„ношеніе тефиллина“, а цѣль—„членовредительство ради уклоненія отъ воинской повинности“, „даже известные невропатологи ошибочно принимали ее за ангионеврозъ“, и лишь д-ръ *Эриксонъ* выяснилъ истинную ея сущность. Обратимся же къ открытію д-ра *Эриксона*. Оно впервые было опубликовано въ Военно-медицинскомъ журналѣ, ноябрь, 1911 г. (томъ 132, стр 498—508) въ статьѣ „Значеніе тефиллина въ развитіи паралича руки у евреевъ“.

„Среди параличей верхнихъ конечностей есть одна категория случаевъ, которая могла бы, по моему, занимать особое мѣсто въ патологіи нервной системы. Я имѣю въ виду параличъ лѣвой руки у евреевъ, вслѣдствіе ношенія ими при чтеніи молитвы на лѣвой рукѣ перевязки, называемой вмѣстѣ съ головною повязкою „тефиллиномъ“. Въ литературѣ я не нашелъ не только статистическихъ данныхъ объ этомъ параличѣ, но даже вообще свѣдѣній о существованіи паралича, указываемаго мною происхожденія. Въ Варшавскомъ Уздовскомъ военномъ госпиталѣ было за 3 года около 20—25 случаевъ паралича руки, какъ мнѣ кажется, несомнѣнно отъ ношенія тефиллина. Всѣ случаи наблюдались мною исключительно у евреевъ, призывавшихся къ отбыванію воинской повинности или только что принятыхъ на службу“.

Какъ видитъ читатель, авторъ пока еще колеблется въ опредѣленіи происхожденія открытой имъ формы паралича; съ одной стороны „ему кажется“, съ другой—„несомнѣнно“.

Затѣмъ идетъ описаніе этихъ тефиллинъ и способа ихъ одѣванія на руку. Скажемъ отъ себя, что „тефиллинъ“, или

филактеріи въ греческомъ переводѣ (т. е. хранители) имѣютъ видъ двухъ кубиковъ, въ которыхъ помѣщаются пергаментныя полоски съ цитатами изъ Библіи. Ношеніе ихъ на рукѣ и головѣ во время молитвы основано на стихѣ Библіи: „И навяжи ихъ (т. е. слова Божіи) въ знакъ на руку твою, и да будутъ они повязкой надъ глазами твоими“ (Второзак., гл. 6, ст. 8). Къ кубикамъ внизу придѣланъ изъ кожи желобокъ, по которому проходитъ ремень, одинъ конецъ котораго образуетъ своеобразный узелъ, черезъ который проводится другой конецъ. Такимъ образомъ рука (лѣвая, а у лѣвшеі правая) проводится въ образуемую петлю, кубикъ своимъ основаніемъ наладывается на средину плеча въ области *m. bicipitis*, петля затягивается и прикрѣпляетъ кубикъ, оставшійся конецъ ремня нѣсколькими оборотами обхватываетъ плечо предплечіе, а предплечіе спускается на кисть и заканчивается на среднемъ пальцѣ.

„Вообще“, говоритъ д-ръ *Эриксонъ*, „тефилинъ — святыня, къ которой евреи относятся съ чрезвычайнымъ вниманіемъ и бережливостью“.

„Степень натяженія ремня зависитъ, повидимому, всецѣло отъ самого молящагося. По крайней мѣрѣ, мнѣ не удалось найти въ книгахъ Талмуда какихъ-либо на этотъ счетъ указаній... на плечѣ ремень обвязывается подчасъ такъ туго, что задерживаетъ на б. или м. долгое время кровообращеніе. Если принять во вниманіе, что ящичекъ кладется на мягкія ткани какъ разъ въ области прохожденія главныхъ нервныхъ стволовъ и сосудовъ конечности и всегда на голое тѣло, то естественно является предположеніе о могущемъ быть вредѣ отъ подобнаго рода повязки хотя бы и въ рѣдкихъ случаяхъ. Я неоднократно просилъ евреевъ продемонстрировать мнѣ, какъ наладывается ремень, и былъ пораженъ тугостью натяженія. Во время нахожденія ремня на рукѣ вены положительно вздувались и вся кисть синѣла весьма рѣзко. Когда послѣ 5—10 минутъ ремень снимался, на предплечьѣ оказывались восня, синеватыя, спиральныя полосы, перемежающіяся

съ розовато-бѣлыми, шириною въ $1\frac{1}{2}$ —2 сант. Эти полосы потомъ постепенно исчезали сами собою безслѣдно. Если принять во вниманіе, что тефиллинъ накладывается ежедневно съ юности на 5—10 минутъ и больше, то возможно постепенное развитіе паралича руки“.

Въ этомъ мѣстѣ поражаетъ насъ рядъ противорѣчій: съ одной стороны, авторъ утверждаетъ, что „степень натяженія ремня зависитъ, повидимому, всецѣло отъ самого молящагося“, съ другой, авторъ „былъ пораженъ тугостью натяженія“. Съ третьей стороны, „полосы исчезали сами собою безслѣдно“— и все-таки онъ строитъ гипотезу (первую по счету пока) о „постепенномъ развитіи паралича“.

Что же говорить фактической матеріалъ? Приведенныя авторомъ 7 исторій болѣзни занимаютъ всего $2\frac{1}{2}$ страницы. Я процитирую первую самую подробную, и вторую, т. к. остальные стереотипно почти повторяютъ ихъ.

„1) Фраймъ Г-ръ, призывной, 24 лѣтъ, холостой по профессіи кассиръ въ торговомъ заведеніи своего отца, уроженецъ Радомской губ., присланъ на испытаніе годности къ военной службѣ въ виду паралича лѣвой верхней конечности. По словамъ испытываемаго, рука стала у него болѣть въ локтевомъ суставѣ $3\frac{1}{2}$ года тому назадъ и съ тѣхъ поръ онъ не владѣетъ ею.

При изслѣдованіи оказалось: субъектъ достаточно крѣпко и правильно сложенный, съ нормальнымъ питаніемъ. Лѣвое плечо нѣсколько опущено; *больной не можетъ поднять его* (курсивъ въздѣ нашъ). Активно сгибать и разгибать конечность онъ не въ состояніи. Пассивныя сгибанія въ локтевомъ суставѣ дѣлать не даетъ, заявляя при каждой къ тому попыткѣ *о боли*. Кисть въ полусогнутомъ положеніи, пальцы активно и пассивно не разгибаются. Кисть руки и все предплечье *сильно опухши*. При пассивномъ поднятіи конечности въ ней чувствуется большая чужестъ. Поднятая и опущенная рука тотчасъ же *грузно падаетъ*. На кожѣ плеча тотчасъ въ срединѣ его замѣтны двѣ узкія полоски *розоваго цвѣта какъ бы отъ недавней перетяжки* въ этомъ мѣстѣ. Кожѣ висти руки *сильно напряжена, глянцевитая*, особенно съ тыльной стороны, *симюшная* и тоже *шелушащаяся*. Ямки при давленіи

пальцевъ на тылѣ кисти получаютъ съ трудомъ. *Анестезія кожи всей конечности.* Первые стволы при давленіи на нихъ не болзненны. Рефлексы сгибательно—и разгибательно—локтевые не представляютъ замѣтныхъ уклоненій отъ нормы. На запысть рефлексъ при сравненіи съ таковымъ правой конечности ясно усиленъ. Нервы и мышцы нормально реагируютъ какъ на гальванической токѣ, такъ и на фарадическій, сокращенія получаютъ быстрыя и энергичныя.

КЗС > АЗС > АРС.

2) Явкель Б—умъ, 22 лѣтъ, заявилъ, что его лѣвая рука парализована и кисть отечна уже 7--8 лѣтъ.

Субъектъ правильно сложенный, физически здоровый. Лѣвый плечевой суставъ опущенъ, кости его сильно выдаются. Лѣвая дельтовидная мышца какъ будто нѣсколько атрофирована. Мышцы предплечья и кисти маскируются отекомъ. Механическая возбудимость мышцъ сохранена. Пассивныя движенія конечности въ локтевомъ и лучезапястномъ суставѣ свободны. Производить движенія активно больной отказывается. Пальцы въ полусогнутомъ положеніи, пассивно разгибаются, но самъ больной ими даже шевелить не можетъ. *Отекъ кисти и нижней половины предплечья* отъ подвѣшиванія руки уменьшается довольно быстро, при чемъ кожа сморщивается; при опусканіи отекъ появляется вновь. Кисть *ціанотична*, холодна на ощупь. Кожа на кисти руки *глянцевита*. *Пальцы резко утолщены*. Чувствительность кожи на уколъ *отсутствуетъ на всей конечности*, на остальномъ тѣлѣ едва уловима. *Локтевые сухожильные рефлексы* на парализованной конечности *сохранены*. Первые стволы при давленіи не болзненны. Кожные рефлексы, глоточный, органы зрѣнія, слуха, вкуса, обонанія безъ измѣненій, такъ что вялый параличъ является, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, *моносимптомомъ**. Затѣмъ уже гораздо менѣе подробно описываются другіе случаи, гдѣ „кисть отечна, холодна и синюшна; сухожильный рефлексъ съ лѣваго запястья *повышенъ*“. А въ 7-мъ случаѣ уже прямо говорится: „Со стороны руки найдены тѣ же явленія, *свойственныя параличу отъ тефиллина*, но больной еще *хромалъ на лѣвую ногу*“.

Какъ видно, авторъ думаетъ, что ремень отъ филактерій, вызываетъ особый параличъ. Обыкновенно при невригахъ бываютъ боли, тутъ болѣе нѣтъ, обыкновенно—пониженіе или отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ, тутъ—повышеніе, обыкновенно—

но—вазомоторныхъ явленій вовсе нѣтъ, или они очень слабо выражены, тутъ—отекъ, глянцевитость и синюха кожи, „пальцы утолщены и очень тверды на ощупь“, тылъ кисти бываетъ нерѣдко „на столько твердъ, что подозрѣвается періоститъ“; обыкновенно разстройство чувствительности соотвѣтствуетъ области распространенія *n. radialis*, тутъ же—анестезія *всей конечности*; обыкновенно параличъ касается только мышцъ, иннервируемыхъ *n. radialis* тутъ — атрофія и параличъ всего плеча, такъ что больной не можетъ поднять его и т. д. Въ чемъ же дѣло? Загадка... Относительно патогенеза то же не мало загадокъ и таинственности. Одну гипотезу д-ра Эриксона я указалъ выше. Но въ концѣ статьи онъ предлагаетъ еще двѣ.

„Такъ какъ параличъ отъ тефилина *несомнѣнно искусственнаго происхожденія*, то возникаетъ вопросъ объ отвѣтственности. *Медицинское рѣшеніе* вопроса въ сущности очень просто при знакомствѣ съ этой болѣзью“. А между тѣмъ мы видѣли, что „*медицинское рѣшеніе* вопроса“ очень и очень не „просто“. Авторъ не далъ намъ объясненія, каковымъ образомъ сдавленіе *n. radialis* можетъ дать картину, которую онъ описалъ. Вѣдь обычный „параличъ отъ связыванія“ у арестантовъ и т. п. совершенно не похожъ на описаніе д-ра Эриксона. Да и вообще съ анатомо-физиологической точки зрѣнія трудно связать картину, описанную д-ромъ Эриксономъ, съ параличемъ *n. radialis*. Но для автора это „очень просто“. За то „рѣшеніе вопроса съ точки зрѣнія судебной медицины“, говоритъ авторъ, „много труднѣе. Вовсе не легко доказать, совершенно-ли *членовредительство преднамѣренно съ цѣлью уклониться отъ военной службы*, или неумышленно—по недомыслию, религіозному фанатизму и проч.“

И такъ, по предположенію автора этого открытія, еврей или „преднамѣренно“ вызываютъ у себя этотъ параличъ съ цѣлью членовредительства и уклоненія отъ военной службы, или „по недомыслию, религіозному фанатизму“. Но неужели авторъ думаетъ, что если кто-нибудь захочетъ устроить себѣ параличъ *n. radialis*, онъ не найдетъ веревки, бичевья, шнурка, а непременно прибѣгнетъ къ предмету религіознаго сво-

его почитанія, да къ тому еще къ предмету, съ помощью котораго вовсе не легко достигнуть намѣченной цѣли. Кромѣ того, вѣдь онъ самъ на стр. 500 говоритъ: „тефиллинъ—святыня, къ которой евреи относятся съ чрезвычайнымъ вниманіемъ и бережливостью“. Еврей, который тысячелѣтія переноситъ всѣ страданія и преслѣдованія, не желая измѣнить вѣрѣ отцовъ, станетъ употреблять свою „святыню, къ которой онъ относится съ чрезвычайнымъ вниманіемъ“ съ преступной цѣлью. Кто знаетъ отношеніе евреевъ къ своей религіи, скажетъ: „нѣтъ, это клевета“, тѣмъ болѣе, что для намѣченной цѣли нѣтъ вовсе надобности профанировать религію, а можно пользоваться любой веревкой или шнуркомъ.

„Религіозный фанатизмъ“, говоритъ д-ръ Эриксонъ. Но опять онъ же самъ говоритъ, что „степень натяженія ремня зависитъ всецѣло отъ самого молящагося“. При чемъ же тутъ „религіозный фанатизмъ“? Кто станетъ себя безъ нужды мучить, калѣчить и уродовать? Д-ръ Эриксонъ, повидимому, самъ не вѣритъ своимъ словамъ и предлагаетъ еще одну, четвертую, гипотезу. „Иногда у подростка обертываніе руки ремнемъ“—говоритъ онъ—„производятъ родители... Возможны случаи, когда обвиняемый не зналъ цѣли, которую преслѣдовали родители 7—8 лѣтъ назадъ“. Но на стр. 240 своей статьи, помѣщенной въ „Невр. Вѣстникъ“, онъ говорилъ: „Дѣти у евреевъ находятъ въ себѣ очень сердечное отношеніе, рѣдко можно видѣть, чтобы родители били своихъ дѣтей“. И вотъ, по мнѣнію его же, родители, которые проявляютъ „очень сердечное отношеніе къ своимъ дѣтямъ, никогда ихъ не бьютъ“, эти самые родители за 7—8 лѣтъ до призыва стануть мучить и калѣчить дѣтей, лишать ихъ функціи цѣлой руки, чтобы... Самъ д-ръ Эриксонъ, одной рукой выдавшій еврейскимъ родителямъ такую аттестацію, а другой обвиняющій ихъ въ такомъ чудовищномъ преступленіи по отношенію къ своимъ дѣтямъ, долженъ былъ бы сказать: нѣтъ, это клевета на еврейскихъ родителей, которые, какъ указано выше, довели, не смотря на всѣ тяжелыя условія своей жизни, смертность своихъ дѣтей до небывалаго въ Россіи *minimum'a*. Гдѣ же ключъ къ объясненію всѣхъ этихъ загадокъ? Какъ

примирить всё эти недоразумѣнія, анатомическія, клиническія, патогенетическія? Ихъ можно объяснить только такъ: *никакого паралича отъ надѣванія филактерій у евреевъ не бываетъ*, а то, что видѣлъ и описалъ д-ръ Эриксонъ, было все, что угодно, параличъ plexus brachialis, thrombophlebitis, періоститы, истерическіе параличи или просто параличи, происхожденія которыхъ онъ себѣ не выяснилъ. Въ настоящее время, когда мы видимъ такую массу раненій периферическихъ нервовъ, мы нерѣдко встрѣчаемъ рѣзкія вазомоторныя явленія съ анестезіями истерическаго характера. Для примѣра я одинъ такой случай демонстрировалъ въ засѣданіи Казанскаго Общества невропатологовъ и психіатровъ. Такія же явленія (отекъ, синюшность, глянцевитость, анестезія) были у больного послѣ огнестрѣльнаго раненія въ области предплечія и, тѣмъ не менѣе, были *истерическаго характера*. Д-ръ Эриксонъ забылъ, что давленіе при ношеніи филактерій испытываетъ и n. ulnaris, такъ какъ узелъ затягивается въ sulcus bicapitalis internus, почему же онъ не видалъ паралича *этого* нерва? Лѣвши кладутъ филактерію на правую руку—почему же онъ не видалъ паралича на *правой* рукѣ? Все это подтверждаетъ, что это просто мифъ. Тогда всё сомнѣнія и догадки разрѣшатся „очень просто“. Тогда станетъ понятно, почему никто изъ невропатологовъ, какъ евреевъ, такъ и неевреевъ,—никогда этого паралича не видалъ, несмотря на то, что филактеріи употребляются евреями такъ давно, что о нихъ даже упоминается въ Евангеліи отъ Мате. 23, 5.

Я такъ долго остановился на этомъ вопросѣ потому, что въ наше время, когда нерѣдко всѣмъ и каждому вездѣ видится симуляція и членовредительство, „открытие“ д-ра Эриксона можетъ оказать вліяніе не только на положеніе, но, можетъ быть, и на жизнь многихъ людей.

Въ заключеніе могу сказать слѣдующее: Д-ръ Эриксонъ неоднократно въ своихъ статьяхъ говорить: „Евреямъ не свойственно непротивленіе злу“. Но есть одно зло, съ которымъ боролся и самъ великій проповѣдникъ „непротивленія злу“. Это—искаженіе истины...

Къ вопросу объ опредѣленіи числа душевно-больныхъ воиновъ, нуждающихся въ призрѣніи *)

Прив.-доц. Н. А. Вырубова.

Если бы дѣло учета душевныхъ заболѣваній въ связи съ военнымъ временемъ было съ самаго начала войны поставлено правильно, если бы регистрація этой группы больныхъ была сосредоточена въ одномъ объединяющемъ учрежденіи, если бы, наконецъ, статистическій матеріалъ своевременно и надлежащимъ образомъ обрабатывался, то разрѣшеніе поставленнаго вопроса и при томъ съ достаточной точностью не представляло бы большихъ затрудненій. Но къ сожалѣнію вѣдомственными органами, отъ которыхъ это зависѣло, такого центрального регистрирующаго органа создано не было, а статистическое бюро, учрежденное общественными организаціями, ограничено въ своей работѣ только тѣмъ матеріаломъ, который доставляется общественными, земскими и частью городскими, учрежденіями. Поэтому на болѣе или менѣе исчерпывающія данныя намъ и впредь трудно будетъ рассчитывать. Самое большее, что возможно будетъ получить, это—ориентировочные показатели, выведенные на основаніи обработки части матеріала. Однако-же и эта работа едва-ли можетъ быть исполнена въ ближайшее время. Между тѣмъ вопросъ о немедленной разработкѣ хотя бы частичнаго плана призрѣнія душевно-больныхъ инвалидовъ уже поставленъ и ждетъ своего разрѣшенія. Цѣлымъ рядомъ земствъ и нѣкоторыми городами представлены планы и проекты распреденія больницъ въ связи съ указанной цѣлью и возбуж-

*) Доложено Объединенной Психіатрической комиссіи Всероссийскаго Земскаго и Городскаго Союзовъ, 11 января 1917 года.

дены ходатайства предъ Психіатрическимъ Отдѣломъ Особой Комиссіи Верховнаго Совѣта, которому вообще поручено вѣдѣніе дѣла призрѣнія инвалидовъ. При составленіи проэктвъ на мѣстахъ, естественно, придется встрѣтиться съ крупнымъ препятствіемъ, состоящимъ въ трудности опредѣлить хотя бы приблизительно число мѣстъ, на которое должны быть расширены психіатрическія больницы. Въ этомъ можно убѣдиться и на основаніи уже представленныхъ проэктвъ, почти сплошь недооцѣнивающихъ размѣры необходимаго расширения больницъ.

Ожидать пока будетъ окончена разработка имѣющагося статистическаго матеріала не возможно въ виду срочности вопроса, и потому необходимо теперь же попытаться найти ориентировочные показатели, на основаніи которыхъ можно было бы освѣтить центральный пунктъ вопроса: во-первыхъ, о возможномъ числѣ душевно больныхъ, которое дастъ призванная къ участию въ войнѣ возрастная группа населенія и во-вторыхъ, какое число больныхъ изъ этой группы можетъ потребовать больничнаго призрѣнія.

Факты и соображенія, которые будутъ изложены ниже, имѣютъ цѣлью подойти къ отвѣту на оба эти вопроса. Впрочемъ нужно, однако, оговориться, что предлагаемый здѣсь методъ не претендуетъ на окончательные выводы, онъ можетъ служить лишь однимъ изъ путей для освѣщенія вопроса.

Въ основу построения метода легли статистическія данныя превосходно разработанной *В. И. Яковенко* переписи душевно-больныхъ въ Московской губерніи въ 1893 г., богатый фактический матеріалъ отчетовъ Покровской психіатрической больницы Моск. губ. земства и краткія свѣдѣнія о переписи душевно-больныхъ въ 1911 г., содержащіяся въ докладѣ Губернск. Земскому Собранію ¹⁾. Какъ видно изъ

¹⁾ *В. И. Яковенко*. Душевно-больные Московской губерніи. 1900. Отчеты Покровской психіатрической больницы Московск. губ. Земства. 1906, 1907, 1908, 1910.

Докладъ Моск. Губ. Собранію сессіи 1911 г. по психіатрической организаціи.

перечисленія матеріаловъ, они относятся исключительно къ Московской губерніи, что также должно пока удерживать отъ обобщеній окончательнаго характера.

Итакъ, попытаемся отвѣтить на первый вопросъ: какое количество душевно - больныхъ можетъ дать интересующая насъ возрастная группа, или говоря иначе, какъ часто падаетъ начало заболѣванія на этотъ возрастъ.

Въ названной работѣ В. И. Яковенко имѣется сводная таблица, относящаяся именно къ вопросу о началѣ заболѣванія и обнимающая 2958 сл. (1716 м. и 1242 ж.). Изъ нея мы заимствуемъ данныя, относящіяся къ мужчинамъ, причемъ возрасты за 50 л. соединяемъ въ одну группу, какъ не представляющіе интереса для нашихъ цѣлей.

І. Душевное заболѣваніе начинается

въ возрастѣ	%
до 10 л.	44,2
11—20 л.	13,6
21—30 л.	17,9
31—40 л.	12,7
41—50 л.	6,6
51 и выше	4,9.

Этими отношеніями мы можемъ воспользоваться для опредѣленія въ абсолютныхъ величинахъ числа заболѣвающихъ по возрастамъ въ отдѣльныхъ группахъ. Для этого намъ прежде всего необходимо знать: во-первыхъ, показатель заболѣваемости мужского населенія, и во-вторыхъ, численность всего мужского населенія. По даннымъ переписи душевно-больныхъ въ 1911 г. заболѣваемость для мужского населенія Московской губ., выразилась въ 3,9 на тысячу. Эта цифра и взята мною, какъ показатель заболѣваемости.

Данныя о численности мужского населенія губерніи получены мною отъ П. И. Куркина. Съ коррекціей, выведенной для періода 1906—1908 гг., П. И. Куркинъ опредѣляетъ общее число мужского населенія Московск. губ. въ 815.488

чел. При этомъ, распредѣленіе по возрастнымъ группамъ можно видѣть изъ нижеслѣдующей таблицы, любезно представленной въ мое распоряженіе *П. И. Куркинымъ*.

II. Распредѣленіе мужского населенія по возрастнымъ группамъ

	въ ‰‰ въ итогу	абсол. число жител.
20—29 л.	16,9	137.811
30—39 л.	13,5	110.085
40—49 л.	10,3	83.991
	<u>40,7</u>	<u>331.887 чел.</u>

Теперь, исходя изъ абсолютной численности мужского населенія губерніи, опредѣленной въ 815.442 чел., и показателя заболѣваемости по послѣдней переписи душевно-больныхъ 3,9 на тысячу, не трудно опредѣлить число душевно-больныхъ среди мужского населенія. Оно опредѣлится въ приблизительномъ числѣ 3180 больныхъ,

Для установленія количества заболѣваній, начинающихся въ отдѣльныхъ возрастныхъ группахъ, намъ остается только приложить къ этому абсолютному числу вышеприведенныя ‰-ныя отношенія, выведенныя *В. И. Яковенко*.

Отбросивъ двѣ крайнія подгруппы заболѣваній до 10 л. и отъ 51 г., мы получимъ слѣдующую сводку:

III. Изъ 3180 сл. начало заболѣванія падаетъ

на возрастъ	‰‰	абсол. число
11—20 л.	13,6	434
21—30 л.	17,9	570
31—40 л.	12,7	403
41—50 л.	6,6	143
		<u>1550 чел.</u>

Такимъ образомъ, число больныхъ, которое можетъ дать возрастная группа, отъ 11 до 50 л., равняется 1550 чел., что составитъ 48,7‰ общей численности душевно-больныхъ среди мужского населенія губерніи.

Какъ уже указано, при этомъ исчисленіи принята въ учетъ и возрастная подгруппа отъ 11 до 20 л. По существу это, конечно, неправильно, такъ какъ призыву подвергнуты только возрасты, начиная съ 18-лѣтняго. Къ сожалѣнію, въ статистическихъ исчисленіяхъ имѣются только крупныя группировки, не дающія возможности для болѣе детальныя выкладокъ. Поэтому въ опредѣленіи числа душевно-больныхъ, которое можетъ дать призванная къ участію въ войнѣ группа, приходится подходить инымъ путемъ. Намъ кажется, что не будетъ слишкомъ большой ошибки, если эту первую подгруппу, отъ 11 до 20 лѣтъ, совершенно исключить изъ расчетовъ. Основаніемъ къ этому могутъ служить два обстоятельства. Во-первыхъ, въ эту подгруппу входятъ всего два призывныхъ года, а во-вторыхъ, по приведеннымъ уже условіямъ статистическихъ учетовъ, послѣдняя подгруппа, отъ 41—50 л., захватываетъ нѣсколько болѣе, чѣмъ призывной возрастъ. Искусственное сокращеніе, благодаря устраненію первой подгруппы, до извѣстной степени компенсируется, такимъ образомъ, введеніемъ въ расчеты цѣликомъ послѣдней. Но если даже предположить, что произойдетъ нѣкоторая ошибка, то все-таки съ увѣренностью можно сказать, что она скорѣе будетъ сдѣлана въ сторону преуменьшенія, такъ какъ первая возрастная группа даетъ вообще большее количество больныхъ, чѣмъ послѣдняя. Это явственно видно изъ приведенной таблицы, относящейся къ группировкѣ душевно-больныхъ по возрасту начала заболѣванія (табл. I).

Если внести эту поправку и отбросить первую подгруппу (отъ 11 до 20 л.), то абсолютное число заболѣвающихъ мужчинъ въ возрастѣ отъ 21 до 50 л. выразится въ суммѣ—1116 чел. Это составитъ въ круглыхъ цифрахъ 35% общаго числа душевно-больныхъ всего мужского населенія губерніи.

Прежде чѣмъ идти дальше, я долженъ сдѣлать небольшое отступленіе и въ короткихъ словахъ связать о произведенной повѣркѣ данныхъ переписи душевно-больныхъ въ

1893 г., повѣркѣ, которую мы сдѣлали косвеннымъ путемъ и которая привела къ цифрамъ, почти совпадающимъ съ установленными *В. И. Яковенко*.

Изъ отчетовъ Покровской психіатрической больницы Москов. губ. земства мы сдѣлали выборку о распредѣленіи поступившихъ въ больницу мужчинъ по возрасту *начала* болѣзни, за 1906—1908 гг. и вычислили %-ныя соотношенія отдѣльныхъ возрастныхъ подгруппъ. При этомъ, мы обратили вниманіе, что возрастная группа до 10 л. почти не даетъ поступленій (30 поступленій за три года), и потому внесли коррекцію, согласно установленному *В. И. Яковенко*, что на возрастъ до 10 л. падаетъ 44,2% заболѣваній. Полученныя данныя могутъ быть сгруппированы въ слѣдующей таблицѣ.

IV. Распредѣленіе по возрасту начала заболѣванія.

Въ процентахъ.

Возрастъ.	Поступившіе въ больн.	Коррекція.	Перенесъ въ 1893 г.
21—30 л.	30,5	17,0	17,9
31—40 л.	24,0	13,4	12,6
41—50 л.	15,9	8,9	6,6.

Изъ этой таблицы явствуетъ, насколько устойчивыми оказываются отношенія, выражающія законъ возрастнаго начала заболѣванія душевнымъ недугомъ. Съ точки зрѣнія нашихъ заключеній это представляется важнымъ, какъ утвержденіе обоснованій на которыхъ строятся наши выводы.

Второй вопросъ—о размѣрахъ необходимаго расширенія психіатрическихъ больницъ въ связи съ организаціей призрѣнія душевно-больныхъ инвалидовъ, сначала мы поставимъ въ такой формѣ: какъ пользуются больничной помощью различныя по возрасту *начала* ихъ заболѣванія группы душевно-больныхъ. Матеріаломъ для уясненія этого вопроса намъ послужать опять-таки данныя, относящіяся къ Московской губерніи.

Если взять изъ отчетовъ Покровской больницы цифрой материалъ, относящійся къ распредѣленію больныхъ, остающихся къ концу каждаго отчетнаго года, по времени начала ихъ заболѣванія и вывести $\%$ -ныя отношенія, то данныя получатся почти точно совпадающія по отдѣльнымъ годамъ. Это хорошо видно изъ нижеслѣдующей таблицы.

V. Распредѣленіе больныхъ, оставшихся къ концу года по времени начала ихъ заболѣванія.

Возрасть.	1906 г.	1907 г.	1906/07 г. вмѣстѣ.	1910 г.
	$\%$	$\%$	$\%$	$\%$
21—30 л.	37,7	39,7	38,7	38,2
31—40 л.	26,0	24,5	25,2	29,5
41—50 л.	9,2	10,2	9,7	11,1

Близкія къ этому цифры, при той же группировкѣ, получимъ, если сдѣлаемъ сводку въ отношеніи къ больнымъ, поступившимъ въ теченіе года въ больницу.

VI. Распредѣленіе больныхъ, поступившихъ въ теченіе года по времени начала заболѣванія.

Возрасть.	1906/07 г.
	$\%$
21—30 л.	30,5
31—40 л.	24,0
41—50 л.	16,0

Приведенныя въ этихъ двухъ таблицахъ $\%$ -ныя отношенія могутъ служить, такимъ образомъ, показателемъ пользованія больницей интересующихъ насъ возрастныхъ группъ душевно-больныхъ.

Спрашивается, на какой же цифрѣ остановиться въ нашихъ вычисленіяхъ, если бы предположить, что мы имѣемъ въ виду обезпечить больничной помощью душевно-больныхъ инвалидовъ въ той же мѣрѣ, какъ обезпечено ею населеніе



Московской губерніи¹⁾. Для уясненія вопроса мы попробуемъ сдѣлать исчисленія, пользуясь всѣми полученными %-ными соотношеніями.

VII. Какое число изъ 116 больныхъ надо было бы призрѣвать въ больницы, если бы исходить изъ настоящаго положенія призрѣнія душевно-больныхъ въ Московской губерніи

Возрастъ.	Абс. число.	П о д а н н ы е					
		объ оставшихся		о поступившихъ			
		1906/07 г.	1910 г.	1906—1908 г.			
	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	
21—30 л. изъ	570 ч.	38,7—	220 ч.	38,2—	217 ч.	30,5—	174 ч.
21—40 л. „	403 ч.	25,2—	101 ч.	29,5—	118 ч.	24,0—	96 ч.
41—50 л. „	143 ч.	9,7—	14 ч.	11,1—	15 ч.	16,0—	23 ч.
	1116 ч.	30 ⁰ / ₀ —	335 ч.	31,4 ⁰ / ₀ —	350 ч.	26,3 ⁰ / ₀ —	293 ч.

Въ общемъ нужно признать, что всѣ выведенныя соотношенія 30%, 31,4%, 26,3%, а равно и соответствующія абсолютныя числа 335 ч., 350 ч. и 293 ч., довольно близко подходят другъ къ другу. Эта устойчивость соотношеній, какъ намъ кажется, указываетъ на правильность исходныхъ точекъ приведенныхъ соображеній и построеній, и не было бы большой ошибкой остановиться на любомъ изъ этихъ процентовъ.

На какой же цифрѣ слѣдуетъ остановиться если бы мы хотѣли сполна удовлетворить больничной помощью всѣхъ въ томъ нуждающихся душевно-больныхъ инвалидовъ. Думается, что цифра эта должна быть значительно повышена. Но пока объ этомъ можно говорить лишь предположительно.

Этотъ вопросъ мы, впрочемъ, уже разсматривали въ другомъ мѣстѣ²⁾, а потому въ настоящее время не будемъ

¹⁾ По сдѣланнымъ мною подсчетамъ, въ Москов. губ. на основаніи данныхъ переписи 1911 г., больничной помощью пользуются 24,5% всѣхъ душевно-больныхъ, и въ населеніи нуждающихся въ больницы остается всего — 6,5%.

²⁾ Н. А. Вырубовъ. Обь организаціи призрѣнія душевно-больныхъ воинвоъ. „Современная Психіатрія“, № 1, 1916 г.

на немъ останавливаться, и упомянемъ только, что количество душевно-больныхъ воиновъ, которые будутъ нуждаться въ больничной помощи, мы опредѣляли приблизительно въ 50—60% общаго числа душевно-больныхъ, которыхъ дастъ военное время.

Все изложенное на предыдущихъ страницахъ можно резюмировать въ видѣ двухъ коротенькихъ формулъ, съ помощью которыхъ можно подходить къ рѣшенію двухъ основныхъ вопросовъ о приблизительномъ количествѣ душевно-больныхъ, которое дастъ война, и о числѣ больныхъ, которые будутъ нуждаться въ больничномъ призрѣніи.

Формула первая.

Какое число больныхъ дастъ данная губернія изъ призваннаго къ участію въ войнѣ населенія.

Составныя формулы:

M —мужское населеніе губерніи.

3,9%—заболѣваемость мужского населенія (по даннымъ Москов. губ.).

35%—отношеніе случаевъ начала заболѣванія возрастной группы отъ 20 до 50 л. къ общему числу душевно-больныхъ мужчинъ.

A —искомое абсолютное число больныхъ данной группы.

$$M \times 3,9 \times 35 = A.$$

Примѣръ для Московской губерніи:

$$815.442 \times 3,9 \times 35 = A., \text{ или } A = 1113 \text{ челов.}$$

Формула вторая.

Какое число больныхъ нуждается въ больницахъ.

Составныя формулы:

A —абсолютное число душевно-больныхъ, которое дастъ призванное къ участію въ войнѣ населеніе.

31,4% — максимальный % пользующихся больныхъ группы призывного возраста (по условіямъ мирнаго времени для Москов. губ.)¹⁾.

В — искомое число больныхъ, нуждающихся въ больничномъ призрѣніи.

$$A \times 31,4 = B.$$

Примѣръ для Московской губерніи:

$$1113 \times 31,4 = B., \text{ или } B = 349 \text{ челов.}$$

Въ заключеніе считаю пріятнымъ долгомъ высказать мою искреннюю признательность глубокоуважаемому *П. И. Куркину* за его цѣнныя руководящія указанія, данныя мнѣ при выполненіи этой работы.

¹⁾ Какъ сказано, по предположительнымъ расчетамъ, % этотъ для военнаго времени, можетъ быть, понадобится повысить до 50—60%. На этой цифрѣ останавливается и *П. П. Кащенко*. Однако же, сдѣланные мною подсчеты на основаніи сводной таблицы *П. П. Кащенко*, о выбывшихъ изъ психіатрическихъ учрежденій д. б. воиновъ, видно, что въ дальнѣйшемъ леченіи въ психіатрической больницѣ нуждались въ круглыхъ цифрахъ 41% всего числа страдавшихъ психіатрическимъ разстройствомъ разныхъ формъ. Возможно, что эта цифра болѣе отвѣчаетъ истинѣ, чѣмъ прежнія наши предположенія, основанныя на косвенныхъ расчетахъ, и ея надо замѣтить для военнаго времени приведенный максимальный процентъ. Тогда $B = 456$ чел.

О Т Ч Е Т Ъ

Совѣщаніе объ организаціи призрѣнія душевно-больныхъ воиновъ.

24—27 ноября 1916 года въ Петроградѣ происходило совѣщаніе представителей общественныхъ организацій, вѣдомствъ и врачей психіатровъ, созданное согласно постановленіямъ Главныхъ Комитетовъ Земскаго и Городскаго Союзовъ.

Совѣщаніемъ были подвергнуты разсмотрѣнію вопросы объ организаціи призрѣнія душевно-больныхъ воиновъ, уволенныхъ отъ службы и прочихъ лицъ, причастныхъ къ войнѣ. На основаніи сдѣланныхъ докладовъ и обсужденія ихъ въ собраніяхъ, Совѣщаніе установило рядъ общихъ и частныхъ положеній, которыя должны лечь въ основу организаціи всего психіатрическаго дѣла.

Первый и главный тезисъ опредѣляетъ основанія участія въ дѣлѣ попеченія о названныхъ категоріяхъ душевно-больныхъ Общественныхъ организацій и Государства. Его мы приведемъ полностью.

„Призрѣніе и леченіе душевно-больныхъ воинскихъ чиновъ, уволенныхъ отъ военной службы за время войны и ея ликвидаціи, а равно прочихъ лицъ, причастныхъ къ военнымъ событіямъ, являясь предметомъ заботы государства и общества, составляетъ неразрывную часть общей системы призрѣнія душевно-больныхъ въ Россіи. Но въ виду особыхъ условій времени, требующихъ немедленнаго призрѣнія душевно-больныхъ воиновъ, представляется необходимымъ безотлагательно осуществить этотъ родъ призрѣнія за счетъ государства, черезъ посредство земскихъ и городскихъ Обще-

ственныхъ Управленій при содѣйствіи Особой комиссіи Верховнаго Совѣта и другихъ соотвѣтствующихъ учрежденій при участіи объединяющихъ общественныхъ управленія органовъ, Всероссийскихъ Земскаго и Городскаго Союзовъ“.

Правомъ на попеченіе пользуются всѣ лица, психически заболѣвшія, какую бы функцію они ни несли и какое бы участіе они не проявляли въ военныхъ событіяхъ. Впредь до окончанія военныхъ дѣйствій тѣмъ же правомъ пользуются какъ военно-плѣнные, такъ и подданные враждебныхъ государствъ.

Понятно, что форма призрѣнія,—содержаніе въ учрежденіяхъ больничнаго типа, въ патронажахъ, въ собственной семьѣ съ пособіемъ или свободнаго существованія также съ пособіемъ,—должна индивидуально опредѣляться для каждаго отдѣльнаго больного. При этомъ, какъ необходимое условіе, выставляется требованіе призрѣнія больного по мѣсту жительства его родственной семьи.

Созданіе новыхъ психіатрическихъ заведеній, по цѣлому ряду соображеній и особенно въ видахъ экономіи, цѣлесообразнѣе всего связать съ уже существующими психіатрическими больницами общественныхъ земскихъ и городскихъ учрежденій. Однако-же, въ тѣхъ случаяхъ, когда существующее учрежденіе достигло уже предѣльнаго размѣра или дальнѣйшее расширеніе его невозможно по какимъ либо условіямъ, то является желательнымъ созданіе новыхъ учрежденій. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаяхъ расширеніе старыхъ и созданіе новыхъ больницъ, должно быть согласовано съ общимъ планомъ дальнѣйшаго развитія психіатрической помощи въ данной мѣстности.

Необходимымъ условіемъ правильной организаціи помощи душевно-больнымъ является статистическій учетъ ихъ, и потому необходимо созданіе регистрирующихъ органовъ, какъ на мѣстахъ, такъ и при объединяющихъ земскія и городскія общественныя учрежденія Главныхъ Комитетахъ Земскаго и Городскаго Союзовъ.

Въ цѣляхъ правильности распредѣленія психіатрической помощи и планомѣрнаго ея осуществленія представляется желательнымъ установить такой порядокъ. Земскія и городскія учрежденія съ своими заявленіями о расширеніи или постройкѣ психіатрическихъ больницъ обращаются въ Главные Комитеты Земскаго и Городскаго Союзовъ (по принадлежности), которые съ своими заключеніями направляютъ эти заявленія въ Особую Комиссію Верховнаго Совѣта.

Общій планъ психіатрическаго призрѣнія, въ согласіи съ которымъ должно стоять развитіе больницъ на мѣстахъ, необходимо будетъ выработать и установить по соглашенію между Особой Комиссіей Верховнаго Совѣта и Главными Комитетами Земскаго и Городскаго Союзовъ, которые имѣютъ возможность подвергнуть этотъ планъ предварительному разсмотрѣнію и обсужденію на совѣщаніяхъ представителей земскихъ и городскихъ учреждений и врачей психіатровъ.

Намѣченные пути развитія психіатрической помощи встрѣтили вполне сочувственное отношеніе со стороны предсѣдателя психіатрическаго отдѣла Особой Комиссіи Верховнаго Совѣта Л. Н. Малиновскаго, присутствовавшаго на засѣданіяхъ Совѣщанія, о которомъ идетъ рѣчь.

Частные доклады, во-первыхъ, по вопросу объ устройствѣ и оборудованіи новыхъ помѣщеній для душевно-больныхъ воинскихъ чиновъ, уволенныхъ отъ службы, и прочихъ лицъ и во-вторыхъ, по вопросу о призрѣніи душевно-больныхъ на дому, касались частныхъ подробностей того и другого дѣла.

Существенное значеніе имѣлъ докладъ „о комиссіи при Главныхъ Комитетахъ Земскаго и Городскаго Союзовъ для предварительнаго разсмотрѣнія проектовъ земствъ и городовъ о расширеніи существующихъ психіатрическихъ больницъ, постройки новыхъ, и вообще организациі призрѣнія душевно-больныхъ воиновъ, уволенныхъ отъ военной службы и прочихъ лицъ“.

Докладъ этотъ предлагалъ созданіе особаго органа, состоящаго изъ представителей общественныхъ организацій, врачей психіатровъ, санитарныхъ врачей, архитекторовъ, въ задачи котораго и входило бы разсмотрѣніе и составленіе заключеній по представляемымъ земствами и городами проектамъ, планамъ и проч.

Органъ этотъ, комиссія, долженъ состоять при Главныхъ Комитетахъ Земскаго и Городскаго Союзовъ, а мѣсто-пробываніе имѣть въ Петроградѣ. Последнее было выставлено какъ требованіе въ цѣляхъ облегченія и ускоренія дѣятельности Комиссіи, такъ какъ въ Петроградѣ собраны всѣ центральныя и правительственныя учрежденія, Верховный Совѣтъ и его особая Комиссія, а также находится статистическо-психіатрическое бюро Земскаго и Городскаго Союзовъ.

Послѣ внесенія нѣкоторыхъ измѣненій въ пожеланія доклада, Совѣщаніе приняло положеніе объ организаціи комиссіи такъ, какъ это было изложено выше.

Въ юридическомъ докладѣ— „о правовомъ положеніи душевно-больныхъ военныхъ“, было указано на необходимость измѣненія частью циркуляровъ, частью законодательныхъ положеній, касающихся указанныхъ лицъ. Положенія доклада были приняты и было высказано пожеланіе объ образованіи при Главныхъ Комитетахъ Земскаго и Городскаго Союзовъ спеціальнаго органа съ участіемъ врачей-психіатровъ и юристовъ для разработки законопроекта по вопросамъ правового положенія душевно- и нервно-больныхъ военныхъ въ связи съ общимъ законодательствомъ о душевно-больныхъ, и содѣйствованіи проведенія закона чрезъ законодательныя учрежденія.

Въ постановленіи Совѣщанія о призрѣніи нервно-больныхъ военныхъ было указано на необходимость устройства заведеній для нихъ, какъ больничнаго, такъ и санаторнаго типа на мѣстахъ, а также на желательность широкой организаціи климатическаго и курортнаго пользованія больныхъ.

Изъ другихъ постановленій Совѣщанія надо упомянуть о пожеланіяхъ устраненія дефектовъ въ организаціи по эвакуаціи и разсѣиванію душевно-больныхъ воиновъ Краснымъ Крестомъ. Совѣщаніемъ были высказаны пожеланія: о направленіи для призрѣнія душевно-больныхъ воиновъ по мѣсту ихъ постоянного жительства, объ обезпеченіи имъ Краснымъ Крестомъ на мѣстахъ достаточнаго количества кроватей въ больничныхъ учрежденіяхъ, и объ обмѣнѣ больными, по взаимному соглашенію общественныхъ больницъ между собою, и отправкѣ больныхъ по мѣсту ихъ жительства. Въ виду отсутствія у общественныхъ учреждений средствъ, такую переплывку больныхъ желательно отнести на счетъ Краснаго Креста или Военнаго Вѣдомства.

Въ дѣлахъ борьбы съ туберкулезомъ среди д.-б. воиновъ признано желательнымъ приспособленіе свободныхъ госпиталей для этой категоріи больныхъ, устройство специальныхъ санаторій, при условіи субсидій со стороны государства.

Въ отношеніи статистическаго учета д.-б. воиновъ высказано пожеланіе объ объединеніи въ этомъ дѣлѣ вѣдомственныхъ и общественныхъ органовъ, въ которыхъ сосредоточенъ статистическій учетъ.

Наконецъ, рассмотрѣны и приняты основныя положенія, выработанныя Московской психіатрической Комиссіей Земскаго и Городскаго Союзовъ, устанавливающія основанія участія общественныхъ организацій въ совмѣстной работѣ съ Краснымъ Крестомъ по попеченію о душевно-больныхъ воинахъ и прочихъ лицахъ въ теченіе времени военныхъ дѣйствій.

Важное значеніе для дальнѣйшей организаціи дѣла призрѣнія душевно-больныхъ воиновъ, уволенныхъ отъ службы, и прочихъ лицъ имѣютъ правила, которыми Особая Комиссія Верховнаго Совѣта обусловливаетъ выдачу пособій на расширеніе и устройство психіатрическихъ больницъ.

Какъ это явствовало изъ разъясненій, данныхъ Совѣщанію Л. Н. Малиновскимъ, какъ земли, купленныя для пси-

психиатрическихъ больницъ на средства, полученныя отъ Верховнаго Совѣта, такъ и самыя зданія послѣднихъ, сооруженныя на эти средства, поступаютъ въ собственность общественныхъ управленій на все время, пока созданныя учрежденія будутъ служить для назначенныхъ имъ цѣлей. Эти разъясненія вполне отвѣчали пожеланіямъ Совѣщанія въ данномъ вопросѣ.

Изъ числа постановленій Совѣщанія, вопросъ объ учрежденіи въ Петроградѣ объединенной психиатрической комиссіи для разсмотрѣнія плановъ, проэктвовъ и проч., представляемыхъ общественными учрежденіями, былъ подвергнутъ обсужденію въ Московской Объединенной психиатрической Комиссіи въ засѣданіи 9 января т. г., и Комиссія постановила, что учреждаемая Петроградская Комиссія, равно какъ существующая Московская Комиссія, могутъ обѣ вести работу одновременно, распредѣляя между собою, по взаимному соглашенію, поступающій матеріалъ.

Положенія доклада „О правовомъ положеніи душевно-больныхъ военныхъ“ представлялось бы цѣлесообразнымъ передать въ юридическій отдѣлъ Земскаго Союза, при чемъ было бы желательно привлечь къ обсужденію поставленныхъ вопросовъ врачей психиатровъ. За періодъ послѣдовавшій за Совѣщаніемъ, медико-санитарное Бюро Земскаго Союза выполнило слѣдующее:

1. Въ концѣ декабря было разослано обращеніе къ земскимъ учрежденіямъ, въ которыхъ выяснилось настоящее положеніе вопроса объ организаціи помощи д.-б. военнымъ и проч. лицамъ. Къ обращенію была приложена анкета, долженствующая дать матеріалы къ постановкѣ вопроса объ организаціи психиатрическаго призрѣнія указанныхъ категорій больныхъ.

2. Разосланы обращенія къ земскимъ учрежденіямъ съ пожеланіемъ образованія на мѣстахъ психиатрическихъ комиссій, которыя занялись бы разработкой вопроса объ организаціи призрѣнія д.-б. въ каждой данной губерніи.

3. Послано заявленіе въ Общество Краснаго Креста о необходимости придти на помощь средствами земскимъ и городскимъ учреждениямъ на переправку душевно-больныхъ воиновъ по мѣстамъ ихъ жительства.

4. Послано заявленіе г. предсѣдателю Психіатрическаго Отдѣла Особой Комиссіи Верховнаго Совѣта о желательности участія въ работахъ Отдѣла представителя Главнаго Комитета Земскаго Союза.

5. Приступлено къ сношеніямъ съ земскими учреждениями по разсмотрѣнію представленныхъ ими заявленій о расширеніи психіатрическихъ больницъ.

6. Въ Особую Комиссію Верховнаго Совѣта препровождены заявленія Петроградскаго, Ярославскаго Харьковскаго, Полтавскаго и Уфимскаго губернскихъ земствъ о расширеніи принадлежащихъ имъ психіатрическихъ больницъ, съ заключеніемъ о желательности ихъ удовлетворенія.

Н. Вырубовъ.

Хроника и смѣсь.

— Въ Психіатрическую клинику Московскаго Университета доставлена богатая библіотека, завѣщанная клиникѣ покойнымъ пр.-доц. Петроградскаго Университета С. А. Сухановымъ (Психо-Неврологическій Вѣстникъ, № 1).

— Профессорами Московскаго Университета—Ө. Е. Рыбаковымъ, А. А. Корниловымъ, М. И. Райскимъ, С. С. Головинымъ, С. В. Познышевымъ, В. И. Кедровскимъ, Т. П. Сахаровымъ, Н. Ф. Голубовымъ и С. Е. Березовскимъ—возбуждено передъ Медицинскимъ Факультетомъ ходатайство объ учрежденіи Психо-неврологическаго Общества при Императорскомъ Московскомъ Университетѣ, при этомъ представленъ проектъ устава, подписанный 40 московскими невропатологами и психіатрами. Факультетъ единогласно присоединился къ ходатайству пррессоровъ (Психо-Неврологическій Вѣстникъ, № 1).

— Правленіемъ Московскаго Университета возбуждено ходатайство о постройкѣ при психіатрической клиникѣ корпуса на 100 чел. для увѣчныхъ душевно-больныхъ воиновъ и о расширеніи зданія пріюта при клиникѣ нервныхъ болѣзней на 50 чел. для той-же цѣли (Психо-Неврологическій Вѣстникъ, № 1).

— Медицинскій факультетъ Казанскаго Университета избралъ на кафедру психіатріи прив.-доц. Московскаго Университета Н. А. Вырубова.

— Нейро-психіатрическая Коммиссія Союза Городовъ при Петроградскомъ областномъ Комитетѣ Всероссийскаго Съѣзда проситъ редакцію „Русскаго Врача“ огласить слѣдующее ея обращеніе къ земскимъ и городскимъ психіатрамъ. „Всероссійскій Съѣздъ психіатровъ и представителей Земствъ, Городовъ и заинтересованныхъ вѣдомствъ по организаціи призрѣнія душевно-больныхъ воиновъ и прочихъ лицъ, причастныхъ къ военнымъ событіямъ, созданный главными Комитетами земскаго и городского Союзовъ въ Петроградѣ 24—27/ХІ минувшаго года, призналъ необходимымъ безотлагательно приступить къ организаціи призрѣнія уже уволенныхъ по психическому заболѣванію отъ военной

службы воиновъ, число коихъ опредѣляется въ настоящее время многими тысячами. Осуществленіе этой задачи возможно, по моему мнѣнію Съѣзда, лишь на счетъ Государства черезъ посредство земскихъ и городскихъ общественныхъ Управленій при содѣйствіи особой Комиссіи Верховнаго Совѣта и при участіи объединяющихъ общественныя Управленія органовъ Всероссійскихъ земскаго и городского Союзовъ. Для наиболѣе правильнаго и экономнаго достиженія этой цѣли долженъ быть составленъ главными Комитетами этихъ Союзовъ по соглашенію съ особой Комиссіей Верховнаго Совѣта и съ отдѣльными Земствами и Городами общій планъ мѣропріятій. Обсуждая въ этой части приведеніе въ исполненіе постановленій Съѣзда. Петроградская областная нейро-психіатрическая Комиссія земскаго и городского Союзовъ на засѣданіи 3/хп 1916 г. пришла къ заключенію, что въ виду крайне экстреннаго положенія дѣла, требующаго немедленнаго увеличенія числа психіатрическихъ больничныхъ мѣстъ путемъ расширенія существующихъ земскихъ и городскихъ больницъ, было-бы желательно, независимо отъ составленія общаго плана, теперь же выдѣлить и начертать частичный планъ дѣйствій, возможныхъ къ осуществленію уже въ теченіи 1917 г., дабы не упустить строительнаго періода этого года. Если принять такую точку зрѣнія, то, очевидно, для составленія подобнаго частичнаго плана пришлось-бы воспользоваться лишь имѣющимся въ особой Комиссіи заявленіями отдѣльныхъ Земствъ и Городовъ о предположенномъ ими расширеніи своихъ больницъ, а также тѣми заявленіями, которыя поступаютъ въ Комиссію въ самомъ непродолжительномъ времени. Имѣя въ виду представить изложенныя соображенія на утвержденія главныхъ Комитетовъ земскаго и городского Союзовъ, Петроградская областная нейро-психіатрическая Комиссія обращается къ товарищамъ земскимъ и городскимъ психіатрамъ съ просьбой посодѣйствовать скорѣйшей присылкѣ заявленій отъ тѣхъ Земствъ и Городовъ, которые этого еще не сдѣлали, направляя эти заявленія для ускоренія дѣла какъ въ особую Комиссію, такъ и въ главные Комитеты земскаго или городского Союзовъ по принадлежности. Равнымъ образомъ надлежало-бы въ самомъ спѣшномъ порядкѣ прислать по указаннымъ адресамъ измѣненія къ прежнимъ заявленіямъ, уже направленнымъ въ особую Комиссію лѣтомъ и осенью минувшаго года, если-бы на мѣстахъ, въ виду разъясненій вопроса на Съѣздѣ, признано было необходимымъ ввести такія измѣненія“ (Русскій Врачъ, № 1).

— Скончавшійся годъ назадъ, ч. пр. С. А. Сухановъ, завѣщаль всю свою библіотеку Московской психіатрической клиникѣ. Благотворительному Обществу при этой-же клиникѣ онъ завѣщаль вырученныя отъ продажи его имущества деньги. Московскому Университету завѣщаль 4000 р. на благотворительную койку имени Сухановымъ и 20000 р. оставилъ Петроградскому Университету на стипендіи студентамъ, предоставивъ $\frac{1}{10}\frac{1}{10}$ -ми съ капитала пользоваться своей женою до ея кончины (Русскій Врачъ, № 1).

— Согласно желанію друзей и почитателей почившаго ч. пр. С. А. Суханова при „Психіатрической Газетѣ“, однимъ изъ учредителей и редакторовъ которой онъ былъ, положено основаніе капитала его имени, $\frac{1}{10}\frac{1}{10}$ съ котораго, какъ награда его имени, будутъ выдаваться за лучшую работу по психіатріи. Положенія объ этой наградѣ будутъ выработаны и сообщены въ общее свѣдѣніе, когда капиталъ достигнетъ достаточной суммы. Пожертвованія въ капиталъ просятъ направлять въ редакцію „Психіатрической Газеты (Петроградъ, Петергофское шоссе, 140. Больница имени „Всѣхъ скорбящихъ радостей“). Передачу пожертвованій охотно принимаетъ и редація Русс. Врача (Русскій Врачъ, № 1).

— Верховный Совѣтъ, какъ передаетъ „Рѣчь“ постановилъ отпустить въ распоряженіе Психо-Нейрологическаго Института 379001 р. на устройство больницы для нервно-больныхъ воиновъ. Институтъ предполагаетъ оборудовать эту больницу такъ, чтобы ею можно было пользоваться для удовлетворенія потребностей и мирнаго времени (Русскій Врачъ, № 5).

— Возбужденное нѣкоторыми профессорами Казанскаго Университета съ проф. Н. Ѳ. Высоцкимъ во главѣ ходатайство объ учрежденіи въ Казани Женскаго Медицинскаго Института встрѣтило, съ принципиальной стороны сочувствіе Министерства народнаго просвѣщенія, которое однако въ своей помощи будущему Институту выдачей опредѣленной постоянной субсидіи отказало (Русскій Врачъ, № 6).

— Б. А. Морозова, какъ передаетъ „Рѣчь“ (29/1), пожертвовала Психо-Нейрологическому Институту 8000 р. на нужды лазарета для душевно-больныхъ воиновъ (Русскій Врачъ, № 7).

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Засѣданіе Общества Невропатологовъ и Психіатровъ 30 сентября 1915 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Даркшевичъ. Присутствовали члены О-ва: Первушинъ, Клячкинъ, Штейнбергъ и Скуридинъ.

Докл. Андреевъ прочелъ докладъ: «Случай парціальной эпилепсіи, леченной хирургическимъ путемъ». Докладчикъ указалъ, что взглядъ старыхъ авторовъ на строгое разграниченіе между генуинной эпилепсіей и органической давно уже подвергся критикѣ (системныя наблюденія Редлиха, Pierre-Marie, Крамера).

Для хирурговъ важно: 1) чередованія Джаксоновской эпилепсіи съ генуинной—начало Джаксоновская эпилепсія, затѣмъ возникновеніе припадковъ, характерныхъ для генуинной; переходъ отъ частныхъ явленій къ общимъ, съ потерей сознанія и рядомъ тонико-клоническихъ судорогъ—измѣненія, происходящія въ теченія ряда лѣтъ. Причина не только диффузія процесса органическаго характера, но измѣненія физико-химическія здоровой клѣточной субстанции мозга, какъ результатъ длительного потока раздраженія, появленіе гиперестезіи, «спазмофильный» мозгъ.

2) Наблюденія надъ травматической эпилепсіей въ дѣтскомъ возрастѣ, указываютъ на большую регенеративную способность дѣтскаго мозга, а соотвѣтственно съ этимъ и на болѣе благоприятные исходы при операциі, отсюда принципъ: чѣмъ, раньше удаленъ патолого-анатомическій фокусъ въ мозгу, тѣмъ болѣе шансовъ на то, что процессъ не получитъ дальнѣйшаго развитія и скорѣе наступитъ выздоровленіе

Далѣе послѣдовала демонстрація больной, оперированной лѣтомъ 1915 года, 13-ти лѣтъ. Изъ инфекціонныхъ заболѣваній перенесла корь и вѣтряную оспу. 3-хъ лѣтъ отъ роду ей былъ нанесенъ ударъ по головѣ, въ теменную область желѣзной лопатой. Въ мартѣ 1915 г. появились припадки, выражавшіяся судорогами языка (языкъ выдвигался изо рта и втягивался обратно, и двигался въ стороны) и сопровождавшіеся слюнотеченіемъ; затѣмъ появились судороги въ лѣвой верхней конечности, начиная съ большого пальца—при сохраненіи сознанія, а затѣмъ и съ

потерей сознания и судорогами, начинавшимися съ лицевой мускулатуры лѣвой стороны. Правая половина тѣла въ судорогахъ не участвовала. Послѣ припадка слабость и чувство одеревѣнія въ лѣвыхъ конечностяхъ.

Status praesens: рубецъ въ области теменной кости, спаянный съо длежащими тканями. Paresis n. facialis. A n. trigemini sinistra, paresis n. abducentis sinistra (diplopia). Языкъ отклоняется влѣво, высовывается съ трудомъ. Сила движеній понижена въ нижнихъ конечностяхъ, рефлексы повышены слѣва, клонусъ стопы слѣва, симптомъ Бабинскаго тамъ-же; контрактура большого пальца; хорео-атетозныя движенія въ лѣвой рукѣ. Гипестезія на всей лѣвой половинѣ тѣла.

Сдѣлана, остеопластическая операція въ области двигательныхъ центровъ соответствующей стороны. При вскрытіи лоскута — выпятившійся участокъ размягченія, напоминающій абсцессъ. Пункция полой иглой гноя не дала, при раздраженіи униполярными электродми саннаго аппарата Du-bois-Raymond'a судорожныя сокращенія въ мышцахъ лица и лѣвыхъ конечностей. Произведено обкалываніе и перевязка сосудовъ *riae mag.*, глубокая эксцизия коры и выжиганіе термокаутеромъ съ углубленіемъ въ глубину бороздъ. Кровотеченіе незначительное.

Въ ночь послѣ операціи и на другой день припадки, на 3-й томпонъ смочены цегебро-спинальной жидкостью, и 19-го начались возстановленія движеній лѣвой ноги, съ 45-го ограниченіе движеній въ лѣвой рукѣ, въ лучезапястномъ суставѣ и фаланговомъ большого пальца; чувствительность понижена на тыльныхъ поверхностяхъ предплечья и кисти лѣвой руки, хореоатетозныя судороги.

Черезъ 3 мѣс. ограниченіе подвижности въ лѣвомъ лучезапястномъ сочлененіи, контрактура большого пальца, гипестезія на лѣвой верхней конечности; рѣдкія атетоидныя движенія.

Легкость выясненія локализациі пораженія, вслѣдствіе клоническихъ судорогъ, начинавшихся съ лицевой мускулатуры, личности рубца въ темянной области. Важно отсутствіе явленій раздраженія. Присутствіе хорео-атетозныхъ судорогъ, сохран. послѣ операціи, указыв. на наличность 2-го фокуса, въ теченіе 10 лѣтъ — періодъ кажущагося здоровья. Интересъ случая — техника оперативнаго вмѣшательства: остеопластическая резекціа черепа по Вагнеру, обследованіе мозга электрическими раздражителями, обкалываніе и перевязка сосудовъ по Краузе, углубленіе разрѣза ножомъ и выжиганіе мозгового вещества въ глу-

бинъ бороздь, т. к. одна плоскостная эксцизия не всегда даетъ благоприятные результаты. Надежда на благоприятный исходъ операциі основывается на возрастѣ больной и гладкомъ послѣ-операционномъ теченіи.

Въ дальнѣйшемъ можно рассчитывать на болѣе широкое примѣненіе оперативнаго вмѣшательства.

Докт. Клячкинъ дополнилъ сообщеніе докладчика, указавъ на сомнѣнія, возникавшія при наличности хорео-атетозныхъ движеній—наводили на мысль о субкортикальномъ очагѣ раздраженія.

Вопросами проф. Даркшевича выясняется, что сращенія оболочекъ съ веществомъ мозга и измененія бѣлаго вещества мозга не наблюдались, вычерпанный фокусъ былъ по близости мѣста раненія, но воплиъ ему не соответствовали, судороги были то тоническія, то клоническія, оставались и внѣ припадковъ, характера Кожевниковской эпилепсіи не имѣли. На основаніи этого проф. Даркшевичъ дѣлаетъ выводъ, что измененія касались лишь коры мозга; вычерпываніе и прижиганіе имѣли пѣльмю удаленіе полностью сѣраго вещества въ области пораженнаго фокуса и изъ глубины бороздь.

Проф. Вишневсей указываетъ на отступленія въ данномъ случаѣ отъ схемы обычныхъ операциі—выжжено и вычепано все, что можно. Послѣдовавшій результатъ—слѣдствіе болѣе смѣлаго оперативнаго вмѣшательства.

Докт. Первушинъ. Чѣмъ объяснить исчезновеніе пареза *n. abducentis* послѣ операциі?

Докт. Клячкинъ. При геморрагіяхъ мы часто наблюдаемъ переходящій парезъ *n. abducentis*, парезъ *n. abduc.* и *facialis* явленія болѣе поздняго періода. Центръ—рука. Явленія со стороны языка неясны.

Выясняется, что симптомъ Бабинскаго у больной въ видѣ намека, раньше былъ рѣзокъ, ригидности не было, почему докт. Первушинъ сомнѣвается, всѣ-ли центры были удалены, т. к. нѣтъ полнаго паралича, спрашивается, можно-ли говорить о травматической эпилепсіи, если не было сращенія съ оболочками. Хорео-атетозныя судороги указываютъ на подкорковые ганглии. Можетъ быть не было связи съ травмой?

Клячкинъ предполагалъ также пораженіе глубже лежащихъ отдѣловъ. Цѣль демонстраціи хирургическая, практическая же—отсутствіе припадковъ. Отношеніе къ травмѣ—рѣзкій сѣроватый цвѣтъ пораженнаго участка, тѣстоватость, набухлость. Подобная патолого-анатомическая картина наблюдалась въ случаѣ Оаворскаго.



Л. О. Даркшевичъ указываетъ на трудность діагноза до операціи въ данномъ случаѣ; операція подтвердила, что это травматическая эпилепсія, на это указываетъ размягченіе въ корѣ и мѣстное измѣненіе въ черепѣ по сосѣдству съ травмой, возможно, что здѣсь травматическій геморрагическій энцефалитъ, не дававшій себя знать 1-е время. Возможно, что имѣется еще гнѣздо, за это—хорео-атетозныя судороги, на которыя не оказала вліянія операція, отсутствіе сходства съ наблюдающимися при Кожевниковской эпилепсіи, хотя есть ученіе, что хореическія движенія наблюдаются и при пораженіи коры, и что при атетозѣ не всегда локализациа въ thalamus. Травматическая эпилепсія въ данномъ случаѣ обязана одному или двумъ фокусамъ, изъ которыхъ одинъ и поддерживаетъ судороги,

Проф. Вишневиі. Въ хирургическомъ отношеніи важны результаты—избавленіе отъ припадковъ, хотя-бы на 3 мѣс. Ошибочно стремленіе вылечить на всю жизнь, не каждый случай вылечивается ножомъ окончательно. Даже временное прекращеніе припадковъ—польза для больного. Въ данномъ случаѣ важно то, что вещество коры вырѣзано глубоко и удалено изъ глубины борозды, т. к. клиника пришла къ заключенію, что неудачные исходы операцій зависѣли отъ недостаточной глубины и чистоты вычерщиванія. Съ невропатологической точки зрѣнія важно удаленіе фокуса, обѣмняющаго мозгъ. Наличие дуплоріи проф. Даркшевичъ объясняетъ какъ слѣдствіе заблѣванія сосѣднихъ частей, раздраженіе сосѣднихъ центровъ вызываетъ парезы, которые суммируясь, даютъ стойкія явленія.

Клячкинъ указываетъ, что при фокусѣ еще въ центрѣ п. abducentis парезъ остался-бы и послѣ операціи.

Л. О. Даркшевичъ. Локализациа пораженія въ центральной извилинѣ, впереди центры ассоціированныхъ движеній глазъ—состояніа истощенія центровъ вслѣдствіе вліянія воспалительнаго процесса.

Докт. Клячкинъ демонстрируетъ больного съ парціальной эпилепсіей.

Аналогія съ предыдущимъ случаемъ, особенность даннаго случая: больной 8 лѣтъ упалъ съ лѣстницы, ушибся о косякъ двери и потерялъ сознаніе. Тогда же 1-й судорожный припадокъ, послѣдній годъ припадки часты, раньше 3—4 раза въ мѣсяцъ, однообразнаго характера: постоянныя подергиванія въ лѣвой верхней конечности, особенно въ пальцахъ. Легкія подергиванія и въ нижней конечности иногда приобрѣтаютъ характеръ

трясения, наблюдаются и въ лицѣ; порой оканчиваются потерей сознания, иногда же трясеніе усиливается при сохраненіи сознания; никогда не переходят на другую сторону. Facialis нормаленъ, языкъ тоже, глазное дно, зрачки—норма, парезовъ нѣтъ, чувствительность—лѣвосторонняя hemihypaesthesia. Легкая атаксія. Нѣкоторыя движенія кисти напоминаютъ хорейскія. Приближается къ типу Кожевниковской эпилепсіи, плюс хорейскія движенія. Локализациа и возникновеніе заболѣванія тотчасъ вслѣдъ за травмой—показаніе къ оперативному вмѣшательству. Больной указываетъ, что послѣ припадковъ у него слабѣетъ лѣвая рука и что на черепѣ, на мѣстѣ ушиба у него были вдавленія, которыя теперь не обнаруживаются. Болевая чувствительность понижена, мышечное и стереогностическое чувства сохранены.

Даркшевичъ. Какія данныя, что припадокъ развился вслѣдъ за травмой.

Клячкинъ. До того былъ здоровъ, послѣ паденія тотчасъ припадокъ, затѣмъ головная боль, сведенія—картина мозгового заболѣванія. Указываютъ на припадокъ во время паденія, тотчасъ послѣ того, какъ больной пришелъ въ себя. Были ли головныя беди до паденія—не выяснено.

Первушинъ. Картина Кожевниковской эпилепсіи. Этіологія можетъ быть не травма, а инфекция. Возможно, что энцефалитъ былъ раньше, но не проявлялся, паденіе затемнило начало бывшаго заболѣванія. Кожевниковская эпилепсія наблюдается послѣ инфекции. Какъ быть съ оперативнымъ вмѣшательствомъ, если судороги въ рукѣ, и въ ногѣ. Неудобство оперировать на большемъ полѣ, но здѣсь есть указанія, что maximum судорогъ въ рукѣ, основаніе удалить центръ руки. Въ общемъ операція не идеаль, т. к. остается рубецъ, могущій вызывать рецидивы. Глубокая эксцизія даетъ 3 мѣсяца отсутствія припадковъ. Можетъ быть, удалена не вся эпилептогенная зона и операція произведена довольно грубо? стремленіе дѣйствовать другимъ путемъ—удалить клѣтки или ихъ умерщвлять. Нѣтъ ли средствъ дѣлать безвреднымъ самый очагъ? Желательно было бы не считать операцію идеаломъ, а пытаться дѣйствовать другимъ путемъ.

Клячкинъ указываетъ, что постоянны лишь подергиванія въ рукѣ, почему оперативное вмѣшательство ограничится центромъ руки. Травма здѣсь или нѣтъ, сказать трудно.

Первушинъ. Здѣсь нѣтъ расстройства мышечнаго и стереогностическаго чувства, лишь болевого. Очагъ не въ корѣ, а подъ корой

Докт. Андреевъ сообщаетъ, что въ день паденія больной цѣлый день чувствовалъ себя плохо, а когда вышелъ—закружилась голова и упалъ.

Даркшевичъ. Случай Кожевниковской эпилепсiи—постоянныя судороги, усиливающіяся и переходящія въ припадокъ, послѣ припадка ослабленіе. Кожевниковъ не былъ склоненъ связывать ее съ травмой. При выясненіи правильнѣе говорить объ инфекціонномъ началѣ. Въ основѣ энцефалитъ не травматическій, а инфекціонный. Вопросъ—нужно-ли хирургическое вмѣшательство; есть указанія на локализацію въ центрѣ руки, разстройство чувствительности указываетъ на темную область, распространеніе по плоскости не сказывается ничѣмъ кромѣ расстройства чувствительности. Операция не гарантируетъ полного исцѣленія, можетъ быть, будутъ припадки, но благодаря судорогамъ черезъ 3—4 года больной долженъ будетъ держать постоянно больную руку здоровой, если операция освободитъ его лишь отъ этого, и то благо.

Примѣръ Терешина, кот. падала, не могла совершенно ничего дѣлать, правую руку постоянно держала лѣвой, требовала постоянного надзора за собой; послѣ операции, лѣвая рука свободна, она пишетъ ею, можетъ кое что работать. При операции важно установить, что вычерпывать—что представляетъ несомнѣнную эпилептогенную зону. При переходѣ заблѣванія на заднюю извилину и парietальную область всего вычерпать нельзя. Нельзя-ли достигнуть того же, не вычерпывая? окружить глубокимъ разрѣзомъ съ перерѣзкой всѣхъ ассоціонныхъ волоконъ, глубже сѣраго вещества, лежащаго на днѣ fissur'ы. Относительно вліянія Рентгена проблема не рѣшена—убьетъ-ли инфекцію, возможно-ли дѣйствовать чрезъ черепъ. Можетъ быть, отграниченіе центра раздраженія дало-бы хорошіе результаты.

Вишневскій указываетъ на несовершенство костно-пластической операции, хирургъ занятъ вопросомъ объ устраненіи этихъ недостатковъ—примѣненіе свободной пластики костей при большихъ дефектахъ, нельзя только все замѣщать сразу, т.к. всегда есть кровотеченіе и литье cerebro-спинальная жидкость, для выхода которой должно остаться 2 отверстія. Окруженіе глубокими разрѣзами фокуса пораженія, за глубину fissur'ы, вызоветъ артеріальное кровотеченіе. Если будетъ возможность справиться съ нимъ, попробуютъ дѣлать такъ.

Даркшевичъ указываетъ, что неудачи операций не всегда зависятъ отъ несовершенства техники, при инфекціонныхъ формахъ съ большимъ трудомъ рѣшается вопросъ, что удалить.

В. П. Первушинъ предложилъ вычерпыванія производить глубже итти въ глубь бороздъ. Забота хирурговъ—замѣщеніе костныхъ дефектовъ, нужна гарантія, чтобы остеофиты не пошли въ глубь. Развитие эпилептическихъ припадковъ послѣ операціи аналогично рецидивамъ при удаленіи сапсег'а matthae, за счетъ остающейся инфекціи. Интересуется, въ чемъ разница вычерпыванія и обрѣзованія.

Вишневскій. Разница въ перевязкѣ артерій—при перерѣзкѣ ихъ не видно, надо раздвигать части, травматизмъ не меньше.

Даркшевичъ предлагаетъ вести опыты на животныхъ. Желательно было-бы, чтобы дефектъ въ кости не совпадалъ съ разрѣзомъ въ твердой мозговой оболочкѣ.

Вишневскій. Существуетъ избытокъ въ твердой мозговой оболочкѣ.

Первушинъ. Польза отъ операціи будетъ не велика—связь съ мускулатурой остается, останутся и судороги, такъ какъ не отдѣляются волокна пирамиднаго пучка.

Даркшевичъ. Судороги результатъ не одной самостоятельной жизни участка, а всей коры.

Первушинъ. Важно удаленіе главнаго фокуса. Рекомендуетъ изучить вліяніе Рентгена, указываетъ на важность умѣнья дозировать и необходимость экспериментовъ.

Клячкинъ. Нельзя говорить о дозѣ, т. к. неизвѣстна глубина некроза.

Первушинъ указываетъ на необходимость опытовъ.

Докт. Аристовъ демонстрируетъ больного съ парціальной эпилепсіей Кожевниковскаго типа.

Больной въ юльѣ 1913 года заболѣлъ скарлатиной, чрезъ недѣлю послѣ начала заболѣванія припадокъ общаго характера, послѣ него сразу развился парезъ въ лѣвой рукѣ и ногѣ. Съ тѣхъ поръ начались припадки, послѣднее время съ судорогами, но безъ потери сознания. Такіе же припадки наблюдались и въ клиникѣ, при чемъ носили парціальный характеръ, начинаясь съ лѣвой руки.

Отмѣчается ограниченіе движеній въ лѣвыхъ конечностяхъ, недоразвитіе всей лѣвой половины тѣла, сведеніе ихъ. Парезъ, слабо выраженный въ правой ногѣ. Симптомъ Кернига. Клоническія судороги въ лѣвой рукѣ, изрѣдка въ ногѣ и постоянно въ лѣв. пол.лица. Черепно-мозговые нервы нормальны. Сухожильные рефлексы жив-

лены слѣва; имѣется клонусъ стопы на лѣвой ногѣ, остальные рефлексы уклоненій отъ нормы не представляютъ. Чувствительность не разстроена. Въ основѣ заболѣванія допускаются 2 возможности—менингитъ и энцефалитъ. 1-й исключается на основаніи анамнестическихъ данныхъ и наблюдающагося недоразвитія пораженныхъ конечностей, все говоритъ за энцефалитъ. Локализация въ правой половинѣ мозга. Этиологія—encephalitis post scoglatinam. Можетъ быть киста, важно опредѣлить величину ея и границы.

Клячкинъ. Что можетъ дать операція?—половина тѣла отстала въ развитіи; незначительность результата, если удалить лишь очагъ раздраженія.

Даркшевичъ указываетъ на важность топическаго діагноза, если-бы пораженіе было глубже и въ связи съ боковыми желудочками, то задѣло бы проэкціонныя волокна *capsulae internaе*: былъ-бы полный параличъ ноги. Возможно подкорковое пораженіе, т. к. не разстроено мышечное и стерногностическое чувство. Клиника присоединяется къ толкованію докладчика: отчасти здѣсь раздражены проэкціонныя волокна къ центру *n. facialis*. Распространеніе по плоскости—рука и центръ туловища; исходя изъ этого докладчикъ ставитъ вопросъ, оперируемъ-ли случай и труденъ-ли. Изъ личнаго опыта дѣлаетъ выводъ о гяжести операціи при кистѣ. Самое ужасное проникнуть въ боковой желудочекъ. Повидимому пораженіе въ данномъ случаѣ до желудочка не доходитъ.

Вишневскій указываетъ, что вскрытіе желудочковъ не представляетъ такой опасности, лишь въ одномъ случаѣ съ кистой послѣ травмы и большомъ кровотеченіи, при поднятіи лоскута, хлынула церебро-спинальная жидкость. Въ другомъ случаѣ желудочекъ оказался подъ кожей—секвестръ большей части мозга, было расширение желудочка и истеченіе жидкости; широкое сообщеніе съ желудочками неблагоприятно, узкое течетъ не такъ опасно.

Даркшевичъ сообщаетъ о случаѣ проф. Разумовскаго: съ периферіи ничего не было замѣтно, при пробномъ проколѣ въ глубину 1—1½ сент. мозгъ былъ нормаленъ, дальше встрѣчалось сопритвленіе,

Вишневскій. Надо удалить кисту чрезъ разрѣзъ по обычному способу удаленія опухолей, подробности предусмотрѣть нельзя.

Даркшевичъ. Возможна, слѣдовательно киста, соединительнотканый рубецъ, гліозъ. Мать больного желала операціи, надѣясь на благопріятный исходъ.

Вишневскій считаетъ случай оперируемымъ.

Первушинъ указываетъ на возможность двухъ фокусовъ, т. е. имѣется порезъ правой ноги и наличность симптома Кернига.

Въ административной части засѣданія Л. О. Даркшевичемъ В. П. Первушинымъ и Г. А. Клячкинымъ предложень въ дѣйствительные члены О-ва д-ръ Вермель.

Рѣшено завести книгу для записи членовъ О-ва, на что ассигновано не свыше 10 рублей.

Предсѣдатель *Л. Даркшевичъ.*

Секретарь *С. Штейнбергъ.*

Протоколъ засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ 9 ноября 1916 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Даркшевичъ, присутствовали члены О-ва: Первушинъ, Еваторскій, Скуридинъ, Идельсонъ, Штейнбергъ, Донсковъ.

Л. О. Даркшевичъ открылъ засѣданіе рѣчью, посвященной памяти Ил. Ил. Мечникова. Онъ указалъ, что смерть его наступила въ самый разгаръ борьбы съ нѣмецкой коалиціей, борьбы Россіи, которую Мечниковъ горячо любилъ, несмотря на жизнь въ чужой странѣ. Въ свою очередь и родина чтитъ его—его пріѣздъ въ Россію во время чумной эпидеміи былъ сплошнымъ триумфомъ. Многія общества избрали его почетнымъ членомъ, Общество невропатологовъ и психіатровъ въ ихъ числѣ. Память его почтили различнымъ образомъ многія общества, здѣсь же мы можемъ лишь считать ее вставаніемъ.

Общество понесло тяжелую утрату въ лицѣ Ив. Мих. Догеля, какъ основателя Общества и его почетнаго члена. Онъ былъ, несмотря на годы, дѣятельнымъ членомъ и постоянно принималъ участіе въ засѣданіяхъ. Всѣмъ памятна его характерная фигура, критика его всѣхъ выступающихъ, такъ разносторонне было его развитіе. Въ послѣднее время онъ лишь интересовался дѣлами Общества, не принимая участія въ засѣданіяхъ вслѣдствіе нездоровья. Память его предлагаю считать вставаніемъ.

Некрологи были-бы неполны, если-бы не было упомянуто еще о двухъ лицахъ—Маньянъ и Горслефъ. Они оба не состояли членами Общества, но всякій интересующійся невропатологіей знаетъ ихъ имена, Мы, какъ члены семьи невропатологовъ, должны почтить память ихъ вставаніемъ.

Докторъ Вермель читаетъ докладъ О «психическихъ заболѣваніяхъ среди евреевъ въ связи съ патологіей евреевъ вообще». Вопросъ о заболѣваемости среди евреевъ началъ привлекать вниманія врачей Zeitschrift für Demographis und Statistik der Juden посвящаетъ большую часть статей выясненію психологіи евреевъ. Особенности условій ихъ жизни представляютъ грандіозный опытъ исторіи, но изслѣдователь долженъ быть объективенъ и свободенъ отъ предрасудковъ

Вопросъ о душевныхъ заболѣваніяхъ раздѣляется на 2 части: количество заболѣваній и ихъ форма. Большинство авторовъ указываетъ на большое количество заболѣваній среди евреевъ, по Ламборозо, напримѣръ, въ 4 раза больше чѣмъ среди итальянцевъ. Въ Россіи, по даннымъ 1897 года на 100000—93 христіанина, 111 евреевъ. Такого-же характера данныя и другихъ странъ. Явленію этому даются различныя объясненія. Докладчикъ противъ объясненія психической дегенераціей націи—противъ нея говоритъ сохраненіе національныхъ чертъ народомъ, живущимъ въ тяжелыхъ условіяхъ среди другихъ народностей и активное участіе въ культурной жизни всѣхъ народовъ. Большое будто-бы количество достаточныхъ евреевъ (по объясненію проф. Чижа) не соотвѣтствуетъ дѣйствительности—еврейская масса бѣдна: въ Одессѣ 60% пользуются благотворительностью. Другимъ доказательствомъ служитъ меньшая смертность дѣтей у евреевъ; объясняющаяся крѣпостью семьи и заботливостью о дѣтяхъ.

Условіями, создающими большую заболѣваемость, являются нервная конституція, тяжкая психогенная наслѣдственность и неприспособленность населенія къ данному заболѣванію, какъ напримѣръ къ сифилису у евреевъ, тогда какъ по отношенію къ туберкулезу у нихъ, какъ у постоянного городского населенія вырабатался иммунитетъ.

Истощеніе нервной системы является слѣдствіемъ тягости жизни, эмотивности, наслѣдственности. Исторически мартирологъ еврейскаго народа такъ тяжелъ, что его справедливо называютъ народомъ-мученикомъ. Истерія—слѣдствіе такого мартиролога. Возбудимость нервной системы, дермографизмъ, тахикардія, ангиостенія и др. являются результатомъ мучительныхъ истерическихъ переживаній, тяжелыхъ условій жизни.

Психопатологія евреевъ съ клинической стороны—психозы эмотивнаго характера: періодическія психозы и ранне слабоеміе

(dementia praecox). Незначительное количество заболѣваній съ органической основой: на 42 случая заболѣваній dementia praecox и 15 случаевъ періодическихъ и эмотивныхъ психозовъ всего 2 случая прогрессивнаго паралича и то у лицъ, долго жившихъ въ центральныхъ губерніяхъ. Хвтя матеріаль Казанской окружной лечебницы не можетъ служить критеріемъ, т. к. обслуживаетъ Поволжье, гдѣ евреевъ мало, но въ послѣднее время туда переведены больные изъ Ковно и Гродно, они то и взяты матеріаломъ для доклада.

Проявленіе душевнаго заболѣванія представляетъ специфическія особенности, связано съ бытомъ, обстановкой, религіей и т. д.: большая эмотивность, многогранность переживаній—картина болѣзни евреевъ. Населеніе еврейское по преимуществу городское, жизнь города интенсивнѣе, переживанія тяжелѣе, многіе путизакананы—въ результатъ болѣе частое истощеніе нервной системы. При другихъ условіяхъ, во Франкфуртѣ напримѣръ, при жизни въ равныхъ условіяхъ съ нѣмцами, процентное отношеніе заболѣваній въ различные годы у евреевъ и неевреевъ таково: у евреевъ—0,22⁰/₀, у неевреевъ—0,10⁰/₀, у евреевъ—0,16⁰/₀, у неевреевъ—0,18⁰/₀.

Что касается формы душевныхъ заболѣваній, то онѣ находятся въ зависимости отъ этиологіи: алкоголизмъ и сифилисъ даютъ эпилепсію и прогрессивный параличъ; среди евреевъ алкоголизмъ и сифилисъ распространены мало—отсутствіе алкогольных психоневрозовъ, эпилепсіи, прогрессивнаго паралича. Въ Москвѣ на 4700 больныхъ христіанъ 124 прогрессивныхъ паралитика, изъ 696 евреевъ прогрессивныхъ паралитиковъ—6. Данныя Окружной лечебницы: у христіанъ 4,2⁰/₀ заболѣваній прогрессивнымъ параличемъ, у евреевъ—1,3⁰/₀.

Далѣе докладчикъ полемизируетъ съ докторомъ Эриксономъ, высказываясь прежде всего противъ той связи, которую устанавливаетъ послѣдній между клинической картиной заболѣванія и характеристикой по ней евреевъ вообще, указывая на рѣзкое измѣненіе личности человѣка при душевныхъ разстройствѣхъ, не дающее возможности судить о свойствахъ здороваго по болѣзненному состоянію. Далѣе онъ указываетъ, что выводы докт. Эриксона о психическомъ вырожденіи евреевъ на основаніи анатомо-антропологическихъ данныхъ не выдерживаютъ критики, т. к. нѣтъ антропологическаго еврейскаго типа—брахицефалія, напримѣръ, исчезаетъ уже во второмъ поколѣніи (Америка); узнать еврейскій типъ, не видя лица, по ушамъ—нельзя; да и

вообще трудно дать характеристику нормального еврея вследствие разнообразія въ условіяхъ его жизни.

Докт. Скуридинъ указываетъ на недостаточность матеріала, взятаго для доклада, слишкомъ малы цифры и искусственнѣ подборъ больныхъ, чтобы ими оперировать.

Докт. Оаворскій указываетъ, что вниманіе, удѣленное доктору Эриксону, умаляетъ нѣсколько достоинство доклада, и хотя понимаемъ, что Эриксонъ болѣе задѣлъ еврейскую націю, работа его все же не стоитъ такого вниманія. Интересно было-бы услышать описание психологии средняго еврея, «всякій по своему съ ума сходитъ»—примѣнимо не только къ отдельному индивидууму, но и къ націи. Онъ не можетъ также отказаться отъ представленія объ антропологическомъ типѣ, не на основаніи костей черепа только, но на основаніи всѣхъ чертъ, мимики, игры мускулатуры *Mens sana in corpore sano* въ массѣ также не постулить, а фактъ.

Докт. Вермель возражаетъ, что онъ остановился на работѣ Эриксона, какъ вышедшей подъ флагомъ ученаго журнала. Дать психологическій типъ средняго еврея затруднительно—нигдѣ такъ не развита индивидуализація, какъ у евреевъ, у другихъ національностей возможно дать типъ средняго чиновника, напримѣръ, у евреевъ невозможно: вы можете встрѣтить сапожника, прекраснаго знатока талмуда. Особенности національныя черты найти очень трудно, докладчикъ не взялся-бы за это ни для француза, ни для нѣмца или кого другого, это почти непосильная задача, т. к. нѣтъ равнодѣйствующей; можно дѣть фотографію, но нельзя провести средней линіи—примѣсь крови другихъ національностей. Что касается антропологическихъ данныхъ, то въ культурномъ типѣ часто стираются типическія антропологическія расовыя данныя, типичны лишь мимика, складка, манера говорить.

Что касается здороваго духа въ здоровомъ тѣлѣ, то мы наблюдаемъ, напримѣръ, в зрожденіе психики въ предсмертній часъ, психическое состояніе не такъ тѣсно связано съ физиологическимъ.

Докт. Оаворскій. Не могу точно формулировать типъ извѣстной народности, но путемъ наблюденія подсознательной сферы, въ типичныхъ случаяхъ можно безошибочно указать на принадлежность къ извѣстной народности.

Предсѣдатель благодаритъ докладчика за интересный докладъ.

Въ административной части засѣданія докторъ Донсковъ сообщаетъ о выходѣ перваго выпуска Неврологическаго Вѣстника. Т. к. есть статьи съ рисунками, то ассигнованныя на это 100 руб. истрачены. Имѣется матеріалъ для втораго выпуска въ количествѣ 3½ листовъ, въ наборѣ Желательно помѣщенія статьи Оморокова, но рисунки къ ней будутъ стоить больше трехсотъ рублей, если выбросятъ цвѣтные рисунки стоимость понижается до 250 р.

Рѣшено выяснить окончательно условія помѣщенія статьи и запросить Оморокова и проф. Осипова, указавъ на дороговизну рисунковъ въ настоящее время, т. к. статья была прислана еще при нормальныхъ цѣнахъ.

Предсѣдатель *Л. Даркшевичъ.*

Секретарь *С. Штейнбергъ.*

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА Психо-Неврологическій Вѣстникъ

журналъ психіатріи, неврологіи, экспериментальной психологіи, общественной и криминальной психологіи.

Подъ редакціей проф. *Я. А. Анфимова* (Харьковъ), проф. *Л. О. Даркшевича* (Казань), проф. *А. А. Корнилова* (Москва), проф. *А. М. Левковскаго* (Саратовъ) и проф. *Ө. Е. Рыбакова* (Москва).

При ближайшемъ участіи:

Д. И. Азбукина, М. П. Арунянцъ-Ставровской, И. П. Борисова, И. О. Величина, В. М. Верзилова, проф. С. С. Головина, проф. Н. Ф. Голубева, А. Г. Гринбарга, Г. В. Гроссмана, В. В. Дехтерева, Е. Г. Дѣлова, И. Д. Ермакова, В. И. Ивановой, Б. Ф. Кабанова, А. А. Капустина, проф. В. И. Кедровскаго, В. П. Коноповой, В. В. Крамера, Ш. Л. Кричевскаго, М. П. Кутанина, проф. М. Н. Лапинскаго, А. А. Липскаго, А. Л. Лукиной, пр.-доц. М. С. Маргулиса, В. А. Новосильскаго, проф. И. Х. Озерова, Н. С. Осокина, Е. П. Петрова, А. П. Прогова, проф. С. В. Позиншева, Е. И. Прибыльскій, Н. Н. Пятницкаго, проф. М. И. Райскаго, проф. Г. П. Сахарова, С. Г. Теръ-Семенова, пр.-доц. Е. К. Сеппа, А. К. Скальскаго, Л. О. Смирнова, С. А. Сокольской, пр.-доц. Н. Н. Соловьева, В. Т. Тадалава, И. Ю. Тарасевича, Н. Н. Тигугина, Ф. А. Усольцева, И. Н. Филимонова, М. А. Фрешковъ, А. О. Хачатурова, Н. Г. Холзаковой, проф. Г. И. Челпанова, В. А. Штаркера и др.

Журналъ выходитъ каждые 2 мѣсяца въ размѣрѣ 5—10 листовъ по слѣдующей программѣ:

1) Психіатрія съ общественной и криминальной психопатологіей, 2) Неврологія, 3) Экспериментальная психологія, 4) Рецензіи и рефераты, 5) Библиографія и 6) Корреспонденціи и хроника.

Подписная цѣна 10 р. въ годъ съ доставкой и пересылкой, на $\frac{1}{2}$ года 5 р. 50 к.; отдѣльный номеръ 2 руб.

Подписка принимается въ конторѣ редакціи: Москва, Дѣвичье поле, Психіатрическая клиника И. М. Университета (Тел. 2—89). Вся корреспонденція направляется по тому же адресу на имя редактора профессора *Бедра Егоровича Рыбакова*.

Авторы получаютъ 25 экз. отдѣльныхъ оттисковъ своихъ статей. Редакція оставляетъ за собою право дѣлать необходимыя сокращенія въ присылаемыхъ работахъ.

Редакція просить г.г. авторовъ сопровождать свои статьи краткимъ резюме, по возможности, съ переводомъ на французскій языкъ.

Объявленія принимаются: передъ текстомъ—цѣлая страница 60 р., $\frac{1}{2}$ стр. 35 р. и $\frac{1}{4}$ стр. 20 р., послѣ текста—цѣлая стр. 40 р., $\frac{1}{2}$ стр. 25 руб. и $\frac{1}{4}$ стр. 15 руб.

Отвѣтственный редакторъ *Ө. Е. Рыбаковъ*.