

NYPL RESEARCH LIBRARIES



3 3433 05928873 2



\* 907



годъ двѣнадцатый.    **1894.**    томъ XXIII—№ 1.

**АРХИВЪ**

# **ПСИХІАТРИИ, НЕЙРОЛОГИИ**

и

**СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ,**

**издаваемый подъ редакціей П. И. Ковалевскаго,**

проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

---

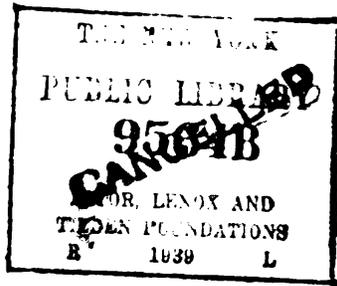
Въ журналѣ принимаютъ участіе:

**П. М. Автократовъ, Э. И. Андрусовскій, М. А. Аристовъ, Н. Н. Важенковъ, проф. В. М. Вехтеревъ, В. А. Вранцевъ, С. А. Вѣляковъ, Я. А. Вогкинъ, Н. М. Васильевъ, В. Н. Васяткинъ, Я. В. Гиршонъ, З. В. Гутниковъ, А. А. Говсѣевъ, В. Ф. Галенко, А. М. Головина, А. Р. Грунау, В. Е. Дидрихсонъ, Н. Добротворскій, А. П. Драгомановъ, И. Д. Ждановъ, И. Н. Егезарьянцъ, В. Н. Ергольскій, Е. Н. Ковалевская, проф. С. С. Корсаковъ, Н. П. Каменевъ, Н. В. Краинскій, П. Н. Лашенко, И. П. Лебедевъ, Н. Н. Львовъ, Мальшинъ, проф. Н. А. Миславскій, Н. И. Мухинъ, Д. І. Орбели, И. Я. Платоновъ, П. П. Платовъ, Н. М. Плохинскій, А. А. Петровъ, проф. Н. М. Поповъ, М. Н. Поповъ, А. О. Поповъ, Д. И. Поляковъ, Г. И. Россолимо, А. И. Роте, В. Сербскій, М. В. Слуцкій, С. Н. Совѣтовъ, Е. П. Сулима, А. В. Тимоеевъ, В. А. Тихомировъ, А. А. Токарскій, П. А. Троицкій, Я. Я. Трутовскій, В. Н. Тусновъ, проф. В. Ф. Чижъ, С. И. Штейнбергъ, А. И. Ющенко, А. А. Яковлевъ и друг.**

Подписная цѣна 8 руб., экземпляры 1886, 87, 88, 89, 90, 91 и 92 гг. по 4 руб., 1885—10 руб. и 1893—5 руб.; подписка принимается въ Харьковѣ, Ново-Чернышевская ул., № 1.

---

Харьковъ, Типографія Зиѣберберга. Рыбная ул., № 25.



---

Дозволено цензурою. Харьковъ, 19-го Января 1894 г.

---

## Сифилитическая нейрастенія.

Михаилъ Поповъ,

приватъ-доцентъ душевныхъ и нервныхъ болѣзней Харьк. университета.

Подъ именемъ нейрастеніи разумѣется крайне разнообразный и сложный болѣзненный симптомокомплексъ. Причины появленія нейрастеніи крайне разнообразны. Въ большинствѣ случаевъ имѣется цѣлый рядъ причинъ, почему раздѣленіе нейрастеніи на отдѣльныя формы по производящимъ причинамъ до сихъ поръ не отыскало себѣ прочной почвы. Въ настоящее время принято раздѣлять нейрастенію на два главныхъ вида: нейрастенію наследственную и нейрастенію благопріобрѣтенную. Такое дѣленіе слишкомъ обще и слишкомъ обширно. Нѣтъ сомнѣнія, что какъ для успѣшной терапіи, такъ и для болѣе точнаго представленія болѣзненной картины требуется болѣе подробное раздѣленіе на различныя подгруппы болѣзни, которая охватываетъ собой такую массу столь измѣнчивыхъ и разнообразныхъ признаковъ.

Въ 1892 году появилось сочиненіе проф. П. И. Ковалевскаго, подъ заглавіемъ: «Сифилисъ и нейрастенія», гдѣ имъ впервые былъ затронутъ вопросъ о томъ, какое отношеніе имѣетъ сифилисъ къ появленію нейрастеніи. На основаніи собственныхъ наблюденій, онъ приходитъ къ тому заключенію, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ сифилисъ можетъ быть единственнымъ производящимъ моментомъ, помимо всѣхъ другихъ, при чемъ дѣйствіе его можетъ быть двойное: или психотравматическое или же спеціальное, зависящее отъ присутствія въ организмѣ специфическаго яда. Послѣдняя форма нейрастеніи въ свою очередь распадается на два подвида: на

сифилитическую нейрастенію благопріобрѣтенную и сифилитическую нейрастенію наслѣдственную.

Особую группу составляетъ нейрастенія у сифилитиковъ инаниціонная или меркуріальная, зависящая отъ чрезмѣрнаго истощающаго леченія. Такимъ образомъ проф. П. И. Ковалевскій различаетъ 4 главныхъ формы нейрастеніи у сифилитиковъ: 1) наслѣдственная сифилитическая нейрастенія, 2) благопріобрѣтенная сифилитическая нейрастенія, 3) инаниціонная или меркуріальная нейрастенія и 4) нейрастенія психотравматическая. Собственно говоря, въ узкомъ смыслѣ только двѣ первыхъ формы можно назвать сифилитической нейрастеніей.

Несомнѣнно, что такое дѣленіе оказываетъ громадную услугу дѣлу терапіи. Самымъ главнымъ доказательствомъ для такого дѣленія у проф. П. И. Ковалевскаго является именно успѣшное примѣненіе того или другого вида терапіи. Сознвая всю важность подобнаго воззрѣнія на нейрастенію у сифилитиковъ, я задался вопросомъ изучить развитіе ея, и по возможности отыскать, не имѣетъ ли сифилитическая нейрастенія своихъ особыхъ симптомовъ, отличающихъ ее отъ другихъ видовъ нервной раздражительной слабости. Тщательное изученіе этого вопроса позволило мнѣ не только согласиться съ вѣрностью взгляда проф. П. И. Ковалевскаго, но даже отыскать нѣкоторые довольно характерные признаки, которые допускаютъ еще дальнѣйшее подраздѣленіе сифилитической нейрастеніи. Каждый изъ этихъ видовъ, имѣетъ свой, довольно характерный и своеобразный симптомокомплексъ, который, въ виду частаго повторенія, заслуживаетъ особаго названія. Такимъ образомъ я дѣлаю слѣдующее подраздѣленіе нейрастеніи у сифилитиковъ, гдѣ сифилисъ такъ или иначе былъ причиннымъ моментомъ.

1. Neurasthenia psychotraumatica.
2. Neurasthenia syphilitica.
  - a) Инфекціонная нейрастенія.
  - b) Нейрастенія отъ сифилитическаго худосочія.
  - c) Neurasthenia specifica.

3. Нейрастенія инаниціонная или меркуріальная.

4. Наслѣдственная сифилитическая нейрастенія.

Послѣдняя заслуживаетъ, на мой взглядъ, особаго названія отъ обыкновенной потому, что не сопровождается столь рѣзкой депрессіей мыслительной дѣятельности.

Психотравматическая нейрастенія сифилитиковъ, вѣроятно вслѣдствіе достаточно ясныхъ понятій о послѣдствіяхъ сифилиса, за послѣднее время составляетъ далеко не рѣдкое явленіе. По своему развитію и по характеру своихъ признаковъ, довольно мучительныхъ, она вполне заслуживаетъ какъ особаго названія, такъ и особаго вниманія, да къ тому же и терапія ея довольно своеобразна.

Прослѣдимъ болѣе подробно причины ея развитія. Кому не случалось слышать отъ молодыхъ людей восклицанія: «какъ только получу сифилисъ, сейчасъ же пушу себѣ пулю въ любовь». Угроза эта въ большинствѣ случаевъ не исполняется; но нѣтъ сомнѣнія, что она произносится съ болѣе или менѣе серіозной рѣшимостью.

Если внезапный испугъ, горе и радость часто бываютъ роковыми въ сферѣ душевной, то, несомнѣнно, и хроническія потрясенія оказываютъ не меньшее вліяніе. Получивъ сифилисъ, человѣкъ находится подъ постоянной мыслью: онъ погибъ для себя, погибъ для семейства и погибъ для общества. Мысль, безъ сомнѣнія, чрезвычайно тягостная. Она поддерживается хроническимъ теченіемъ самого сифилиса, возбуждая у человѣка то радость, то опасенія. Не всегда язвочка сопровождается несомнѣнными характерными признаками; гораздо чаще врачи сами долгое время, и не безъ основанія, затрудняются поставить рѣшительный діагнозъ, выжидая послѣдующихъ явленій. Такимъ образомъ у больного поддерживается то сомнѣніе, то увѣренность, то отчаяніе. Больной, видя что врачъ сомнѣвается, обращается къ другому; тотъ вдругъ обрадуетъ его, скажетъ, что язвочка ничего характернаго не обнаруживаетъ. Больной нѣкоторое время находится въ самомъ отличномъ настроеніи, но сомнѣніе все

\*

же остается. Черезъ нѣкоторое время онъ обращается къ третьему врачу, который посмотритъ болѣе мрачно на появленіе язвочки и такимъ образомъ повергаетъ больного вновь въ отчаяніе и т. д. Больной подвергается многочисленнымъ переходамъ отъ подавленнаго въ болѣе радостное настроеніе и обратно. Это одинъ механизмъ психическаго воздѣйствія вредныхъ причинъ.

Въ другихъ случаяхъ у заразившагося язвочка принимаетъ сразу характерную картину. Врачами по первому же взгляду опредѣляется сифилисъ. Психическій ударъ наносится сразу, но имѣетъ за собою ту огромную невыгоду, что остается на долгое время. Очень не скоро можетъ человѣкъ оправиться отъ этого удара, такъ какъ онъ постоянно поддерживается многочисленными мелкими причинами. Прежде всего онъ поддерживается леченіемъ сифилиса. Не всѣ люди любятъ лечиться и не всѣ подчиняются даже короткимъ систематическимъ предписаніямъ врача. Тутъ же приходится постоянно возиться съ втираніями, проглатываніемъ пилюль, микстуръ, перевязками и проч. Помимо того, что человѣку и безъ того придется на умъ тысячу разъ, что онъ отверженецъ-сифилитикъ, каждый разъ при приѣмѣ лекарства ему невольно приходится считаться съ этой мыслью. Такимъ образомъ тысячу мелкихъ подробностей непрерывно напоминаютъ ему объ этомъ.

Два рода этихъ чисто психическихъ причинъ могутъ дурно вліять на человѣка безъ различія возраста. Но есть еще третій психическій моментъ, который встрѣчается гораздо чаще и играетъ несомнѣнно огромную роль въ происхожденіи нейрастеніи. Этотъ вредный моментъ заключается въ возрастѣ больного. Обычное явленіе, что шанкры получаютъ въ самомъ юномъ возрастѣ. Частота заболѣванія сифилисомъ юношами въ огромномъ числѣ разъ превосходитъ частоту заболѣванія пожилыхъ людей, что, весьма вѣроятно, объясняется социальными условіями. Но огромная разница для тяжести психическаго удара — старикъ ли получаетъ сифилисъ, или

человѣкъ, который только началъ жить, у котораго одни только радужныя надежды, а не сѣренькая будущность. Пожилой человѣкъ составилъ себѣ опредѣленныя жизненныя рамки, выйти изъ которыхъ онъ знаетъ, что не можетъ, а иногда просто и не хочетъ. У молодого человѣка—наоборотъ. Юношескій возрастъ не знаетъ границъ своего будущаго и общая черта этого возраста та, что сомнѣніе и сознаніе своего могущества въ немъ далеко превышаютъ настоящія силы. Сознаніе могущества—есть органической избытокъ жизненныхъ силъ. И вдругъ будущность эта неожиданно ограничивается, да еще въ какой степени! Человѣкъ вмѣсто того, чтобы изливать свою энергію на дѣйствительно необходимый трудъ, вмѣсто того, чтобы думать о дѣйствительно полезныхъ вещахъ, занятъ тѣмъ, чтобы не пропустить визита къ врачу, во время принять лекарство, тщательнѣе скрыть леченіе и проч. и проч. Онъ боится и того, что узнаютъ его болѣзнь и того, что онъ самъ можетъ заразить. Сотни тысячъ лицъ безконечно мучаются вопросомъ, можно ли имъ вступить въ бракъ? не отразится ли ихъ болѣзнь на потомствѣ? И все это чаще наблюдается у молодыхъ людей, когда альтруизмъ у человѣка въ широкихъ размѣрахъ, когда забота о ближнемъ еще не совсѣмъ угасаетъ. Пожилые люди въ этомъ отношеніи оказываются болѣе спокойными, болѣе эгоистичными. Но этимъ еще не все исчерпано. Молодые люди безконечно больше обращаютъ вниманія на свою половую жизнь, чѣмъ пожилые. Очень вѣроятно, что это зависитъ отъ большей энергіи и большей страсти. Даже сравнительно ничего не значущія поврежденія повергаютъ ихъ въ очень большое огорченіе. Большинство ихъ крайне внимательно относится ко всякому проявленію половой области, тѣмъ болѣе, что многіе изъ нихъ занимались въ той или другой степени онанизмомъ. Боязнь, что ихъ половыя силы могутъ ослабѣть, очень велика, и половая несостоятельность для нихъ служитъ однимъ изъ самыхъ страшныхъ несчастій.

Вышеизложенныя причины могутъ дѣйствовать вообще удручающимъ образомъ. Нанося, такъ сказать, психическіе удары, онѣ въ совокупности съ другими социальными и личными причинами, могутъ въ достаточной мѣрѣ ослабить нервную систему вообще. Но нѣтъ сомнѣнія, что люди съ здоровой организаціей, не обремененной наслѣдственнымъ предрасположеніемъ, и не истощившіе себя различнаго рода излишествами съ большимъ успѣхомъ сопротивляются подобнымъ вреднымъ психическимъ моментамъ.

Другое дѣло, если имѣется личное или наслѣдственное предрасположеніе. При этихъ условіяхъ нейрастенія развивается чрезвычайно легко, даже отъ однихъ психическихъ причинъ. Нервная система у такихъ лицъ остается уравновѣшенной болѣе или менѣе лишь до тѣхъ поръ, пока извнѣ не нанесенъ былъ ей ударъ. Даже не требуется слишкомъ сильнаго аффекта. Вообще нужно замѣтить, что внезапные сильные аффекты на такихъ лицъ производятъ меньшее впечатлѣніе, чѣмъ аффекты, дѣйствующіе даже съ меньшей силой, но болѣе продолжительное время — хронически. Оно и понятно. Въ большинствѣ случаевъ подобныя лица и безъ того подвержены аффектаціи, измѣненіе которой въ ту или другую сторону составляетъ для нихъ дѣло болѣе привычное; но вредный моментъ, дѣйствующій хронически и вызывая постоянное удручающее настроеніе духа, способенъ отразиться чрезвычайно дурно на ихъ общемъ состояніи.

Я говорю здѣсь только о тѣхъ лицахъ, у которыхъ имѣется нейрастенія въ данный моментъ и которыя при этомъ всегда жалуются на то, что у нихъ былъ сифилисъ. Разумѣется, вышеназванное развитіе нейрастеніи далеко не обязательно для всѣхъ случаевъ, но такая нейрастенія довольно характерна и по справедливости должна быть выдѣлена въ особую группу, какъ это и указано было впервые проф. П. И. Ковалевскимъ.

Главной отличительной чертой, довольно рѣзко бросающейся въ глаза у подобныхъ нейрастениковъ, является—безконечныя жалобы на сифилисъ. Они очень внимательно отно-

сятся даже къ самымъ малѣйшимъ пятнышкамъ, постоянно пробуютъ у себя рефлексы, осматриваютъ горло, при чемъ къ врачу непрерывно обращаются съ обычной фразой: «не сифилитическое проявленіе ли это?» Всѣ болѣзненные признаки, на которые они указываютъ, въ сущности не стоятъ никакого вниманія, но въ ихъ глазахъ они пріобрѣтаютъ огромное значеніе. Не болѣзненность, — но мысль, что это сифились заставляетъ ихъ каждый разъ ужасаться. Въ мыслительной дѣятельности они не представляютъ никакихъ уклоненій; они совершенно свободно исполняютъ возложенныя на нихъ обязанности, даже за дѣломъ чувствуютъ себя очень хорошо, потому что некогда думать о болѣзни; могутъ быть очень милы и любезны въ обществѣ, но за то совершенно несносны въ обществѣ больныхъ и въ обществѣ врача. Здѣсь эгоизмъ ихъ доходитъ до крайности, а иногда даже до смѣшного. Въ одно время въ пріемной поликлиники проф. П. И. Ковалевскаго бывали видѣнны подобный нейрастенникъ, у котораго замѣчалось нѣкоторое пониженіе кожныхъ сухожильныхъ рефлексовъ, и другой больной, у котораго эти рефлексы были необыкновенно повышены. По цѣлымъ часамъ нейрастенникъ любовался этими повышенными рефлексами и приходилъ въ отчаяніе, что не могъ вызвать у себя такихъ. Сколько я ни старался, но не могъ его убѣдить, что подобное чрезмѣрное повышение есть тоже болѣзненное проявленіе, въ душѣ онъ такъ и остался не вѣрующимъ и завидующимъ.

Подобные нейрастенники напоминаютъ ипохондрикковъ, но вовсе не тождественны съ ними. Тѣ никогда не перестаютъ жаловаться на всевозможные недуги; эти же, напротивъ, обращаютъ на нихъ по столѣку вниманія, по скольку, по ихъ понятіямъ, они согласуются съ признаками сифилиса. Часто ничтожная сыпь приводитъ ихъ въ ужасъ, тогда какъ очень серьезная простуда для нихъ пустяки, потому что они знаютъ, что это не сифились. Они могутъ выйти изъ кабинета врача или окончательно убитыми, или же ребячески обрадо-

ванными, въ зависимости отъ того, какъ врачъ посмотритъ на ихъ болѣзненные проявленія. Въ рукахъ знающаго ихъ врача они положительно могутъ играть роль игрушки, да и держать себя по отношенію къ нему какъ то по-дѣтски.

Такъ же, какъ ипохондрики, они любятъ читать медицинскія книги, хотя знаютъ, что это чтеніе принесетъ имъ всегда непріятность. Они склонны себѣ приписывать такія явленія которыхъ у нихъ вовсе нѣтъ, но которыя они просто вычитали. Чѣмъ больше непонятна ими медицинская книга, тѣмъ болѣе удручающее впечатлѣніе производитъ она на нихъ. Они отыскиваютъ у себя *tabes*, *sclerosis lateralis*, *paralysis progressiva* и все это въ одно время. У нихъ и сдавливаніе спинного мозга, и атрофія мозговой корки, и опухоль въ мозгу, при чемъ подъ извѣстнымъ впечатлѣніемъ они отдають предпочтеніе одной болѣзни, при другихъ условіяхъ другой, нисколько не стѣснясь объясненіемъ признаковъ. Въ этомъ отношеніи они смахиваютъ на первично-помѣшанныхъ съ тою только разницею, что всѣ ихъ разсужденія не отличаются стойкостью и разсѣваются, какъ дымъ отъ убѣжденнаго тона врача. Далѣе объясненіе признаковъ у нихъ все же не отличается своей абсурдностью, какъ это часто бываетъ у параноиковъ, почему ихъ и легче разубѣдить. Такъ сказать, ограниченное ипохондрическое настроеніе мыслей служитъ отличительной чертой данной нейрастеніи; такіе больные въ большинствѣ случаевъ лечатся амбулаторно и своими роказнями часто дѣйствительно вводятъ врача въ обманъ, сваливая все на сифилисъ. Съ другой стороны и врачу, къ которому они обращаются, представляется не мало затрудненій при леченіи. Подобно ипохондрикамъ они часто мѣняютъ врачей, особенно, если тѣ не склонны придавать значеніе ихъ сифилису. Почти всегда они сомнѣваются въ правильномъ назначеніи лекарствъ и удваиваютъ или даже утраиваютъ дозы. Назначены фрикціи, они втихомолку дѣлають инъекціи, да еще вдобавокъ удваиваютъ дозы фрикціи. Постоянно изсѣдуютъ мочу, смотрять десны и проч. и проч. Опять-таки

все это продѣлываютъ только съ тѣми лекарствами, которыя назначаются противъ сифилиса. Съ остальными они довольно сносно справляются.

Они легко разубѣждаются въ отчаянности своего положенія, но это только свѣтлый промежутокъ, иногда даже очень короткій, за которымъ снова наступаетъ удрученное состояніе. Разочарованіе всегда наступаетъ или съ наступленіемъ какихъ-либо болей, или просто при измѣненіи настроенія духа въ отрицательную сторону. Замѣчательно, что при этомъ всегда является мысль о сифилисѣ, которая чрезвычайно сильно способствуетъ мрачному настроенію, составляя *sigillus vitiosus*. Больные доходятъ до того, что у нихъ дѣйствительно наступаетъ головная боль и бессонница. Чѣмъ бы не вызвано было дурное настроеніе, въ концѣ концовъ разсужденія всегда сводятся на сифилисѣ. Сифилисѣ всегда коренная причина всѣхъ золъ и семейныхъ, и личныхъ, и общественныхъ, и служебныхъ. Ходъ мыслей при этомъ у нихъ остается постоянно *quasi* логичнымъ, по крайней мѣрѣ, они сами такъ думаютъ.

Огъ обыкновенныхъ нейрастениковъ они отличаются только тѣмъ, что у нихъ существуетъ опредѣленная идея, которая при благоприятныхъ условіяхъ можетъ ухудшать ихъ настроеніе до *pes plus ultra*. Кромѣ этой идеи, они во всемъ остальномъ проявляютъ обычные признаки нейрастеніи. У всѣхъ нейрастениковъ при пониженіи самочувствія появляются мрачныя мысли, такъ какъ разсудокъ заставляетъ все-таки помириться съ извѣстнымъ положеніемъ. Но для сифилитиковъ, особенно при разнообразныхъ психическихъ и соматическихъ болѣзненныхъ проявленіяхъ дѣйствительно мало находится въ окружающемъ утѣшенія. Тутъ и семья, тутъ близкіе, тутъ же и возможность оказаться внезапно инвалидомъ. Эта форма болѣзни очень часто служитъ переходною ступеню къ сифилофобіи.

Для примѣра я приведу случай, который наблюдался мною въ 1892 году въ поликлиникѣ проф. П. И. Ковалевскаго.

Больной, по профессіи полицейскій приставъ одного изъ городовъ Привислянскаго края, явился ко мнѣ съ жалобой, что у него сифилисъ и начинается tabes. Свое заключеніе онъ основывалъ на томъ, что у него чрезвычайно понижены пателлярные рефлексы. Больному 32 года, раньше онъ служилъ въ арміи и дослужилъ до чина поручика. 8 лѣтъ тому назадъ онъ имѣлъ послѣ coitus язву на членѣ, затѣмъ не-вскрышійся бубонъ, черезъ нѣсколько времени папулезную сыпь на тѣлѣ и болѣзнь горла. По его словамъ, всѣ эти болѣзненные проявленія чрезвычайно его беспокоили, а главное и самое страшное это было то, что у него сифилисъ. Когда у него появилась язва, больной уже былъ женатъ, и теперь ему выпала не легкая задача: лечиться, не заразить жену и скрыть отъ нея свою болѣзнь. Два послѣднія обстоятельства его очень беспокоили. Пришлось на время удалиться отъ жены, пока не пройдутъ опасныя для зараженія язва, сыпь и проч. На это требовалась цѣлая система лжи, обмановъ близкихъ, непріятности по службѣ, что все ложилось тяжелымъ бременемъ на самомъ больномъ. Временами никакихъ наружныхъ проявленій сифилиса не было. Большой воображалъ, что онъ уже совсѣмъ здоровъ, но вдругъ что-нибудь снова показывалось и больной шелъ опять къ врачу освѣдомляться, не сифилитическое ли это проявленіе. Началось снова втираніе, приемы пилюль, іода и т. д. Больной, чтобы не такъ часто обращаться къ врачу, сталъ почитывать кое-какія книжонки о сифилисѣ. По прочтеніи подобныхъ сочиненій, онъ приходилъ въ ужасъ, потому что перспектива параличей, слабоумія и другихъ пораженій нервной системы ему представлялась болѣе, чѣмъ возможной. Онъ сталъ болѣе сосредоточенно относиться къ самому себѣ, слѣдить за малѣйшимъ пятнышкомъ, постоянно прислушиваясь, нѣтъ ли у него онѣмѣнія и проч. Непріятности по службѣ еще болѣе усиливали непріятное расположеніе духа во время подобныхъ размышленій. Стала появляться тоска, которая наступала отъ малѣйшаго непріятнаго волненія и удержива-

лась долѣше, чѣмъ это полагалось, судя по вызвавшей ее причинѣ. Больной тѣмъ не менѣе не велъ регулярнаго образа жизни; мѣшала этому отчасти служба, требовавшая частыхъ бессонныхъ ночей, а также желаніе отличиться побѣдами надъ женщинами. Не смотря на то, что онъ былъ женатъ, половая разнузданность нисколько не ограничивалась. Тоскливое, раздражительное настроеніе духа стало появляться все чаще и чаще. Чтобы подбодрить себя, онъ началъ выпивать нѣкоторое количество водки. Стимуль получался очень хорошій, но не надолго. Скоро снова появлялось безпокойное состояніе. Больше всего больной дорожилъ женщинами и больше всего боялся потерять половую силу. Разъ ему попалась книжка, въ которой было сказано, что сифилисъ очень часто служитъ причиной импотенціи. Больного это чрезвычайно сильно поразило. Онъ началъ внимательно относиться къ своимъ половымъ отправлениямъ и замѣтилъ, что они совершаются не съ такой энергіей, какъ прежде. На бѣду жена его отличалась страстностью. Опасенія увеличились еще болѣе, когда больной обратилъ вниманіе на рефлексъ. Постукивая мологочкомъ, онъ не могъ вызвать рефлексовъ. Больной началъ метаться отъ врача къ врачу, вообразивъ, что у него *tabes*. Мысли о сифилисѣ, о *tabes*, а можетъ быть еще о чемъ-нибудь болѣе страшномъ, отъ него не отступали ни на минуту. Такое положеніе мѣшало ему по службѣ, заставляло постоянно находиться въ меланхолическомъ настроеніи и всецѣло концентрировало мыслительную дѣятельность на различныхъ отправленияхъ организма. Когда онъ хотѣлъ совершить съ женой извѣстный актъ, у него сейчасъ же появлялось сомнѣніе, будетъ ли въ состояніи онъ это сдѣлать. Но актъ совокупленія былъ возможенъ; тогда у него начинается анализъ, не существуетъ ли у него притупленія сладострастія. Онъ началъ слѣдить за этимъ во время акта, и нашелъ, что на самомъ дѣлѣ это дѣйствительно такъ. Новая причина тоски и безпокойства и новое усиленное вниманіе къ себѣ. Въ причинѣ онъ не сомнѣвался—все это сифи-

лись. Всякая непріятность еще рѣзче стала вызывать безпокойство и всякій разъ процессъ мышленія сводился къ сифилису. Такъ тянулось почти съ годъ, пока, наконецъ, больной твердо рѣшилъ ѣхать въ Пятигорскъ и лечиться тамъ отъ спинной сухотки.

Изслѣдуя больного, я нашелъ его достаточно хорошо сложеннымъ, съ порядочно развитой мускулатурой и хорошимъ питаніемъ организма. Соматическихъ уклоненій особенно рѣзкихъ не было: очень мало ослабленные равномѣрно пателлярные рефлексы, повышенные рефлексы cremaster'a и брюшные; легкая дрожь пальцевъ, особенно при волненіи; легкое повышение мускульныхъ рефлексовъ. Чувствительность ни гдѣ не представляла уклоненій. Но жалобъ было безчисленное множество: у него и запоры, и боли въ спинѣ, и головныя боли, и атактическая походка, однимъ словомъ, цѣлая серія болѣзненныхъ симптомовъ. При тщательномъ разпросѣ однако всѣ эти симптомы вовсе не соответствовали тому значенію, которое придавалъ имъ больной. Не смотря на массу медицинскихъ названій, которыя приводилъ больной, видно было, что онъ рѣшительно ихъ не понимаетъ. Такъ и оказалось на самомъ дѣлѣ. На другой же день больной приходитъ и говоритъ, что онъ теперь рѣшительно убѣжденъ, что у него не только tabes, но еще и sclerosis lateralis, да къ тому же есть подозрѣніе и на гумму. Главное вниманіе его было сосредоточено на рефлексы, и не смотря на то, что онъ въ общемъ былъ деликатентъ, не утерпѣлъ и началъ пробовать, какіе рефлексы у меня, напередъ извинившись. Нѣсколько утѣшительныхъ словъ, и больной удаляется совершенно успокоенный и чрезвычайно обрадованный. Я слышалъ даже, какъ онъ въ пріемной заявилъ съ радостью: «слава Богу, докторъ сказалъ, что у меня нѣтъ tabes». На слѣдующій день у него, однако, явилось сомнѣніе, не сказалъ ли этого докторъ просто для успокоенія. Снова тоска, масса объясненій и затаенная надежда, а можетъ быть все это не сифилисъ. Онъ напоминалъ собой ребенка по своимъ быстро мѣ-

няющимъся возрѣніемъ и даже держалъ себя по отноше-  
нію къ доктору по ребячески, ожидая разубѣжденія, какъ  
поглаживанія по головкѣ. Ему нравилась рѣзкость возраже-  
ній, а временами онъ даже нарочно вызывалъ ее. Больной  
ходилъ ко мнѣ каждый день, и я замѣчалъ, что внѣшнія  
потрясенія особенно усиливали отчаяніе въ выздоровленіи и  
оттѣняли мрачныя картины сифилиса. Тайкомъ отъ меня  
онъ увеличивалъ дозы іода, удваивалъ втиранія и принималъ  
болѣе высокой температуры ванны, а черезъ нѣкоторое время  
приходилъ, извинялся и, какъ ребенокъ, покорно выносилъ  
замѣчанія. Чѣмъ тоскливѣе было состояніе, тѣмъ болѣе у  
него было склонности прогрессировать специфическое лече-  
ніе. Онъ мнѣ говорилъ, что, гуляя по бульвару, его мысли  
исключительно были заняты сравненіемъ своего состоянія съ  
состояніемъ другихъ сифилитиковъ. Такое сравненіе то огор-  
чало его, то, напротивъ, внушало бодрость, смотря по тому,  
въ какую сторону оно клонилось. Послѣ прогулки одинаково  
легко могло наступить и хорошее и дурное настроеніе духа.  
Специфическое леченіе не оказало особенно рѣзкаго эффекта,  
но за то послѣдующее пребываніе въ Желѣзноводскѣ, зна-  
чительно ослабило мнительность больного и его сосредото-  
ченность на одной и той же мысли.

Отрицательныя данныя энергичнаго специфическаго лече-  
нія, видимая польза отъ укрѣпляющаго метода леченія, на-  
конецъ, самый характеръ болѣзненныхъ явленій тѣлесныхъ и  
душевныхъ заставляеть меня предполагать, что здѣсь сифи-  
лисъ игралъ чисто психическую роль, т. е., что нейрастенія  
возникла, главнымъ образомъ, благодаря постоянной удручаю-  
щей мысли. Этимъ я вовсе не хочу сказать, чтобы въ обра-  
зованіи ея не принимали участія и другіе вредные моменты,  
какъ-то: непріятности житейскаго характера, половыя излише-  
ства, куреніе табаку и пр. Во всякомъ случаѣ постоянная со-  
средоточенность на одной мысли имѣла первенствующее значе-  
ніе въ этиологіи этого заболѣванія и въ послѣдствіи составила  
существенное проявленіе патологіи душевной дѣятельности.

Громадное большинство подобныхъ больныхъ составляетъ интеллигентный классъ и у меня имѣется достаточное количество наблюдений, которыя приводятъ здѣсь нѣтъ особенной надобности, такъ какъ они представляютъ въ общемъ большое сходство другъ съ другомъ. Но подобной нейрастенией страдаютъ не исключительно образованные люди. Она также не чужда лицамъ самаго необразованнаго населенія. Для доказательства я приведу здѣсь одинъ случай.

Ко мнѣ обратился чернорабочій изъ Ростова съ просьбою осмотрѣть его всего. Въ послѣдніе мѣсяцы у него появилась на голеняхъ и на лбу сыпь, напоминающая собою обыкновенную экзему. У этого больного была мать, которая, по его словамъ, страдала сифилисомъ и отъ него же умерла. За 6 лѣтъ до смерти у нея провалился носъ, а затѣмъ до конца жизни продолжалось гніеніе костей. Больного удручала картина болѣзни его матери, но ему въ голову не приходило, чтобы эта болѣзнь была заразительна. Появившаяся сыпь на лбу зародила у него однажды мысль, не материнская ли это болѣзнь? Онъ отправился къ доктору, который первымъ деломъ спросилъ его, не былъ ли онъ болѣнъ сифилисомъ. Этотъ вопросъ сильно испугалъ больного. Онъ отвѣчалъ, что боленъ сифилисомъ онъ никогда не былъ, но что имъ была больна его мать, и отъ него же она умерла. Тогда врачъ прямо сказалъ ему, что названная сыпь у него отъ сифилиса и заразился имъ онъ, по всей вѣроятности, отъ матери. Возвратясь домой больной не могъ заснуть эту ночь: онъ постоянно рисовалъ себѣ всѣ ужасы болѣзни, которую онъ 6 лѣтъ видѣлъ передъ глазами. Онъ началъ лечиться, но сыпь оставалась довольно упорной, по крайней мѣрѣ, не такъ быстро поддавалась, какъ бы этого хотѣлось больному. Онъ обратился къ другому врачу—то же самое, къ третьему—и тамъ мало утѣшенія. Больной все болѣе и болѣе падалъ духомъ. Мысль, что онъ боленъ тою же самою болѣзнию гвоздемъ засѣла въ его голову. Онъ лишился сна окончательно. Какъ только онъ гасилъ свѣтъ, у него начиналась безконеч-

ная работа мысли на одну и ту же тему. Картина одна другой безотраднѣ представлялась его умственному взору. Онъ метался по постелѣ и доходилъ до того, что начиналъ стонать и плакать. Кто-то сказалъ ему, что сифилисъ хорошо лечатъ въ Пятигорскѣ. Онъ немедленно собрался въ путь и началъ въ Пятигорскѣ энергично производить леченіе и приемы ваннъ. Ко мнѣ онъ явился уже сдѣлавъ 12 драхмовыхъ втираній и принявъ 12 драхмъ іодистаго калия. Осмотрѣвъ его тщательно, кромѣ названной сыпи на лбу и лѣвой голени, я нашелъ значительные періоститы на обѣихъ голеняхъ и лучевой кости правой руки, старые рубцы на задней стѣнкѣ глотки, слабую дрожь пальцевъ руки и языка. Выдающимся мнѣ показалось мучительное, болѣзненно сосредоточенное выраженіе лица. Изъ разспросовъ оказалось, что этотъ больной 38 лѣтъ отъ роду, женатъ, имѣетъ 4-хъ дѣтей, ни одного выкидыша не живетъ съ женой приблизительно съ тѣхъ поръ, какъ заболѣла мать, около 8 лѣтъ. Отецъ больного хроническій пьяница и умеръ отъ водянки. Язвы на членѣ никогда не имѣлъ и никогда не пилъ болѣе двухъ рюмокъ водки заразъ. Жизнь велъ довольно правильную, трудовую. Вся теперешняя психическая дѣятельность его сосредоточена исключительно на его сыпи по головѣ. Ему казалось, что эта сыпь постепенно превратится въ язву и изѣстъ кость до мозга, а затѣмъ и смерть. Медленность болѣзни приводила его въ настоящій ужасъ. Какъ я ни старался отвлечь его отъ сосредоточенности его болѣзненной мысли, это оказалось почти невозможнымъ. Между тѣмъ я не замѣтилъ особаго нарушенія памяти и сообразительности. Всѣ факты изъ жизни онъ описывалъ съ удивительной ясностью и, повидимому, безъ затрудненія. Я спросилъ его, чувствуетъ ли онъ улучшеніе отъ произведеннаго леченія, онъ отвѣтилъ прямо, что никакого. Я попросилъ его обождать нѣсколько дней съ леченіемъ и прописалъ ему обычныя успокаивающія. Но въ Пятигорскѣ образъ жизни больныхъ складывается чрезвычайно своеобразно. Между ними развивается какое-то недовѣріе къ

врачамъ, и многіе изъ больныхъ, собирая свѣдѣнія отъ другихъ больныхъ по бульвару, предпочитаютъ самимъ лечиться. Почти во всѣхъ случаяхъ такое самолеченіе отзывается на нихъ крайне дурно. Услужливость товарищей повредила и моему больному. Ему растолковали, что мой рецептъ вовсе не отъ сифилиса. Больной оставилъ его безъ вниманія, но снова опять пришелъ ко мнѣ, сдѣлавши 22 втиранія. Я констатировалъ положительное ухудшеніе: больной сталъ безпокойнѣе, тоскливость и раздражительность замѣтно сильнѣе. Онъ за это время, какъ я слышалъ, созывалъ консилиумъ врачей, служилъ молебны и всѣмъ и каждому рассказывалъ о своемъ несчастіи. Сонъ окончательно пропалъ. Измученность и истощеніе отъ непрерывной безсонницы рѣзко выдавались на лицѣ больного. Его жалобы на то, что сыпь нисколько не уменьшается, произносились еще съ большимъ отчаяніемъ: «я пропащій, я погибшій человѣкъ» непрерывно повторялъ больной. Онъ такъ много рассказывалъ объ этой сыпи, что его постоянно приходилось останавливать. Никакого другого нарушенія психики мнѣ не удавалось подмѣтить. Память довольно хороша, отвѣты вѣрны, галлюцинацій никакихъ. Къ сожалѣнію, этотъ больной скоро вышелъ изъ подъ моего наблюденія.

Я привелъ этотъ случай для того, чтобы наглядно представить развитіе нейрастеніи у не интеллигентнаго класса подъ вліяніемъ мысли о сифилисѣ. Здѣсь эта нейрастенія выразилась главнымъ образомъ въ пораженіи самочувствія, пораженіи, доходящемъ до настоящей *anxietas*. Въ первомъ, приведенномъ мною случаѣ, энергичное антисифилитическое леченіе осталось безъ послѣдствій, а здѣсь даже дало замѣтное ухудшеніе. Это даетъ мнѣ до извѣстной степени право утверждать, что главной причиной болѣзни былъ здѣсь не сифилисъ, а психическая травма. Какъ видно будетъ дальше, эта форма нейрастеніи отличается и по клиническимъ симптомамъ отъ другихъ видовъ ея. Такъ какъ для терапіи весьма важно знать подраздѣленіе этихъ формъ, то мнѣ ка-

жется удобнѣ всего этотъ видъ нейрастеніи обозначить, какъ *neurasthenia psycho-traumatica* сифилитиковъ, въ отличіе отъ другой, гдѣ сифились, и только онъ одинъ, является причиннымъ моментомъ, и котоуую съ удобствомъ можно обозначить просто *neurasthenia syphilitica*.

Можетъ ли такая психическая нейрастенія возникнуть исключительно отъ одного психическаго удара, отъ одной мысли, что послѣдовало сифилитическое зараженіе? Насколько позволяютъ мнѣ мои наблюденія, я могу утверждать, что постоянная сосредоточенность на печальной безотраднѣйшей мысли была въ описываемыхъ мною случаяхъ самой главной причиной возникновенія нейрастеніи. Почему не у всѣхъ сифилитиковъ развивается такого рода нейрастенія, само собой понятно. Не всѣ одинаково впечатлительны, не всѣ такъ заботливо относятся къ своему здоровью и къ здоровью будущаго потомства, не всѣ вѣрятъ въ тѣ опасности, которыя ожидаютъ ихъ въ будущемъ, словомъ, отъ многихъ социальныхъ и личныхъ условій. Я сошлюсь на приведенный мною 2-й примѣръ, гдѣ даже у совершенно не интеллигентнаго человѣка нужно было ожидать развитіе психической нейрастеніи. Стоитъ только обратить вниманіе на то, что этотъ рабочій б лѣтъ изо-дня въ день видѣлъ ужасную картину сифилиса и при томъ у своей матери. Каждый день все больше и больше внушалъ ему ужаса и отвращенія къ подобному заболѣванію, и вдругъ въ одинъ день онъ узналъ, что этой именно болѣзнью заразился и онъ самъ.

У не интеллигентныхъ людей она развивается подъ вліяніемъ постоянного наблюденія ужасныхъ картинъ проявленія сифилиса, у образованныхъ больше подъ вліяніемъ чтеній, разговоровъ и проч. Выставляя психическій ударъ на первый планъ, я этимъ вовсе не хочу сказать, чтобы онъ былъ исключительно единственнымъ. Какъ и всегда, къ нему примѣшивается много и другихъ вредныхъ агентовъ, какъ напр. куреніе табаку, излишества *in bacho et venere*, но эти агенты

въ частыхъ случаяхъ психической нейрастеніи обыкновенно занимаютъ самое ничтожное мѣсто.

Какъ опытъ мнѣ показалъ, въ данныхъ случаяхъ очень энергичное антисифилитическое леченіе не приноситъ существенной пользы. Гораздо большую пользу приносятъ здѣсь обычныя укрѣпляющія. Но въ практикѣ рѣдко когда можно обойтись безъ втираній, назначенія іода и проч., иначе такіе больные или просто на просто убѣгутъ отъ васъ, или же потихоньку сами начнутъ себя лечить. За этими продѣлками ихъ нужно тщательно слѣдить и спрашивать, такъ какъ почти постоянно приходится наталкиваться на леченіе тайными средствами. Противъ слабого антисифилитическаго леченія и здѣсь ничего нельзя имѣть. Кромѣ психическаго успокоенія для больныхъ, оно приноситъ еще ту пользу, что гарантируетъ до известной степени отъ дѣйствительныхъ анатомическихъ проявленій сифилиса. Разумное укрѣпляющее леченіе и рассчитанное психическое воздѣйствіе врача могутъ повести даже въ непродолжительномъ времени къ очень хорошему исходу.

Эти случаи во многомъ напоминаютъ собою сифилофобію и отличаются отъ нея напряженностью, составляя какъ бы первый стадій сифилофобіи.

Второго рода сифилитическая нейрастенія *neurasthenia syphilitica* имѣетъ относительно болѣе серіозное значеніе. Здѣсь уже психическіе вредные моменты отступаютъ на задній планъ, а первое мѣсто занимаетъ раненіе, наносимое организму сифилитическимъ ядомъ. Я нахожу необходимымъ этого рода нейрастенію раздѣлить на три подвиды:

1. Инфекціонная нейрастенія.
2. Нейрастенія отъ сифилитическаго худосочія.
3. Нейрастенія специфическая, когда есть признаки органическихъ измѣненій центральной нервной системы.

Общимъ симптомомъ для всѣхъ этихъ подвидовъ нейрастеніи является ослабленіе памяти. Нарушенія въ области припоминанія и запоминанія составляютъ необходимое и выдаю-

щееся явленіе специфической, сифилитической нейрастеніи. Оно составляет рѣзкую противоположность психической нейрастеніи, гдѣ имѣется исключительно пораженіе самочувствія и даже не пораженія въ буквальномъ смыслѣ этого слова, а лишь повышенную возбудимость къ воздѣйствию извѣстнаго рода мыслей. При психической нейрастеніи самочувствіе является какъ бы резонаторомъ, который способенъ усиливать только одного рода звукъ, именно все, что касается сифилиса. При соматической нейрастеніи бывають также измѣненія въ сферѣ самочувствія, но они никогда не приурочиваются къ какому-нибудь опредѣленному кругу мыслей. Это скорѣе какая-го безсознательная безпричинная раздражительность, и скорѣе даже раздражительность, чѣмъ тоскливое состояніе. Самочувствіе подобнаго рода нейрастенника не имѣетъ больнаго мѣста, но способно реагировать на всевозможные моменты. Оба этихъ симптома довольно рѣзко отличаютъ соматическую сифилитическую нейрастенію отъ психической.

Раздѣленіе на подвиды специфической нейрастеніи является необходимымъ, такъ какъ каждый изъ этихъ подвидовъ имѣетъ свои характерныя и важныя особенности.

1. *Инфекціонная нейрастенія.* Этимъ названіемъ я обозначаю нейрастенію, развивающуюся подъ вліяніемъ сифилиса въ періодъ появленія вторичныхъ явленій. Очень вѣроятно, что подобнаго рода нейрастенія появляется гораздо чаще, чѣмъ въ настоящее время это извѣстно. Причина этого заключается въ томъ, что сифилигики съ первичными и вторичными явленіями лишь въ исключительныхъ случаяхъ попадаютъ къ нейропатологамъ. Лишь очень рѣзкія измѣненія въ психической сферѣ заставляютъ ихъ обращаться, куда слѣдуетъ.

Судя по той быстротѣ, съ какой развиваются нарушенія въ психической сферѣ, приурочивающіяся обыкновенно къ появленію сыпи, по характеру самихъ нарушеній и по теченію болѣзни, нужно предполагать, что сифилитическій ядъ

\*

дѣйствуетъ въ такихъ случаяхъ токсически, нарушая правильность функцій нервной системы.

Я приведу здѣсь случай такой сифилитической нейрастеніи.

Больной, православнаго вѣроисповѣданія, русскій, 17 лѣтъ отъ роду, съ довольно плохо развитой костной и мышечной системой и необыкновенно длинной и узкой грудной клеткой. Строеніе позвоночника представляетъ неправильность въ томъ отношеніи, что почти совершенно отсутствуетъ кривизна поясничной области. Развитие мышечной системы не всюду одинаково. Мускулы верхнихъ конечностей вялы и дряблы, мускулы нижнихъ конечностей сравнительно полны и упруги. Мышечки костей бедра и плеча довольно значительно развиты, трубчатые кости длинны и тонки. Языкъ при высовываніи съ фибриллярной дрожью, чуть замѣтно отклоняется вправо. Лицо и строеніе всего тѣла представляетъ едва замѣтную ассиметричность: правая сторона развита слабѣе. Динамометрія для обѣихъ рукъ даетъ одинаковыя данныя. Волосы на головѣ свѣтлорусыя, рѣдкія, наклонны къ выпаденію. На лѣвое ухо больной совершенно не слышитъ, на правое также слухъ замѣтно ослабленъ. Пальцы рукъ дрожатъ, дрожь эта не всегда постоянна и временами, по словамъ больного, онъ соебѣ не замѣчаетъ ея. Со стороны рефлексовъ и чувствительности никакихъ уклоненій не замѣчается. Железы въ области пучка увеличены въ размѣрѣ большого грецкаго орѣха и въ видѣ симметричныхъ опухолей очень явственно видимы глазомъ; железы другихъ мѣстъ также увеличены и особенно рѣзко въ пакеты паховыхъ железъ. Аппетитъ и сонъ довольно удовлетворительны, въ отправленіяхъ кишечника замѣчается нѣкоторая склонность къ запорамъ. Моча, кромѣ указаній на хроническій трипперъ, никакихъ другихъ патологическихъ частей не содержитъ. Дѣятельность сердца нѣсколько усилена, удары учащены и не всегда равномерны. Тоны сердца глуховаты. Больной явился съ просьбой вылечить его отъ сифилиса. Язву на членѣ онъ получилъ въ ноябрѣ 1892 года черезъ мѣсяць послѣ совокупленія. Заживленіе язвы тянулось около 3-хъ недѣль, при чемъ больной не считалъ необходимою лечить ее, такъ какъ по молодости лѣтъ ему стыдно было обращаться къ врачу съ такой болѣзью. Язву эту онъ приписывалъ гоннорѣе, которую успѣлъ заразиться еще около 3-хъ мѣсяцевъ тому назадъ. Дѣло, вѣроятно, такъ бы и обошлось безъ врача, если бы не случилось съ больнымъ нѣчто такое, на что обратили вниманіе и окружающіе. Самъ больной не могъ дать себѣ яснаго отчета, было ли это болѣзненное проявленіе, или особая неблагоприятная комбинація житейскихъ условій. Въ концѣ декабря и въ началѣ января онъ три раза продѣлалъ цѣлый рядъ полусознательныхъ, хотя и цѣлесообразныхъ поступковъ. Въ первый разъ это случилось 27 декабря, какъ разъ на-канунѣ появленія сныпи. Больной: долго бродилъ по городу, помнить, что онъ ходилъ по какимъ-то глухимъ переулкамъ, при чемъ самъ рѣшительно не задавался вопросомъ, куда и зачѣмъ онъ идетъ. Такъ онъ разгуливалъ около 3-хъ часовъ, одѣтый довольно легко, не смотря на сильный холодъ. Дѣло было вечеромъ. Проходя мимо театра, онъ, не давая себѣ отчета, завернулъ туда и спросилъ себѣ билетъ. На вопросъ кассирши: «вамъ перваго ряда билетъ?» больной машинально отвѣчалъ: «перваго» (больной не изъ богатыхъ), взялъ билетъ и повернулся уходить домой. Когда ему замѣтили, что надо уплатить 3 руб., онъ безропотно вынулъ кошелекъ и отдалъ. Лакей попросилъ его пожаловать и больной, какъ былъ въ пальто, въ калошахъ

и въ шляпѣ, направился въ партеръ. Его пропустили. Здѣсь онъ столкнулся съ очень хорошо знакомымъ врачомъ, узналъ его, но прошелъ мимо, не поклонившись. Впрочемъ, врачъ замѣтилъ особую переѣмну въ его внѣшнемъ видѣ и поведеніи, почему подошелъ къ нему, схватилъ его за руку и спросилъ, зачѣмъ онъ здѣсь. Тутъ только больной опомнился. По его словамъ, у него какъ будто внезапно просвѣтлѣло въ головѣ и ему сразу показалось страннымъ, зачѣмъ онъ зашелъ въ театръ, зачѣмъ взялъ билетъ перваго ряда и почему онъ вошелъ въ шапкѣ и калошахъ, когда раньше всегда отдавалъ ихъ на сбереженіе швейцару. Все это онъ объяснилъ тутъ же врачу, который и попросилъ его пожаловать къ себѣ на другой же день. Когда больной явился, врачъ прежде всего обратилъ вниманіе на папулезную сыпь, разсыпанную на груди и по тѣлу. Больной и самъ замѣтилъ утромъ эту сыпь, но не придавалъ ей значенія. Врачъ очень тщательно разспросилъ больного и своими вопросами заставилъ его обдумать свое душевное состояніе. Когда больной началъ разбираться болѣе подробно свое настроеніе духа, то замѣтилъ въ немъ довольно рѣзкую переѣмну. Но съ особенной отчетливостью эта переѣмна представляется ему теперь. Къ концу декабря онъ сталъ чувствовать временами особенно дурное расположеніе духа, пріурочивавшееся всегда къ какимъ-нибудь мрачнымъ мыслямъ. Въ сущности эти мысли и не были такъ мрачны, но въ тотъ моментъ онѣ пріобрѣтали особенно темный колоритъ. При этомъ явилась какая-то особенная раздражительность. Больной часто серлился изъ-за пустяковъ, ссорился съ своими родными за тѣмъ, чтобы вскорѣ просить у нихъ прощенія. Въ обращеніи его съ окружающими стала замѣчаться тоже рѣзкость и ненормальность: то онъ грубо обрывалъ выраженія участія, то вдругъ показывалъ необыкновенное довѣріе къ врачу, въ добросердечности котораго онъ нѣсколько дней тому назадъ серьезно сомнѣвался. Словомъ, скачки въ душевномъ настроеніи замѣчались очень большіе и всегда въ сторону раздражительности, безпричинныхъ капризовъ и тоски. Когда врачъ разъяснилъ ему значеніе сифилитическаго зараженія — это еще больше усилило его безпокойство, заставивъ прятаться отъ сожителей и внушивъ боязнь, что онъ можетъ служить источникомъ заразы. Разъ ему какъ-то пришлось для втиранія мази удалиться въ темную комнату; тутъ-то онъ почувствовалъ безпричинный страхъ до такой степени сильный, что рѣшилъ оставить втираніе мази. Страхъ этотъ часто повторялся, но не всегда былъ одинаково интенсивенъ. При этомъ онъ видѣлъ иногда въ темной комнатѣ какіе-то признаки, то въ видѣ женщинъ, покрытыхъ саваномъ, то въ видѣ какихъ-то безформенныхъ фигуръ. Это обстоятельство ему тѣмъ болѣе показалось удивительнымъ, что раньше онъ цѣлыя ночи напрометъ таскался по лѣсу съ ружьемъ на охотѣ. Папулы разрастались постепенно, не смотря на пріемы лекарства. 2-го января съ больнымъ снова повторился приступъ полусознательныхъ поступковъ, при чемъ онъ забрелъ на кладбище, находившееся въ двухъ верстахъ отъ города. Здѣсь его привелъ въ себя сторожъ, который принялъ его за спящаго въ сидячемъ положеніи у подножія какого-то памятника. Больной вспомнилъ путь, которымъ онъ шелъ, и встрѣчавшихся лицъ, только не могъ отдать себѣ отчета, зачѣмъ ему нужно было идти на кладбище зимою и вечеромъ. Въ третій разъ приступъ былъ 13-го января 1893 года такого же точно характера, при чемъ больной заѣхалъ въ какую-то деревню, прокатавшись очень долгое время на извозчикѣ. Въ деревнѣ его привелъ къ себѣ братъ, простымъ окликомъ и трясеніемъ руки, приведшій его въ ясное сознательное состояніе. Когда больной раз-

сказалъ объ этомъ врачу, тотъ настоятельно заставилъ его аккуратно лечиться. Лечение состояло, какъ видно по рецептамъ, изъ умѣренныхъ дозъ іода и ртутныхъ втираний. Къ концу января сыпь стала по немногу заживать, но окончательное заживленіе послѣдовало только во второй половинѣ февраля. Раздражительность и тоскливое настроеніе духа какъ будто стали уменьшаться. Головные боли были довольно часты въ концѣ декабря и въ началѣ января и доходили до того, что мѣшали больному спать, но не были постоянны, а чередовались черезъ 2 – 3 дня. Къ марту они прошли окончательно, перестала появляться также необъяснимая усталость, слабость и разбитость всего тѣла. Болей особенныхъ не замѣчалось, но иногда бывала ломота въ костяхъ и рукахъ. Въ первыхъ же числахъ марта больной почувствовалъ вдругъ сильную боль въ лѣвомъ ухѣ и замѣтилъ, что онъ плохо слышитъ имъ; улучшеніе слуха не прошло и послѣ того, какъ врачъ сдѣлалъ нѣсколько промываній. До сихъ поръ онъ чувствуетъ постоянно шумъ и звонъ въ ушахъ вообще, но по преимуществу въ лѣвомъ ухѣ, которые причиняютъ ему временами значительное безпокойство. Больной тѣмъ не менѣе продолжалъ лечиться іодомъ и ртутью въ тѣхъ же дозахъ. Въ маѣ настроеніе духа перешло изъ тоскливаго и раздражительнаго въ апатичное, вялое и равнодушное. Больной ко многому потерялъ живой интересъ.

Лечение въ Пятигорскѣ было кратковременно, такъ какъ семейныя обстоятельства не позволили ему долго оставаться, но все-таки при специфическомъ леченіи можно было наблюдать значительное уменьшеніе железъ, особенно области пичуе, которыя стали не больше горошины. Въ душевномъ настроеніи также замѣчалась перемена въ смыслѣ большей бодрости и живости. Больной сталъ менѣе апатиченъ и могъ читать съ интересомъ книги, которыя раньше онъ почему-то забросилъ.

Больной сынъ куца, который хронически пьянствовалъ и прокутилъ значительную часть своего состоянія. Умеръ отецъ отъ какого-то острого процесса въ легкихъ, при чемъ даже больнымъ не переставалъ пить. Мать больного жива и довольно здорова. Братъ не отличается особой нравственностью. Самъ больной до заболѣванія сифилисомъ отличался непокладистымъ характеромъ, но особой тоски, раздражительности и недовольства за собой не замѣчалъ. Душевные болѣзненные симптомы появились только перелъ появленіемъ сыпи и почти окончательно исчезли съ заживленіемъ ея. Въ дѣтствѣ онъ былъ сильно испуганъ, до безпамятства, что до нѣкоторой степени отразилось на характерѣ.

Данный случай имѣетъ прямой интересъ: 1) это несомнѣнно нейрастенія и при томъ въ полномъ смыслѣ нейрастенія сифилитическая, т. е. развившаяся на почвѣ благопріобрѣтеннаго сифилиса, 2) нейрастенія, развившаяся въ очень раннемъ періодѣ, во второмъ періодѣ сифилиса, и 3) нейрастенія осложненная автоматизмомъ, повидимому, имѣющемъ основу въ алкогольной наследственности.

2. *Нейрастенія отъ сифилитическаго худосочія.* — Главнымъ отличительнымъ признакомъ этого вида нейрастеніи служитъ обѣднѣніе организма красными кровяными тѣльцами и

вообще красящими веществами крови. Цвѣтъ лица и всей кожи вообще поражаютъ своей блѣдностью. Особенно это рѣзко замѣчается на слизистыхъ оболочкахъ. Губы, вѣки, десна, языкъ имѣютъ въ рѣзкихъ случаяхъ лишь слабый розоватый цвѣтъ, съ легкимъ синеватымъ оттѣнкомъ, видимо, зависящій отъ ослабленной дѣятельности сердца. Часто у такихъ больныхъ можно слышать систолическій шумокъ у верхушки сердца, шумъ волчка. Жалобы на сердцебиеніе, замираніе сердца довольно часты. Исхуданія рѣзкаго въ смыслѣ исчезанія подкожнаго жира сплошь и рядомъ не бываетъ и уменьшенія объема мышцъ также не бываетъ замѣтно; разумѣется, если теченіе болѣзни не было слишкомъ длительно. Отъ такихъ больныхъ очень часто можно слышать жалобы на общую разбитость, усталость, чрезмѣрную чувствительность къ атмосфернымъ явленіямъ и неопредѣленные боли, появляющіяся въ различныхъ мѣстахъ организма. Боли эти въ большинствѣ случаевъ не долговременны, но довольно сильно беспокоятъ больныхъ, давая ясно понятъ о томъ, что организмъ уже не тотъ сталъ. Эта общая слабость, разбитость и боли по временамъ стихаютъ, но чѣмъ дальше, тѣмъ этихъ свѣтлыхъ промежутковъ меньше. Больной чувствуетъ, что онъ «развинтился». У него пропадаетъ энергія не только къ физическому труду, но и къ умственному. Лишь только онъ хочетъ чѣмъ-нибудь заняться, появляются сейчасъ то въ томъ, то въ другомъ мѣстѣ боли, или различныя парестезіи, и охота къ работѣ пропадаетъ. Половыя силы слабѣютъ очень значительно, и сношенія съ женщинами, если они еще бываютъ возможны, почти постоянно ухудшаютъ общее состояніе. Нейрастенія этого вида развивается часто черезъ много лѣтъ послѣ первичной язвы.

Жалобъ на различныя тѣлесныя болѣзненные симптомы при этой нейрастеніи иногда бываетъ больше, чѣмъ при какой-либо другой, и именно на боли, парестезіи, разбитость, вялость и измѣненія въ сердцѣ. Въ психической области не менѣе важныя измѣненія. Прежде всего жалобы предъ-

являются на ослабленіе памяти. До дефективности дѣлю обыкновенно не доходитъ. Это обычная быстрая утомляемость нейрастениковъ не сифилитиковъ, лишь выраженная въ значительно большей мѣрѣ, и никогда не дающая свѣтлыхъ проблесковъ. Обыкновенно нейрастеники иногда чувствуютъ себя очень хорошо и могутъ даже долго работать, по крайней мѣрѣ хотъ изрѣдка, но у нихъ является особая энергия и обычная ихъ лѣнь къ мысли исчезаетъ. Нейрастеники сифилитическаго худосочія чувствуютъ всегда безпробудную лѣнь или, лучше сказать, прямо неспособность къ умственной работѣ, вѣчную вялость и спячку. Эта спячка мысли довольно характерна. Человѣкъ чувствуетъ, что его мысль что-то затуманиваетъ, точно облако какое-то окутываетъ его мыслительную дѣятельность, почему всѣ впечатлѣнія и всѣ образы мыслительные теряютъ свою рельефность, свою контрастность. Періодъ самаго утомленія у нихъ сводится къ минимуму. Обыкновенные нейрастеники могутъ четверть часа, полчаса и болѣе производить умственную работу безъ видимыхъ нарушеній. Нейрастеники описываемаго вида почти совсѣмъ не могутъ работать. Взять читать книгу, и сейчасъ же какъ будто все заволкло туманомъ. Все стало не ясно. Прочитанное такъ слабо врѣзывается, что человѣкъ самъ не можетъ дать себѣ отчета, помнитъ ли онъ прочитанное, или не помнитъ. Книга прочитана сейчасъ, а кажется какъ будто она прочитана уже нѣсколько мѣсяцевъ. Какъ будто прочитанное заслонено какимъ-то полупрозрачнымъ покрываломъ, черезъ которое надо внимательно всматриваться, чтобы что-либо отыскать въ своей памяти. Больные обыкновенно прекрасно даютъ отчетъ о своей душевной дѣятельности, сознаютъ свою несостоятельность и въ то же время безпомощность. Воображеніе работаетъ вяло, обыкновенно царитъ апатія и къ самому себѣ, и ко всему окружающему. Измѣненія въ сферѣ самочувствія бываютъ; по временамъ является довольно рѣзкая раздражительность и тоскливое состояніе, но не долго—обычно преобладаетъ безразличное настроеніе духа: апатич-

ность или легкая постоянная депрессія. Я приведу здѣсь примѣръ.

Въ Пятигорскѣ ко мнѣ обратился одинъ офицеръ, 28 лѣтъ отъ року, жалуясь на боли въ спинѣ, поясницѣ и ослабленіе памяти, начавшіяся у него мѣсяца 4—5 тому назадъ. Лѣтъ 8 назадъ онъ имѣлъ язву на членѣ, не заживавшую около мѣсяца, затѣмъ бубонъ въ правомъ паху, рассосавшійся самъ по себѣ. Язву эту онъ не считалъ сифилитической, и были ли какія вторичныя явленія не помнитъ. Лечение производилось у фельдшера крайне небрежно. Съ той поры и до настоящаго момента больной не принялъ ни одного грана ни іода, ни ртути. Спустия 2 года онъ получилъ триперъ, сопровождавшійся воспаленіемъ придатка праваго яичка. Затѣмъ еще разъ получилъ триперъ, отъ котораго послѣдовало хроническое страданіе простаты. Въ дѣтствѣ и огрочествѣ онъ слылъ за здороваго мальчика, довольно проворнаго и веселаго. Учился недурно; офицерскій чинъ получилъ пять лѣтъ назадъ. Родители его до сихъ поръ живы и представляютъ изъ себя крѣпкихъ, здоровыхъ субъектовъ. Два брата и три сестры также здоровы и имѣютъ здоровыхъ дѣтей. До февраля или марта 1893 года больной чувствовалъ себя довольно хорошо, бодримъ и веселымъ, но затѣмъ стали появляться какія-то неопредѣленныя, мѣняющія свое мѣсто, боли, сосредоточивавшіяся, по преимуществу, въ ногахъ и спинѣ. Больной никогда не предавался пьянству, никогда не занимался онанизмомъ; курить началъ съ 20 лѣтъ и за последнее время особенно сильно пристрастился къ куренію. Приблизительно въ апрѣлѣ мѣсяцѣ онъ сталъ замѣчать за собой довольно сильное ослабленіе памяти, по временамъ легкую раздражительность, тоскливость и какое-то неприятное апатичное настроеніе духа. Чѣмъ дальше, тѣмъ явленія эти выступали рѣзче. Появилась какая-то «сонливость мысли», «умственная спячка». Что онъ не читалъ, все ему казалось не такимъ яснымъ, не такимъ понятнымъ. Вчерашній день такъ мало оставлялъ слѣда, какъ будто онъ былъ полгода

тому назадъ. По его словамъ, «на всю мою жизнь какъ бы наброшенъ былъ туманъ». «Я сознаю», говоритъ онъ, «но не такъ хорошо могу помнить, какъ прежде. Прежде мнѣ достаточно было одинъ разъ прочесть, а теперь нужно нѣсколько разъ, и то не всегда ясно остается въ памяти». По временамъ стало являться сердцебіеніе, замираніе сердца, легкія головокруженія. Сонъ оставался хорошимъ, даже слишкомъ избыточнымъ. Слабость въ ногахъ и болѣзненное ихъ состояніе иногда препятствовали даже исполненію служебныхъ обязанностей, особенно передъ фронтомъ. Половые силы стали довольно рѣзко гаснуть и, кромѣ того, послѣ каждаго сношенія появлялись довольно сильныя боли въ крестцѣ и поясницѣ, усиливалась общая слабость и разбитость. Въ Пятигорскѣ больной лечился у хирурга отъ хроническаго воспаленія простаты, не принималъ ни ваннъ, ни специфическихъ средствъ. Ко мнѣ онъ обратился послѣ конца, когда сталъ замѣчать слишкомъ рѣзкое ослабленіе памяти. При изслѣдованіи я былъ пораженъ блѣдностью слизистыхъ оболочекъ, губъ, десенъ, языка и особенно нижнихъ вѣкъ. Кожа всего тѣла также отличалась блѣдностью и имѣла легкой желтоватый оттѣнокъ. Больной представлялъ средній ростъ, умѣренно развитую костную и мускульную систему, съ достаточнымъ количествомъ подкожнаго жира, легкую дрожь рукъ, чувствительность при надавливаніи на 9-й и 10-й грудные позвонки, замѣтное повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ, совершенное отсутствіе какихъ бы то ни было измѣненій со стороны чувствительности, отсутствіе рефлексовъ cremaster'a, увеличеніе объема праваго придатка яичка; слабый систолическій шумокъ у верхушки сердца, шумъ волчка на *carotis*. Эти объективные признаки можно было считать самыми главными.

Я назначилъ ему ежедневныя втиранія изъ  $\text{Zj}$  и ежедневныя Николаевскія ванны въ  $28^{\circ}$ . Больной явился ко мнѣ черезъ 10 дней, сдѣлавъ то, что я ему предписалъ. Первая фраза его была та, что онъ чувствуетъ себя значительно

лучше: меньше слабость, меньше боли и какъ будто бы лучше психическая дѣятельность. Общій видъ его доказывалъ, что онъ не ошибался. Слизистыя оболочки губъ и вѣкъ замѣтно стали краснѣе, шума волчка не было слышно: систолическій тонъ сердца еще нѣсколько былъ глуховатъ. Тогда я назначилъ ему втирать изъ  $\text{Jj}$  по два раза въ день и повысилъ ванны постепенно до  $30^{\circ}$ . Черезъ 10 дней больной снова явился и заявилъ, что «туманъ» его разсѣялся, онъ теперь можетъ довольно долго читать, не утомляясь, чувствуетъ себя гораздо крѣпче и бодрѣе, нѣсколько разъ были эрекціи. Цвѣтъ кожи сталъ болѣе розоватымъ, слизистыя оболочки губъ, языка, десенъ и вѣкъ приняли хорошую красно-розовую окраску; тоны сердца удовлетворительной чистоты; рефлексы колѣнные не такъ стали рѣзки; замѣтно стало слабое проявленіе рефлексовъ stemaster'a.

Какъ видно изъ предыдущаго, энергичное антисифилитическое леченіе здѣсь дало самые благопріятные результаты и вмѣстѣ съ тѣмъ показало, что возникшія патологическія измѣненія всецѣло обязаны своимъ происхожденіемъ сифилису. Очевидно, что психическія измѣненія возникли здѣсь вслѣдствіе обѣдненія организма кровью, главнымъ образомъ красящихъ элементовъ крови, словомъ, вслѣдствіе такъ называемаго сифилитическаго худосочія. Этотъ видъ нейрастеніи даетъ самые лучшіе исходы подъ вліяніемъ энергичнаго антисифилитическаго леченія, главнымъ образомъ ртутнаго. Улучшеніе психики идетъ почти всегда параллельно улучшенію соматическихъ явленій.

3. Теперь мы перейдемъ къ третьему виду соматической нейрастеніи, самому главному, такъ какъ, по нашему мнѣнію, она, вѣроятно, составляетъ переходную ступень для очень тяжелыхъ и серіозныхъ пораженій мозга. Ее можно назвать депрессивной нейрастеніей, потому что главный и выдающійся симптомъ ея составляетъ подавленность психической дѣятельности. Эта подавленность во многихъ случаяхъ достигаетъ такихъ серіозныхъ размѣровъ, что представляетъ иногда зна-

чительное затрудненіе для дифференціального діагноза, имѣется ли здѣсь нейрастенія или *dementia paralytica*. Тѣмъ болѣе трудно распознаваніе, что паретическія и спозматическія явленія составляютъ заурядный симптомъ нейрастеніи. Депрессія эта отражается прежде всего на памяти и сообразительности. Въ то время, какъ для всѣхъ остальныхъ видовъ нейрастеніи характерна простая вялость, невоспримчивость памяти, для депрессивной нейрастеніи въ большинствѣ случаевъ характерны дефекты памяти, напр., иное прочитанное остается въ памяти, другое, прочитанное можетъ быть даже съ большимъ интересомъ, совершенно исчезаетъ изъ памяти. Одинъ офицеръ мнѣ рассказывалъ, что онъ началъ готовиться въ академію и принялся сначала за геометрію, потомъ за алгебру, а затѣмъ за тригонометрію. Когда онъ началъ изучать тригонометрію, то вдругъ замѣтилъ, что совершенно забылъ геометрію, до такой степени забылъ, какъ будто ея никогда даже не читалъ.

Дефективность, разумѣется, лучше всегда прослѣдить на способности припоминанія. Здѣсь легче можно подмѣтить, какъ цѣлый рядъ событій, къ удивленію самого больного, ускользаетъ изъ памяти: напр., фамиліи очень хорошихъ товарищей и друзей. Но нѣтъ сомнѣнія, что эта же дефективность относится и къ способности запоминанія. Одно больной можетъ припоминать безъ всякаго труда, другое никакъ не можетъ запомнить, не смотря на всѣ свои усилія. Фактическія доказательства подобной дефективности часто подыскивать очень трудно, такъ какъ они высказываются въ большинствѣ случаевъ не особенно рѣзко. Въ обыкновенной практикѣ намъ приходится довольствоваться лишь простымъ указаніемъ самихъ больныхъ на то, что у нихъ появилось ослабленіе памяти и разсѣянность. Тщательно изучая сифилитическую нейрастенію, я подмѣтилъ лишь одно, что сходство характеровъ ея симптомовъ съ *dementia paralytica syphilitica* и *pseudoparalysis* поразительно; различіе лишь количественное и во всякомъ случаѣ не качественное. Только одинъ видъ

сифилитической нейрастеніи, именно *neurasthenia syphilitica depressiva*, даетъ такое поразительное сходство съ вышеназванными болѣзнями. Несомнѣнно также то, что, подвергнутая специфическому леченію, она можетъ быть совершенно излечена.

Кромѣ дефектовъ памяти, нейрастеніки подобнаго рода отличаются также измѣненіемъ самочувствія. Это измѣненіе идетъ двумя путями: у однихъ преобладаетъ вялость, апатія, больные съ неохотой вступаютъ въ разговоръ, съ неохотой берутся за какую-либо работу, задумчивы, какъ будто сосредоточены на одной какой-либо мысли, серіозны. На самомъ же дѣлѣ ихъ задумчивость и сосредоточенность лишь кажущуюся и зависитъ отъ безразличнаго настроенія духа и пониженной мыслительной дѣятельности. Въ этомъ можно легко убѣдиться, потому что на вопросъ, о чемъ вы думаете, онѣ вамъ просто отвѣтитъ: «такъ себѣ», или что-нибудь такое, о чемъ собственно и думать не полагается. Настоящей тоски, сопровождающейся извѣстнаго рода аффектами, не бываетъ; лишь въ рѣдкихъ случаяхъ можно подмѣтить нѣчто въ родѣ меланхолическаго настроенія, но всегда выраженнаго въ слабой степени. Этотъ видъ нейрастеніи очень близко по характеру своихъ симптомовъ подходитъ къ *dementia paralytica syphilitica prima* <sup>1)</sup>). Разница во многихъ случаяхъ лишь количественная, а такъ какъ при нейрастеніи всѣ эти симптомы находятся лишь въ зачаточномъ состояніи, то и подмѣтить ихъ въ обыкновенныхъ случаяхъ представляетъ большую трудность.

Другой путь измѣненія самочувствія составляетъ полную противоположность первому. Маниакальнаго настроенія въ собственномъ смыслѣ этого слова не бываетъ, но больные становятся чрезмѣрно суетливыми, берутся сразу за множество предпріятій, ни одного не обдумавъ зрѣло, разговорчивы до крайности, и хотя разговоры ихъ никакихъ особыхъ

<sup>1)</sup> *М. Н. Поповъ*, Первичное паралитическое сифилитическое слабоуміе. Архивъ Психіатріи, 1891 г.

нарушеній не представляютъ, но подъ конецъ начинаютъ надѣдать даже самымъ терпѣливымъ людямъ своею болтливостью. Главный недостатокъ ихъ рѣчи — отсутствіе мѣры и строгой послѣдовательности. Даже сами больные время отъ времени удивляются самимъ себѣ, отчего это они стали такъ болтливы. Суетливость, поспѣшность, часто безъ толку, вмѣстѣ съ дефективностью памяти, иногда такъ рѣзки, что поражаютъ окружающихъ, но въ большинствѣ случаевъ ихъ удается подмѣтить только опытному глазу и то лишь потому, что являются симптомы на первый взглядъ совершенно безпричиннаго и рѣзкаго измѣненія характера. Въ общемъ картина болѣзни довольно ясно напоминаетъ самый начальный стадій pseudoparalysis syphilitica.

Здѣсь я приведу примѣры и той и другой разновидности. Первый случай былъ уже мною описанъ <sup>1)</sup>, гдѣ вслѣдствіе идиосинкразіи къ іоду и ртути, леченіе пришлось ограничить теплыми ваннами.

Больной 2 арш. 9 верш. роста, средняго тѣлосложенія, вѣса 3 пуд. 32 фун. Волосы на головѣ темные, рѣдкіе; волосистость всего тѣла умѣренная. Измѣреніе черепа дало слѣдующіе результаты: наибольшая окружность = 56 сант., затылочноушная линія = 23 с., лобосушная = 34 с., темяноушная = 37 с., подбородочноушная = 34,5 с., прямой діаметръ черепа = 16,5 с., кривая отъ glabella до protub. occip. exter. = 35 с., діаметръ основанія черепа = 9 + 11 с., діаметръ высоты = 12 с., продольно-поперечный показатель = 75,75 с., поперечный діаметръ = 12,5 с., высота лба = 7,5 с., ширина его = 21 с., діаметръ его = 10 с. Форма головы овальная, типъ черепа, по показателю Брока, субдолихоцефалической. Кости скелета развиты правильно, въ строеніи конечностей и позвоночника видимыхъ отступленій не замѣчается. Подвижность позвоночника сохранена вполне. Чувствительность его къ давленію нѣсколько повышена въ грудной части.

<sup>1)</sup> М. Н. Поповъ, О леченіи сифилиса тепломъ. Русская Медицина. 1892 г., №№ 15—18.

Мускулатура всего организма, а особенно конечностей, развита довольно слабо. Кожные покровы блѣдны, подкожный жирный слой умѣренно атрофированъ. Слизистыя оболочки блѣдно-розоваго цвѣта. Подвижность вѣкъ и глазныхъ яблокъ уклоненій не представляетъ; зрачки равномѣрно сужены, первичная реакція ихъ крайне слабо выражена, замедлена, вторичная совершенно отсутствуетъ. Острота зрѣнія обоихъ глазъ одинакова =  $20/20$ ; поле зрѣнія безъ ограниченія, свѣто- и цвѣто-ощущеніе сохранено. Мускулы лица по временамъ представляютъ ритмическое подергиваніе, особенно у угловъ рта при разговорѣ. Чувствительность кожи лица не представляетъ измѣненій. Лѣвый уголъ рта опущенъ, носогубная складка сглажена. Губы тонки, блѣдны, морщинисты; по временамъ замѣчается дрожаніе ихъ. Больной жалуется, что иногда онѣ какъ бы онѣмѣваютъ и цѣпенѣютъ. Языкъ при высовываніи дрожитъ *in toto*; отклоняется влѣво, покрытъ густымъ желтоватымъ налетомъ. На немъ ясно замѣтны отпечатки зубовъ и фибриллярныя сокращенія мышцъ. Язычекъ и мягкое небо гиперемированы. Чувство вкуса сохранено. Полость носа безъ особенностей. Обоняніе безъ уклоненій. Слюноотдѣленіе нѣсколько увеличено. Зубы грязныя, покрыты черновато-сѣрымъ налетомъ, трехъ верхнихъ коренныхъ совсѣмъ нѣтъ, изъ нижнихъ пять каріозныя. Уши большія, форма ихъ правильная, острота слуха: бой карманныхъ часовъ слышитъ правымъ ухомъ на разстояніи 75 с., лѣвымъ—на разстояніи 65 сант. Отоскопія никакихъ уклоненій не обнаруживаетъ. Шея длинная, тонкая, треугольной формы въ разрѣзѣ. Типъ дыханія смѣшанный, расширяемость обоихъ легкихъ одинакова, объемъ грудной клѣтки на высотѣ вдыханія = 93 сант., при наибольшемъ выдохѣ = 84 с.; аускультация легкихъ обнаруживаетъ всюду ясное, везикулярное дыханіе. Частота дыхательныхъ движеній = 18—20 въ 1'. Границы сердца въ предѣлахъ нормы; тоны чисты; пульсъ довольно полный, ритмичный = 74—86 въ 1'. Температура тѣла колеблется между  $36^{\circ},6$  и  $37^{\circ},8$ . Границы

печени и селезенки въ предѣлахъ нормы; кишечникъ слегка вздутъ. Артеріальные и венозные сосуды видимыхъ измѣненій не представляютъ. Шейныя, паховыя и подмышечныя железы замѣтно увеличены. Количество мочи 1100—1900 к. с. за сутки, цвѣтъ ея желтый, иногда блѣдно-желтый, удѣльный вѣсъ = 1015—1019, реакція кислая, патологическихъ частей не было найдено. Позывы на мочеиспускание часты, но не интенсивны; самый актъ мочеиспусканія значительно затрудненъ: вначалѣ моча идетъ сравнительно свободно, но къ концу, для болѣе или менѣе полного выдѣленія, больному приходится значительно натуживаться, моча начинаетъ вытекать слабой струей и, наконецъ, по каплямъ. Всякій актъ мочеиспусканія оставляетъ послѣ себя чувство неполнаго опорожненія.

Сфинктеръ прямой кишки дѣйствуетъ правильно. Частая и долговременная задержка стула. Половая дѣятельность понижена: эрекции вялы, не полны и крайне рѣдки. Тактильная чувствительность кожи, представляетъ легкое пониженіе на нижнихъ конечностяхъ, особенно на лѣвой, и довольно рѣзкое притупленіе на кистяхъ рукъ. Проведеніе кусочкомъ писчей бумаги по ладонной поверхности совершенно не ощущается больнымъ, также не ощущается прикосновеніе головкой булавки, если же провести острымъ концомъ, то получается слабое ощущеніе на правой ладони и совершенно никакого на лѣвой. Тыльная поверхность нѣсколько болѣе чувствительна, но и здѣсь больной не можетъ различить, лежитъ ли круглое кольцо, или пятикопѣечная мѣдная монета. Больной говоритъ, что онъ плохо ощущаетъ тѣ предметы, которые беретъ въ руки,— послѣднія точно находятся въ толстыхъ перчаткахъ. Болевое чувство на вышеописанныхъ мѣстахъ также измѣнено.

Самыя сильныя уколы булавкой остаются нечувствительными. Эта нечувствительность опять-таки сильнѣе выражена на лѣвой сторонѣ. На нижнихъ конечностяхъ замѣтно ясное замедленіе проводимости болевого раздраженія. Пателлярный

рефлексъ отсутствуетъ. На лѣвой верхней конечности наблюдается пониженіе сухожильныхъ рефлексовъ сравнительно съ правой.

Мышечные и вазомоторные рефлексы особыхъ измѣненій не представляютъ; абдоминальный рефлексъ повышенъ, — кре-мастера на правой сторонѣ выраженъ рѣзче, подошвенный — отсутствуетъ. Мышечная сократимость, подѣ влияніемъ индук-тивного и постоянного тока, въ предѣлахъ нормы. Кромѣ опи-санныхъ измѣненій въ чувствительной области, еще болѣе рѣзкія уклоненія представляются въ области двигательной, какъ верхнихъ конечностей, такъ и нижнихъ. При взглядѣ на походку больного, рѣзко бросается въ глаза шаткость и неувѣренность ея: больной идетъ медленно, осторожно, сту-паетъ не твердо, постоянно старается держаться возлѣ стѣны или какихъ-либо другихъ предметовъ, часто прибѣгаетъ къ помощи палки, или же опирается на руку служителя. Во время ходьбы, глаза его постоянно устремлены на ноги, — безъ этого контроля, походка становится еще болѣе шаткой и неустойчивой. Это разстройство активныхъ движеній выра-жается нагляднѣе и рельефнѣе, если больного заставить сто-ять или ходить съ закрытыми глазами. Онъ начинаетъ ка-чаться на мѣстѣ, а при попыткѣ ходить падаетъ. Верхнія конечности дрожатъ при всѣхъ произвольныхъ движеніяхъ. Дрожь въ пальцахъ постоянна, крупная и беспорядочная. Всѣ болѣе или менѣе тонкія ручныя манипуляціи оказыва-ются почти совершенно невозможными. Координація движе-ній также нарушена. Мышечная сила ослаблена: динамо-метрія дала для правой руки 36 к., для лѣвой 25. Письмо больного также измѣнено: буквы не одинаковой величины, неровны, разбросаны, почеркъ дрожащій, зигзагообразный. Субъективные жалобы его сводятся главнымъ образомъ на разстройство движеній въ нижнихъ и верхнихъ конечностяхъ, на головныя боли и головокруженія, на ползанье мурашекъ и онѣмѣніе, преимущественно въ кистяхъ, на частую и долго-временную задержку стула; за послѣднее время, къ этому

присоединилсь еще раздражительное и тоскливое настроеніе духа и ослабленіе памяти. По этому поводу больной говоритъ, что съ нѣкотораго времени самъ не узнаетъ себя, раньше онъ былъ веселъ, общителенъ, ровенъ въ обращеніи съ окружающими, настроеніе духа, въ большинствѣ, было хорошее, а теперь иногда, испытываетъ сильнѣйшую тоску, а въ большинствѣ случаевъ какое-то раздражительное состояніе, недомвольство и грусть. Особенно тоскливое настроеніе является по утрамъ, послѣ сна, раздражительность доходитъ до того, что, по словамъ больного, онъ иногда готовъ броситься на перваго попавшагося, чтобы излить на немъ безпричинную злобу. То, что рассказывалъ о себѣ больнѣй, подтвердилось и дальнѣйшими клиническими наблюденіями. Разъ онъ чуть не бросился съ кулаками на служителя за то, что тотъ поставилъ стаканъ не туда, куда слѣдовало. Черезъ нѣсколько времени онъ самъ созналъ, что разсердился по пустякамъ и попросилъ прощенія у обиженнаго. Подобныя вспышки повторялись иногда по нѣсколько разъ въ день. Въ общемъ преобладало тоскливое настроеніе духа, которое отчасти находило себѣ почву въ томъ, что его болѣзнь не поддается излеченію. Мысли на эту тему почти никогда не покидали его: онъ ими былъ постоянно занятъ, и нужно было много усилій, чтобы хоть на время заставить больного забыть или отвлечься отъ мрачныхъ предположеній на счетъ будущаго. Улыбка и смѣхъ почти никогда не появлялись у него. Сознаніе вполне сохранено. Считаая себя нездоровымъ, онъ по собственной волѣ поступилъ въ клинику. Память замѣтно ослаблена, какъ со стороны способности припоминанія, такъ и запоминанія. Онъ не могъ припомнить, сколькихъ лѣтъ началъ учиться, на которомъ году поступилъ въ уѣздное училище, и сколько времени пробылъ въ немъ, не помнитъ ни мѣсяца, ни года смерти своей матери, съ которой онъ все время жилъ; не могъ назвать ни одной фамиліи изъ своихъ учителей и наставниковъ. По отношенію къ нѣкоторымъ фактамъ эта амнезія являлась только временной, инья же

событія, даже довольно важныя въ жизни больного, совершенно изгладились изъ памяти. Бывали дни, когда онъ общалъ довольно подробно про извѣстныя обстоятельства, упоминалъ имена лицъ, которыя фигурировали въ нихъ, чрезъ нѣкоторое же время совершенно забывалъ о томъ, что рассказывалъ. Однажды онъ совсѣмъ не могъ вспомнить фамиліи своего ближайшаго начальника, у котораго уже много лѣтъ служилъ, однако, дня черезъ три вспомнилъ и на другой же день снова забылъ. Способность запоминанія представляетъ тѣ же уклоненія. Больной съ трудомъ могъ запомнить имя, отчество, лечившаго его врача, путалъ фамиліи своихъ практикантовъ, временами совсѣмъ не могъ вспомнить ихъ именъ. Самъ онъ замѣтилъ ослабленіе этой способности еще съ полгода тому назадъ. Ему стало очень трудно усвоивать прочитанное. Не смотря на то, что онъ читалъ исключительно беллетристику, у него въ головѣ оставалось очень мало отъ прочитаннаго. Дочитавъ до конца, онъ забывалъ о томъ, что было въ началѣ. Сообразительность хотя слегка и ослаблена, но особыхъ уклоненій не представляетъ. Манипулируетъ больной даже съ довольно крупными числами недурно, оцѣнку обыденнымъ явленіямъ даетъ правильную.

Кромѣ нѣкоторой подавленности самочувствія, замѣчается еще индифферентизмъ къ окружающему. Больной по большей части проводитъ время въ своей комнатѣ, рѣдко принимаетъ участіе въ общемъ разговорѣ, совершенно безучастно относится къ страданіямъ другихъ. Кто его окружаетъ, что вокругъ его дѣлается — это для него мало интересно. Даже и рѣзко выдающіеся факты проходятъ не замѣченными имъ. Онъ почти ежедневно читаетъ газеты, книги и, повидимому, какъ будто интересуется текущими событіями, но на вопросъ, что новаго? что вы прочли интереснаго въ нынѣшнемъ номерѣ? всегда отвѣчаетъ одной и той же фразой: «Да ничего... впрочемъ, прочтите сами: *не помню*». Родственники и близкіе ему люди теперь его мало интересуютъ. Навѣщаетъ онъ ихъ лишь по настоянію окружающихъ, переписки съ ними

\*

почти не ведетъ. Ихъ визиты также не производятъ на него впечатлѣнiя. Онъ не испытываетъ радости при встрѣчѣ съ своими друзьями и не томится разлукой съ ними. Для него все равно: жить ли въ клиникѣ, или быть дома.

Анамнезисъ. Больной И. К—овъ, холостъ, православнаго вѣроисповѣданiя, 32 лѣтъ отъ роду, поступилъ въ клинику 16-го iюля 1891 года. Дѣтство больного не представляетъ ничего выдающагося и не отличается отъ жизни большинства людей его положенiя и умственнаго развитiя. Родился онъ въ мелкопомѣстной дворянской семьѣ, отъ здоровыхъ и молодыхъ родителей, не страдавшихъ никогда какими-либо конституціональными, нервными или душевными болѣзнями. Среди близкихъ и отдаленныхъ родственниковъ его матери и отца также не было людей, которые представляли бы тѣ или другiя уклоненiя въ психической области. Самъ больной въ дѣтствѣ былъ крѣпкимъ и здоровымъ мальчикомъ. Не будучи баловнемъ и любимцемъ своихъ родителей, онъ, однако, не могъ жаловаться на то, чтобы о немъ не заботились по мѣрѣ силъ и средствъ. Ребенкомъ онъ былъ тихимъ, ласковымъ, спокойнымъ и отличался такой скромностью, что постороннiе ставили его въ примѣръ другимъ, шаловливымъ и проказливымъ подросткамъ. Примѣрно, лѣтъ 8—9 (хорошо неизвѣстно), его засадили за грамоту, затѣмъ вскорѣ помѣстили въ уѣздное училище, откуда перевели въ мѣстную классическую гимназiю. Въ гимназiи онъ дошелъ до четвертаго класса, шелъ въ уровень съ своими товарищами, не отставая отъ нихъ, но и не выдѣляясь своими способностями, знанiями или развитiемъ. Уроки онъ выучивалъ всегда основательно, такъ какъ это для него не составляло большой неприятности и большихъ усилiй, благодаря хорошей памяти.

Изъ гимназическихъ предметовъ, труднѣе всего для него была математика, а также различные переводы. Задачи и упражненiя, по большей части, переписывались у товарищей. Вообще все то, что требовало напряженiя умственныхъ способностей и личной сообразительности, являлось для него

труднымъ, и подобные предметы пользовались его полнѣйшей нелюбовью.

По характеру онъ продолжалъ оставаться такимъ же скромнымъ и тихимъ мальчишкой, неспособнымъ на различныя ученическія шалости и выходки; съ товарищами жилъ мирно и дружно, къ старшимъ былъ почитателенъ и вѣжливъ. Въ школьныхъ продѣлкахъ онъ не только никогда не принималъ участія, но даже другихъ отговаривалъ. Однако, перенялъ у товарищей привычку курить и не оставлялъ ее до самаго послѣдняго времени, выкуривая папирозъ по 40 въ день. Съ 14 до 16 лѣтъ, занимался онанизмомъ по два и по три раза въ день, но случайно прочитавъ книжку о вредѣ подобнаго занятія, бросилъ и болѣе не возвращался къ нему. Въ силу семейныхъ обстоятельствъ больной долженъ былъ оставить гимназію, не окончивъ ее курса, и пробывъ около года дома безъ опредѣленныхъ занятій, былъ опредѣленъ отцомъ на службу въ губернскую земскую управу, гдѣ и продолжаетъ служить до сихъ поръ. На службѣ онъ точно также, по отзывамъ сослуживцевъ, оставался такимъ же ровнымъ, спокойнымъ, какимъ былъ съ дѣтства. На 18 году больной имѣлъ urethritis, отъ котораго, однако, скоро избавился, затѣмъ черезъ годъ получилъ мягкій шанкръ съ послѣдующимъ вскрывшимся бубономъ. Въ 1879 г. онъ захватилъ твердый шанкръ. Диагнозъ болѣзней онъ узнавалъ отъ лечившихъ его врачей.

Послѣдствіемъ твердаго шанкра остался уплотненный рубецъ, но никакихъ вторичныхъ явленій на кожѣ не было, по крайней мѣрѣ, ни онъ, ни врачи не замѣчали. Лечился онъ въ Харьковѣ около 2½ мѣсяцевъ, но чѣмъ, онъ не можетъ сказать. Кажется, принималъ іодъ и сдѣлалъ нѣсколько ртутныхъ втираний. Оставивъ больницу, онъ два года чувствовалъ себя хорошо, пока не появились головныя боли. Боли эти сосредоточивались въ темени и переходили иногда на лобъ; онѣ имѣли характеръ тупыхъ и давящихъ болей, усиливались по ночамъ до того, что лишали сна. Сначала онъ не обратилъ на нихъ вниманія, подыскивая подходящую

причину для объясненія ихъ, но съ теченіемъ времени, въ виду стойкости и постоянства ихъ, а также въ виду принимаемыхъ мученій, больной обратился за помощью и совѣтомъ къ одному изъ мѣстныхъ врачей, который прописалъ ему kalium jodatum. Но на первыхъ же порахъ пришлось отказаться отъ этого средства. Появились профузные поносы со рвотой, головная боль усилилась. Назначено было ртутное леченіе, которое оказалось также непримѣнимымъ. Послѣ нѣсколькихъ втираній снова послѣдовало усиленіе головной боли и обильное слюнотеченіе. Врачебная помощь показала больному не только безсильной, но даже прямо вредной. Тогда онъ обратился къ одной бабкѣ, славящейся среди темной публики исцѣленіемъ всевозможныхъ недуговъ.

Тамъ онъ пролечился полтора мѣсяца и почувствовалъ себя совершенно здоровымъ. Головные боли прекратились, больной значительно поправился, прибавился въ вѣсѣ и, съ прекраснымъ самочувствіемъ, возвратился на мѣсто службы. Забывъ очень скоро о своей болѣзни, онъ началъ вести нецѣлесообразный образъ жизни: поздно ложился, рано вставалъ на службу, злоупотреблялъ табакомъ, выкуривая до сорока и больше папиросъ въ день, алкогolemъ, почти ежедневно участвуя въ пирушкахъ и предаваясь половымъ излишествами. Такой образъ жизни онъ велъ около 4-хъ лѣтъ и ни разу не могъ пожаловаться на особое нездоровіе, пока, наконецъ, снова не появились головные боли прежняго характера; отправление кишечника стали неправильными: по большей части была задержка стула дня 3—4 и болѣе. По временамъ бывали головокруженія, доходившія до тошноты и рвоты, періодическія сердцебіенія, сопровождавшіяся тоской и крайне раздражительнымъ состояніемъ духа. Къ этому вскорѣ присоединились стрѣляющія боли въ нижнихъ конечностяхъ, а затѣмъ постепенно стало развиваться разстройство въ двигательной сферѣ: появилась неустойчивость и шаткость походки, съ полной невозможностію стоять на мѣстѣ съ закрытыми глазами. Шесть мѣсяцевъ тому назадъ обнаружи-

лось разстройство движеній въ верхнихъ конечностяхъ, на ряду съ чувствомъ холода, онѣмѣнія и ползанія мурашекъ въ нихъ. Всегда одинаковый въ общеніи съ товарищами, общительный и отзывчивый на различныя товарищескія услуги, онъ въ послѣднее время сильно измѣнился. Эта перемѣна стала замѣтной, какъ для окружающихъ, такъ и для близкихъ знакомыхъ, особенно въ послѣдній годъ. Больной сталъ раздражительнымъ, придирчивымъ, злымъ, безъ всякаго повода набрасывался иногда на тѣхъ же самыхъ сослуживцевъ, которымъ прежде всегда и во всемъ уступалъ. Случалось, что послѣ какой-нибудь придирки и ссоры больной сознавалъ всю ея нецѣпость и неосмысленность, спѣшилъ самъ прекратить ее, просилъ извиненія и сейчасъ становился веселымъ и довольнымъ; другой разъ, наоборотъ, онъ упорно молчалъ, погружался въ свои думы и иногда по цѣлымъ часамъ просиживалъ безъ дѣла. Характерно то, что описанная раздражительность, злоба, желаніе ссоры, а иногда грустное и тоскливое состояніе не бывали постоянно, а являлись временами безъ всякаго повода и причины вдругъ, какъ бы приступами, а затѣмъ больной снова возвращался къ нормѣ. За послѣдній годъ приступы эти стали чаще и подъ конецъ настроеніе духа сдѣлалось постоянно мрачнымъ, тоскливымъ. Самъ больной отлично сознавалъ свою болѣзненную раздражительность, но не всегда могъ удержать себя въ границахъ. Уже около года тому назадъ онъ сталъ замѣчать, что память стала рѣзко измѣнять ему: прочитанное имъ трудно усваивалось и быстро улетучивалось. Временами наступала какая-то спутанность въ мысляхъ, тяжесть въ головѣ, точно она была «затуманена». Письменное рѣшеніе обыденныхъ служебныхъ вопросовъ, составленіе простого доклада по какому-нибудь дѣлу, не требовавшихъ раньше никакого напряженія мысли и рѣшаемыхъ больнымъ безъ усилія, стало болѣе затруднительнымъ, требовало большихъ усилій и напряженій мыслительныхъ способностей. То, что было сдѣлано, забывалось и снова передѣлывалось. Въ силу этого отпра-

леніе служебныхъ обязанностей стало тягостнымъ, непосильнымъ, подавало поводъ къ недовольству собою и окружающими и къ частымъ стычкамъ съ начальниками и подчиненными. Явилось чувство безпомощности, грустное и сосредоточенное состояніе, прерываемое при удобномъ случаѣ приступами раздражительности и злобы. Обладая съ дѣтства хорошей памятью, онъ съ удивленіемъ теперь сталъ замѣчать, что ему стоитъ громадныхъ усилій передать содержаніе прочитанной повѣсти: надо постоянно обращаться къ книгѣ, такъ какъ имена и фамиліи героевъ рѣшительно не оставались въ головѣ, факты перепутывались, изъ цѣлаго разсказа оставались какіе-то обрывки. Имена и фамиліи знакомыхъ лицъ также не припоминались. Больному потребовалась особенная записная книжка, чтобы записывать туда то, что раньше сохранялось въ головѣ безъ всякихъ записей. Больной нѣсколько разъ обращался за помощію къ врачамъ, но не видѣлъ отъ ихъ продолжительнаго леченія никакого улучшенія, пока, наконецъ, не замѣтилъ, что актъ мочеиспусканія сталъ для него довольно затруднительнымъ. Приходилось сильнѣе натуживаться, а моча вытекала лишь слабой струей. Тогда больной рѣшилъ оставить на время службу и поступилъ въ клинику проф. П. И. Ковалевскаго.

Послѣ недѣльной пробы лечить специфическими средствами рѣшено было испытать вліяніе однѣхъ теплыхъ ваннъ въ 30° R. Больной принималъ ихъ въ продолженіи двухъ недѣль и почувствовалъ себя нѣсколько лучше. Главнымъ образомъ улучшилось настроеніе духа, которое стало болѣе равномернымъ и покойнымъ, тоска стала какъ будто не такъ напряженной. Что же касается тѣмной стороны, то измѣненій почти никакихъ не произошло. Та же шаткость походки, то же затрудненіе мочеиспусканія и тѣ же парестезіи. Назначено было вновь: іодистый натръ по 3 gr., три раза въ день. Два дня прошло безъ всякихъ осложненій, но на третій день появились снова сильнѣйшія боли въ животѣ, поносъ и боли во лбу. Іодъ былъ отмѣненъ и сдѣланы въ

продолженіи 3 дней 3 втиранія изъ Hydarg. oleinic. gr. X. Послѣ третьяго втиранія дрожаніе конечностей усилилось, появилась ломота въ ногахъ, боль въ головѣ, усилилось дрожаніе языка, появился дурной запахъ изо рта и саливація. Снова было прекращено специфическое леченіе и предписаны ванны въ 32°. Пріемъ ваннъ продолжался 4 недѣли. Больному снова стало лучше. Походка стала болѣе твердой, руки менѣ дрожали, актъ мочеиспусканія сталъ менѣ затруднительнымъ, ползанье мурашекъ и чувство онѣмѣнія безпокоили изрѣдка, самочувствіе было довольно сносно, раздражительность и тоска значительно меньше. Желая испытать, не была ли идіосинкрація временной, назначенъ былъ снова іодистый натръ въ прежнихъ малыхъ дозахъ. Въ виду того, что больной слишкомъ хорошо зналъ его дѣйствіе на свой организмъ, мы сдѣлали это назначеніе въ формѣ пилюль и объявили больному, что даемъ слабительное. На другой день, однако, у больного появились всѣ тѣ же симптомы, которые наблюдались и раньше при назначеніи іода: сильнѣйшія колики и рѣзь въ животѣ, боли во лбу и груди, стѣсненіе дыханія, поносъ и проч. Ртутныя втиранія тоже оказались непримѣнимыми. Этотъ же больной, оказывается, обнаруживалъ идіосинкразію и къ бромъ, послѣ пріема котораго появлялся кашель, боль подъ ложечкой и чрезмѣрное угнетенное настроеніе духа. Въ виду того, что у даннаго больного идіосинкразія оказалась постоянной, болѣе уже не назначалось специфическаго леченія и больной продолжалъ пользоваться еще двѣ недѣли однѣми 32° ваннами. Въ общемъ улучшенія, какъ со стороны двигательной, такъ и чувствительной сферы при выходѣ больного изъ клиники были незначительны. Улучшилась немного походка, стали дрожать слабѣе руки, актъ мочеиспусканія сдѣлался менѣ затруднительнымъ, рѣже появлялось ползанье мурашекъ, онѣмѣніе и проч. Самочувствіе улучшилось, но все-таки былъ замѣтенъ общій депрессивный характеръ. Психическая дѣятельность осталась безъ перемѣны.

Совершенную противоположность измѣненію самочувствія представляетъ другой случай, который я и приведу здѣсь.

Чиновникъ С., 27 лѣтъ отъ роду, полякъ, явился ко мнѣ съ просьбой осмотрѣть, въ достаточной ли степени онъ вылечился отъ сифилиса? Больной высокаго роста, умѣренно худъ, конечности непомѣрно длинны въ сравненіи съ туловищемъ; волосы на головѣ густые, черные. Лѣвый уголъ рта слегка опущенъ; легкое отклоненіе влѣво языка и фибриллярная дрожь его; крупная дрожь пальцевъ рукъ. Слабая недостаточность праваго *m. recti externi oculi dextri*. По временамъ измѣненіе равномерности зрачковъ. Офтальмоскопическое изслѣдованіе обнаружило *retinitis diffusa oculi sinistri syphilitica* и частичная *retinitis* у наружнаго края соска праваго глаза. Со стороны внутреннихъ органовъ особыхъ уклоненій не замѣтно. Жалобы главнымъ образомъ сводятся на ослабленіе памяти и продолжительные запоры. Больному уже сдѣлано было 15 впрыскиваній салициловой ртути черезъ день и прописано 30 Николаевскихъ ваннъ. Въ виду существующихъ грозныхъ явленій, какъ со стороны органа зрѣнія, такъ и со стороны нервной системы, я посовѣтовалъ ему не торопиться окончаніемъ леченія и сдѣлать, по крайней мѣрѣ, еще столько же впрыскиваній. Наблюдая во время леченія за его психической дѣятельностью, мнѣ прежде всего бросилось въ глаза нарушеніе памяти. Помимо того, что она была ослаблена, какъ способность припоминанія, такъ и запоминанія, существовала еще дефективность, которую замѣчалъ и самъ больной. Напр., разбирая дѣловые бумаги, всегда довольно сложныя и объемистыя, онъ откладывалъ ихъ въ сторону, дѣлая замѣтки и выдержки изъ прочитаннаго. На другой день или черезъ день онъ, группируя ихъ по отдѣламъ, приходилъ въ изумленіе, что нѣкоторыя дѣла до такой степени исчезали изъ его памяти, какъ будто онъ ихъ никогда прежде не видѣлъ, чего раньше съ нимъ положительно не бывало. Даже самыя надписи и рецензіи, сдѣланныя имъ самимъ, ничего ему не напоминали. Такое состояніе онъ за-

мѣчаетъ за собой уже около года. Помимо этого больной жалуется на крайнюю разсѣянность, что обнаружилось уже въ первый его визитъ. Уходя отъ меня онъ забылъ на столѣ платокъ и рецепты, за которыми, однако, въ скорости вернулся. Черезъ полчаса онъ прислалъ ко мнѣ прислугу, съ просьбой отыскать ему забытое имъ *rinse-nez*. Забывчивость его постоянно доказывалась и далѣе все новыми и новыми фактами. Такъ, онъ является ко мнѣ въ кабинетъ за впрыскиваніемъ и электризаціей и въ то же время оказывается, что шприцъ имъ оставленъ дома. Обѣщается на завтра купить для шприца новыя иглы и купить, но принести ихъ забудетъ. Замѣчая за собой разсѣянность, онъ прибѣгаетъ ко всѣмъ уловкамъ, иногда прямо занося въ памятную книжечку, что нужно дѣлать. Во всѣхъ его движеніяхъ проглядываетъ какая-то торопливость, суетливость. Положимъ, онъ послѣ осмотра начинаетъ застегивать сюртукъ и, не докончивъ, начинаетъ складывать въ карманъ платокъ, шприцъ; увидѣвъ, что жилетъ растегнутъ, онъ растегиваетъ опять сюртукъ и т. д. Это повторяется почти каждый разъ, при чемъ больной постоянно разговариваетъ. Говорить онъ можетъ безъ умолку, и только при очень тонкомъ и тщательномъ наблюденіи удастся подмѣтить, что его разсказу чего-то недостаетъ. Съ внѣшней стороны онъ безукоризненъ, даже довольно занимателенъ, но при продолжительномъ свиданіи становится подъ конецъ надоѣдливымъ. Главный недостатокъ его разговора — отсутствіе мѣры и строгой послѣдовательности. Начнетъ говорить о своей болѣзни, незамѣтно перейдетъ къ разсказу о характерѣ своего начальника, еще незамѣтно о его отношеніяхъ къ окружающимъ, а затѣмъ снова свернетъ на болѣзнь и снова уклонится и т. д. Лечится онъ сразу у нѣсколькихъ докторовъ, отъ всѣхъ въ восторгѣ, но болѣе всего придерживается своего собственнаго плана и своего леченія. По отношенію къ окружающимъ онъ то необыкновенно услужливъ, деликатенъ, то вдругъ становится дерзкимъ, назойливымъ. Эти переходы бывають такъ нежи-

данны и рѣзки, что у постороннихъ вызываютъ вопросъ, все ли у него въ головѣ въ порядкѣ? Онъ не прочь и прилгнуть, говоря, что съ успѣхомъ кончилъ университетъ, хотя въ немъ никогда и не былъ. Въ то же время съ наивностью спрашиваетъ, отчего онъ такъ сталъ болтливъ? Вѣрить доктору безусловно, но въ то же время никакъ не можетъ согласиться пропустить, хотя бы одно впрыскиваніе, или уменьшить дозу іода, не смотря на всѣ увѣщанія.

Первичную язву онъ получилъ 21-го года, затѣмъ черезъ 2—3 мѣсяца появились вторичныя явленія въ видѣ рѣзкихъ папулъ. Затѣмъ никакихъ болѣзненныхъ явленій за собою не замѣчалъ вплоть до послѣдняго года. Первое, что поразило, это дефекты памяти и разсѣянность. Сначала онъ не придавалъ этому особаго значенія, но съ теченіемъ времени это обстоятельство начало наносить значительный ущербъ занятіямъ. По временамъ у него появлялись какіе-то особыя приливы энергіи. Ему казалось, что онъ можетъ сдѣлать все, что захочетъ; онъ брался за работу, но сейчасъ же видѣлъ, что дѣло не клеится, не смотря на кажущуюся мощь. Въ другое время онъ чувствовалъ необыкновенную легкость во всѣхъ членахъ, ему непреодолимо хотѣлось скакать, плясать, вспрыгнуть на столъ или на кровать. Жизнерадостное настроеніе было такъ сильно, что онъ не могъ удержаться, чтобы не выкинуть какой-либо мальчишеской выходки даже на улицѣ. Отецъ его совершенно здоровый человѣкъ, мать нервная, капризная женщина; три сестры всѣ отличаются неровностью характера и раздражительностью. Братъ больного совершенно здоровый человѣкъ. Самъ больной ни въ дѣтствѣ, ни въ отрочествѣ никакихъ нервныхъ проявленій за собою не замѣчалъ. Учился порядочно, кончилъ реальное училище 18 лѣтъ, а затѣмъ, по недостатку средствъ, поступилъ чиновникомъ въ государственный банкъ. Вплоть до послѣдняго времени онъ ни со стороны самочувствія, ни со стороны мыслительной дѣятельности ничего ненормальнаго не замѣчалъ. За послѣдній годъ и развилась его болѣзнь.

Ослабленіе зрѣнія онъ чувствовалъ и раньше, но не придавалъ этому особаго значенія. Больше всего его стала беспокоить разсѣянность. Головныя боли за послѣднее время были часты, но не особенно мучительны. Больной холостъ, половымъ излишествомъ, а также эксцессамъ in Vaccho никогда не придавался. Курить началъ съ 20 лѣтъ, сначала умѣренно, а затѣмъ сильно пристрастился.

Такого рода нейрастенія безъ особо рѣзкихъ измѣненій можетъ существовать у человѣка очень долгое время, даже десятки лѣтъ. Больные свыкаются со своими дефектами памяти и обходятся даже безъ леченія. Можетъ ли подобная нейрастенія переходить затѣмъ въ dementia paralytica syphilitica primaria или въ pseudoparalysis syphilitica, отрицать, конечно, трудно; но составляетъ ли она непосредственную переходную ступень, на основаніи имѣющихся у меня данныхъ, я еще не могу высказать окончательнаго рѣшенія. Главной отличительной чертой ея отъ dementia paralytica и pseudoparalysis все-таки остается необыкновенно длительное теченіе.

Вопросъ о наследственной сифилитической нейрастеніи впервые выдвинутъ и разработанъ проф. П. И. Ковалевскимъ. По своимъ проявленіямъ этотъ видъ нейрастеніи мало чѣмъ отличается отъ обычной не сифилитической нейрастеніи. Тщательно рассматривая массу нейрастеній, встрѣчающихся въ жизни на каждомъ шагу, мы видимъ, что очень большой процентъ этихъ случаевъ падаетъ на долю наследственнаго сифилиса и отдѣлать эти случаи отъ случаевъ обычной нейрастеніи весьма трудно. Я постараюсь объ этой формѣ нейрастеніи изложить мой взглядъ въ другой статьѣ.

---

## О методахъ научной психологіи.

Проф. В. Ф. Чижевъ.

(Вступительная лекція въ курсъ физиологической психологіи, читанная 3-го сентября 1893 года).

Приступая къ чтенію лекцій по психологіи — науки, всегда и почти всюду, преподаваемой съ кафедры философіи, я прежде всего долженъ выяснитъ мои взгляды на предметъ этихъ лекцій съ цѣлью доказать мое право, какъ психіатра, на преподаваніе психологіи.

Въ послѣднее время взглядъ на психологію настолько измѣнился, что эту науку, уже много вѣковъ считавшуюся отдѣломъ философіи, начинаютъ преподавать врачи, напр. Wundt <sup>1)</sup> и Ziehen <sup>2)</sup>; ихъ лекціи приковываютъ къ себѣ вниманіе и переводятся на другіе языки. Ziehen въ своемъ прекрасномъ сочиненіи прямо замѣчаетъ — „психологія, изучающая психическія явленія болѣе или менѣе спекулятивно тѣми, кто привыкъ къ естественно-историческому мышленію, давно забыта“.

И дѣйствительно, въ пониманіи задачъ психологіи, мнѣнія ученыхъ радикально расходятся; одни, напр. Mercier <sup>3)</sup>, продолжаютъ считать психологію отдѣломъ метафизики, другіе утверждаютъ, что психологія не болѣе какъ глава физиологіи.

Самый правильный путь для уразумѣнія методикки психологіи это изученіе исторіи развитія этихъ методовъ. Какъ и всякая наука, психологія, конечно, не могла оставаться неподвижной и съ теченіемъ времени, конечно, мѣнялись воззрѣнія на ея методы и задачи, улучшались старыя методы, изобрѣтались новыя. Но нужно оговориться, что я разумѣю психологію, какъ знаніе, задача котораго, по мнѣткому опредѣленію Kund'a <sup>4)</sup>, „опредѣлитъ предметъ путей

<sup>1)</sup> Grundzüge d. physiol. Psychologie 1893 (4 Aufg.).

<sup>2)</sup> Leitfaden d. Physiol. Psychologie, 1891. (Русскій переводъ подъ моею редакціей появился въ 1893 году. Эта книга переведена и на англійскій языкъ).

<sup>3)</sup> Cours de Philosophie. Vol. II. Psychologie.

<sup>4)</sup> Rede. Berlin 1891.

измѣренія и возможно просто и точно описать“; философія психологии я касаться не буду, такъ какъ это уже дѣйствительно объектъ изслѣдованія философовъ.

Далѣе, даже при краткомъ обзорѣ исторіи развитія психологии, думаю я, становятся понятными причины современнаго несогласія между учеными въ пониманіи задачъ психологии и вмѣстѣ съ тѣмъ передъ нами устанавливается правильная точка зрѣнія на методы психологии.

Исторія психологии шла тѣмъ-же путемъ, какъ и исторія физики, естествознанія и другихъ наукъ; достигнувъ относительно высокаго совершенства во время разцвѣта греческой философіи, психологія въ продолженіи многихъ вѣковъ, какъ и всѣ науки, находилась въ упадкѣ и только въ нашемъ вѣкѣ она опять вступаетъ на широкій путь; разница лишь въ томъ, что психологія, вслѣдствіе ея сложности и трудности, сравнительно поздно въ нашемъ вѣкѣ стала объектомъ научнаго изслѣдованія, а потому значительно отстала отъ естествознанія, что также объясняется и тѣмъ, что научная обработка психологии возможна только при значительномъ уже развитіи естествознанія.

Аристотель столь глубоко и вѣрно опредѣлилъ душу, что и по настоящія времена его опредѣленіе остается наиболѣе совершеннымъ; „душа, по опредѣленію Аристотеля<sup>1)</sup>, первый принципъ бытія и дѣятельности тѣла, способныхъ жить“. Вундтъ<sup>2)</sup>, признавая это опредѣленіе совершенно вѣрнымъ, разъясняетъ его такъ: „душа есть энтелетія (т. е. первое начало или принципъ) живого тѣла или она есть та совокупность цѣлей духовнаго бытія и существа, которая при внѣшнемъ наблюденіи намъ представляется, какъ объективное, цѣлесообразное цѣлое“. Это же опредѣленіе Аристотеля служитъ основнымъ положеніемъ ученія о душѣ Mercier (op. cit.).

Значеніе этого опредѣленія видно уже изъ того, что его одинаково вѣрнымъ считаютъ и натуралистъ Вундтъ и епископъ Mercier; великія идеи побуждаютъ умы самыхъ различныхъ направленій.

Это опредѣленіе Аристотеля не только правильно устанавливаетъ предметъ психологии, но вполне точно опредѣляетъ методы и пути изслѣдованія психическихъ явленій. Если бы средневѣковые ученые слѣдовали совѣту великаго натуралиста-философа, мы не наслѣдовали бы психологии въ томъ печальномъ ея состояніи, въ какомъ она была лѣтъ 20—30 тому назадъ. Очевидно, что Аристотель понималъ душу, какъ дѣятельность управляющую тѣломъ, т. е. стоящую въ непосредственной связи съ организмомъ, а потому и изуче-

<sup>1)</sup> De Anima. Lib. II. c. 1. (Ed. Didot).

<sup>2)</sup> System der Philosophie. s. 585.

ніе этой дѣятельности невозможно безъ совокупнаго изученія жизни организма. Всѣ ученые работавшіе по психологін, напротивъ, совершенно отдѣляли душу отъ тѣла и вмѣсто изученія проявленій интеллекта въ человѣкѣ, искусственно выдѣливъ психическую жизнь, поставивъ ее въ искусственно созданное положеніе субстанціи, дѣятельность которой проявляется будто бы безъ всякой связи съ жизнью организма, изучали ее только путемъ внутренняго наблюденія, потому что душа внѣ ея связи съ организмомъ, доступна только внутреннему наблюденію. Изученіе психическихъ процессовъ отдѣльно отъ органическихъ процессовъ, конечно, возможно только путемъ внутренняго наблюденія, потому что психическіе процессы разсматриваемые въ искусственно созданной ихъ самостоятельности и независимости отъ органическихъ отправленияхъ, только доступны внутреннему воспріятію. Мы знаемъ, какъ мало далъ этотъ методъ изслѣдованія, не смотря на то, что психологіей съ особенной любовью занимались самые выдающіеся умы человѣчества, напр., Декартъ, Лейбницъ, Кантъ; всѣ усилія этихъ геніевъ подвинули психологію очень мало и только англійскіе философы — психологи расширили наши знанія о душѣ. Успѣхи психологін за все это время были такъ незначительны, что и по настоящіе времена психологія Аристотеля имѣетъ столь важное значеніе, что его ученіе приводится въ современныхъ руководствахъ психологін; въ другихъ наукахъ мнѣнія Аристотеля имѣютъ лишь историческій интерес<sup>1)</sup>.

Такая безуспѣшность выдающихся умовъ дать намъ научную психологію, объясняется несовершенствомъ метода ихъ изслѣдованій; методъ внутренняго наблюденія не можетъ считаться научнымъ методомъ, такъ какъ научное наблюденіе непремѣнно наблюденіе систематическое, по заранѣе составленной программѣ; внутреннее же наблюденіе — это случайное наблюденіе. Исторія всѣхъ наукъ учитъ насъ, что всѣ наблюдательныя науки созданы не случайными наблюденіями, а наблюденіемъ по плану и успѣхъ наблюденія, конечно, въ высокой степени зависитъ отъ рациональности заранѣе составленнаго плана для собиранія наблюденій.

Психологи—метафизики напрасно выдѣляютъ психологію изъ ряда всѣхъ другихъ наукъ и приписываютъ ей ту особенность, что она непремѣнно должна изучаться только путемъ внутренняго наблюденія; исторія психологін является лучшимъ опроверженіемъ и если св. Августинъ, Кантъ сдѣлали столь мало, пользуясь этими мето-

<sup>1)</sup> Напр., Bain въ своемъ извѣстномъ сочиненіи (*Les sens et l'intelligence. Trad. de l'anglais, 1874*) даетъ обстоятельное изложеніе психологін Аристотеля.

домъ, то еще меньше можно ожидать отъ современныхъ психологовъ старой школы, какъ извѣстно, не претендующихъ на гениальность.

Другой существенный недостатокъ этого метода тотъ, что внутреннему наблюдению недоступны непосредственно сами психическіе процессы, а только то, что сохраняетъ о нихъ память, слѣдовательно, внутреннее наблюдение имѣетъ дѣло не съ самимъ предметомъ изученія, а *миш* съ его образомъ воспоминанія, т. е. съ не точнымъ, не полнымъ воспроизведеніемъ предмета; понятно, что по моделямъ, рисункамъ, барельефамъ, какъ бы они не были хороши, нельзя изучить природы, образы же воспоминанія, вслѣдствіе неполноты и неточности нашей памяти, весьма неудовлетворительные снимки того, что произошло въ нашей душѣ.

И вотъ направленіе, принятое послѣ Аристотеля психологіей, привело ее, вслѣдствіе несовершенства ея метода, къ тому печальному положенію, что даже столь выдающійся мыслитель, какъ О. Контъ, отрицалъ психологію, какъ самостоятельное знаніе; по его ученію, психологія должна быть физиологіей головного мозга, такъ какъ болѣе того, что намъ можетъ дать физиологическое изученіе головного мозга, мы знать вообще не можемъ.

Рядомъ съ громадными успѣхами естествознанія, плачевное состояніе психологіи бросалось въ глаза еще болѣе и среди ученыхъ всего міра распространилось отрицательное отношеніе къ психологіи, какъ къ суммѣ бесплодныхъ хитросплетеній, ни на чемъ не основанныхъ. Этотъ взглядъ на психологію и въ настоящее время можетъ считаться наиболѣе распространеннымъ, напр. Шарко, въ одной своей лекціи въ 1892 году, затрогивая вопросъ чисто психологической (о личности и сознаніи), нашелъ нужнымъ оговориться, что онъ знаетъ, какими малымъ довѣріемъ пользуется психологія и что онъ будетъ разбирать вопросъ только, насколько онъ доступенъ естественно-историческому изученію, а Sanson, въ своемъ прекрасномъ сочиненіи *L'hérité* (1893) говоритъ о психологіи слѣдующее: „Школа Шарко, которой наука обязана пріобрѣтеніями, пролившими сильный свѣтъ на то, что наши метафизики называютъ психологіей“.

Тѣ успѣхи естествознанія, которые обязаны разумному примѣненію научныхъ методовъ, побудили наконецъ естествоиспытателей примѣнить и къ психологіи эти плодотворные методы; нѣкоторые психологи, напр. Waitz<sup>1)</sup>, также требовали, чтобы психологію разрабатывали съ помощью объективнаго наблюденія. Waitz и самъ началъ путемъ изученія народовъ, обычаевъ и т. п. изучать и освѣщать явленія нашей внутренней жизни.

<sup>1)</sup> Lehrbuch der Psychologie, als Wissenschaft. 1879.

Но болѣе всего сдѣлали для успѣха психологій талантливые физиологи и врачи, примѣнившіе въ этой области изслѣдованія тѣ методы, которые они изучили въ физиологическихъ кабинетахъ и клиникахъ: Э. Веберъ, Гельмгольцъ, Фехнеръ, Штумфъ, Герингъ, Деспэнъ, Мейнертъ, Сѣченовъ и многіе другіе выдающіеся физиологи и врачи, наконецъ, научили насъ, какъ нужно разрабатывать психологію; болѣе всѣхъ сдѣлалъ Вундтъ, который соединяя въ себѣ глубокія знанія по естествознанію и по физиологій обосновалъ теоретически въ рядѣ капитальныхъ сочиненій<sup>1)</sup> научную методику психологій и, пользуясь этими методами, сдѣлалъ не мало вкладовъ въ ученіе о психической жизни. Это возрожденіе психологій, созданное трудами естествоиспытателей, дало психологій твердую почву; она въ послѣдніе года снова получила права гражданства, ее опять стали изучать и ею интересуются не только метафизики, но и естествоиспытатели. что доказывается цѣлымъ рядомъ капитальныхъ сочиненій по психологій, вышедшихъ за послѣдніе годы<sup>2)</sup>. Методы, такъ сказать, возрожденной психологій теоретически разработаны болѣе всего Вундтомъ и хотя еще не мало психологовъ старой школы не раздѣляютъ ученія Вундта, но успѣхи, сдѣланные психологіей, благодаря этимъ методамъ, такъ велики, обоснованы они философомъ-естествоиспытателемъ такъ научно, что не можетъ быть сомнѣнія въ ихъ рациональности.

Прежде всего современная психологія не выдѣляетъ себя отъ всѣхъ остальныхъ наукъ, какъ то было съ старой психологіей, стоявшей въ сторонѣ отъ всѣхъ остальныхъ наукъ; современная психологія стоитъ въ ближайшей связи съ естествознаніемъ вообще; анатомія и физиологія нервной системы служатъ главными вспомогательными знаніями для современной психологій; однимъ словомъ, психологія все болѣе и болѣе сближается и сливается съ другими отраслями знанія, также, какъ и всѣ остальные науки, напр., химія не возможна безъ физики и, въ свою очередь, даетъ много для біологій. исторія стоитъ въ ближайшей связи съ наукой о государствѣ и т. п.

Современная психологія стремится изучать психическіе процессы въ связи съ жизнью организма, ибо, какъ указалъ Аристотель, душа есть принципъ, энтелехія организма и потому, конечно, жизнь души

<sup>1)</sup> Op. cit. Logik. 2 Bd. Ueber psychologische Methoden. Philosoph. Stud. Bd. I. Die Aufgaben d. experiment. Psychol. Die Messung psych. Vorgänge. (Essays, 1875).

<sup>2)</sup> James. Psychology vol. 2. Id. Text-Book of Psychology Ladd. Outlines of physiological Psychology. Baldwin. Handbook of psychology. Vol. 2. Sully. The human Mind. Vol. 2. Fouillée. La psychologie des idées-forces. Vol. 2. Hoffding. Psychologie.

выражается, осуществляется въ отправленияхъ организма; психическіе акты въ то же время выражаются измѣненіями въ организмѣ. Такое изученіе психическихъ процессовъ въ ихъ проявленіи и въ совокупности съ органическими ихъ выраженіями даетъ намъ возможность пользоваться методомъ научнаго наблюденія; органическіе процессы всецѣло доступны объективному научному наблюденію; кромѣ того, такой способъ изученія имѣетъ громадное преимущество и въ томъ отношеніи, что мы изучаемъ психическіе акты въ совокупности, въ связи съ физическими явленіями, а не отдѣльно, изолировавъ искусственно ихъ отъ виѣшняго міра, какъ то дѣлали прежде.

Для изученія отправленій, нужно прежде всего знать органы и его строенія, поэтому анатомія, и преимущественно анатомія головного мозга, есть основаніе современной психологии; въ самомъ дѣлѣ, развѣ мыслимо знаніе отправления органа безъ предварительнаго изученія его строенія. Открытія въ анатоміи головного мозга были виѣсть съ тѣмъ и открытіями въ психологии, и труды великаго анатома и мыслителя Мейнерта <sup>1)</sup> по анатоміи мозга оказали громадное вліяніе на развитіе психологии; многое изъ того, что сдѣлано Мейпертомъ, вошло почти во всѣ сочиненія по психологии и изученіе анатоміи мозга повело самого Мейнерта къ уясненію и разрѣшенію многихъ вопросовъ психологии; строеніе нервной системы является для насъ указаніемъ, объясненіемъ плана психической жизни; въ этомъ строеніи мы видимъ какъ устроены органы психической жизни, по какому плану происходитъ психическая жизнь. Особенно важна сравнительная анатомія головного мозга, какъ это доказалъ Мейнертъ; изученіе паталогическихъ измѣненій въ мозговой корѣ человѣка имѣетъ не меньшее значеніе; напр., локалізація различныхъ формъ афазіи научило насъ правильно понимать способность рѣчи.

Физиологія нервной системы, особенно же физиологія органовъ чувствъ не только разъяснила намъ многое въ психологии, но обогатила наши знанія о психическихъ процессахъ громаднымъ количествомъ фактовъ первостепенной важности. Простѣйшій элементъ психической жизни—ощущеніе — былъ изученъ именно физиологіей органовъ чувствъ и труды Гельмгольца <sup>2)</sup>, Штумфа <sup>3)</sup> о зрительныхъ и слуховыхъ ощущеніяхъ останутся навсегда убѣдительнымъ доказательствомъ плодотворности естественно-историческаго изученія психическихъ явленій.

<sup>1)</sup> Значеніе Мейнерта для психологии выяснено въ прекрасной статьѣ д-ра Сербскаго — Психологическіи возрѣнія Мейнерта. (Вопросы психологии. 1893).

<sup>2)</sup> Physiologis. Optik. Lehre von Tonempfindungen.

<sup>3)</sup> Tonpsychologie.

\*

Изучая физиологическіе процессы насколько они сочетаны съ психическими, насколько они служатъ выраженіемъ, осуществленіемъ психическихъ, мы тѣмъ самымъ изучаемъ психическіе процессы, съ ними сочетанные. Считаю нужнымъ оговориться, во избѣжаніе недоразумѣнія, что отнюдь не слѣдуетъ отождествлять физиологическіе процессы съ психическими; извѣстный парадоксъ Бюхнера о томъ, что мозгъ вырабатываетъ мысли, какъ печень желчь и почки мочу, и успѣхи ученія Бюхнера доказываютъ только то, что психологія въ то время была въ такомъ упадкѣ, что самыя нелѣпыя сужденія были возможны и имѣли большой успѣхъ.

Физиологическіе процессы суть только внѣшнее выраженіе психическихъ или, прибѣгая къ извѣстному сравненію Фехнера<sup>1)</sup>, она выпуклая сторона, а психическіе процессы вогнутая линія круга; въ внутреннему наблюденію доступна вогнутая сторона линіи круга — наблюдатель помѣщенъ внутри круга; объективному наблюденію доступна выпуклая сторона — наблюдатель помѣщенъ внѣ круга. Не имѣя возможности научнымъ наблюденіемъ изучить вогнутую сторону линіи, мы должны изслѣдовать выпуклую сторону той же линіи, объективное, научное наблюденіе которой возможно. „Всѣ ассоціаціи представленій являются для насъ соединеніями, обусловленными дѣлсообразной, для нихъ предназначенной, организаціей. Образование сложныхъ зрительныхъ, слуховыхъ и осязательныхъ представленій обусловлено свойствами периферическихъ и центральныхъ органовъ чувствъ. сочетаніе сходныхъ и причинно связанныхъ между собою представленій обусловлено опредѣленными законами иннерваціи центральной нервной системы. Все это уже указываетъ на самую непосредственную связь психическихъ процессовъ съ физиологическимъ механизмомъ“<sup>2)</sup>.

Дѣйствительно, изученіе физиологической стороны психическихъ процессовъ есть одинъ изъ самыхъ плодотворныхъ методовъ психологіи, и уже теперь лучше всего изучены тѣ психическіе процессы, которые сопутствуются физиологическими явленіями, обусловленными этими послѣдними, т. е. ассоціативные психическіе процессы. Предметъ настоящихъ лекцій будетъ изученіе тѣхъ психическихъ процессовъ, которые выражаются физиологическими отправлениями, сочетаны съ этими послѣдними, т. е., по опредѣленію Вундта, физиологическая психологія.

Насколько патологія вообще имѣетъ значеніе для физиологіи, настолько патологія нервной системы является вспомогательной наукой для психологіи. Патологія нервной системы дала не мало новаго для

<sup>1)</sup> Elemente der Psychophysik Bd. 1. s. 2.

<sup>2)</sup> Wundt, Logik. Bd. II, 1. s. 509, 510.

психологии, что уже и оценено современной наукой. Учение об афазии, разработанное клиницистами, есть одно из крупных приобретений для психологии; значение чувствований в психической жизни выяснено было психиатрами; исследование болезненно разстроенной проводимости ощущений, напр., при спянной сухотке (Tabes dorsalis), дало нам самые точные сведения о различных видах ощущений. В классическом сочинении James — Psychology (2 vol.) не мало примечательны мастерское пользование данными патологии нервной системы для объяснения вопросов психологии. Укажу еще на известные сочинения Рибо — *Maladies de la memoire*; *Psychologie de l'attention*; на прекрасную работу Oelzelt — Newin, *Ueber die sittlichen Dispositionen*, в которой автор для объяснения психических явлений больше всего пользовался данными психиатрии. Не подлежит сомнению, что, когда психиатры будут больше знакомы с наукой о душе, их труды будут иметь еще большее значение для психологии.

Для объективного изучения высших творческих или апперцептивных психических процессов, не сочетанных с определенными физиологическими изменениями и не обусловленными определенными физиологическими законами, мы должны исследовать их объективное выражение теми же методами научного наблюдения. Не довольствуясь внутренним, т. е. случайным наблюдением, современная психология стремится изучать их у различных народов, на обособленных группах лиц, на отдельных лицах. Это объективное изучение отличается от тех случайных, хотя часто и гениальных наблюдений, которые нам даны поэтами и художниками, именно своим методом — методом научного систематического, по составленному плану, *сравнительного* наблюдения. Я не буду здесь объяснять значение *сравнительного* наблюдения, как научного метода, так как это заняло бы много места; интересующиеся этим вопросом, найдут подробное применение предмета в Логике Вундта. Вундт называет этот метод *сравнительно-психологическим* методом. Сравнительный метод употребляется в двух формах; *индивидуальный* метод служит по возможности для всестороннего изучения психической жизни отдельного лица или отдельной группы лиц; *генерический* метод служит для изучения одного или нескольких психических отклонений на, по возможности, большем числе отдельных лиц. Индивидуальный метод — метод клинического изучения, наиболее полно разработанный и применяемый врачами, до сих пор еще мало употреблялся психологами; гораздо больше пока сделано генерическим методом; Криминальная антропология создана генерическим методом; Ломброзо и его последователи стремились изучить на нормальных лицах и на большем

числѣ преступниковъ не только отдѣльныя особенности анатомической, но и психической организаци; на примѣръ, Ломброзо, чтобы выяснитъ особенность психическаго склада преступниковъ, собралъ громадное число написаннаго преступниками <sup>1)</sup>).

Не буду болѣе подробно останавливаться на этихъ методахъ, также какъ и на методѣ историческомъ, на психологiи народовъ и, наконецъ, на изученiи языка, какъ памятника духовнаго творчества народовъ. Въ этихъ лекціяхъ я не буду пользоваться этими методами; упомянуть о нихъ необходимо для того, чтобы указать, какъ разнообразны источники современной психологiи, какъ широко примѣненъ методъ научнаго наблюденiя. Изученiе языка и исторiи, какъ это ясно для всякаго, должно намъ много выяснитъ относительно творческихъ процессовъ нашей души; пока въ этомъ направленiи сдѣлано немного и ученый мiръ ждетъ отъ Вундта руководящаго сочиненiя, которое, какъ есть основанiе надѣяться, скоро появится въ печати.

Поятно, что методъ объективнаго систематическаго наблюденiя не упраздняетъ метода внутренняго наблюденiя; послѣдній навсегда останется главнѣйшимъ, но не единственнымъ методомъ изученiя внутренняго мiра. О. Контъ, Маудсли, требовавшіе совершенно устранить методъ внутренняго наблюденiя, впадали въ столь же грубую ошибку, какъ и метафизики, пользовавшіеся исключительно этимъ методомъ. Герценъ (Le Sergeau, p. 31) вполне вѣрно говоритъ: „Физиологи, подвергая остракизму внутреннее наблюденiе, произвольно суживаютъ область своихъ изслѣдованiй... Нужно подвергнуть остракизму не внутреннее наблюденiе, а исключительное приименiе этого метода“. Явленiя сознанiя даны намъ непосредственно и было бы нелѣпо пользоваться посредственно намъ даннымъ знанiемъ внѣшняго мiра, искусственно выдѣляя и устраняя данное непосредственно. Психологiя никогда не была и не будетъ лишь главой физиологiи; напротивъ, можно разсматривать физиологiю, какъ главу психологiи, такъ какъ она изучаетъ лишь нѣкоторыя (животныя и растительныя) проявленiя энтелехiи нашего я; для того, чтобы всецѣло изучить проявленiя души, т. е. энтелехiи нашего организма, нужно изучить психическія, животныя и растительныя проявленiя одухотворяющаго наше тѣло начала; ни одинъ философски мыслящій физиологъ не станетъ отрицать, что это объясняющее жизнь, объединяющее во едино организмъ начало проникаетъ во всѣ отправления организма, значенiе и цѣлесообразность которыхъ только и могутъ быть поняты при разсмотрѣнiи всѣхъ органическихъ отправленiй, какъ созданныхъ, подго-

<sup>1)</sup> Palimsesti del carcere. 1888.

товленныхъ для проявленія духовной жизни. Какъ вполне вѣрно говоритъ Вундтъ <sup>1)</sup>: „физическая организація въ ея составныхъ частяхъ, служащихъ органомъ для проявленія психическихъ процессовъ, можетъ быть понята только какъ продуктъ постепеннаго развитія психической жизни“.

Однако, всѣ упомянутые источники современной психологіи основаны, даны наблюденіемъ и однимъ лишь наблюденіемъ; одно-же наблюденіе, какъ бы систематично оно ни было, какъ бы разумно не былъ составленъ его планъ, еще не можетъ создать науки въ истинномъ смыслѣ этого слова, а лишь только знаніе. Еще Кантъ <sup>2)</sup> выяснилъ намъ, что *наука* создается примѣненіемъ математики и опыта; то, что добыто наблюденіемъ лишь знаніе; поэтому физика конечно наука, а минералогія лишь знаніе; знаніе становится наукой, когда добытое наблюденіемъ подтверждено опытомъ, подвергнуто математическимъ операціямъ; поэтому Кантъ утверждалъ, что психологія не можетъ быть наукой; математика не приложима къ психическимъ явленіямъ, такъ какъ онѣ имѣютъ только одно измѣреніе, а именно во времени; какъ извѣстно, математика приложима только къ тому, что имѣетъ два измѣренія; также, по мнѣнію Канта, невозможны и опыты въ психологіи, потому что наши душевныя состоянія всегда весьма сложны, не могутъ быть измѣняемы по произволу; при томъ же искусственно созданныя условія, необходимыя для опыта, сами по себѣ измѣняютъ обычное теченіе психической жизни.

Однако, не смотря на все благоговѣніе германскихъ ученыхъ предъ Кантомъ его утвержденіе, что психологія не можетъ быть наукой, не принято было на вѣру и явились попытки приложить математику и наконецъ опытъ къ изученію нашей внутренней жизни. Почти семьдесятъ лѣтъ тому назадъ Гербартъ <sup>3)</sup> пытался примѣнить математику къ психологіи и создать психологію, основанную на математикѣ, но его трудъ, хотя и былъ большимъ приобрѣтеніемъ для науки, оказался лишь искусственнымъ, произвольнымъ примѣненіемъ математики къ психологіи; вѣчной, крупной заслугой Гербарта было ясно определенное стремленіе изучать психологію съ помощью методовъ естествознанія, попытка найти простѣйшій элементъ психической жизни; такъ онъ считалъ представленіе; онъ категорически утверждалъ, что въ психологіи, также какъ и въ естествознаніи, прежде всего нужно установить простѣйшій элементъ, изъ различныхъ сочетаній котораго

<sup>1)</sup> Logik. Bd. II, D. 510.

<sup>2)</sup> Metaphis. Anfangsgrunde d. Naturwissenschaft. Bd. V.

<sup>3)</sup> Psychologie als Wissenschaft 1824—25.

и складывается вся душевная жизнь. Гербартъ гениально указалъ и на второе измѣреніе психическихъ процессовъ — а именно онъ считалъ возможнымъ измѣрять интенсивность психическихъ процессовъ; но къ сожалѣнію, онъ не нашелъ способа измѣрять эту интенсивность и его математическія построенія произвольны и теперь никакого значенія не имѣютъ.

Э. Веберу <sup>1)</sup> принадлежитъ честь открытія способа измѣренія интенсивности ощущеній и, благодаря его гениальному открытію, мы получили возможность примѣнять математику въ психологіи. Этоъ великій физиологъ установилъ постоянную зависимость между интенсивностью раздраженія и ощущенія; именно онъ доказалъ, что разница между всякими двумя раздраженіями ощущается одинакою, если отношеніе между ними остается неизмѣннымъ. Такимъ образомъ оказалось возможнымъ измѣрять интенсивность ощущеній съ помощью опредѣленія интенсивности раздраженій, такъ какъ найдена была единица мѣры интенсивности—а именно минимальное измѣненіе интенсивности ощущеній. Интенсивность ощущеній сама по себѣ величина не соизмѣрима, но разница между интенсивностями можетъ быть измѣрена, такъ какъ мы имѣемъ единицу мѣры въ минимальномъ измѣненіи интенсивности ощущеній, или въ минимальной разницѣ между интенсивностями двухъ ощущеній. Измѣняя постепенно отношеніе между двумя раздраженіями, мы наконецъ найдемъ между ними такую разницу, которая едва воспринимается; т. е. при малѣйшемъ увеличеніи меньшаго раздраженія, мы уже не ощущаемъ разницы въ интенсивности этихъ двухъ раздраженій. Эта минимальная разница въ интенсивности и есть единица мѣры, такъ какъ она величина опредѣленная и благодаря ей интенсивность ощущеній можетъ быть измѣрена съ помощью измѣненій въ интенсивности раздраженій. Понятно, что интенсивность ощущеній измѣряется лишь относительно, такъ какъ сама эта интенсивность опредѣляется отношеніемъ къ интенсивностямъ ощущеній; для сознанія мы не имѣемъ абсолютныхъ мѣръ, а лишь относительныя, такъ какъ интенсивность ощущеній лишь относительна.

Законъ установленный Веберомъ и называемый закономъ Вебера былъ впоследствии развитъ и разработанъ другими изслѣдователями главнымъ образомъ Фехнеромъ <sup>2)</sup>; въ той формѣ, въ какой онъ былъ данъ Веберомъ, онъ признанъ почти всѣми, какъ основной *психофизическій* законъ, устанавливающей отношеніе между вѣшнимъ міромъ и сознаніемъ и послужилъ исходнымъ пунктомъ не только примѣ-

<sup>1)</sup> Annotationes anatomicae. 1831.

<sup>2)</sup> Op. cit.

ненія математики къ психологiи, но и опытнаго изслѣдованія психическихъ явленiй.

Веберъ показалъ, что произвольно измѣняя интенсивность раздраженія, мы тѣмъ самымъ произвольно въ постоянной зависимости отъ интенсивности раздраженія, измѣняемъ интенсивность ощущенiй. Изученiе зависимости между интенсивностью раздраженія и интенсивностью ощущенiя, скоро стало предметомъ экспериментальныхъ изслѣдованiй Фехнера, Вундта, Экснера, Фирордта и другихъ ученыхъ. Всякому понятно какъ трудны такiе опыты уже по одному тому, что они должны быть многочисленны; крайняя сложность и измѣнчивость нашей внутренней жизни требуетъ громаднаго числа опытовъ, такъ какъ только при очень большомъ ихъ числѣ, можно исключить влiяніе постороннихъ влiяній на прямое изслѣдованіе. Мое изслѣдованіе *Ueber die Zeitverhältnisse des Apperception einfacher und zusammengesetzten Vorstellungen untersucht mit Hilfe Complicationsmethode* <sup>1)</sup>, произведенное въ лабораторiи Вундта потребовало болѣе двадцати тысячъ опытовъ. Опытная психологiя одна изъ крупныхъ заслугъ германскихъ ученыхъ; по шѣткому замѣчанію американца James, эти изслѣдованія доступны только тому народу, который не знаетъ, что такое утомленіе.

Область опыта въ психологiи все болѣе расширяется; въ настоящее время мы не можемъ опредѣлить будущіе опыта въ психологiи и мнѣніе даже такого авторитета, какъ Bain <sup>2)</sup>, принимающаго, что для опыта доступны лишь нѣкоторые, немногіе вопросы психологiи, ни на чемъ не основано.

До сихъ поръ опытъ примѣнялся болѣе всего для разъясненія отношенія между раздраженіемъ и ощущеніемъ — между внѣшнимъ воздѣйствіемъ и внутренней реакціей на такое воздѣйствіе, т. е. отношенія между внѣшнимъ міромъ и сознаніемъ. Изученіе законообразности въ отношеніи тѣла къ сознанію составляетъ объектъ *психофизики*, обоснованной главнымъ образомъ Фихнеромъ; эти опыты имѣютъ громадное значеніе для психологiи потому, что они устанавливаютъ законообразность въ отношеніи между тѣломъ и душой, между раздраженіемъ и ощущеніемъ. Наконецъ, благодаря этимъ опытнымъ изслѣдованіямъ, мы получили возможность всесторонне изучить элементъ психической жизни — *ощущеніе*, непосредственно недоступный нашему внутреннему опыту, такъ какъ для созданія ощущенія даны всегда въ ихъ совокупности — въ представленіи. Понятно, что наука

<sup>1)</sup> *Phylosophis. Studien* Bd. II.

<sup>2)</sup> *The respective spheres.* (International Congress of experimental Psychologie. 1893.

прежде всего должна обосновать и изучить элементъ, изъ котораго складываются сложныя явленія; такимъ элементомъ нашей психической жизни нужно считать ощущенія, изучать которыя мы можемъ только путемъ психофизическаго опыта, т. е., произвольно воздѣйствуя опредѣленными раздраженіями различной интенсивности, мы можемъ вызывать соответствующія этимъ раздраженіямъ измѣненія сознанія, т. е. ощущенія и при томъ извѣстной интенсивности. Какъ для раціональной химіи необходимо было найти и изучить простѣйшія химическія тѣла, такъ и для обоснованія психологіи прежде всего нужно изучить ощущенія.

Вслѣдъ за изученіемъ ощущеній необходимо изучить образованіе сложныхъ представленій, разложить сложныя представленія на ихъ составныя части и опредѣлить законы образованія сложныхъ представленій; эти вопросы также доступны для изученія путемъ опыта. какъ это доказано классическими трудами Гельмгольца. Мы можемъ произвольно вызывать тѣ или другія представленія, можемъ измѣнять обстановку, условія воспріятія, произвольно измѣнять самое содержаніе воспріятого, т. е. представленій, слѣдовательно, мы можемъ опредѣлить, какъ составляются сложныя представленія, изъ какихъ частей они состоятъ и по какимъ законамъ происходитъ сочетаніе этихъ частей; напр., въ вышеприведенномъ моемъ экспериментальномъ изслѣдованіи, я выяснилъ, что процессъ сочетанія разнородныхъ представленій отличается отъ процесса сліянія однородныхъ представленій по его продолжительности.

Наконецъ, опытнымъ путемъ мы можемъ опредѣлить продолжительность многихъ психическихъ процессовъ; этотъ отдѣлъ экспериментальной психологіи называется *психометріей*. Мы, благодаря многочисленнымъ изслѣдованіямъ, имѣемъ весьма точныя данныя о продолжительности, времени воспріятія, времени различенія, времени выбора, продолжительности ассоціаціи и сужденія. Въ послѣдніе годы, по примѣру Вундта, основавшаго болѣе десяти лѣтъ тому назадъ въ Лейпцигѣ лабораторію экспериментальной психологіи, учреждены такія же лабораторіи во многихъ университетахъ; нѣтъ сомнѣнія, что опытное изученіе психологіи скоро будетъ обязательнымъ для каждаго психолога.

Медицина дала въ послѣдніе годы еще одинъ плодотворный способъ изслѣдованія, а именно въ изученіи гипнотизма. Изученіе гипнотизма имѣетъ, какъ это ясно для каждаго, значеніе не только для медицины, но и для психологіи, такъ какъ гипнотизируя и *внушая* субъекту, мы тѣмъ самымъ произвольно измѣняемъ его психическое состояніе. Вундтъ<sup>1)</sup> видитъ въ такомъ изученіи психиче-

<sup>1)</sup> Hypnotismus und Suggestion. (Philosop. Studien Bd. VIII).

скихъ измѣненій лишь наблюденіе, но такое противорѣчіе его съ тѣмъ, какъ онъ самъ опредѣляетъ опытъ въ психологій, указываетъ только его предубѣжденіе относительно гипнотизма. Нужно согласиться съ Sidgwick<sup>1)</sup>, категорически признавшимъ за гипнотическими изслѣдованіями значеніе опытныхъ изслѣдованій. Лондонскій конгрессъ экспериментальной психологій имѣлъ особую секцію, посвященную гипнотизму, какъ орудію психологическихъ изслѣдованій. Уже то, что сдѣлано съ помощью гипнотизма указываетъ намъ на громадное значеніе гипнотизма для разрѣшенія психологическихъ вопросовъ и главнымъ образомъ вопроса объ отношеніи между тѣломъ и душою, такъ что въ этомъ отношеніи гипнотизмъ составляетъ отдѣлъ психофизики. Только благодаря гипнотизму мы, съ полной точностью, путемъ опыта узнали о вліяніи представленій даже на чисто органическіе процессы, напр., что представленіе можетъ вызвать воспаление, какъ это доказалъ случай Focachon'a въ присутствіи Bernheim и Beaunis, внушившаго субъекту въ гипнотическомъ состояніи, что на его спинѣ, на обозначенномъ мѣстѣ, появится пустулезное воспаление, какъ отъ ожога, что и произошло<sup>2)</sup>. Такимъ образомъ, гипнотизмъ даетъ намъ полную возможность изучать воздѣйствіе духа на тѣло, такъ какъ мы можемъ у загипнотизированнаго произвольно измѣнять психическія состоянія. Психологи уже начали пользоваться гипнотизмомъ, какъ способомъ для изученія психическихъ явленій и не смотря на то, что научная разработка гипнотизма началась всего нѣсколько лѣтъ тому назадъ, психологій уже обогатилась новыми данными, въ высшей степени интересными.

Психологій, обоснованная на методѣ научнаго наблюденія и на опытѣ, должна быть изучаема каждымъ образованнымъ человѣкомъ, такъ какъ нѣтъ науки болѣе необходимой для всякаго, стремящагося къ всестороннему развитію, какъ наука о самомъ высшемъ и священномъ для насъ — науки о нашей душевной жизни.

---

<sup>1)</sup> The President's adress. International congress of experimental Psychologie. 1893.

<sup>2)</sup> Гипнотизмъ. Реальная энциклопедія Эйленбурга и Афанасьева.

## Преступленіе первично-помѣшаннаго.

(Судебно-психіатрическій случай).

В. Н. Ергольскій.

7-го іюня текущаго года въ домъ умалишенныхъ при Калужской губернской земской больницѣ былъ доставленъ крестьянинъ М. К., 37 лѣтъ. Въ препроводительной бумагѣ Сергіевскаго волостного правленія, приславшаго К., былъ приложенъ актъ освидѣтельствования его на мѣстѣ участковымъ земскимъ врачомъ г. Изачикъ. К. признавался страдающимъ душевнымъ разстройствомъ и былъ присланъ на излеченіе. Помѣщенный въ домъ умалишенныхъ, онъ пробылъ здѣсь до 28-го іюня. Въ этотъ день былъ выписанъ, черезъ 3 дня убилъ свою жену и 1-го сентября вновь поступилъ въ арестанское отдѣленіе больницы на испытаніе умственныхъ способностей по распоряженію судебной власти. Изъ данныхъ, которыя указаны въ актѣ д-ра Изачикъ, изъ распроса самого К., его жены, приходившей 20-го іюля навѣстить мужа въ домъ умалишенныхъ, изъ свѣдѣній, сообщенныхъ мнѣ судебнымъ слѣдователемъ, и изъ личнаго изслѣдованія и наблюденія К. въ больницѣ въ первый разъ, когда онъ находился на излеченіи, и второй разъ, когда онъ поступилъ на испытаніе, мнѣ удалось составить слѣдующую исторію болѣзни К.

*Анамнезъ.* Отецъ К. сильно злоупотреблялъ спиртными напитками. Умеръ отъ удара. Матери своей К. не помнитъ, ибо она умерла, когда онъ былъ еще ребенкомъ. Ничего объ ней не знаетъ. Слыхалъ только, что она была „маленькая“ и слабая, болѣзненная женщина. Братья и сестры К. здоровы. О болѣе дальней роднѣ ничего не знаетъ. Самъ К. въ дѣтствѣ, отрочествѣ и юношествѣ никакими особыми болѣзнями не страдалъ. И ничѣмъ не отличался отъ своихъ сверстниковъ. Развѣ только тѣмъ, что до 20-ти лѣтъ не имѣлъ никакого стремленія къ женщинамъ, съ которыми ни разу не „баловался“. Онанизмомъ тоже не занимался. Однако, къ водкѣ у него стремленіе появилось довольно рано и онъ уже въ юношествѣ ею порядочно злоупотреблялъ. 20 лѣтъ К. женился на дѣвушкѣ той же деревни. Женился по своей волѣ: невѣста ему нравилась. Начали жить въ

мирѣ и согласіи. 21 года былъ взятъ въ солдаты. Уѣхалъ въ полкъ, въ Варшаву, гдѣ пробылъ всѣ 5 лѣтъ службы. За все время разлуки ни разу не измѣнялъ женѣ и нисколько не тяготился отсутствіемъ сексуальнаго удовлетворенія. Водку продолжалъ пить изрядно. За всѣмъ этимъ служба его протекла безъ какихъ бы то ни было особыхъ происшествій. Отслужилъ. Возвратился домой въ деревню къ женѣ и сохѣ. Жена тоже оставалась ему вѣрна и они снова зажили душа въ душу. Прижили до настоящаго года 7 душъ дѣтей. Изъ нихъ 5 умерло въ раннемъ младенствѣ. Нѣкоторые при наличности какихъ-то судорожныхъ явленій. Одна дѣвочка, послѣдняя изъ умершихъ, родилась уродомъ: была крайне неправильно сложена, не имѣла, напримѣръ, вовсе одного пальца. Умерла скоро по рожденіи. К. она до того поразила своимъ уродствомъ, что онъ не хотеть о ней вспоминать и описывать болѣе подробно ея уродство. Остальные двое дѣтей живы и здоровы. Водкой К. продолжалъ злоупотреблять, но годъ тому назадъ бросилъ ее пить совсѣмъ. Раньше и первые годы послѣ службы К. занимался земледѣіемъ. Послѣдніе годы, по преимуществу, служилъ лѣснымъ сторожемъ у разныхъ крупныхъ лѣсовладѣльцевъ.

Такъ протекла мирно жизнь супруговъ К. вплоть до мая мѣсяца текущаго года. Въ маѣ же жена замѣтила, что К. сталъ какъ-то подозрительно къ ней относиться и слѣдить за нею. Наконецъ, сталъ ее обвинять въ томъ, что она измѣняетъ ему съ плотниками и приказчикомъ, свозившими лѣсъ и квартировавшими въ сторожкѣ. Самъ К. рассказываетъ о возникновеніи у него этихъ подозрѣній такъ. Однажды ночью онъ лежалъ съ женой и ласкалъ рукою ея genitalia, прибавилъ онъ съ усмѣшкою, „и часто дѣлалъ“. Показалось ему во время этихъ манипуляцій, что introitus vaginae у жены сталъ гораздо больше, чѣмъ былъ раньше. Это удивительное обстоятельство поразило его и онъ тотчасъ же приписалъ его происхожденіе сношеніямъ жены съ приказчикомъ и плотниками. Тутъ же заявилъ объ этомъ женѣ. Та возмущилась и стала его усовѣщевать и стыдить, что онъ подозрѣваетъ ее въ ея лѣта (35 лѣтъ) послѣ 17-ти лѣтняго благополучнаго супружества въ такихъ грѣховныхъ дѣлахъ. „Къ тому же и приказчикъ“, говорила она: „уже старый, сѣдой человекъ и не пойдетъ на это дѣло“. — „Что-жь, что старый“, отвѣчалъ М. „Хоть и старый, да гладкій, красномордый; не то, что я, худой да тощій“. Однако, жена нѣсколько успокоила его на этотъ разъ. Но не убѣдила; потому что онъ продолжалъ за ней слѣдить. Къ каждому ея шагу и слову, а равно къ каждому шагу и слову приказчика и плотниковъ относился крайне подозрительно. Ничего, однако, не могъ замѣтить существеннаго. Наконецъ нашель, по его

миѣнію, существенную улику и убѣдился въ своихъ подозрѣніяхъ. Замѣтилъ же буквально лишь слѣдующее.

29-го мая, въ пятницу, приказчикъ послалъ его въ сосѣднюю деревню Курлово нанять пильщиковъ для пилки лѣса. М. отправился и всю дорогу думалъ, что непременно, отсылая его, приказчикъ имѣлъ заднюю мысль повеселиться безъ него на свободѣ съ его женой. Поэтому очень спѣшилъ. Тотчасъ же, передавъ приказаніе приказчика Курловскимъ пильщикамъ, спѣшилъ воротиться. Возвратившись обратно потихоньку, незамѣтно прокрадывается кустами къ сторожкѣ и залегаетъ въ кустахъ такъ, чтобы ему было видно все, что дѣлается въ сторожкѣ и около нея.

Уже вечерѣло. Приказчикъ и плотники были въ сборѣ. Сидѣли въ избѣ. На столѣ кипѣлъ самоваръ. На крыльцо вышла Прасковья (жена К.) съ чайникомъ и, пополоскавъ, выплеснула изъ него старый спитой чай. Воротилась въ избу. Заварила квартирантамъ новый чай. Приказчикъ сталъ пить съ плотниками. Налили чаю и Прасковья. М. жадно наблюдалъ эту сцену и прислушивался къ разговору. Приказчикъ, упитанный, пожилой человекъ, съ сѣдою головою, велъ съ плотниками игривый разговоръ о бабахъ. Характеризуя бабъ вообще, онъ высказалъ, между прочимъ, слѣдующую мысль: „Ишь, бабамъ, все ничего! Поцѣлуешь ты ее, обнимешь — это она въ грѣхъ себѣ не ставитъ. Только когда ты ее совсѣмъ „повалишь“, она спохватится, да поздно“. Плотники хохотали, Прасковья тоже засмѣялась. М. эта рѣчь приказчика задѣла за живое. Онъ рѣшилъ, что приказчикъ намекалъ на его жену и что у нихъ непременно былъ „грѣхъ“. Тутъ онъ обратилъ вниманіе на то, что приказчикъ былъ разряженъ, въ красной кумачной „заграничной“, какъ выразился М., рубахѣ и въ жилетѣ. Прасковья тоже была въ чистомъ сарафанѣ съ такими же „заграничными“ рукавами. „Не даромъ она нарядилась такъ!“ думалъ М.

Отпили чай, встали изъ-за стола. Прасковья стала убирать посуду. Приказчикъ заказалъ ей сдѣлать яичницу. Прасковья стала готовить печку и достала яйца. М. замѣтилъ, что она взяла изъ чулана всѣ 8 яицъ, которыя у нихъ были. „Вишь не жалѣетъ для любовника!“ замѣтилъ онъ себѣ. Приказчикъ вышелъ на дворъ. Отыскалъ черепокъ и сталъ мазать дегтемъ сапоги. Вышла Прасковья за дровами съ топоромъ. На дворѣ лежала куча хворосту — мелкаго и крупнаго. Прасковья отобрала охалку и говоритъ приказчику: „Наруби мнѣ вотъ эти хворостины крупныя — у меня силы не хватитъ, а мелкія я сама порублю“. Приказчикъ взялъ у нея топоръ и порубилъ всю охалку и мелкія и крупныя. М. замѣтилъ опять себѣ это: „вишь, какъ онъ для нея старается! Не даромъ это“.

Воротились въ избу. Скоро яичница была готова. Приказчикъ заку-  
силъ и, одѣвшись, ушелъ. Разошлись и плотники. Прасковья оста-  
лась одна. М. вышелъ изъ засады и, какъ будто прямо съ дороги  
изъ Курлова, входитъ въ избу и проситъ жену поставить само-  
варъ: „Пить, говоритъ, сильно хочется съ дороги“. Жена тот-  
часъ же стала ставить самоваръ. У М., какъ онъ выразился, „все  
нутро поварачивается“. Самоваръ готовъ. Чай заваренъ Прасковьей.  
М. пьетъ. „Выпей и ты со мной“, говоритъ онъ женѣ. — „Нѣтъ я не  
хочу. Сейчасъ приказчикъ съ плотниками пилъ чай, отъ нихъ оста-  
лось — я выпила 2 чашки. Больше не хочется“. М. выходитъ изъ  
себя. „Зачѣмъ ты врешь!“ кричитъ онъ. „Ты пила съ ними, а не  
остатки отъ нихъ. Меня не обманешь. Я вижу все. Я вѣдь тутъ  
лежалъ въ кустахъ и все видѣлъ. Видѣлъ, какъ приказчикъ тебѣ  
и дрова порубилъ. Не даромъ же онъ тебѣ сдѣлалъ это. Знаю, что  
ты ему и яичницу дѣлала. Все знаю!“ Рветъ и мечетъ. Жена пе-  
репугана и отрицаетъ, что приказчикъ ей рубилъ дрова. Эта ложь  
Прасковьи еще болѣе раздражаетъ М. и укрѣпляетъ его въ догад-  
кахъ, которыя превращаются въ стойкое убѣжденіе.

Съ этого дня никакія разувѣренія жены и приказчика, который  
узнаетъ о ревнивыхъ подозрѣніяхъ М., не дѣйствуютъ. М. теряетъ  
сонъ, во всемъ видитъ измѣну. Осматриваетъ постоянно бѣлье жены и  
однажды находитъ на сорочкѣ ея какое-то пятно, которое принимаетъ  
за сперму. Опять улыка въ невѣрности. Происходятъ крупныя сцены  
между М. его женой и приказкомъ. М. грозитъ ихъ убить. Въ свою  
очередь начинаетъ бояться, что и они его изведутъ. Подозрительность  
усиливается. Кромѣ указаній на невѣрность жены, начинаетъ замѣ-  
чать со стороны приказчика козни противъ его здоровья и жизни.  
Будто приказчикъ противъ него вступилъ въ заговоръ съ плотни-  
ками. Развивается сильнѣйшій страхъ за свою жизнь. Приобрѣтаетъ  
гдѣ-то старую саблю и ходитъ постоянно вооруженный ею. Наконецъ,  
въ одно прекрасное утро, опоясанный саблей, является въ г. Калугу.  
Ходитъ по улицамъ, розыскивая „воинскаго начальника“, которому  
хочетъ привести жалобу на жену и приказчика и получить отъ него  
защиту. Найти воинскаго начальника ему никакъ не удастся. Обра-  
щается за указаніями къ полицейскому. Послѣдній недовѣрчиво от-  
носится къ этому возбужденному и разстроенному крестьянину, воору-  
женному саблей, и вмѣсто всякихъ указаній совѣтуетъ ему по добру,  
по здорову убраться домой въ деревню, грозя въ противномъ слу-  
чаѣ забрать его въ полицію.

М. уходитъ изъ города и является въ с. Сергіевское, прямо въ  
волостное правленіе. Раздраженіе его доходитъ до крайнихъ пре-  
дѣловъ. Заявляетъ въ волостномъ правленіи жалобу на приказчика,

жену и плотниковъ. Требуется защиты. Встрѣчаетъ смѣхъ. Кричитъ, что теперь онъ видитъ, что всѣ въ заговорѣ съ приказчикомъ, всѣ хотятъ его извести. Обнажаетъ саблю и грозитъ самъ расправиться со всѣми, всѣхъ порубить. Наводится страхъ на окружающихъ. Собираютъ народъ, чтобы его обезоружить и связать. Отчаянно отпихиваясь саблей, М. бѣжитъ и прячется въ избѣ своего брата на чердакѣ. Избу обступаетъ народъ. Братъ М. лѣзетъ къ нему на чердакъ, чтобы уговорить его. Съ чердака на него летитъ бревно, ударяетъ по головѣ. Братъ валится съ лѣстницы безъ чувствъ. Приносятъ багры и ими обезоруживаютъ М. и стаскиваютъ его съ чердака. Связываютъ. Приводятъ въ волостное правленіе. Посылаютъ за участковымъ врачомъ г. Изачикъ. Д-ръ Изачикъ пріѣзжаетъ, свидѣтельствуетъ, констатируетъ психическое разстройство и совѣтуетъ отправить М. въ домъ умалишенныхъ. Снаряжаютъ подводу и привозятъ въ Калужскій домъ умалишенныхъ 7-го іюня.

*Status praesens 7-ю іюня.* Физически изслѣдованіе не обнаруживаетъ никакихъ существенныхъ измѣненій. Больной высокаго роста, крѣпкаго сложенія, худой и блѣдный. Черепъ, костный скелетъ и прочіе органы тѣла не представляютъ никакихъ аномалій развитія. Зрачки нѣсколько сужены, но равномѣрны и безъ разстройства реакціи. Рефлексы, мышечные и сухожильные, нѣсколько повышены. Замѣтно фибриллярное дрожаніе языка. Другихъ разстройствъ въ двигательной сферѣ не наблюдается. Функція органовъ чувствъ и всѣ роды кожной чувствительности при грубомъ изслѣдованіи оказываются не разстроенными. Пульсъ нѣсколько частъ (90 въ минуту 1). Выраженіе лица суровое, непривѣтливое. Брови нахмурены. Изъ подъ нихъ непривѣтливо блестятъ глаза. Сонъ плохой. Аппетитъ и отравленія кишечника правильны. Ни на какія болѣзненные ощущенія не жалуется. Слѣдовъ бывшаго сифилиса не замѣчается и больной его отрицаетъ.

Психическое изслѣдованіе. Настроеніе духа мрачное, но не угнетенное. Находится всецѣло подъ впечатлѣніемъ происшедшаго съ нимъ. Сильно возбужденъ противъ жены, приказчика, плотниковъ и всѣхъ крестьянъ с. Сергіевскаго. Съ жаромъ доказываетъ, что жена невѣрна ему. Доказательства тѣ же, что приведены въ анамнезѣ: что она и приказчикъ въ заговорѣ противъ него со старшиной и крестьянами. Всѣ они хотятъ извести его и мучатъ его, какъ *Исуса Христа*. Но онъ расправиться съ ними по своему. Онъ хотѣлъ было жаловаться начальству (путешествіе въ Балуку къ воинскому начальнику) но теперь видитъ, что правды ему нигдѣ не отыскать. Одинъ Исусъ Христосъ ему надежда и помощь. Съ его помощью онъ всѣхъ поборетъ, со всѣми будетъ тоже, что

съ братомъ его, которому онъ расшибъ голову бревномъ. Никого онъ теперь не боится и никого ему не жалко. На замѣчаніе мое, что братъ его быть можетъ теперь сильно боленъ или даже умеръ, равнодушно высказывается въ томъ смыслѣ, что туда ему и дорога.

Коль скоро М. выводился изъ круга представленій, имѣющихъ связь съ идеей о невѣрности его жены и козняхъ приказчика, онъ успокаивался и выглядѣлъ вполне здоровомыслящимъ человѣкомъ. Онъ отчетливо рассказывалъ о своемъ прошломъ и обнаруживалъ совершенно ясное сознаніе и способности сужденія и мышленія, вполне отвѣчающія челоуѣку его состоянія и развитія (неграмотный крестьянинъ-лѣсникъ).

Въ домѣ умалишенныхъ М. пробылъ съ 7-го по 28-е іюня. Вдали отъ жены, приказчика и своихъ мучителей, крестьянъ с. Сергіевскаго, онъ поуспокоился, сталъ хорошо спать, не проявлялъ никакихъ недѣльныхъ поступковъ, но оставался суровымъ и сосредоточеннымъ челоуѣкомъ. Лишь только рѣчь заходила о его бредовыхъ идеяхъ, снова раздражался и высказывалъ тѣ же убѣжденія и угрозы по адресу своихъ обидчиковъ.

20-го іюня явилась въ домъ умалишенныхъ жена М. Она пришла его провѣдать и, если возможно, взять. Ее препроводили ко мнѣ. Считаю необходимымъ представить здѣсь ея характеристику.

Женщина 36 лѣтъ. Тихая, смиренная крестьянка, совершенно поблекшая отъ частыхъ родовъ (7 дѣтей въ 12 лѣтъ—надо выкинуть 5 лѣтъ военной службы М.), отъ изнурительной крестьянской работы, бѣдности и плохихъ гигиеническихъ условій въ атмосферѣ деревенской избы. Она въ свои 36 лѣтъ выглядѣла старухой. Я и принялъ ее за таковую, когда увидалъ въ первый разъ и не зналъ еще, кто она. Такъ и называлъ: „ты что пришла, старуха?..“ Таковую женщину можно было заподозрить въ чемъ угодно, только не въ преступленіи противъ 7-й заповѣди. Уже потому одному, что, какъ женщина, она не могла представлять интереса ни для какого мужчины; тѣмъ болѣе для „гладкаго, краснолицаго“ лѣсного приказчика. Съ этимъ моимъ впечатлѣніемъ относительно Прасковьи согласуются всѣ позднѣйшія показанія свидѣтелей судебному слѣдователю. Всѣ свидѣтели единогласно охарактеризовали Прасковью, какъ безупречную семьянинку, работницу и хозяйку, ни въ чемъ дурномъ никогда не замѣченную.

Побесѣдовавъ съ Прасковьей и собравъ отъ нея нужныя свѣдѣнія, я велѣлъ позвать М. Это свиданіе супруговъ было таково, что я наотрѣвъ отказалъ Прасковью отдать ей мужа. Не смотря на привѣтъ ея и полныя сокрушенія слова: „что ты М., опомнись! Пожа-

лѣй меня и дѣтей....“ М. пришелъ въ сильное раздраженіе и осипалъ жену обвиненіями и угрозами.

По уходѣ жены М. опять успокоился. Иногда только высказывалъ претензіи, что его „здороваго“ держатъ въ домѣ умалишенныхъ.

28-го іюня опять явилась Прасковья и обратилась къ старшему врачу больницы съ просьбой отпустить съ ней М. <sup>1)</sup> Старшій врачъ напелъ М. здоровымъ и, какъ такового, отпустилъ.

Черезъ три дня М. убилъ жену.

Обстоятельства убійства таковы. Прасковья привозитъ мужа домой, оставляетъ его тамъ. Сама ходитъ по разнымъ знахаркамъ, отыскивая лекарства, чтобы попользовать „порченаго“ мужа. Для того она его и взяла, не надѣясь на цѣлительное дѣйствіе дома умалишенныхъ, но и не считая мужа здоровымъ. Наконецъ, черезъ три дня отъ какой-то бабки-знахарки она получаетъ чудодѣйственную „наговорную“ воду. Вода эта приподносится ею М. съ вѣрой и упованіемъ: „Испей, М... Богъ дастъ опомнишься!...“ М. стоитъ—руки назадъ. Одинъ взмахъ руки, а въ рукѣ толстый желѣзный шкворень,— и Прасковья падаетъ съ раздробленнымъ черепомъ. М., по его собственнымъ словамъ, „молотитъ“ еще нѣкоторое время трупъ жены.... М. арестованъ. Заключенъ въ острогъ. Слѣдствіе, допросы. На допросахъ онъ хладнокровно, безъ всякаго сожалѣнія, рассказываетъ подробности преступленія. Вполнѣ отдаетъ себѣ отчетъ въ своемъ поступкѣ. Считаетъ его необходимымъ наказаніемъ за преступленія жены. Очень доволенъ всѣмъ случившимся.

1-го сентября послѣ двухмѣсячнаго заключенія въ острогѣ М., переводятъ, въ виду недавняго его пребыванія въ домѣ умалишенныхъ, на испытаніе умственныхъ способностей въ арестанское отдѣленіе при губернской больницѣ. Въ этотъ день было мое дежурство по больницѣ и я его принялъ. Встрѣтились, какъ старые знакомые. Онъ меня тотчасъ узналъ. Изслѣдую. Физическія измѣненія тѣ же, что были и 7-го іюня. Въ психической сферѣ нѣкоторая перемѣна или, вѣрнѣе, дальнѣйшее развитіе психическаго процесса. Выраженіе лица ясное. Улыбка душевнаго удовлетворенія и какъ бы тихаго экстаза. Голосъ тихій, нѣсколько хриплый. „Что это ты, М., натворилъ?“ спрашиваю его: „не жалко тебѣ жены?“.

— „Чего же жалѣть? Такъ надо было за ея грѣхи. Иисусъ Христосъ мнѣ велѣлъ это сдѣлать“.

— Что ты, М.? Какъ же Иисусъ Христосъ могъ тебѣ велѣть убить жену?

<sup>1)</sup> Я былъ въ это время въ недѣльномъ отпуску на дачѣ и не посѣщалъ больницы.

— „Такъ, велѣлъ. Онъ мнѣ указалъ на шкворень и велѣлъ имъ совершить наказаніе“.

— Какъ же онъ тебѣ велѣлъ—видѣлъ ты его? Слышалъ?

— „Видѣть не видалъ, потому что онъ внутри меня и изнутри со мной говорить. И я его хорошо слышу изнутри. А потомъ онъ и черезъ нее (черезъ Прасковью) мнѣ показалъ“.

— Какъ же такъ черезъ нее?

— „Она видѣла во снѣ, что потеряла Ванюшку (сынъ ихъ)— ну вотъ стало-быть и нужно было, чтобы она потеряла. Теперь, дѣйствительно, потеряла. Онъ живъ, она умерла“.

— Развѣ могъ тебѣ Исусъ Христосъ приказывать дѣлать такіа худыя дѣла?

— „Что же худого?“

— Какъ что? Жена убита. Ты въ острогѣ, можетъ быть попадешь въ каторгу, дѣти сироты....

— „Все хорошо. Жена за грѣхи наказана. А мнѣ вездѣ хорошо— Исусъ Христосъ со мною. Поцѣловалъ меня. Нынче ночью спалъ со мной. И Николай Угодникъ меня любитъ. Не въ острогѣ я былъ, а у Николая Угодника. И онъ мнѣ обрадовался. Какъ вошелъ я въ церковь (острожную), такъ знамена (хоругви) затрепыхались. Это онъ мнѣ знакъ давалъ“.

— Ну, а дѣти твои? О нихъ ты не думаешь?

— „Дѣтей я къ себѣ сюда возьму. Намъ хорошо будетъ съ Исусомъ Христомъ и Николаемъ Угодникомъ“.

Когда я выводилъ М. изъ круга этихъ религіозныхъ иллюзій и воспоминаній о женѣ, онъ опять выглядѣлъ вполне здравомыслящимъ человѣкомъ, какъ и въ первый разъ.

Судя по свѣдѣніямъ, добытымъ мною отъ тюремнаго фельдшера, этотъ религіозный бредъ появился у М. вскорѣ послѣ заключенія его въ острогъ. Съ самаго начала онъ сталъ держаться тамъ особнякомъ. Страдалъ безсонницей. Постоянно молился. Временами приходилъ въ экстазъ. Пѣлъ, плясалъ, безъ умолку говорилъ рѣчи религіознаго содержанія. Пребывалъ въ неизмѣнно веселомъ расположеніи духа. Физически и нравственно чувствовалъ себя прекрасно.

К. назначенъ трехмѣсячный срокъ испытанія. Но уже описанныхъ данныхъ достаточно, чтобы дать о его психическомъ состояніи вполне опредѣленное мнѣніе. Дальнѣйшее испытаніе врядъ ли можетъ измѣнить это мнѣніе. Даже если М. будетъ вести себя совершенно разумно и не будетъ высказывать никакого бреда—обнаруженныхъ имъ по сіе время разстройствъ вычеркнуть будетъ невозможно. Все-таки въ нихъ будетъ вся суть при рѣшеніи вопроса, въ какомъ состояніи умственныхъ способностей совершено имъ преступленіе—

\*

въ состояніи ли обыкновенной ревности, какъ склонны думать нѣкоторые, отъ кого не мало зависитъ судьба М., или въ состояніи помѣшательства.

Составленная мною исторія болѣзни М., ниѣ думается, вполне опредѣленно показываетъ, что овъ не Отелло, а помѣшанный. Безъ дальнѣйшаго испытанія можно съ полной увѣренностью діагностировать у него такъ называемое *первичное помѣшательство* (paranoia). Въ рамки этой болѣзни душевное состояніе М. съ мая мѣсяца и по сіе время вполне укладывается.

Начнемъ аб ово. Отецъ М. пьяница, умеръ отъ удара. Мать хилое созданіе, рано умершее. Есть откуда появиться наследственному предрасположенію. И оно наблюдается. М. рано пристращается къ водкѣ. У него поздно, сравнительно, пробуждается половое влеченіе. Пробудившись, долго представляется ненормально слабой напряженности. Установившись, является до извѣстной степени извращеннымъ (очень любитъ разнаго рода побочныя мавипуляціи). Дѣти его мрутъ, какъ мухи, вскорѣ послѣ рожденія. Нѣкоторые при нервныхъ явленіяхъ. Одна дѣвочка рождается уродомъ. Вырожденіе на лицо. Почва, слѣдовательно, для первичнаго помѣшательства подходящая.

Теперь о симптомахъ болѣзни. Въ май мѣсяцѣ ни съ того, ни съ сего начинаетъ подозрѣвать въ прелюбодѣянніи, послѣ благополучнаго 17-ти лѣтняго супружества, свою смиренную, безупречную и вдобавокъ совершенно оцвѣтшую жену. Всѣ улики чисто фантастическія. Явно, появился въ его душевномъ мірѣ болѣзненный очагъ въ формѣ *брѣда супружеской невѣрности*. Въ іюнѣ очагъ разрастается. Развивается *бредъ преслѣдованія*, который проявляется столь бурными и нелѣпо-безумными поступками, что М. заключаютъ въ домъ умалишенныхъ. Истязанія, испытанныя имъ при поимкѣ, порождаютъ въ его больномъ мозгу мысль о сходствѣ его страданій съ страданіями Іисуса Христа. Эта мысль падаетъ на плодородную почву. При помощи не замедлившихъ явиться иллюзіи и галлюцинаціи отвлеченное сравненіе воплощается въ живой образъ Іисуса Христа, пребывающій внутри нашего больного, повелѣвающій имъ и защищающій его отъ его преслѣдователей. Овъ является орудіемъ Іисуса Христа, творящаго черезъ него свою волю надъ его обидчиками. Низкій страхъ за свою жизнь, преслѣдовавшій его раньше, смѣняется блаженнымъ и возвышеннымъ состояніемъ религіознаго экстаза. У М. развивается бредъ религіознаго величія. Это, по всей вѣроятности, будущій богъ дома умалишенныхъ. Здѣсь ему и мѣсто, а не скамья подсудимыхъ.

## Къ вопросу о татуированіи среди преступниковъ.

А. Д. Давыдовъ,

врачъ Александровскаго на о. Сахалинѣ лазарета.

Доран главу о татуированіи въ монографіи своей *les habitués des prisons de Paris* начинаетъ перечисленіемъ случаевъ и причинъ татуированія. У многихъ народовъ татуировка представляетъ какъ бы амулетъ или талисманъ отъ болѣзней, у другихъ только способъ леченія. У дикихъ народовъ настоящаго времени и у народовъ даже культурныхъ, въ ихъ прошломъ, татуированіе являлось религіознымъ обрядомъ. Въ Полинезійи оно замѣняетъ обрядъ крещенія дѣтей. Китайскій писатель XII-го столѣтія Ма-Тен-Лиа описываетъ обрядъ татуированія у взрослыхъ дѣвушекъ при выходѣ ихъ замужъ. Родители приглашали на этотъ обрядъ гостей. Подруги приходили, каждая съ иглой и кисточками и покрывали все лице невесты рисунками чернаго цвѣта, изображавшими цвѣты, бабочекъ и другихъ насѣкомыхъ. Затѣмъ уже одна изъ старухъ гравировала на кожѣ по этимъ рисункамъ. Обычай этотъ сохранился будто бы и понынѣ у жителей о. Формозы, а также у виновъ, живущихъ близъ устья Амура. Я лично среди сахалинскихъ виновъ татуированныхъ не видалъ и не слыхалъ, чтобы у нихъ существовалъ этотъ обычай.

Дать себя татуировать у нѣкоторыхъ народовъ было равнозначущимъ жертвоприношенію, какъ напр. у древнихъ финикянъ. Среди египетскихъ жрецовъ, такъ и среди простаго народа, были распространены татуированныя изображенія эмблемъ въ честь Изиды и Озириса. Древнимъ евреямъ, въ виду распространенности у нихъ этого обычая, совсѣмъ было воспрещено татуироваться; въ Коранѣ находятя также указанія, запрещающія татуировку.

У дикихъ племенъ татуированіе есть привилегія верховной власти; разрисованный человекъ—князь, у плебея все тѣло чисто. *Lacazeagne et Magitae* въ энциклопедическомъ словарѣ медицинскихъ наукъ упоминаютъ, что кожа воиновъ карайбовъ представляетъ ихъ краткую автобіографію, на ней видны очень часто обозначаетъ какъ число сраженій, въ которыхъ онъ участвовалъ, такъ и число побѣжденныхъ враговъ.

Преступниковъ ни одна изъ упомянутыхъ причинъ не заставляетъ татуироваться. Ломброзо, сравнивая преступниковъ съ нижестоящими народностями, говоритъ, что этотъ классъ людей подверженъ той же силѣ страстей, той же чувственности, обладаетъ тѣми же звѣрскими тщеславіемъ и той же праздною. Въ этомъ лежатъ главные мотивы даннаго страннаго обычая.

Данныя Ломброзо, Лорана и друг., какъ собственныя, такъ и заимствованныя у другихъ авторовъ, показываютъ, что татуированіе у иностранныхъ преступниковъ очень сильно развито; по отношенію къ нашимъ преступникамъ, по крайней мѣрѣ, находящимся въ мѣстахъ каторжныхъ работъ, этого сказать нельзя. Изъ 1200 человекъ, тщательно осмотрѣнныхъ, я татуированные рисунки встрѣтилъ у 12 человекъ, при чемъ нѣкоторые изъ нихъ носили по два и нѣсколько изображеній. За время трехлѣтняго пребыванія своего на островѣ Сахалинѣ, мнѣ не извѣстенъ ни одинъ случай татуированія себя уже на мѣстѣ ссылки. Явленіе это находитъ свое объясненіе главнымъ образомъ, какъ мнѣ кажется, въ двухъ причинныхъ моментахъ. Первый изъ нихъ тотъ, что утомленные долгой работой въ теченіи дня люди, въ свободные часы думаютъ о снѣ, отдыхѣ, постороннемъ заработкѣ, или, наконецъ, предаются игрѣ въ карты; другой моментъ тотъ, что каторжному нѣтъ никакого расчета самому себѣ созидать особую примѣту, по которой онъ легко можетъ быть уличенъ, если убѣжитъ когда-либо и будетъ пойманъ. Среди ссыльныхъ женщинъ я татуированныхъ не видѣлъ. Попадались, правда, рубцы и какія-то подобія фигуръ отъ разрѣзовъ можемъ (я не считаю случайныхъ обрѣзовъ или пораненій, полученныхъ во время нападенія или самозащиты), происхожденіе которыхъ объяснялось особой жестокостью ихъ любовниковъ. Пораненія были нанесены съ цѣлью оставить о себѣ память на всю жизнь, если обстоятельства складывались такимъ образомъ, что любовники должны были разлучиться.

На самомъ островѣ я знаю три случая откуса кончика носа женщиной женщиной. Въ одномъ случаѣ мнѣ неизвѣстенъ мотивъ, во второмъ — пораненіе вызвано отказомъ продолжать совмѣстную жизнь со стороны женщины, въ третьемъ, имѣвшемъ мѣсто не такъ давно, любовникъ откусилъ ноздрю женщины, когда узналъ, что ея, отсутствовавшій долго, мужъ вернулся. Въ первыхъ двухъ случаяхъ откупленные части совершенно были отдѣлены отъ самого носа, во второмъ — ноздря держалась на кожномъ мостикѣ.

Лоранъ говоритъ, что татуированные рисунки очень часто встрѣчаются у французскихъ проститутокъ. Ихъ первый любовникъ чаще всего производитъ эту операцію предмету своей любви на добрую память о себѣ.

Изъ 12-ти человекъ татуированныхъ преступниковъ, которыхъ я встрѣтилъ, одинъ только подвергъ себя татуировкѣ въ тюрьмѣ, онъ вырѣзалъ себѣ слова: „Яковлева Надежда“; всѣ же подверглись въ довольно молодыхъ годахъ этой операціи.

Большинство изъ нихъ не могло мнѣ объяснить причинъ, почему они татуировались. Тоже самое говоритъ и Лоранъ. Одинъ изъ татуированныхъ, исполнявшій обязанности писаря при лазаретѣ, имѣлъ на обѣихъ рукахъ буквы В. П., заглавныя буквы его фамиліи. Происхожденіе этихъ знаковъ онъ объясняетъ слѣдующимъ образомъ. Въ одной изъ провинціальныхъ тюремъ въ центрѣ Россіи въ камерѣ ихъ содержалось человекъ 20. Одинъ изъ нихъ, у котораго были татуированы руки до этого, предложилъ одному изъ молодыхъ со товарищей по камерѣ продѣлать ему тоже, когда замѣтилъ, что его заинтересовалъ раскрашенный въ синій цвѣтъ знакъ. Послѣ этого многіе изъ камеры (если не ошибаюсь, половина) подверглись этой операціи, при чемъ почти всѣ продѣлали ее сами себѣ. Ни смысла, ни цѣли своему поступку П. не придаетъ. Онъ раскаивается теперь, такъ какъ упустилъ изъ виду, что создалъ себѣ примѣту. Чтобы изображенія были рельефнѣе, онъ три раза производилъ уколы на тѣхъ же мѣстахъ, послѣ того, какъ предыдущіе стали подживать. Втираютъ порошокъ, толченный кирпичъ, цвѣтныя чернила и т. п. „Больше отъ скуки“, прибавляетъ П., дѣлали они это. Процессъ заживленія раненій ихъ очень занималъ. Они цѣлые годы проводили за созерцаніемъ того, что происходитъ на ихъ рукѣ.

Изъ словъ другихъ можно узнать, что ихъ побуждало къ татуировкѣ не одно подражаніе, но и своего рода тщеславіе. Въ особенности молодые преступники стараются ни въ чемъ не отстать или во всемъ походить на своихъ старшихъ со товарищей.

Большинство рисунковъ не имѣетъ никакого смысла, въ другихъ есть нѣкоторый. Крестъ долженъ изображать эмблему страданія, предназначеннаго данному лицу терпѣть на жизненномъ пути, и покорность судьбѣ. У двухъ я видѣлъ якоря на рукахъ. Не должны ли они быть эмблемой надежды? Оказалось, что они этого даже и не знали. Могло возникнуть другое предположеніе — не бывшіе ли это матросы? и это оказалось не вѣрнымъ. Оба преступника не могли объяснить, почему у нихъ нанесены якоря, а не какое-либо другое изображеніе. Вырѣзываютъ иногда инициалы имени любимаго предмета. Такого рода выраженіе своего чувства напоминаетъ существующій въ женскихъ закрытыхъ учебныхъ заведеніяхъ обычай, преимущественно у подростковъ съ 12 и до 17 лѣтъ, вырѣзывать или выкалывать у себя на рукѣ инициалы „обожаемаго лица“ учителя, или даже подруги. Все это плоды чувственности и признаки ихъ

умственной недоразвитости. У дѣвочекъ, какъ говорили мнѣ бывшія воспитанницы институтовъ, такіе поступки вызываются подражаніемъ; однѣ гордятся своими мученіями, другія тщательно скрываютъ знакіе выраженія своихъ чувствъ. У подростковъ вырѣзываніе буквъ вызывается не однимъ только обожаніемъ, иногда оно служитъ выраженіемъ скорби или другого глубокаго чувства, которому онѣ подвержены въ данный моментъ. При полученіи извѣстія о мученической кончинѣ въ Бозѣ почившаго Императора очень многія изъ воспитанницъ Петербургскаго института вырѣзали себѣ на рукѣ буквы А П.

Не только у простыхъ матросовъ, находящихся въ долгомъ плаваніи по отдаленнымъ морямъ, но у многихъ офицеровъ и путешественниковъ можно встрѣтить татуированныя изображенія, преимущественно якоря. Въ большинствѣ случаевъ здѣсь побуждающими мотивами служатъ подражаніе и легкомысліе. Придетъ судно, наприѣмъ, въ Японію, какъ это чаще бываетъ. Одна изъ специалистокъ по татуированію попадетъ на бортъ судна. Кто-нибудь одинъ соблазняется, — глядишь, нашелся уже подражатель, за нимъ и другой. Такъ, по крайней мѣрѣ, объяснялъ мнѣ одинъ изъ чиновниковъ охраны происхожденіе татуировки у него на рукѣ. Франкотъ (L'anthropologie criminelle), Лоранъ и друг. иностранные авторы приводятъ случаи скабранныхъ татуированныхъ рисунковъ у арестантокъ, вродѣ изображенія мужескаго дѣтороднаго члена, на которомъ имѣлась надпись: „Le reizir des dames“ и друг. Такихъ изображеній у нашихъ арестантокъ я не встрѣчалъ.

Быть можетъ, незначительное количество татуированныхъ мнѣ пришлось наблюдать потому, что я имѣю дѣло съ одними крупными злоумышленниками, — мелкіе преступники, въ силу основныхъ свойствъ ихъ характера, дадутъ вѣроятно большій процентъ татуированныхъ.

## Менструальное состояніе и менструальныя психозы.

Проф. П. И. Ковалевскій.

Существуютъ такія состоянія въ организмѣ чловѣка, которыя, повторяясь въ мірѣ миллионы разъ и будучи сами по себѣ вполне нормальными и физиологическими, ставятъ, однако, организмъ въ такія условія существованія, когда представляется затруднительнымъ признать весь организмъ вполне нормальнымъ, а отправления его вполне физиологическими. Такія состоянія особенно часты и исключительно присущи женскому организму и къ нимъ должно отнести: менструальный періодъ, періодъ беременности, родовъ, послѣродового состоянія и кормленія. Всѣ эти состоянія сами по себѣ представляютъ явленія нормальныя, физиологическія и законныя; но вмѣстѣ съ симъ они производятъ въ организмѣ женщины такія потрясенія и измѣненія, что въ самомъ лучшемъ случаѣ выводятъ организмъ ея изъ состоянія равновѣсія и устойчивости и, при неблагопріятныхъ условіяхъ, производятъ прямо болѣзненныя состоянія. Что можно сказать объ организмѣ женщины вообще, то въ такой же мѣрѣ, если не предпочтительно, должно сказать о нервной системѣ ея въ частности. Въ лучшихъ случаяхъ при этихъ состояніяхъ центральная нервная система теряетъ свою устойчивость и равновѣсіе, — при малѣйшихъ неблагопріятныхъ осложненіяхъ она склонна къ проявленію аффектовъ и скоропроходящихъ расстройствъ, а при болѣе неблагопріятныхъ обстоятельствахъ со стороны организма, или внѣшнихъ жизненныхъ условій, всѣ эти состоянія склонны давать стойкія и серьезныя укло-

ненія въ области центральной нервной системы, въ формѣ нейрозозъ и психозозъ.

Таково вліяніе менструальнаго состоянія, таково же вліяніе беременности и другихъ состояній, которыя принято называть родильными или пуэрперальными.

Въ настоящемъ случаѣ мы позволяемъ себѣ остановиться на *менструальномъ состояніи*.

Мы считаемъ правильнымъ и совершенно справедливымъ менструальное состояніе поставить на одну линію съ прочими пуэрперальными состояніями, ибо оно стоитъ въ тѣсной генетической связи съ остальными пуэрперальными состояніями, сопровождается измѣненіями въ тѣхъ же органахъ, какъ и родильные процессы и производитъ почти такія же измѣненія въ области душевной жизни, какъ эти послѣдніе. Virchow назвалъ менструальныя измѣненія «беременностью въ уменьшенномъ размѣрѣ»,— и съ этой точки зрѣнія онъ былъ совершенно правъ.

Всѣ женщины земнаго шара, отъ перваго ихъ появленія на свѣтъ и до сего дня, несли, несутъ и будутъ нести на себѣ кару своего пола — менструальный періодъ. Милліарды милліардовъ разъ повторилось въ мірѣ это состояніе, однако, отъ этого нисколько не подвинулись впередъ наши познанія о его сущности, значеніи и назначеніи. Несомнѣнно только одно: всякая женщина, начавшая менструировать, въ каждый такой приступъ менструацій испытываетъ измѣненія во всемъ организмѣ, особенно же въ области центральной нервной системы. Правда, въ различныхъ случаяхъ эти уклоненія бываютъ неодинаковы, — въ однихъ случаяхъ они едва замѣтны и переносятся легко и свободно, въ другихъ — могутъ давать настоящія болѣзни; тѣмъ не менѣе нѣтъ тѣхъ счастливиць, которыя бы переносили менструальный періодъ безнаказанно. Объ этомъ скажетъ сама за себя всякая женщина, объ этомъ говорятъ всѣ нейропатологи, объ этомъ свидѣтельствуютъ спеціалисты-акушеры. Я позволю себѣ привести мнѣніе одного изъ извѣстныхъ нашихъ акушеровъ.

Проф. Ясинскій<sup>1)</sup> говоритъ слѣдующее: «За одинъ или нѣсколько дней до наступленія кровей женщины дѣлаются легко раздражительными, жалуются на ощущенія жара, головную боль, тупую боль въ нижней части живота и въ области крестца, частые позывы къ мочеиспусканію и легкое расстройство пищеваренія. При усиленіи всѣхъ этихъ припадковъ наступаютъ: тошнота, рвота, часто поносы, біеніе сердца и проч., боли становятся коликообразными и распространяются на бедра».

Что касается нейропатологовъ, то они всѣ приписываютъ менструальному состоянію весьма серьезное значеніе. Уже Гиппократъ обратилъ вниманіе на менструальный періодъ. Затѣмъ мы имѣемъ важныя указанія на это обстоятельство у Pinel'я, Esquirol'я, Jacoby, Morel'я и очень многихъ другихъ авторовъ.

Для насъ, нейропатологовъ, менструальное состояніе имѣетъ огромное значеніе въ различныхъ отношеніяхъ. Мы знаемъ, что у многихъ дѣвушекъ первое появленіе менструаціи служитъ критическимъ моментомъ по отношенію къ болѣзненнымъ нервнымъ проявленіямъ. Дальнѣйшее обычное теченіе менструацій также не остается безъ вліянія на жизненныя отправленія организма женщины. Болѣзненныя уклоненія въ области менструацій еще болѣе часто сопровождаются нервными расстройствами. Наконецъ, прекращеніе менструацій или наступленіе климактерическаго возраста точно также нерѣдко связано бываетъ съ появленіемъ нервныхъ расстройствъ.

Первое появленіе менструацій особенно часто связано бываетъ съ различными болѣзненными нервными проявленіями.

Вполнѣ принимая то положеніе, что всякій менструальный періодъ, въ различной степени, обязательно производитъ неблагоприятное вліяніе на отправленія организма каждой менструирующей женщины, нельзя, однако, не обратить вниманіе на то обстоятельство, что нѣкоторыя менструирующія

<sup>1)</sup> Проф. П. А. Ясинскій, Курсъ акушерства, т. I, ст. 104.

состоянія производятъ болѣе потрясающее воздѣйствіе на организмъ, чѣмъ другія. Такъ, первыя менструаціи, проявляющіяся у дѣвушки, дѣйствуютъ гораздо сильнѣе, чѣмъ послѣдующія, когда онѣ войдутъ уже въ норму и женщина съ ними свыкнется. Точно также несравненно сильнѣе воздѣйствуютъ на организмъ и послѣднія менструаціи. Будутъ ли здѣсь вліять сами по себѣ первыя и послѣднія менструаціи, или же тѣ новыя фазы развитія, въ которыя вступаетъ организмъ женщинъ—въ первомъ случаѣ наступленіе періода подового развитія, а во второмъ—жизненнаго одвѣтанія,—трудно сказать съ положительностью; во всякомъ же случаѣ безспорно во 1-хъ то, что менструальные періоды этихъ двухъ фазисовъ жизни женщины вліяютъ сильнѣе на ея нервную и душевную организацію, чѣмъ въ остальную жизнь менструирующей женщины, и во 2-хъ, существуютъ неопровержимые случаи, которые ясно показываютъ, что первое появленіе менструацій и ихъ послѣднее прекращеніе сопровождалось приступами бурныхъ острыхъ психозовъ, стоявшихъ въ прямой и непосредственной связи съ наступленіемъ и прекращеніемъ менструацій.

Мы должны однако оговориться относительно того, что мы разумѣемъ подъ «первыми» и «послѣдними» менструаціями. Подъ первыми менструаціями разумѣются менструаціи, явившіяся въ первый разъ у данной дѣвушки и нѣсколько разъ послѣ того, пока ея организмъ не освоится съ этимъ явленіемъ и пока менструаціи не войдутъ въ правильный ходъ и не станутъ для организма болѣе или менѣе правильными. Дѣло въ томъ, что первые разы появленія менструацій проявляются почти всегда весьма неправильно: то они являются черезъ три мѣсяца, то черезъ пять мѣсяцевъ, то черезъ годъ, то даже черезъ два года и болѣе. Вліяніе этихъ неправильно появляющихся менструацій въ большинствѣ случаевъ отзывается на организмѣ дѣвочки одинаково рѣзко и неблагопріятно. И такая неблагопріятность будетъ продолжаться до тѣхъ поръ, пока менструаціи не станутъ для организма женщины явде-

ніемъ обычнымъ и привычнымъ. Всѣ эти разы появленія менструацій должны быть отнесены къ «первымъ менструаціямъ», какъ дѣйствующимъ на организмъ болѣе тяжело и болѣе потрясающе. Точно также и заканчивается менструальная жизнь женщины не сразу, а постепенно, въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ и лѣтъ: менструаціи мѣсяцъ являются, два—нѣтъ, опять являются, опять нѣсколько мѣсяцевъ нѣтъ; — и это до тѣхъ поръ, пока онѣ, наконецъ, болѣе не возобновляются. Въ теченіе всего этого времени менструальные періоды — будутъ ли появляться при этомъ крови, или нѣтъ — безразлично; будутъ тяжелы для организма и особенно для нервной и душевной системы женщины. Всѣ эти неправильныя, заканчивающія менструальную жизнь женщины, менструаціи должны быть отнесены къ «последнимъ разамъ» столь же тяжкимъ, какъ и первые разы менструирующей дѣвушки.

Въ своемъ изложеніи мы будемъ держаться такого порядка: прежде всего обратимъ вниманіе на вліяніе на организмъ нервно здоровой женщины первыхъ менструацій и привычныхъ менструацій, затѣмъ перейдемъ къ вліянію этихъ состояній на организмъ женщины съ наследственнымъ отягченіемъ въ области нервной системы съ обращеніемъ особаго вниманія на отношеніе менструацій къ психозамъ, и, наконецъ, остановимся на вліяніи послѣднихъ менструацій на нервную и душевную жизнь женщины здоровой и больной.

I. Первые менструаціи обращали на себя вниманіе уже древнихъ медиковъ и при томъ своимъ неблагоприятнымъ воздѣйствіемъ на здоровье и общее состояніе женщины. Такъ, Гиппократу были извѣстны случаи, когда первые регулы обусловливали психозы. Esquirol, приписывающій вообще серьезное причинное значеніе менструаціямъ въ дѣлѣ производства психозовъ, находя ихъ вліяніе почти въ  $\frac{1}{8}$  всѣхъ случаевъ заболѣванія душевными болѣзнями женщинами, особенное вниманіе обращаетъ на первые менструаціи. Такое же указаніе на серьезное воздѣйствіе первыхъ менструацій

на нервную и душевную жизнь женщины мы встрѣчаемъ у Morel'я <sup>1)</sup> и у многихъ другихъ авторовъ.

У дѣвочекъ съ неотягченною нервною системою сплошь и рядомъ передъ появленіемъ менструаціи за два, за три дня появляются головная боль, усиленная раздражительность, слезливость, какое-то томленіе и легкое недомоганіе. Часто вслѣдъ за симъ являются менструаціи и спустя день-другой все приходитъ въ обычное состояніе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эта болѣзненная нервная картина, просуществовавъ 2—3 дня, проходитъ безъ ожидаемыхъ менструацій; въ нѣкоторыхъ случаяхъ такія явленія черезъ каждые 28—32 дня повторяются три-четыре раза и тогда только наступятъ мѣсячныя. Еще въ иныхъ случаяхъ менструаціи, просуществовавъ правильно мѣсяцевъ 5—6, затѣмъ прекращаются и взамѣнъ ихъ появляются тѣ нервныя проявленія, которыя обычно сопровождаютъ менструальный періодъ.

Но вотъ менструаціи у совершенно здоровой дѣвочки появились и установились. Дѣвочка стала дѣвушкой, а дѣвушка—женщиной. Менструаціи являются правильно, длятся извѣстный срокъ и прекращаются своевременно. Но во всѣ эти разы, какъ бы ни была здорова женщина, ея нервная система подвергается то большимъ, то меньшимъ расстройствамъ. Менструирующая женщина болѣе впечатлительна, болѣе чувствительна, болѣе раздражима и склонна къ неустойчивости. Въ ея организмѣ является разбитость, чувство утомленія, то большихъ, то меньшихъ въ различныхъ частяхъ тѣла, а особенно въ области головы, болей. Она болѣе склонна къ слезливости, недовольству, обидчивости и сварливости. Ея аппетитъ и сонъ уменьшаются, а настроеніе духа становится болѣе подавленнымъ. Способность къ умственному и физическому труду уменьшается и въ организмѣ наблюдается болѣе быстрая утомляемость и большая усталость. Krieger <sup>2)</sup> наблюдалъ у женщины въ менструальномъ періодѣ

<sup>1)</sup> Morel, Traité des maladies mentales.

<sup>2)</sup> Krieger, Die Menstruation, 1869.

симптоматическіе нейрозы въ видѣ: чувства тяжести въ гѣлѣ, тошноты, рвоты, приступовъ сердцебіенія, *anginae pectoris*, мѣстныхъ гиперестезій, особенно въ брюшной области и пр.; черепно-мозговые нейрозы въ видѣ: прозопалгіи, мигрени, судорогъ и параличей черепныхъ нервовъ, измѣненія въ настроеніи духа и характера то въ формѣ возбужденія, то въ формѣ угнетѣнія, и спинно-мозговые нейрозы въ видѣ чувства жара и холода въ различныхъ частяхъ тѣла, анестезій, парестезій, судорожныхъ явленій въ области мочевого пузыря, параплегій нижнихъ конечностей и проч. *L. Meyer* <sup>1)</sup> также описываетъ очень разнообразныя нервныя явленія очень часто сопровождающія менструальное состояніе женщинъ и при томъ женщинъ безъ особеннаго предрасположенія къ заболѣванію ея нервной системы. — Такое состояніе длится въ теченіе всѣхъ дней менструаціи, къ концу мѣсячныхъ постепенно ослабѣвая. Мѣсячныя кончились — женщина переродилась. Она бодрa, энергична, весела и здорова. У нея на душѣ свѣтло и она готова работать безъ устали.

Менструальный періодъ есть въ миньютюрѣ беременность и роды, а «въ болѣзньхъ будешь родити чада твоя». Путемъ страданій получается рожденіе и путемъ болей — обновленіе.

Менструальный періодъ здоровой женщины не есть болѣзнь, но не есть и полное здоровье. Это такое состояніе функциональнаго сотрясенія организма, которое само по себѣ не выходитъ изъ нормы, но легко можетъ послужить почвою, при неблагоприятныхъ условіяхъ, для возникновенія болѣзненныхъ проявленій во всѣхъ частяхъ организма, особенно же въ области нервной системы, такъ какъ, по мнѣнію *Voisin*'a <sup>2)</sup>, менструаціи дѣлаютъ женщину болѣе нервной и болѣе доступною всякому вліянію.

II. Такъ протекаютъ менструаціи у здоровой части женскаго пола, — хуже гораздо у женщинъ нервно-отягченныхъ

<sup>1)</sup> *L. Meyer*, Die Beziehungen der Krankhafter Zustanden der Genitalien zur Geistesstörungen, 1870.

<sup>2)</sup> *Voisin*, Des causes morales et physiques des maladies mentales, 1826.

и предрасположенных къ нервнымъ заболѣваніямъ. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ вліяніе первыхъ менструацій и привычныхъ менструацій на организмъ и нервную жизнь женщины неодинаково и выражается въ различныхъ степеняхъ.

а) Появленіе первыхъ менструацій у женщинъ съ нервно-отягченнойю и наследственно предрасположенной организациею сопровождается гораздо сильнѣйшими нервными уклоненіями, чѣмъ у нервно-мощныхъ. Уже за нѣсколько дней до наступленія этихъ первыхъ менструацій часто бываютъ замѣтны предвѣстники въ формѣ рѣзкой ивѣнчивости въ настроеніи духа, раздражительности, неумѣренной веселости, переходящей нерѣдко въ столь же чрезмѣрную слезливость, потерѣ аппетита, капризности аппетита, безсонницъ и тревожномъ снѣ, общей слабости и разбитости, умственной и физической слабости и апатіи, быстрой утомляемости и общей болѣзненности и т. п. Всѣ эти явленія постепенно усиливаются и въ первый день открытія менструацій достигаютъ своего максимума. Въ такомъ состояніи организма малѣйшій толчекъ: испугъ, радость, неожиданность и проч. могутъ послужить поводомъ къ проявленію истеріи. Но, при благопріятныхъ условіяхъ существованія, все обходится благополучно, съ каждымъ днемъ всѣ нервныя явленія стихаютъ и по окончаніи мѣсячныхъ, дѣвочки чувствуютъ себя вполне бодрыми, энергичными, мощными и крѣпкими. Подобно тому, какъ и у здоровыхъ дѣвочекъ, бываютъ случаи, когда менструаціи наступаютъ не сразу, а, появившись разъ, повторяются неправильно, съ большими промежутками; тогда вышеуказанный нервный симптомокомплексъ будетъ появляться въ болѣе или менѣе опредѣленные сроки вмѣсто менструацій, какъ *polimina menstrualia*. И не безъ серьезнаго значенія должно быть то, что въ эти моменты картина нервного расстройства бываетъ нѣсколько сильнѣе, чѣмъ въ тѣ разы, когда она сопровождается отдѣленіемъ кровей.

Если мы представимъ, что всѣ менструаціи даннаго лица протекаютъ вполне правильно, безъ неблагопріятныхъ ослож-

неній со стороны организма и внѣшнихъ жизненныхъ условій, то по напряженности проявленія нервной безпорядочности будутъ выдѣляться первыя и послѣднія по времени появленія, — тѣ, которыми начинается половая жизнь женщины, и тѣ, которыми она заканчивается. И въ томъ и въ другомъ случаѣ порождается цѣлый рядъ новыхъ ощущеній, чувствованій, мыслей и побужденій. Правда, въ обоихъ случаяхъ эти новыя душевныя движенія будутъ неодинаковы, даже совершенно обратныя, тѣмъ не менѣе онѣ настолько сильны, что живо отзываются на душевной и нервной жизни женщины. Въ первомъ случаѣ возникаютъ чувствованія пріятныя, веселыя и возвышенныя, надежды на будущее, радужныя мечты, — будущее, исполненное увѣренности радостныхъ ожиданій и расчетовъ; во второмъ случаѣ, въ будущемъ исходъ въ неизвѣстное, а въ прошломъ, въ большинствѣ случаевъ, масса страданій, испытаній, разочарованій и вообще неотрадныхъ жизненныхъ обстоятельствъ. И то и другое создаетъ въ жизни женщины отдѣльную эру, отзывающуюся на всемъ ея существѣ, особенно же на ея душевной жизни.

Прекрасно, если этотъ нервный и душевный переворотъ въ жизни дѣвочки совершается покойно, безъ всякихъ потрясеній, тогда, если она нервна по природѣ, она платится только тѣми и имъ подобными явленіями, о которыхъ я говорилъ. Но если ея прирожденная нервная неустойчивость очень велика, или же на жизненномъ пути женщины встрѣчались неблагоприятныя условія, или въ моментъ наступленія менструальнаго состоянія наступаютъ какія-нибудь пріятнаго или непріятнаго свойства внезапности, то такія женщины склонны къ проявленію болѣе тяжкихъ нервныхъ разстройствъ, въ формѣ уже опредѣленныхъ нейрозовъ. Въ такіе моменты, будучи латентными, легко возникаютъ и развиваются впервые: истерія, эпилепсія, *anxietas praecordialis*, гемикранія, импульсивныя явленія въ формѣ побужденій къ ѣдѣ негодныхъ предметовъ, клептоманіи, пироманіи, самоубійству и пр., насильственныя представленія, насильственныя ощущенія

страха и даже формальные психозы. Такъ напр. Rousseau<sup>1)</sup> сообщаетъ случай, въ которомъ дѣвочка въ періодъ полового созрѣванія, предъ наступленіемъ менструаціи испытывала приступы тоски и влеченія къ совершенію поджога, и въ этомъ состояніи произвела два поджога. Marcé<sup>2)</sup> точно также указываетъ на то, что первыя мѣсячныя нерѣдко служатъ импульсомъ къ появленію психозовъ. Сюда же должно отнести, вѣроятно, и тѣ случаи, о которыхъ говоритъ Гиппократъ, Esquirol, Morel и друг.

Особенно часто въ моментъ перваго появленія менструацій наступаютъ и первые приступы истеріи. На близость отношеній истеріи къ половымъ пертурбаціямъ, особенно въ области матки, было указано еще отцомъ медицины; съ тѣхъ поръ истерія надолго приурочена была къ маткѣ и потому весьма естественно, что рѣзкія потрясенія и переходы изъ одного состоянія въ другое этого органа не могутъ не отражаться на той нервной болѣзни, которая поставлена была издавна въ генетическую связь съ этимъ органомъ. Если мы въ послѣднее время и измѣнили нашъ взглядъ на взаимосотношеніе матки и истеріи, если мы встрѣчаемъ истерію и у мужчинъ, у которыхъ до настоящаго времени матка не доказана самыми лучшими натуралистами эволюціоннаго направленія; тѣмъ не менѣе никто изъ насъ не станетъ отрицать того, что изъ всѣхъ жизненныхъ проявленій въ организмѣ женщины, проявленія, обязанныя своимъ происхожденіемъ жизни матки и тѣсно связанныхъ съ нею органовъ, стоятъ въ самой ближайшей связи съ истеріей и различныя колебанія и нарушенія въ отпавленіи половой жизни женщины даютъ наичаще и наисильнѣе поводы и побужденія къ проявленію истерической картины у женщины. Поэтому весьма естественно, что столь рѣзко измѣняющее жизнь половой области обстоятельство, какъ первыя мѣсячныя, обязательно могутъ содѣйствовать легкому и свободному обнаруженію

<sup>1)</sup> *Rousseau*, Annal. medico-psychologiq., 1881.

<sup>2)</sup> *Marcé*, Traité pratique des maladies mentales, 1862, p. 148.

истерическихъ явленій; у дѣвочекъ, къ тому склонныхъ и предрасположенныхъ, часто бываетъ такъ, что въ первыя менструаціи появляется и первый приступъ истеріи; но бываетъ и такъ, что если истерія существовала раньше, то первыя менструаціи легко и свободно вызываютъ ее вновь къ проявленію. Обыкновенно въ молодомъ возрастѣ истерія выражается въ самой слабой формѣ: въ видѣ неудержимаго смѣха и плача, globus hystericus, clavus hystericus и пр.; большая истерія въ этомъ періодѣ — явленіе очень и очень рѣдкое.

Хуже и ужаснѣе, если въ первые менструальные періоды появляется *эпилепсія*. А это бываетъ. У дѣвочки во время менструальнаго періода, на почвѣ вышеуказанныхъ общихъ нервныхъ явленій, вдругъ появляется обморокъ. Этотъ обморокъ предшествуется дикимъ крикомъ и сопровождается тоническими и клоническими судорогами, безсознательнымъ состояніемъ, потерю чувствительности, расширеннымъ и не реагирующимъ зрачкомъ, ускореннымъ пульсомъ и прочими явленіями, свойственными опредѣленной болѣзни. Обморокъ длится 2—3 минуты и дѣвочка ровно ничего не помнитъ о томъ, что съ нею было въ этотъ моментъ. Она пришла въ себя и нѣсколько растеряна, ни то отъ бывшаго обморока, ни то отъ необычной обстановки, въ которую она впала вслѣдствіе обморока. Однако, все входитъ въ свою колею, она успокаивается и забываетъ обо всемъ происшедшемъ. Приглашается врачъ, который въ 99<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаевъ заявляетъ роднымъ, что «это ничего себѣ», «простой обморокъ отъ менструаціи» и что «все это пройдетъ», — какъ будто такой отвѣтъ что-либо разъясняетъ..., хотя несомнѣнно успокаиваетъ и усыпляетъ родителей, изъ любви къ дочери не желающихъ и опасющихся видѣть въ этомъ что-либо дурное. Новый приступъ «обморока» будитъ родителей вновь, но новое авторитетное заявленіе врача, что «это ничего себѣ» и «пройдетъ», вновь усыпляетъ родителей и они мало по малу начинаютъ свыкаться съ тѣмъ, что у ихъ дочери въ менструальный періодъ въ 2—3 года разъ появляется «обмо-

\*

рокъ». Правда, бываютъ случаи, что изрѣдка этотъ обморокъ является уже и не въ менструальный періодъ, но вѣдь къ тому были причины: то ихъ дочка говѣла и очень утомилась, то слишкомъ долго танцевала и тоже утомилась, то кто-нибудь изъ близкихъ умеръ и она была потрясена. Съ такой повязкой на глазахъ родители остаются на всю жизнь, а дочь выходитъ замужъ, родитъ нервно и душевно-больныхъ дѣтей и всѣ затѣмъ удивляются — откуда такое несчастье. Надлежитъ, давно надлежитъ обратить вниманіе на эти обмороки менструальнаго періода. Въ огромнѣйшемъ большинствѣ случаевъ они окажутся эпилепсіей. Такіе «обмороки» слѣдуетъ лечить *lege artis* какъ эпилепсію и въ огромномъ числѣ случаевъ получается прекрасный исходъ.

Нерѣдко также въ первые приступы менструацій у дѣвочекъ наступаютъ приступы предсердечной тоски. Такіе приступы чаще всего являются въ формѣ *molimina menstrualia* въ тѣхъ случаяхъ, когда менструаціи должны были бы наступить, но не наступаютъ. Разумѣется, явленія тоски бываютъ не особенно рѣзко выражены и длятся очень недолго.

Импульсивныя и насильственныя явленія также бываютъ въ эти моменты, но весьма рѣдко. Что касается психозовъ, то въ первый періодъ наступленія менструацій бываютъ иногда меланхолія и аменція, въ формѣ очень легкой и непродолжительной маниакальной спутанности, рѣже встрѣчается кататоническое состояніе. Эти психозы могутъ предшествовать наступленію первыхъ менструацій, какъ напр. въ случаѣ *Kirn'a* <sup>1)</sup>, могутъ сопровождать ихъ и могутъ слѣдовать за ними. *Marcé* <sup>2)</sup>, указывая на то, что первыя въ жизни дѣвочки менструаціи иногда служатъ поводомъ къ развитію психозовъ, обращаетъ вниманіе также на первыя менструаціи и послѣ родовъ. Эти менструаціи, повидимому, также имѣютъ весьма серьезное значеніе въ дѣлѣ возникновенія психозовъ. На 44 случая пуэрперальныхъ психозовъ 11 женщинъ

<sup>1)</sup> *Kirn*, Die periodische Psychosen, s. 56.

<sup>2)</sup> *Marcé*, Traité pratique des maladies mentales, 1862, 146.

заболѣли на 6-й недѣлѣ послѣ родовъ, т. е. въ тотъ самый моментъ, когда должны были бы у нихъ появиться менструаціи, если бы онѣ не кормили дѣтей. У не кормившихъ, если менструаціи являются своевременно, психозъ развивался въ первый день менструацій, — рѣже на 5—4 день. Иногда психозъ развивался въ тотъ моментъ, когда менструаціи должны были бы явиться и не являлись и такимъ образомъ здѣсь психозъ представлялся эквивалентомъ менструацій. У тѣхъ женщинъ, которыя кормили дѣтей и за тѣмъ прекратили, психозъ развивался въ моментъ появленія первыхъ менструацій. Такимъ образомъ имѣютъ значеніе не только первыя менструаціи въ жизни, но и первыя послѣ родовъ.

Но если на нервныхъ дѣвочекъ первыя менструаціи дѣйствуютъ часто столь неблагоприятно, то бывають случаи, когда онѣ оказываютъ и нѣкоторое благоприятное воздѣйствіе. Именно. Нерѣдко *chorea sti Viti* появляется у дѣвочекъ очень крѣпкихъ, вполне развитыхъ и очень рослыхъ, но еще не менструирующихъ, не смотря на то, что имъ давно пора было бы менструировать. Такъ, иногда болѣзнь является и разъ, и два, и три, пока не наступятъ менструаціи, какъ только менструаціи появились — хорея исчезаетъ навсегда. Такъ бываетъ нерѣдко, но далеко не всегда. Бывають случаи, когда хорея появляется у менструирующей уже дѣвочки, — и бывають случаи, когда возвратъ хореи наступаетъ, хотя бы менструаціи и появились послѣ перваго приступа хореи.

б) Вліяніе привычныхъ менструацій на организмъ женщины, т. е. тѣхъ менструацій, которыя наступаютъ послѣ первыхъ разовъ появленія ихъ, по характеру проявленія тоже самое, какъ и при первомъ появленіи и отличіе будетъ обуславливаться тѣмъ, что первыя менструаціи представляются для организма явленіемъ новымъ, часто невѣдомымъ и неожиданнымъ для дѣвочки, почему онѣ будутъ дѣйствовать рѣзче, напряженнѣе и сильнѣе, чѣмъ въ послѣдующихъ случаяхъ.

Вотъ почему нерѣдко приходится наблюдать, что вмѣстѣ съ первыми менструаціями появляются и первые приступы истеріи, и первый приступъ эпилепсіи, и первый приступъ мигрени и т. д. При дальнѣйшихъ появленіяхъ мѣсячныхъ у многихъ женщинъ очень часто появляются и мигрень, и эпилепсія, и истерика, и тоска и т. п.; но онѣ уже не будутъ новинкой, да и съ самыми проявленіями нервноности, сопровождающими менструальный періодъ, женщина свыкается и переноситъ, какъ тяжкій завѣтъ праматери.

Нервные проявленія при обычныхъ мѣсячныхъ, идущихъ въ теченіи всей жизни женщины, въ ея организмѣ и въ частности въ ея нервной системѣ, тѣ же самыя, какъ и при менструаціяхъ первыхъ. У женщинъ, нервно здоровыхъ, уже за нѣсколько дней до появленія менструацій является какое-то недомоганіе, разбитость, общая слабость и апатія, тяжесть головы, нѣсколько печальное и подавленное настроеніе духа, непокойный сонъ, давленіе въ поясницѣ и тяжесть внизу живота, тянущее чувство въ поясницѣ и ногахъ, нѣкоторое усиленіе половой потребности, большая раздражительность. Эти явленія столь обычны для женщины и она такъ свыкается съ ними, что въ огромнѣйшемъ большинствѣ случаевъ не обращаетъ на нихъ вниманія, памятуя только, что завтра послѣзавтра наступятъ мѣсячныя.

Мѣсячныя наступаютъ. Въ большинствѣ случаевъ вышеуказанныя нервныя явленія нѣсколько усиливаются. Такое усиленіе держится день-два. Затѣмъ нервность начинаетъ падать и къ концу теченія мѣсячныхъ она совершенно исчезаетъ. Женщина чувствуетъ себя прекрасно. Только изрѣдка день-два послѣ мѣсячныхъ остается нѣсколько большая возбужденность.

Такъ проходятъ мѣсячныя у нервно-мощной женщины. Девятьсотъ девяносто девять здоровыхъ женщинъ на тысячу въ теченіи всего періода мѣсячныхъ не ложатся въ постель и продолжаютъ тѣ дѣла, какими занимаются обычно.

Уклоненія отъ этого обычнаго хода дѣла могутъ обусловливаться или измѣненіями организма женщины, или уклоненіями въ теченіи мѣсячныхъ. Въ первомъ случаѣ особенно важное значеніе имѣютъ хроническія болѣзни организма: хроническое страданіе легкихъ, сердца, желудочно-кишечнаго канала, матки и проч. влечетъ за собою малокровіе, истощеніе организма, цѣлый рядъ нервныхъ разстройствъ и проч. На такой почвѣ мѣсячныя будутъ производить уже большія разстройства въ области нервной системы. Теперь у до того нервно-мощной женщины могутъ явиться во время мѣсячныхъ и мигрень, и истерія, и тоска и т. п.; но мѣсячныя собственно тутъ ни при чемъ. Физическія болѣзни женщины такъ расшатываютъ ея организмъ, такъ истощаютъ и обезкровливаютъ его, что его нервная система изъ мощной становится нѣмощною и по своему состоянію превращается въ неустойчивую и неуравновѣшенную, приравниваясь къ тѣмъ организмамъ, которые таковыми являются на свѣтѣ по наслѣдству, оказываясь нервно-отягченными отъ родителей. Мѣсячныя у такихъ женщинъ дѣлаютъ тоже, что онѣ производятъ и у наслѣдственно предрасположенныхъ женщинъ: они вызываютъ къ дѣятельности скрытыя или латентныя состоянія истеріи, мигрени, эпилепсіи и пр., полученныя данными женщинами въ теченіи ихъ жизни и, слѣдовательно, благопріобрѣтенныя.

Гораздо худшее вліяніе на организмъ женщины оказываютъ болѣзненные уклоненія въ проявленіи мѣсячныхъ, особенно чрезмѣрно усиленныя мѣсячныя (меноррхѣа) и прекратившіяся мѣсячныя (амеоррхѣа). Первыя дѣйствуютъ чрезмѣрно истощая организмъ женщины, а вторыя, вѣроятно, путемъ задержанія продуктовъ надлежащихъ къ выдѣленію. Если въ первомъ случаѣ отягчающимъ организмъ обстоятельствомъ женщины являлись физическія болѣзни и другія неблагопріятныя и благопріобрѣтенныя женщиною обстоятельства, приравнивающая ея къ нервно-рожденнымъ и наслѣдственно отягченнымъ женщинамъ, то въ данномъ случаѣ те-

menorrhagia и amenorrhoea сами по себѣ являются обстоятельствомъ отягчающимъ организмъ женщины и низводящимъ его нервную систему изъ состоянія нервно-мощнаго въ состояніе нервно-неможное, опять таки приравнивая данный бывшій нервно-здоровый организмъ женщины къ тѣмъ организмамъ, кои отъ рожденія являются нервно-неможными. Въ законодательствѣ наказанія и возмездія за вину и прегрѣшеніе дѣлятся по степенямъ, при чемъ возмездіе смягчается больше и больше, по мѣрѣ представленія смягчающихъ вину обстоятельствъ, — и усиливается, по мѣрѣ указанія обстоятельствъ, усиливающихъ вину подсудимаго.

Если бы въ нашихъ болѣзняхъ завести точно такія же правила смягченія и усиленія болѣзни человѣка, то для здоровой женщины такими усиливающими обстоятельствами въ менструальный періодъ должно считать, во 1-хъ, всѣ обстоятельства, истощающія и обезкровливающія ея организмъ: болѣзни, плохое питаніе, тяжкій, непосильный истощающій трудъ, плохое нравственное положеніе и т. п., и во 2-хъ, болѣзненные уклоненія въ проявленіи самихъ мѣсячныхъ, какъ menorrhagia, amenorrhoea и проч. Появленіе одного изъ сихъ обстоятельствъ въ организмѣ женщины отягчаетъ ея организмъ на одну степень, — появленіе двухъ изъ нихъ отягчаетъ положеніе женщины на двѣ степени и т. д. Обычное состояніе мѣсячныхъ нервно-здоровой женщины никакъ нельзя признать за болѣзненное состояніе. Самое большее, что здѣсь можно было бы допустить, это — появленіе легкой неустойчивости и неуравновѣшенности нервной системы, т. е. такой почвы, на которой, при неблагоприятныхъ жизненныхъ обстоятельствахъ, могъ бы появиться и развиваться аффектъ. Это здоровое нервное состояніе при менструаціяхъ становится уже неустойчивымъ и неуравновѣшеннымъ, если оно является у женщины хронически больной, малокровной, истощенной и т. д. Точно также оно становится неустойчивымъ и неуравновѣшеннымъ, если у физически крѣпкой и здоровой женщины являются amenorrhoea,

menorrhagia, dysmenorrhoea и проч. Въ этихъ случаяхъ нервная система такой женщины опять таки становится неуравновѣшенною и неустойчивою. Вдвойнѣ усиливается эта неуравновѣшенность нервной системы, если amenorrhoea и dysmenorrhoea являются у женщины больной, слабой и истощенной; тогда одновременно является два отягчающихъ ея организмъ обстоятельства и переводятъ ея нервную систему въ менструальномъ періодѣ изъ здороваго въ неустойчивое состояніе.

Такимъ образомъ женщины по природѣ своей нервно-мощныя, подѣ влияніемъ отягченія ихъ организма истощающими обстоятельствами и уклоненіями въ менструальныхъ проявленіяхъ, могутъ переходить въ менструальномъ состояніи, въ области ихъ нервной системы, изъ состоянія здороваго равновѣсія въ состояніе неустойчивости и неуравновѣшенности, создавая тѣмъ почву для возникновенія въ этомъ періодѣ истеріи, нейрастеніи, мигрени, предсердечной тоски, приступовъ страха, насильственныхъ представленій, неудержимаго влеченія къ алкоголю, морфию и цѣлому ряду другихъ уклоненій въ нервной системѣ, присущихъ организмамъ и отъ рожденія къ тому предрасположеннымъ и предназначеннымъ.

Schüle<sup>1)</sup> говоритъ, что душевное состояніе женщины, даже совершенно здоровой, не представляетъ собою постоянной, устойчивой, опредѣленной величины, а рядъ колебаній повышенія и пониженія. Моментомъ, дѣйствующимъ на неустойчивость душевной жизни женщины, является менструальный періодъ. У женщинъ нервно-здоровыхъ этотъ періодъ производитъ то состоянія подавленности, то состоянія возбужденія, — у женщинъ же нервно неустойчивыхъ этотъ періодъ можетъ повести къ душевнымъ заболѣваніямъ, какъ въ формѣ подавленности, такъ и въ формѣ возбужденія.

<sup>1)</sup> Schüle, Ueber den Einfluss der. sog. Menstrualwelle auf den Verlauf psychischer Hirnaffectioen, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1890.

Что касается вліянія менструальнаго состоянія въ дальнѣйшемъ обычномъ теченіи на нервную систему женщины, отъ рожденія носящей въ себѣ предрасположеніе къ нервнымъ заболѣваніямъ, то, при благопріятныхъ жизненныхъ условіяхъ, такое вліяніе почти тоже, что и при первомъ появленіи менструацій, только нѣсколько слабѣе и не такъ рѣзко отражается на жизни женщины, такъ какъ она приучается терпѣть и переносить его. Помимо общихъ нервныхъ явленій, свойственныхъ менструальному состоянію женщины нервно-здоровой, у нервнопредрасположенной женщины менструальное состояніе вызываетъ къ проявленію тѣ нейрозы, которые свойственны тому или другому организму. Чаще всего при этомъ бывають истерія, мигрень, приступы головокруженій, приступы эпилепсіи, зубная боль, нейрастеніи и проч. Всѣ эти явленія, при прочихъ благопріятныхъ условіяхъ, далеко не всегда сопровождаютъ менструальный періодъ, за то благопріятствующія условія много способствуютъ ихъ появленію и развитію.

Особенно часто у женщинъ появляется въ менструальномъ періодѣ мигрень; уже за нѣсколько дней до появленія менструацій мигрень служитъ ихъ предвѣстникомъ и за тѣмъ очень часто сопровождаетъ все теченіе менструацій, постепенно ослабѣвая къ концу ихъ.

Истерическое состояніе чаще всего выражается въ подавленномъ состояніи духа, слезливости, плаксивости, недостаточно обоснованныхъ жалобахъ, появленіи *globus* и *clavus hystericus*, изрѣдка въ судорожныхъ приступахъ и еще рѣже въ приступахъ истеро-эпилепсіи.

Эпилепсія выражается или ночными судорожными приступами, или дневными. Первые обыкновенно появляются безъ всякаго внѣшняго повода, *sua sponte*, въ силу центральнаго раздраженія,—дневные приступы обыкновенно при своемъ появленіи имѣють къ тому какой-либо внѣшній поводъ. Часто, однако, проходятъ годы безъ всякихъ приступовъ, или послѣдніе выражаются въ формѣ легчайшихъ

absence, vertigo и другихъ слабо выраженныхъ эквивалентовъ судорожныхъ приступовъ.

Степень нервности такихъ менструирующихъ женщинъ стоитъ въ прямомъ соотношеніи съ ихъ нейропатологической наследственностью и предыдущимъ состояніемъ нервной системы. Изъ случайныхъ причинъ, усиливающихъ болѣзненное нервное состояніе должно указать на болѣзни и ослабляющіе организмъ моменты жизни женщины, нравственные и душевныя потрясенія и болѣзненные уклоненія въ теченіи самихъ менструацій, какъ amenorrhoea, menorrhagia, dysmenorrhoea и пр. Эти болѣзненные состоянія являются моментами, отягчающими организмъ женщины и это отягченіе можно поставить прогрессивно въ градаціи, соотвѣтственно прибавляющимся болѣзнетворнымъ моментамъ.

Дѣло можетъ доходить до того, что у менструирующей женщины могутъ развиваться душевныя разстройства. Появленіе душевныхъ разстройствъ въ менструальномъ періодѣ—явленіе уже очень давно извѣстное. Это явленіе настолько распространенное, что уже съ давнихъ поръ ставится вопросъ о существованіи менструальнаго сумашествія. Вопросъ этотъ однако и до сихъ поръ остается въ значительной мѣрѣ нерѣшеннымъ, такъ какъ одни изъ психіатровъ признаютъ существованіе менструальнаго помѣшательства sui generis,—другіе не видятъ въ немъ ничего специфическаго.

Отношеніе менструальнаго состоянія къ душевнымъ заболѣваніямъ можетъ быть таково: *α*) менструаціи являются въ теченіе уже готоваго душевнаго разстройства, *β*) менструаціи и ихъ болѣзненные уклоненія способствуютъ проявленію психозовъ, которые у данной женщины находятся въ скрытомъ состояніи, и, менструаціи и ихъ болѣзненные уклоненія сами даютъ душевныя заболѣванія, если со стороны организма существуетъ предрасположеніе къ нервной неустойчивости.

*α*. Вліяніе менструацій на теченіе уже готовыхъ психозовъ. Очень часто приходится наблюдать такое явленіе, что меланхоліи, маніи, аменціи и пр. предшествуетъ за мѣсяць или нѣ-

сколько мѣсяцевъ прекращеніе менструацій. Такое же отсутствіе менструацій наблюдается тогда и въ теченіе всей болѣзни, — при появленіи же менструацій наблюдается рѣзкое улучшеніе болѣзни и, наконецъ, ея полное излеченіе. Отсюда дѣлался тотъ выводъ, что причиною данныхъ болѣзней было прекращеніе появленія менструацій и выздоровленіе наступало съ появленіемъ менструацій вновь. Такое толкованіе совершенно неправильно. Во всѣхъ этихъ случаяхъ и психозъ и уклоненія менструацій обуславливаются одною и тою же причиною. Усиленное воздѣйствіе этихъ причинъ способствуетъ какъ прекращенію менструацій, такъ и развитію душевной болѣзни, устраненіе болѣзнетворныхъ причинъ способствуетъ и появленію менструацій и устраненію душевной болѣзни.

Такимъ образомъ приписываемое мѣсячнымъ причинное значеніе для возникновенія психозовъ во многихъ случаяхъ на дѣлѣ не оправдывается и тѣмъ менѣе оправдываются мѣры, назначаемыя больнымъ съ цѣлью вызвать у нихъ мѣсячныя, имѣя въ виду тѣмъ самымъ способствовать уничтоженію психоза. Эти лечебныя мѣры въ большинствѣ случаевъ достигаютъ совершенно обратныхъ результатовъ.

Если въ теченіи психоза менструаціи являются, то въ огромномъ большинствѣ случаевъ онѣ остаются не безразличными по отношенію къ теченію душевнаго заболѣванія. Первые изслѣдованія въ этомъ направленіи были произведены Brierre de Boismont<sup>1)</sup>, который нашель, что у душевно-больныхъ женщинъ во время менструальнаго періода замѣчается усиленіе душевнаго разстройства. Schlager<sup>2)</sup> нашель, что менструальное состояніе въ 33% на существующую душевную болѣзнь вліяло неблагоотворно, производя усиленіе возбудимости и раздраженія, въ остальныхъ же случаяхъ этотъ періодъ

<sup>1)</sup> *Brierre de Boismont*, Traité de la menstruation.

<sup>2)</sup> *Schlager*, Die Bedeutung des Menstrualprocessus und seiner Anomalie für die Entwicklung und den Verlauf der psychischen Störungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1858.

остається безъ вліянiя на теченіе обычнаго хроническаго психоза. Приступы эпилепсiи при этомъ обычно учащались; хроническая меланхолiя рѣзко усиливалась, при чемъ проявлялась склонность къ самоубiйству. Schróter <sup>1)</sup> находилъ при хроническихъ формахъ меланхолiи появленіе чрезмѣрной тоски съ покушеніемъ на самоубiйство; при хроническихъ маниакальныхъ формахъ наблюдалось усиленіе возбужденія. Точно такое же усиленіе душевныхъ болѣзненныхъ явленій наблюдали Krafft-Ebing <sup>2)</sup>, Данилло <sup>3)</sup> и друг. По мнѣнію Algeri <sup>4)</sup>, менструальный періодъ отзывается тяжело на теченіи душевныхъ заболѣваній, производя въ нихъ временныя обострѣнія мозговыхъ разстройствъ. Нѣсколько благосклоннѣе къ этому вопросу относится Marcé <sup>5)</sup>. По его мнѣнію, являющіяся въ теченіе психоза менструаціи дѣйствительно оказываютъ сильное воздѣйствіе на картину болѣзни, но въ однихъ случаяхъ это воздѣйствіе, ухудшающее картину душевной болѣзни, а въ другихъ — улучшающее. Я лично вполне могу подтвердить это мнѣніе Marcé: въ однихъ случаяхъ, въ большинствѣ, преимущественно въ состояніяхъ душевной и тѣлесной подавленности, душевное состояніе больныхъ въ теченіе менструацій значительно ухудшалось, — въ другихъ случаяхъ, преимущественно маниакальнаго возбужденія, душевное состояніе больныхъ въ теченіе менструальнаго періода рѣзко улучшалось.

Исслѣдованія Schaefer'a <sup>6)</sup> показали, что случаи средней и тяжелой меланхолiи протекають почти всегда съ аменореей,

<sup>1)</sup> Schröder, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, B. XXX.

<sup>2)</sup> Krafft-Ebing, Untersuchungen über Irresein zur Zeit der Menstruation, Archiv für Psychiatrie, B. VIII.

<sup>3)</sup> Данилло, Къ вопросу о значеніи менструальнаго періода при душевныхъ болѣзняхъ, 1881.

<sup>4)</sup> Algeri, Le frenopati in rapporto alla menstruazione, Archivio italiano per le malattie nervose, 1884, 5.

<sup>5)</sup> Marcé, Traité pratique des maladies mentales, 1862, p. 143.

<sup>6)</sup> Schaefer, Beziehungen zwischen Menstruationsprocesse und Psychose, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1893.

которая исчезаетъ при улучшеніи душевной болѣзни; случаи слабой напряженности въ теченіе всей болѣзни сопровождаются менструаціями правильно. Въ случаяхъ слабо выраженной маніи менструаціи протекаютъ болѣе или менѣе правильно, въ случаяхъ средне и рѣзко выраженной маніи теченіе менструацій нарушается и въ большинствѣ онѣ отсутствуютъ. Въ шести случаяхъ циркулирующаго сумашествія въ періоды подавленности происходила аменоррея, — въ теченіе же періодовъ возбужденія менструаціи протекали правильно. Въ 15 случаяхъ первичнаго ступора, ступора отъ истощенія и первичнаго излечимаго слабоумія, 13 случаевъ протекали безъ менструацій, при чемъ въ 10 изъ нихъ въ періодѣ выздоровленія менструаціи возвратились. Острые случаи умственнаго разстройства сопровождались неправильнымъ теченіемъ менструаціи. Если аффективныя разстройства появляются вторично, то и при этомъ состояніи подавленности сопровождались аменорреей, исчезавшей при наступленіи выздоровленія, или при переходѣ болѣзни въ хроническое теченіе; въ случаяхъ вторичнаго возбужденія слабой и средней напряженности менструаціи протекаютъ правильно, — въ случаяхъ же очень сильнаго возбужденія менструаціи отсутствуютъ. Въ случаяхъ хроническихъ психозовъ, выражающихся разстройствомъ мыслительной дѣятельности, менструаціи протекаютъ правильно. Случаи обострѣннй пораженія мыслительной области сопровождаются разстройствами менструацій соотвѣтственно появляющимся при этомъ напряженности и характера аффективнаго состоянія. Въ случаяхъ dementia paralytica въ начальномъ состояніи болѣзни менструаціи протекали правильно, въ разгарѣ же болѣзни онѣ прекращались.

Эти данныя, представленныя Schaefer'омъ на основаніи бывшихъ подѣ его наблюденіемъ 450 случаевъ, въ общемъ почти вполне подтверждаютъ мои личныя наблюденія.

Почти во всѣхъ этихъ случаяхъ уклоненія въ теченіи менструаціи шли почти параллельно уклоненіями въ области душевной жизни женщины. Такое совпаденіе нарушеній мен-

струальныхъ и психическихъ учить насъ во 1-хъ тому, что уклоненія въ теченіи менструацій во всѣхъ этихъ случаяхъ не являются причиною въ области душевнаго разстройства; во 2-хъ, что уклоненія менструальныя и психическія, повидимому, обусловливаются одною общею причиною; въ 3-хъ, что эта причина ближе всего лежитъ въ общемъ истощеніи организма, и въ 4-хъ, что ненормальное состояніе мозга можетъ служить, до нѣкоторой степени, таковою общею причиною и для появленія ненормальныхъ отправленій въ менструальной области и для появленія ненормальныхъ отправленій въ психической области.

β. Вторую категорію случаевъ взаимоотношенія менструальнаго періода къ душевному разстройству составляютъ тѣ случаи, когда менструальное состояніе представляется активнымъ участникомъ въ производствѣ, если не всей ненормальности душевнаго состоянія, то во всякомъ случаѣ его обнаруженія, при скрытомъ состояніи, обострѣнія и появленія на почвѣ хроническаго ненормальнаго состоянія центральной нервной системы, и острыхъ аффективныхъ состояній. Такъ могутъ дѣйствовать, какъ обычно являющіеся приступы менструацій, такъ и особенно различныя нарушенія менструальнаго состоянія въ формѣ замедленія появленія менструацій, аменорреи, дисменорреи и пр. Естественно, что такое чрезмѣрное воздѣйствіе ихъ будетъ въ такомъ только случаѣ, если къ тому существуетъ вполне надлежащая почва и въ формѣ рѣзкаго физическаго истощенія и въ формѣ рѣзкаго нарушенія высшей нервной дѣятельности, въ видѣ тяжкихъ нейрозозъ и хроническихъ психозозъ. Особенно благоприятною для этого почвою является состояніе прирожденнаго тупоумія (*imbecillitas*), идиотизма, меланхолии и хроническаго слабоумія.

На такой подготовленной почвѣ легко развиваются приступы тоски (*anxietas praecordialis*), приступы патологическаго аффекта, *gertus melancholicus*, приступы эпилепсіи различныхъ ея разновидностей, импульсивныя явленія въ формѣ

клептоманіи, дипсоманіи, дѣтоубійства, убійства и пр., насильственныхъ представленія, насильственныхъ ощущенія и т. п.

Такимъ образомъ, въ данныхъ случаяхъ менструальное состояніе не само по себѣ создаетъ душевную болѣзнь, а является только новымъ причиннымъ моментомъ для усиленія прежде существующаго ненормальнаго состоянія; съ другой стороны менструаціи являются и не безразличнымъ состояніемъ, а дѣятелемъ, обуславливающимъ болѣе или менѣе серьезную психическую ненормальность. Не будь патологической почвы, то у данной женщины менструальный періодъ вызвалъ бы моментъ грусти и подавленности, но онъ не довелъ бы ее до предсердечной тоски, — моментъ раздражительности и запальчивости, но не патологическаго аффекта, — легкой недостатка силы, энергіи и немощи, но не приступъ запойнаго пьянства съ цѣлю уравновѣсить свой психическій пробѣлъ и т. п. Словомъ, въ данныхъ случаяхъ менструальный періодъ даетъ начало обострѣніямъ уже существующихъ психическихъ ненормальностей и возникновенію острыхъ психозовъ, но не создаетъ серьезнаго устойчиваго ненормальнаго душевнаго состоянія. Правда, эта остро возникающая душевная ненормальность можетъ перейти въ хроническую, но для такихъ случаевъ обыкновенно, помимо менструацій, существуютъ и другія болѣзнетворныя причины.

Всѣ эти болѣзненные проявленія душевнаго состоянія женщинъ, являющіяся слѣдствіемъ воздѣйствія менструальнаго состоянія, имѣютъ однако вполне важное жизненное значеніе. Онѣ часто создаютъ неудобныя общежитійскія отношенія и нерѣдко служатъ предметомъ судебно-психіатрическихъ заключеній, въ виду совершаемыхъ въ этотъ моментъ преступленій. А преступленія при этомъ могутъ быть совершаемы весьма разнообразныя. При этомъ могутъ быть совершаемы убійства, дѣтоубійства, поджоги, воровство и т. п.

Разсматривая существующую уже судебно-психіатрическую казуистику, мы встрѣчаемъ тамъ самыя разнообразныя сочетанія душевныхъ патологическихъ состояній съ основными

нервными измѣненіями, а также и очень разнообразныя свойства преступленій.

Крафт<sup>1)</sup> описываетъ случай убійства мужа въ менструальный періодъ женою, представлявшею умственное и физическое недоразвитіе. Westphal<sup>2)</sup> описываетъ случай дѣтоубійства въ состояніи *gertus melancholicus* на почвѣ душевной меланхолической подавленности въ менструальный періодъ, при чемъ менструаціи однако не явились. Tuke<sup>3)</sup> передаетъ случай убійства дочери въ состояніи алкогольнаго эксцесса въ менструальномъ періодѣ, при чемъ дѣло осложнилось еще патологическимъ аффектомъ. Pelmann<sup>4)</sup> описываетъ случай, въ которомъ дѣвушка 17 лѣтъ, въ менструальные періоды, совершила цѣлый рядъ поджоговъ, при чемъ въ дальнѣйшемъ у нея развилась формальная меланхолія съ проявленіемъ покушенія на самоубійство. Mabile<sup>5)</sup> передаетъ случай, въ которомъ больная съ тяжелымъ нервнымъ отягченіемъ проявляла истеронейрастенію и въ менструальный періодъ обнаружила импульсивное воровство, при чемъ по промествіи даннаго періода у нея наступала амнезія совершеннаго. Philoindicus<sup>6)</sup> описываетъ больную съ рѣзкою нейрпатологическою наслѣдственностью, которая проявляла въ менструальные періоды рѣзкую возбудимость и половое раздраженіе,—рядомъ съ этимъ у нея бывали импульсы къ убійству и самоубійству; эта больная въ одинъ изъ менструальныхъ періодовъ покушалась на убійство своей подруги за то, что она не хотѣла удовлетворить ея половой потребности противоестественнымъ путемъ.

Giraud<sup>7)</sup> передаетъ такой случай. Въ ночь съ 1 на 2 мая 1885 г. Lombardi перерѣзала горло четыремъ своимъ дѣтямъ

1) *Krafft*, Gattenmord zu Zeit der Menses, Jahrb. f. Psychiatr. B. X. I. 2—3.

2) *Westphal*, Charite Annalen, B. III.

3) *Tuke*, Journal of mental science.

4) *Pelmann*, Vierteljahrschr. für gerichtl. und öffentl. medic. 1887.

5) *Mabile*, Archives de Neurologie, 1889.

6) *Philoindicus*, The Journal of mental science, 1882.

7) *Giraud*, L'affaire Lombardi, Annal. medicō-psycholog. 1887.

и затѣмъ сама отравилась атропиномъ. Хотя горло перерѣзано было всѣмъ четверемъ дѣтямъ, однако, одного удалось спасти, а равно и мать. Убійца 32 лѣтъ, имѣла отца и дядей по матери пьяницъ и одного дядю самоубійцу. Вышедши замужъ вторично, она имѣла четверо дѣтей, рождавшихся черезъ годъ, при чемъ каждаго изъ нихъ она кормила сама, въ послѣднее время сверхъ того имѣла выкидышъ; за третьими родами было очень сильное кровотеченіе. Послѣ вторыхъ родовъ, во время кормленія ребенка, былъ приступъ острой мани, длившійся 4 дня. Четыре года назадъ былъ глубокій обморокъ, послѣ котораго у Л. начали появляться приступы дурноты, возбужденія и бреда, послѣдніе преимущественно въ менструальные періоды. Два года назадъ во время менструаций у Л. явилась мысль убить своихъ дѣтей, что она и исполнила въ данный моментъ также во время менструальнаго періода. Мужъ больной былъ пьяница, имѣлъ любовницу и часто обижалъ жену и дѣтей. Сама Л. никогда не пила ничего спиртнаго, но передъ совершеніемъ преступленія, она, для храбрости, выпила стаканъ водки и растворъ атропина въ ликерѣ. За нѣсколько часовъ до преступленія она написала вполнѣ логичное письмо, въ которомъ она объясняла причину своего поступка. Приведенная черезъ 24 часа изъ коматознаго состоянія въ сознаніе, она весьма сожалѣла о томъ, что одинъ ея ребенокъ спасенъ, такъ какъ теперь и она не имѣетъ права покончить съ собой. Самое преступленіе Л. совершила въ темнотѣ, такъ какъ не ручалась, что при свѣтѣ хватить у нея присутствія духа на такой ужасный поступокъ. Вскорѣ у нея явились галлюцинаціи объ обидѣ мужемъ всѣхъ ея дѣтей и рядомъ съ этимъ соответственный бредъ.

Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ мы имѣемъ явную пассивную меланхолію, въ теченіи которой во время менструальныхъ состояній являлись ужасныя бредовыя идеи, которыя она привела въ исполненіе опять-таки во время менструальнаго періода.

Крафт-Ебинг <sup>1)</sup> передаетъ такой случай. М., 46 лѣтъ, осталась безъ родителей въ маломъ дѣтствѣ и нигдѣ не получила воспитанія. Была служанкой и слонялась изъ дома въ домъ. Дѣвушкой имѣла ребенка, роды были трудные, послѣ которыхъ осталась фистула съ послѣдующими операціями и истощеніемъ, черезъ это она стала слабой, малокровной и очень раздражительной. Кромѣ того, М. не имѣла менструацій, а взамѣнъ этого являлись у нея «бури»: бессонница, головная боль, крайняя раздражительность и непониманіе того, что съ нею и вокругъ нея дѣлается, такъ напр. порѣжетъ свое единственное платье и сама не знаетъ зачѣмъ и для чего. Не имѣя никакихъ средствъ къ жизни, не смотря на тяжелое физическое и душевное состояніе, она должна была служить, хотя нигдѣ долго не оставалась на мѣстѣ. Всѣ, у кого она служила, даютъ такой отвѣтъ: она прекрасная работница, трудолюбива, прилежна и чистоплотна, но обладаетъ необыкновенно дурнымъ характеромъ: она чрезвычайно сварлива и, при столкновеніи, приходитъ въ страшную ярость изъ-за пустяка; поэтому она нерѣдко отходила отъ мѣста, не получивъ даже расчета. Однажды изъ-за того, что ее дразнили дѣти, она три дня безъ ѣды и одежды просидѣла на чердакѣ. Въ промежуткѣ между службой она жила у одной старухи, которая была съ М. вѣжлива, пока у ней были деньги, и очень груба, когда деньги у М. истощались. Последняя ссора у М. произошла изъ-за чашки кофе. Въ ссорѣ старуха ударила М. тряпкой по лицу. М. схватила скалку, старуха бичевку. Кончилось тѣмъ, что старуха оказалась жертвой съ бичевкой на шеѣ. М. конца ссоры не помнитъ, знаетъ только, что она ударила старуху по головѣ скалкой. Побивши старуху, М. начала замывать на полу кровяныя пятна, а тѣло убитой спрятала въ сундукъ. Подмывая кровяныя пятна на полу, М., однако, нисколько не заботилась о открытіи крови въ лаханкѣ и другихъ мѣстахъ. Когда сосѣди,

<sup>1)</sup> *Krafft-Ebing*, Mord, Schwachsinn, Menstrualis periodisch. Irrsein, *Friedreich's Blätter*, 1889, 5.

\*

9564B

заслышавъ крики старухи, пришли узнать въ чемъ дѣло, то М. отвѣчала имъ, что старуха ушла съ бѣльемъ. Въстѣ съ этимъ М. просила, чтобы съ нею пошелъ кто-нибудь къ судѣ. Дорогой М. заявила спутницѣ, что старуху она убила, тоже заявила и судѣ. М. помѣстили на испытаніе. При этомъ оказалось, что М. обнаруживаетъ тупоуміе, она не знала самыхъ простыхъ счисленій, не понимала значенія обыденныхъ обстоятельствъ и пр. Кромѣ того у нея существуетъ бредъ преслѣдованія: ее преслѣдуютъ все и всѣ. Ее преслѣдуетъ судьба, бросивъ на произволъ бѣдности и сиротства, — ее преслѣдуютъ люди, гоняя ее съ мѣста на мѣсто, — ее обвиняютъ въ томъ, что она заражена венерическимъ ядомъ и носитъ съ собою эту заразу. Всюду она встрѣчаетъ неудачи и гоненіе. Она слышитъ на ея счетъ замѣчанія врача, пріѣхавшаго къ хозяйкѣ, — въ словахъ пастора во время проповѣди и проч. На ея счетъ всѣ шепчутся. Сама убитая издѣвалась надъ нею, — да и сосѣди сдѣлали ей на зло, пришедши не тогда, когда она была старуху, а тогда, когда она ее убила. Въ больницѣ, въ замѣнъ менструацій, у М. наблюдали приступъ «бури», длившійся нѣсколько дней.

Въ этомъ случаѣ приступъ буйства развился на почвѣ тупоумія и параноического состоянія, при чемъ подсудимая проявляла въ менструальные періоды особые приступы «психической бури».

Мнѣ <sup>1)</sup> лично приходилось наблюдать слѣдующій случай. З., крестьянка, 22 лѣтъ, замужняя, бездѣтная, произвела поджогъ собственной хаты. Выраженіе лица всегда тупое и безсмысленное, лѣвый глазъ коситъ, лѣвое вѣко полуопущено. лѣвый зрачекъ шире праваго, глаза блуждающіе, въ верхней части лица глубокой костный рубецъ, правая рука слабѣе лѣвой. Отецъ больной умеръ въ домѣ умалишенныхъ. До 10-ти лѣтняго возраста З. была какъ обыкновенная дѣвочка; но съ этой поры, вслѣдствіе сильнаго ушиба въ области черепа.

<sup>1)</sup> П. И. Ковалевскій, Судебно-психіатрическіе анализы, т. I, с. 40.

послѣ чего у нея остался рубецъ на лицѣ и всѣ вышеуказанныя измѣненія, она стала придурковата, каковою осталась и до дня преступленія. Менструаціи открылись на 18 году и каждый разъ сопровождались недомоганіемъ, разбитостью и болью въ поясницѣ и головѣ. 20 лѣтъ З. вышла замужъ. Все послѣднее лѣто менструаціи у З. не появлялись, а замѣнь этого, въ соотвѣтственные періоды, на нее находила тоска, головная боль, общее нерасположеніе и раздражительность. За недѣлю до преступленія у З. была особенно сильная боль головы и тоска мучила ее такъ, что она не находила себѣ мѣста, избѣгала встрѣчи съ людьми и чуждалась всякой работы. По ночамъ наступала бессонница, страхъ и ужасъ. Все это состояніе усиливалось ко дню преступленія. Родные ея мужа обращались съ нею грубо и дерзко. Они часто били ее, не вѣрили ея болѣзни, считали ее лѣнливою и упрямою, такъ что, когда наступало ея болѣзненное состояніе, соотвѣтствовавшее менструальному періоду, то она должна была убѣгать къ своей матери. З. въ день преступленія чувствовала себя очень дурно. Менструаціи должны были явиться, но ихъ не было. Не смотря на душевную тоску, не смотря на полную неспособность къ работѣ, З. все-таки должна была хозяйничать. Вечеромъ должны были пріѣхать съ поля мужъ и его братъ. Она приготовила имъ для ужина молоко въ сѣняхъ. Пріѣхавшій мужъ внесъ въ сѣни сѣделку и бросилъ ее въ уголь. Ремень сѣделки какъ-то случайно попалъ въ приготовленное молоко. Вошедшій братъ, думая, что такой безпорядокъ произвела З., ударилъ ее по затылку. Это окончательно вывело З. изъ себя. Она не помнитъ уже, что было послѣ того: какъ братья поужинали, какъ они легли спать и проч. Когда въ комнатѣ все утихло, З., захвативши коробочку спичекъ, ушла на дворъ и остановилась у забора. Тамъ ей представлялись разные ужасы; такъ, ей казалось, что къ ней лѣзутъ два солдата и хотятъ съ нею «сдѣлать дѣло»; З. кричала при этомъ, но крика ея никто не слышалъ. Затѣмъ она вошла въ сарайчикъ, крытый соломой,

и подожгла солому. Окончивши свое дѣло, она преспокойно вошла въ комнату и легла спать. При этомъ она даже радовалась всему случившемуся. Услышавъ колокольный звонъ на пожаръ и увидѣвъ пламя, З. начала будить мужа и помогала тушить пожаръ. Въ эту ночь у З. появились менструаціи и она чувствовала себя совершенно перерожденною. Мучительная тоска, боль головы, бессонница и пр. прошли у нея сразу. Опомнившись на другой день, З. призналась во всемъ чистосердечно, сожалѣя очень о случившемся.

Вотъ три случая психическихъ обострѣній въ теченіи менструальнаго періода: въ первомъ случаѣ на почвѣ меланхолин обострились бредовыя идеи, которыя наконецъ вылились въ дѣйствиі, — во второмъ — на параноической и тупоумной почвѣ появлялись «психическія бури» въ формѣ рѣзкаго возбужденія и аффекта, и въ третьемъ — на почвѣ тупоумія развивались приступы предсердечной тоски, въ одинъ изъ которыхъ было совершено безсмысленное преступленіе.

Во всѣхъ этихъ и подобныхъ случаяхъ психическія ненормальности были прямымъ слѣдствіемъ наступленія менструальнаго періода, но во всѣхъ этихъ случаяхъ менструальный періодъ дѣйствовалъ столь губельно потому только, что уже къ тому существовала вполне годная и подготовленная почва. Не будь этой почвы и душевныя ненормальныя ожесточенія не проявились бы въ столь рѣзкой формѣ. Менструаціи въ данномъ случаѣ являлись послѣднею каплею, переполнявшею чашу душевныхъ страданій даннаго человѣка.

γ. Намъ остается разсмотрѣть третье отношеніе менструальнаго состоянія къ психозамъ — когда менструаціи являются болѣе или менѣе главною и производящею психозъ причиною. Clouston<sup>1)</sup> говоритъ: «помимо того общаго вліянія, какое оказываетъ расстройство или задержка менструацій на всѣ виды душевныхъ болѣзней, неправильность ихъ бываетъ

<sup>1)</sup> Clouston, Клиническія лекціи по душевнымъ болѣзнямъ, пер. И. М. Сабашникова, 1885, с. 511.

иногда сама по себѣ производящею или предрасполагающею причиною помѣшательства...» Эти случаи душевныхъ заболѣваній, въ которыхъ менструальное состояніе имѣетъ такое существенное значеніе, съ наибольшимъ правомъ могутъ быть отнесены къ такъ называемымъ менструальнымъ психозамъ. Такимъ образомъ, подъ именемъ *менструальнаго психоза* можно разумѣть такое болѣзненное душевное состояніе, которое, при существующемъ уже къ тому предрасположеніи со стороны центральной нервной системы, наследственнаго или благопріобрѣтеннаго характера, — для своего проявленія получаетъ импульсъ въ менструальныхъ измѣненіяхъ организма (нормальнаго или ненормальнаго свойства), является передъ, во время, или въ концѣ менструальнаго періода и въ большинствѣ случаевъ носитъ на себѣ характеръ періодичности и кратковременности. Bartel <sup>1)</sup>, Hugo Müller <sup>2)</sup>, Krafft-Ebing <sup>3)</sup> и всѣ остальные авторы, писавшіе и обращавшіе вниманіе на менструальный психозъ, высказываютъ то мнѣніе, что, во всѣхъ случаяхъ менструальнаго психоза, больные проявляли наследственное предрасположеніе, извѣстную ненормальную конституцію организма и даже явные слѣды вырожденія. Müller полагаетъ, что у такихъ лицъ обыкновенно съ патологической наследственностью и личнымъ предрасположеніемъ существуетъ еще хлорозъ. Этотъ хлорозъ обыкновенно является также выраженіемъ патологической наследственности, но тѣмъ не менѣе онъ служитъ основною причиною, на которой могутъ появляться расстройства менструаций, склонныя, при одновременномъ существованіи нервной патологической наследственности, вызвать психозъ.

Этотъ менструальный психозъ не имѣетъ своей собственной клинической картины и съ этой точки зрѣнія не является психозомъ *sui generis*, какъ напр. эпилептическое помѣ-

<sup>1)</sup> *Bartel*, Ein Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein, Centralb. f. Nervenheilk., 1887.

<sup>2)</sup> *Hugo Müller*, Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein, 1889.

<sup>3)</sup> *Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie, 3 Aufl.

шатательство, истерическое помѣшательство и проч. Клиническая картина болѣзни можетъ быть самая разнообразная и менструальнымъ даннымъ психозъ можетъ называться только потому, что главною причиною, его производящею и вызывающею, служатъ тѣ измѣненія въ центральной нервной системѣ, которыя свойственны и обычны менструальному состоянію нормальному, или патологическому.

Наступленію и проявленію менструальнаго психоза должны предшествовать: патологическая наследственность, прирожденное ненормальное состояніе нервной системы данной женщины, случайныя тяжелыя нервныя и физическія заболѣванія, рѣзкое истощеніе организма, тяжелыя нравственныя потрясенія, многочисленныя роды, не всегда счастливыя и съ обильными потерями крови, кормленіе дѣтей при продолжающейся работѣ и недостаточномъ питаніи, неправильности и болѣзни полового аппарата, слишкомъ обильныя, болѣзненныя, недостаточныя и отсутствующія менструаціи, внезапное прекращеніе менструацій и т. п. Особенно важно въ этомъ отношеніи то, что между появленіемъ психоза и менструальнымъ состояніемъ почти всегда существуетъ явная и очевидная связь, взаимосоотношеніе и зависимость. Психозъ появляется передъ менструальнымъ состояніемъ и съ наступленіемъ онаго или ослабѣваетъ, или вовсе проходитъ. Психозъ начинается въ теченіе менструальнаго состоянія и съ прекращеніемъ его оканчивается. Психозъ является въ концѣ менструальнаго періода и быстро проходитъ. Психозъ является замѣнъ менструальнаго періода (при amenorrhoea), повторяется нѣсколько разъ черезъ извѣстныя промежутки времени, а именно вмѣсто менструацій и прекращается вовсе при возвращеніи задержанныхъ менструацій.

Особенно часто менструальный психозъ появляется именно въ случаяхъ аменоррей. Но во всѣхъ случаяхъ этихъ психозовъ въ основѣ должны лежать тяжкія измѣненія въ области нервной системы наследственнаго и благопріобрѣтеннаго характера.

Изъ формъ душевныхъ разстройствъ, чаще всего являющихся въ видѣ менструальнаго психоза, будутъ: меланхолія, манія, аменція и импульсивные психозы въ формѣ дипсоманіи, пироманіи и другихъ проявленій неудержимаго влеченія и насильственности. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ эти психозы кратковременны и повторны. Длятся они нѣсколько дней, недѣлю, двѣ. Въ этой формѣ наичаще является острая аменція, но можетъ являться и меланхолія и манія. Въ рѣдкихъ случаяхъ является циркулирующій психозъ, при чемъ отдѣльныя его звенья или совпадаютъ съ слѣдующими одинъ за другимъ періодами менструаций, или же на менструальный періодъ падаетъ меланхолическое звено циркулирующаго сумасшествія, а маниакальное на промежутокъ между ними. Если менструальный психозъ принимаетъ затяжное теченіе, то въ большинствѣ случаевъ онъ сопровождается явленіями аменореи и во всякій моментъ, когда должны были бы быть менструации, получается рѣзкое усиленіе болѣзненныхъ явленій, съ значительнымъ ослабленіемъ психоза въ промежуткахъ между приступами. Въ теченіи такого психоза усматривается явная періодичность, соотвѣтствующая періодамъ менструальнаго состоянія.

Количество приступовъ менструальнаго психоза бываетъ различно: можетъ быть только одинъ приступъ, можетъ быть два приступа, можетъ быть ихъ и очень много. Ball <sup>1)</sup> передаетъ случай, въ которомъ одна женщина судилась за убійство своего сына. На судѣ она заявила, что преступленіе это совершено ею въ менструальномъ періодѣ, когда она постоянно страдаетъ приступами остраго душевнаго заболѣванія. Назначенное надъ нею наблюденіе показало, что она была совершенно права и убійство ребенка являлось выраженіемъ не преступленія, а несчастья.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда менструальный психозъ являлся только одинъ разъ, мнѣ всегда приходилось наблюдать, что

---

<sup>1)</sup> Ball, Leçons sur les maladies mentales, 1890, p. 700.

условія появи психоза представлялись нѣсколько сложнѣе. Обыкновенно, помимо всегда рѣзкаго воздѣйствія менструальнаго состоянія на душевную жизнь женщины, недоящаго однако ее до психоза, за короткій срокъ до появленія менструацій, или *во время менструацій*, или въ тотъ срокъ, когда онѣ должны были бы быть, но ихъ нѣтъ,— надъ женщиною разражалось какое-нибудь сильно потрясающее событіе пріятнаго или непріятнаго свойства. Если такая внезапность появлялась въ теченіе менструацій, то нерѣдко отдѣленіе кровей сразу прекращалось и больная переходила или въ ступоръ, или въ страшное буйство.

Какого бы ни былъ характера менструальный психозъ, въ формѣ ли меланхоліи, маніи, аменціи и проч., но въ немъ очень часто возможно бываетъ уловить нѣкоторыя отгѣнки, которые болѣе или менѣе указывали бы на специфичность его происхожденія. Этотъ психозъ носитъ на себѣ черты періодичности, отдѣльные его приступы сходны между собою почти до мелочей, часто при этомъ сознание разстраивается слабо, хотя личность чловѣка рѣзко измѣняется, а въ проявленіи дѣйствій, рѣчи и поступковъ усматривается циничность, скабрзность и неприличіе. Эти черты не служатъ характерными спеціально для менструальнаго психоза, но много говорятъ за его основу — патологическую наслѣдственность и вырожденіе, сочетанныя съ извѣстнымъ импульсомъ.

Весьма опасная особенность менструальнаго психоза, по Крафт-Ебинг'у, состоитъ въ томъ, что однажды появившійся болѣзненный процессъ менструаціи самъ по себѣ уже служитъ достаточною причиною для появленія новаго приступа психоза, такъ какъ развивающееся въ данныхъ случаяхъ стойкое функціональное измѣненіе въ мозгу представляется вполне подобнымъ эпилептическому измѣненію.

Связь этого рода помѣшательства съ менструальными состояніями выражается и тѣмъ, что, при появленіи менструацій, если послѣдніе были задержаны, психозъ сразу прекращается.

Если менструальное помѣшательство является повторнымъ много разъ, то мало по малу оно теряетъ остроту своего проявленія, становится болѣе длительнымъ, его свѣтлые промежутки становятся менѣе ясными и болѣе короткими и съ годами такое болѣзненное состояніе можетъ переходить въ слабоуміе. Всѣ эти особенности не составляютъ принадлежности менструальнаго психоза, а одинаково присущи всѣмъ періодическимъ психозамъ.

Довольно типичный случай менструальнаго психоза приводится Кіrn'омъ<sup>1)</sup>.

Катерина F., дочь эксцентричнаго и раздражительнаго отца, средняго сложенія, безъ всякаго образованія, сангвинична и жива. Уже въ 18 лѣтъ наступилъ приступъ душевнаго расстройства, которое съ необыкновенной правильностью являлось то въ началѣ, то въ концѣ, то среди менструальнаго періода. 25 лѣтъ она была принята въ заведеніе для душевныхъ больныхъ. Здѣсь приступы были въ связи съ менструаціями, длились 3—8 дней съ промежутками 2—4 недѣли. При этомъ у нея было лицо красное, глаза блестящіе. Больная была безпокойна, быстра, громко смѣялась, жаловалась и поступки ея были несообразные. Отъ 37 до 47 лѣтняго возраста приступы прекратились, чтобы послѣ того наступить съ болѣею напряженностью.

Я приведу слѣдующій случай менструальнаго помѣшательства, бывший въ моей практикѣ:

A., 20 лѣтъ, дѣвица, дочь профессора, хорошо воспитанная и образованная. Отецъ ея былъ очень нервный человекъ, мать страдаетъ порокомъ сердца; какъ по линіи отца, такъ и по линіи матери достаточное количество нервныхъ и душевныхъ больныхъ. Въ дѣтствѣ A. страдала судоргами, которыя со втораго года прекратились. Вообще она была хилой и слабой дѣвочкой, но ничѣмъ особеннымъ не стра-

<sup>1)</sup> *Kirn*, Die periodischen Psychosen, 104.

дала. На 14 году наступили первыя менструаціи. Въ этотъ день у нея внезапно явился приступъ страха. А. рѣшительно не давала себѣ отчета, откуда и почему этотъ страхъ. Она нигдѣ не находила себѣ покоя. Бѣгала съ мѣста на мѣсто. Рыдала, плакала, молилась Богу и не находила себѣ въ молитвѣ утѣшенія. Но что ужаснѣе всего, такъ это то, что какъ только она начинала молиться, у нея являлись богохульные мысли, по отношенію къ Пресвятой Дѣвѣ, Спасителю и Святымъ. Это приводило ее въ такое отчаяніе, что она билась головой о стѣну, стремилась удавиться и броситься изъ окна. Больная вполнѣ понимала, что это болѣзнь, такъ какъ она была весьма религіозна,—тѣмъ не менѣе все это ее такъ огорчало и приводило въ отчаяніе, что она готова была лишиться жизни. Такъ дѣло тянулось три дня, т. е. въ теченіе менструальнаго состоянія и съ прекращеніемъ менструацій душевное тяжелое состояніе прекратилось: она опять стала весела, довольна, счастлива, занималась и жила, какъ всѣ живутъ. Такъ дѣло шло 28 дней. Наступилъ новый менструальный періодъ, а вмѣстѣ съ нимъ и вся прежняя картина страха, служа точнымъ повтореніемъ перваго приступа. Новый приступъ длился четыре дня и съ прекращеніемъ отдѣленій совершенно прошелъ. Какъ въ первый, такъ и въ послѣдующіе разы самымъ тяжелымъ былъ первый день и затѣмъ постепенно душевное состояніе улучшалось до послѣдняго дня менструацій. Такимъ образомъ въ теченіе полутора года было 15 подобныхъ приступовъ, то болѣе легкихъ, то болѣе тяжелыхъ, а затѣмъ подъ вліяніемъ леченія приступы душевнаго разстройства прекратились. Спустя, однако, два года, вслѣдствіе тяжелой потери, приступы душевнаго разстройства возобновились и опять всегда совпадали съ менструальнымъ состояніемъ. При этомъ можно было замѣтить слѣдующее обстоятельство: приступы особенно жестокимъ были въ сентябрѣ, октябрѣ, ноябрѣ и мартѣ, въ остальные зимніе и весенніе мѣсяцы весьма ослабѣвали, а въ лѣтніе мѣсяцы проявлялись только въ формѣ

бессонницы, безпокойства, приступовъ тоски и отдѣльныхъ насильственныхъ идей. Такое состояніе длится и до настоящаго времени.

III. *Климактерическій періодъ*. Предыдущее разсмотрѣніе убѣждаетъ насъ въ одномъ: менструальное состояніе всегда и во всѣхъ случаяхъ дѣйствуетъ на организмъ и въ частности на нервную систему болѣе или менѣе потрясающе. Это воздѣйствіе въ различныхъ случаяхъ будетъ неодинаково и по отношенію къ самому состоянію представляетъ различіе въ зависимости отъ того будетъ ли менструальное состояніе въ первый разъ, или же оно стало привычнымъ, — проявляется ли оно нормально, или представляетъ въ своемъ теченіи болѣзненные уклоненія и т. п. Несомнѣнно также и то, что первыя менструаціи дѣйствуютъ на организмъ рѣзче, чѣмъ послѣдующія и привычныя. Онѣ вводятъ въ жизнь новые элементы, пробуждаютъ новыя ощущенія, возрождаютъ новыя мысли и служатъ основою къ будущимъ жизнерадостности и расцвѣту. Это есть вступленіе въ жизнь надеждъ, ожиданій и счастья. Иное состояніе представляетъ климактерическій періодъ жизни женщины. Это есть моментъ отчета о прошломъ. Это моментъ отцвѣганія организма, его обратнаго теченія и первый шагъ по пути къ скорбному концу. Климактерическій періодъ въ жизни женщины остается не безъ вліянія въ ея душевной жизни, какъ психически, производя нѣкоторыя измѣненія въ ея душевномъ строѣ, такъ и физически своимъ проявленіемъ физическаго увяданія и первѣе всего — прекращеніемъ менструаций. Если сильно дѣйствуютъ первыя въ жизни менструаціи, то также сильно дѣйствуютъ и послѣднія, разумѣя подъ этимъ не одинъ послѣдній разъ появленія менструаций, а цѣлый рядъ, заканчивающій половую жизнь женщины.

Различное душевное состояніе бываетъ у женщинъ ко времени наступленія климактерическаго возраста, — и это различіе обуславливается прежде всего условіями предыдущей

жизни. Бываютъ случаи, что женщина имѣла счастье временно и по любви выйти замужъ; вся супружеская жизнь ея протекла благополучно; роды были неистоощающія; дѣти родились здоровенькія, всѣ они растутъ, развиваются и пристраиваются счастливо; особенныхъ болѣзней въ теченіи жизни данной женщины не было,—однимъ словомъ, все шло какъ не можетъ быть лучше. Такой женщинѣ ничего не остается дѣлать, какъ благодарить Бога за дарованное ей рѣдкое счастье и спокойно, терпѣливо и благоразумно ждать предназначеннаго конца. Правда, никому не хочется сходить со сцены жизни добровольно; но во всякомъ случаѣ въ предшествующей жизни такой женщины не было ничего такого (если она произошла отъ здоровыхъ родителей), чтобы особенно расшатало и потрясло нервную систему ея и подготовило бы почву для болѣзненныхъ проявленій въ нервной и душевной области подъ вліяніемъ измѣненій въ области половой ея системы, вслѣдствіе неизбѣжнаго хода обратнаго развитія въ ней, а также отчасти и во всемъ организмѣ. У такой женщины если и произойдутъ кое-какія уклоненія въ дѣятельности нервной системы, то только тѣ, кои обусловятся нарушеніемъ обычнаго менструальнаго состоянія и обыкновенно эти состоянія въ подобныхъ случаяхъ никогда не достигаютъ рѣзкихъ размѣровъ.

Но мы можемъ имѣть и другую картину душевнаго состоянія женщины ко времени наступленія ея климактерическаго періода. Вышла замужъ она не любя и по необходимости. Мужъ былъ пьяница, грубъ и невѣренъ. Дѣти рожались часто. Роды были не вполне благополучныя и сопровождались большими потерями крови. Дѣти хворали и умирали, а остальные не учатся, баклушничаютъ и являются тяжелымъ бременемъ для семьи. Въ семьѣ ссоры, неурядица, недостатокъ средствъ. У матери женская болѣзнь, постоянное леченіе и истощеніе... И вотъ послѣ 25—30 лѣтъ такой жизни женщина вступаетъ въ климактерическій возрастъ. Истощенная физически, утомленная жизнью, не видѣвшая

никогда счастья, существовавшая только горемъ, неудачами и несчастьемъ, не имѣя ничего отраднаго ни за собою, ни впереди себя, ни въ настоящій моментъ — такая женщина живетъ отчаяніемъ и надеждою скорѣйшаго тихаго пристанища. Такая пассивная почва физическаго и психическаго истощенія легко можетъ стать и почвою для развитія любого нейроза и психоза, если явится хоть малѣйшій къ тому поводъ и толчекъ. Сама по себѣ жизнь столь безотраднa и неутѣшна, что мысль о самоубійствѣ стоитъ отъ этого состоянія не за горами. Если прибавимъ къ этому измѣненія въ организмѣ подъ вліяніемъ климактерическихъ превращеній въ области половой системы, то картина меланхоліи напрашивается сама собою. Эта картина легко можетъ видоизмѣниться, если состояніе организма женщины осложняется психопатологической наследственностью и явлениями вырожденія. Тогда мѣняется только картина болѣзни и вмѣсто пассивнаго отчаянія меланхолика развивается разнообразная канва преслѣдованія параноика. И, дѣйствительно, на дѣлѣ въ этомъ періодѣ чаще всего развиваются эти два психоза; но объ этомъ будетъ рѣчь впереди.

Вотъ два крайнихъ положенія душевнаго состоянія женщины по времени наступленія состарѣнія ея организма. Разумѣется, бездонная пропасть между этими двумя состояніями выполняется безконечными сочетаніями благопріятныхъ и неблагопріятныхъ жизненныхъ условій, давая въ однихъ случаяхъ перевѣсъ то однимъ, то другимъ. Встрѣчаясь съ болѣною женщиною въ періодѣ наступленія ея климактерическаго состоянія, мы, врачи, должны обращать вниманіе на условія предыдущей жизни ея, ибо нерѣдко въ нихъ однихъ мы найдемъ основу для той нервной расшатанности, которая наблюдается въ жизни женщины. И вотъ ретроспективный обзоръ своей собственной жизни къ періоду наступленія климактерическаго возраста такъ тяжело иногда вліяетъ на женщину, что служитъ психическимъ причиннымъ моментомъ къ развитію и образованію психоза, или по меньшей мѣрѣ столь

благоприятною и воспримчивою почвою, на которой легко и удобно получается патологическій плодъ подъ вліяніемъ рокового нарушенія обычнаго теченія менструацій.

Такимъ образомъ, отъ природы не предрасположенная къ нервнымъ и душевнымъ заболѣваніямъ, женщина, путемъ неблагоприятныхъ жизненныхъ условій, къ періоду ея физическаго увяданія можетъ обладать такою нервною системою, что уже одно сознаніе наступающаго конца ея мощнаго бытія можетъ произвести въ ней такое душевное потрясеніе, которое можетъ закончиться покушеніемъ на самоубійство, или дать прекрасную почву для психоза при одномъ уже уклоненіи въ менструальномъ теченіи, или другомъ какомъ-либо неблагоприятномъ обстоятельствѣ жизни.

Разсматривая душевное состояніе женщины къ наступленію климактерическаго періода, мы должны остановиться еще на одномъ состояніи — престарѣлыхъ дѣвственницъ. Въ молодые годы и эти дѣвушки имѣютъ свои идеалы, свои надежды, свои планы и свои страданія. И онѣ имѣютъ побужденіе любить и быть любимыми. И онѣ надѣются быть женами и матерями... Но жизнь не оправдываетъ ихъ надеждъ, не исполняетъ желаній и не удовлетворяетъ стремленій. Невольная горечь таится въ ихъ душѣ. Однѣ неизбежно преклоняются предъ велѣніемъ рока и безропотно несутъ свой крестъ, отдавая свои силы, знанія и любовь на пользу ближняго. Другія выражаютъ активный протестъ въ формѣ злобы ко всему окружающему, вражды, пересудъ, сплетень и проч. Этимъ опредѣляется два главныхъ типа престарѣлыхъ дѣвственницъ. Однѣ изъ нихъ свой умъ и свою душу несутъ на пользу обществу и являются самоотверженными сестрами милосердія, неутомимыми врачами, незамѣтными преподавательницами и воспитательницами, фанатизированными политическими дѣятелями и проч. Эти лица перестаютъ жить для себя и живутъ для другихъ. Онѣ въ полномъ смыслѣ слова убиваютъ свою плоть и живутъ высшими нравственными побужденіями. Ихъ половая жизнь убивается

и такія женщины остаются пожизненно дѣвственницами— нравственными и физическими. Если на ихъ долю, подѣ влияніемъ патологической наслѣдственности, плохихъ жизненныхъ условій существованія, истощающихъ болѣзней и проч., выпадаетъ душевная болѣзнь, то и здѣсь весьма рѣдко галлюцинаціи и бредовыя идеи принимаютъ половой характеръ и пошлый отгѣнокъ. Эта сторона жизни у нихъ какъ бы атрофируется. Ихъ болѣзнь выражается или простой и ступорозной меланхоліей, или религиознымъ бредомъ, или другими разстройствами; но эротическій отгѣнокъ въ большинствѣ чуждъ такимъ женщинамъ.

Иная группа дѣвственницъ вторая. Эти лица недовольны жизнью, раздражительны, сварливы, завистливы и злы по отношенію къ другимъ лицамъ, которыя успѣли устроиться лучше и нашли выходъ своей страсти. Онѣ мстительны, злопамятны, часто злословятъ, сплетничаютъ, обличаютъ, гордятся своей невинностью и никогда не прощаютъ нарушеній въ этомъ отдѣлѣ этики. вмѣстѣ съ тѣмъ многія изъ нихъ не теряютъ надежды на будущее, втихомолку мечтаютъ, фантазируютъ, переживаютъ цѣлыя картины далеко небезгрѣшнаго характера, не чуждаются злоупотребленій и ненормальнаго удовлетворенія половой потребности, при чемъ недостающій объектъ замѣняется образомъ фантазіи. Подѣ влияніемъ такихъ ненормальныхъ жизненныхъ условій, такія женщины часто страдаютъ нервными болѣзнями: мигрень, нейралгіи, головныя боли, приступы тоски, боли въ спинѣ, истощеніе, малокровіе, женскія болѣзни и проч. Все это даетъ прекрасную почву для развитія, при наступленіи климактерическаго возраста, душевныхъ заболѣваній, при чемъ этихъ лицъ очень часто развиваются галлюцинаціи въ области полового чувства, галлюцинаціи зрѣнія и слуха эротическаго характера, бредовыя идеи того же содержанія, усиленная половая возбудимость, стремленіе къ ненормальному половому удовлетворенію, наклонность къ пошлости, кабрезности и проч.

Такова психическая почва у женщины, достигающей климактерического периода, а периодъ этотъ, по мнѣнію Мэнна<sup>1)</sup>, падаетъ преимущественно на возрастъ отъ 44 до 48 лѣтъ. Важнѣйшимъ проявленіемъ этого періода обратнаго течения жизни организма служитъ прекращеніе половыхъ проявленій, при чемъ и сами органы начинаютъ постепенно атрофироваться. Вмѣстѣ съ этимъ наступаетъ и постепенная пріостановка менструацій. Менструаціи начинаютъ запаздывать во времени, появляются въ меньшемъ количествѣ, пропускаютъ сроки, появляются черезъ 2, 3—4 мѣсяца и, наконецъ, вовсе прекращаются. Такія колебанія длятся полтора—два года и всегда сопровождаются различными нарушеніями въ области нервной системы. Эти нарушенія бывають въ теченіи всего этого времени прекращенія менструаціи; но въ ихъ картинѣ нельзя не замѣтить колебанія—въ формѣ ухудшенія и улучшенія состоянія. Такія ухудшенія падаютъ обыкновенно на время появленія менструацій, особенно же на то время, когда онѣ должны были бы быть, но не являются. При этомъ появляются усиленные головныя боли, головокруженія, приливы крови къ головѣ, чувство жара и жженія въ головѣ, чувство жженія, вытягиванія, боли и сжиманія въ поясницѣ и нижней части живота, — приступы сердцебиенія и замиранія сердца, приступы тоски, бессонница, мигрень, патолобія, истерическія явленія, возобновленіе эпилептическихъ приступовъ и душевныя разстройства.

Всѣ женщины въ теченіе менструальнаго періода, въ большей или меньшей степени, переживаютъ недомоганіе и нѣкоторую степень нервнаго разстройства. У всѣхъ женщинъ въ климактерическомъ возрастѣ происходитъ усиленіе этихъ немощей. Но степень немощности бываетъ далеко неодинакова и зависитъ отъ многихъ условій. Во всякомъ случаѣ, если обычный менструальный періодъ женщины мы считаемъ условіемъ отягчающимъ ея нервную систему и съ юридической точки зрѣнія смягчающимъ вину обстоятельствомъ, то

<sup>1)</sup> *Mann*, A manuel of psychological medicin:, 1883, p. 258.

климактерическій періодъ даетъ такое состояніе вдвойнѣ, усугубляя отягченіе нервной системы женщины и смягчая вину ея неправильнаго дѣленія.

Такая женщина болѣе возбудима, болѣе впечатлительна, болѣе воспримчива, болѣе раздражима, менѣе сдержана, менѣе осторожна, менѣе разсудительна. Степень различныхъ уклоненій въ области нервной системы находится въ зависимости отъ многихъ условій и обстоятельствъ. На первомъ мѣстѣ здѣсь стоитъ патологическая наслѣдственность. На второмъ—неблагоприятныя психическія и физическія жизненныя условія существованія. Далѣе должно поставить: многочисленныя роды, рядъ выкидышей, неправильныя роды, усиленныя потери крови при родахъ, болѣзни половыхъ органовъ, болѣзни нервныя и душевныя въ теченіи жизни женщины, болѣзни другихъ органовъ тѣла, дѣвственность и половую неудовлетворенность, злоупотребленія половыми излишествами и проч. Всѣ эти условія, какъ каждое въ отдѣльности, такъ и особенно по совокупности, могутъ весьма дурно вліять на организмъ и способствовать возникновенію болѣзненныхъ душевныхъ состояній.

Душевныя болѣзни въ климактерическомъ возрастѣ столь часты, что въ психіатрической литературѣ установился даже терминъ *климактерическаго помѣшательства*. Почти во всѣхъ руководствахъ можно найти указаніе на существованіе этой формы помѣшательства, тѣмъ не менѣе нѣтъ никакого основанія принимать существованіе формы климактерическаго помѣшательства *sui generis*, хотя Maudsly <sup>1)</sup> и стремится удержать за этимъ видомъ помѣшательства форму *ui generis*. Это не есть особый самостоятельный и своеобразный видъ душевнаго разстройства. При этомъ могутъ проявляться самыя разнообразныя психозы: и параноя, и меланхолія, и манія; вся особенность ихъ, почему они называются *климактерическими*, заключается въ томъ, что съ эти формы послѣднимъ причиннымъ моментомъ будутъ

<sup>1)</sup> *Maudsly*, Физиологія и патологія души.

\*

имѣтъ климактерическій періодъ. Правда, этотъ періодъ не остается безъ слѣда въ проявленіи болѣзни,—онъ кладетъ свою печать въ ея клиническомъ выраженіи,—онъ даетъ болѣзни своеобразный оттѣнокъ, но тѣмъ не менѣе сама по себѣ болѣзнь не даетъ чего либо столь отличнаго, чтобы, съ нея могла бытъ обособлена особая форма душевной болѣзни.

Климактерическій періодъ, или точнѣе, менструальныя колебанія послѣдняго ихъ появленія, въ большинствѣ случаевъ душевныхъ заболѣваній этого періода служитъ моментомъ, вызывающимъ душевную болѣзнь на почвѣ, уже заранѣе предуготовленной и надлежаще взлелѣянной; въ рѣдкихъ случаяхъ климактерическій періодъ можетъ въ такой мѣрѣ расшатывать организмъ, чтобы на почвѣ этой расшатанности новые причинные моменты могли дать психопатологическій плодъ.

Разсматривая всѣ случаи климактерическаго помѣшательства, т. е. такового, которое развивается при нѣкоторомъ участіи измѣненій въ организмѣ, свойственныхъ данному періоду, мы не можемъ не отличить въ нихъ двѣ формы проявленія: одни случаи протекаютъ періодически и какъ бы приурочиваются къ періодамъ наступающихъ или долженствовавшихъ наступить менструаций, и другіе, гдѣ психозъ не стоитъ въ прямой связи съ менструальными явленіями и обуславливается какъ бы совокупностью всѣхъ явленій климактерическаго періода. Въ виду этого Bartel <sup>1)</sup> предлагаетъ назвать первую форму климактерическаго помѣшательства климактерическимъ псевдомenstrуальнымъ помѣшательствомъ.

Bartel приводитъ слѣдующій случай такового помѣшательства. Одна женщина, 45 лѣтъ, уже 4—5 лѣтъ, какъ потеряла менструаціи. Пока менструаціи являлись, она была совершенно здорова, но какъ только наступилъ климактери-

<sup>1)</sup> *Bartel*, Ein Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irrsein, Centralb. f. Nervenheilk., 1887.

ческой періодъ, она начала страдать: всякій разъ, какъ только должны наступить менструаціи и онѣ не являлись, у нея наступали приливы крови къ головѣ, чувство жара въ головѣ, тоска и приступы страха. Въ одно изъ такихъ состояній она покушалась на самоубійство. И такіе приступы возобновлялись черезъ каждые 28 дней. Покушеніе на самоубійство совершилось при слѣдующихъ условіяхъ: она мыла посуду, потемнѣло въ глазахъ, прилила кровь къ головѣ и затѣмъ она больше ничего не помнитъ.

Собственно говоря, только въ подобныхъ случаяхъ мы можемъ ставить въ прямую связь появленіе душевнаго расстройства отъ измѣненій въ теченіи менструацій; въ остальныхъ же случаяхъ душевное расстройство сколько будетъ зависѣть отъ измѣненія въ теченіи менструацій, столько и отъ другихъ измѣненій климактерическаго состоянія.

Что касается душевныхъ заболѣваній, возникающихъ въ зависимости отъ климактерическаго состоянія вообще, то они могутъ являться во всѣхъ извѣстныхъ формахъ этихъ болѣзней. Тутъ могутъ быть: *anxietas praecordialis*, *melancholia*, *mania*, *amentia*, *paranoia* и друг. Не представляя сами по себѣ ничего особеннаго и характернаго для климактерическаго состоянія, душевныя заболѣванія носятъ, однако, на себѣ отпечатокъ, по которому до нѣкоторой степени можно узнавать воздѣйствіе этого критическаго состоянія. Такъ, *anxietas praecordialis* является болѣе или менѣе правильными приступами, соотвѣтствующими времени долженствовавшихъ быть менструальныхъ періодовъ, слѣдовательно, это болѣзненное состояніе больше всего стоитъ въ связи съ нарушеніями менструальнаго состоянія. Тоже можно сказать и о періодическихъ обострѣніяхъ приступовъ истеріи и эпилепсіи. Очень часто также въ это время появляются рѣзкія измѣненія въ настроеніи духа и характеръ въ ту или другую сторону,— безъ того, чтобы такое состояніе принимало на себя форму меланхолии и маніи. Меланхолія климактерическаго возраста является преимущественно у замужнихъ женщинъ, особенно

при неблагопріятно сложившихся ихъ жизненныхъ условіяхъ существованія, при чемъ эта форма болѣзни весьма часто сопровождается покушеніями на самоубійство. Такимъ образомъ такое меланхолическое состояніе представляется какъ бы естественнымъ исходомъ изъ обычнаго неудовлетворительнаго жизненнаго существованія. Манн<sup>1)</sup> говоритъ, что эти формы подавленности сопровождаются страстными порывами, бредовыми идеями и галлюцинаціями также подавляющаго характера. Иногда меланхолія протекаетъ съ ипохондрическимъ отгѣнкомъ, или же представляетъ бредъ грѣховности, религіознаго содержанія и проч. Нерѣдко религіозный бредъ сочетается съ бредомъ преслѣдованія и эротичности.

Манія довольно рѣдкое явленіе въ климактерическомъ періодѣ и если является, то представляетъ взрывъ половыхъ побужденій, страстей, галлюцинацій, бредовыхъ идей, поступковъ и пріемовъ грязнаго и непривлекательнаго свойства. Эта форма проявленія душевнаго заболѣванія чаще всего встрѣчается у вдовъ, невысокой нравственности дѣвственницъ и вообще у лицъ съ неудовлетворенною половною потребностью, или слишкомъ злоупотреблявшихъ этой стороною жизни.

Аmentia также является въ этомъ періодѣ, но рѣдко, преимущественно въ маниакальной формѣ, чаще въ связи съ менструальными періодами, въ видѣ періодическаго психоза, или же непрерывнаго, но съ рѣзкими соотвѣтствующими ожесточеніями для менструальнаго періода, и часто проявляется рѣзкимъ эротизмомъ.

Гораздо чаще климактерическому состоянію свойственна рагапоја. Обыкновенно она появляется у дѣвственницъ съ достаточнымъ психопатологическимъ предрасположеніемъ. Бредъ такихъ лицъ сосредоточивается всегда на мужчинахъ. Онѣ замѣчаютъ, что мужчины вообще, а въ особенности нѣкоторые, начинаютъ къ нимъ присматриваться, строятъ

<sup>1)</sup> Манн, A manuel of psychological medicine, 1883, 258.

имъ глазки, дѣлать намеки, подавать знаки и обращать особенное вниманіе. Самые обычные, естественные и общепринятые приемы вѣжливости, при болѣзненно усиленной наблюдательности такихъ женщинъ, истолковываются, какъ выраженіе особаго ухаживанія и приставанія. Съ замираніемъ сердца и особенной любовью онѣ сами обыкновенно бѣгаютъ за этими мужчинами и свое чрезмѣрное вниманіе къ мужчинамъ переносятъ на послѣднихъ по отношенію къ нимъ. Часто этотъ періодъ усиленной болѣзненной наблюдательности сопровождается и половыми злоупотребленіями въ формѣ мастурбации и пр. Нерѣдко такія дегенератки имѣютъ сладострастные сновидѣнія. Часто у нихъ являются галлюцинаціи въ области половыхъ ощущеній,—или же съ содержаніемъ покушенія на ихъ дѣвственность. Всѣ эти явленія скоро переходятъ въ состояніе подозрительности и преслѣдованія. При этомъ преслѣдованіе принимаетъ довольно странный характеръ, преимущественно проявляющійся въ климактерическомъ періодѣ. Больныя полагаютъ, что тотъ или другой мужчина, часто незнакомый и даже живущій въ другомъ городѣ, вступаетъ съ ними въ духовную и тѣлесную связь. Эти сношенія производятся преимущественно по ночамъ путемъ гипнозизма, спиритизма и электричества. Больная осаждастъ такихъ лицъ письмами. Считаетъ себя стоящей съ ними въ законной связи и потому нерѣдко доставляетъ имъ удовольствіе уплачиваетъ по ея счетамъ и заборамъ. Особенно часто въ этомъ направленіи страдаетъ католическое духовенство, которое, въ силу своего долга, становится въ болѣе близкое духовное общеніе со всѣми. Нерѣдко такія женщины изъ преслѣдуемыхъ обращаются въ преслѣдователей, засыпая свои жертвы письмами, дѣлая имъ сцены ревности, а иногда небрежгая и скандалами. Такой любовный бредъ нерѣдко сопровождается чисто половыми галлюцинаціями и идеями, при чемъ такія больныя начинаютъ воображать себя беременными, обезчещенными и стоящими во взаимной связи съ тѣми или другими лицами, часто ихъ

вовсе даже незнающими. Особенно въ дурное положеніе въ этомъ отношеніи ставятся медики, которые по долгу своей специальности нерѣдко должны принимать такихъ больныхъ на единѣ, не зная съ кѣмъ имѣютъ дѣло. Часто такой бредъ преслѣдованія сопровождается приступами явной нимфоманіи, гдѣ опять таки непредупрежденный врачъ ставится нерѣдко въ крайне несприятное положеніе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ у такихъ женщинъ наступаетъ извращеніе полового инстинкта и онѣ начинаютъ чувствовать тяготѣніе къ лицамъ своего пола, какъ это и мнѣ приходилось наблюдать неоднократно 1).

Этотъ бредъ преслѣдованія мужчинами, путемъ гипнозизма, спиритизма, телефоновъ и проч., въ совокупности съ половымъ бредомъ и нимфоманическими проявленіями представляется столь частымъ въ климактерическомъ періодѣ, что данная форма болѣзни можетъ считаться климактерическимъ помѣшательствомъ по преимуществу. Очень часто эта форма болѣзни имѣетъ въ основѣ своей давнишнее истерическое состояніе, изъ котораго подъ вліяніемъ извѣстныхъ измѣненій въ организмѣ, путемъ присоединенія галлюцинацій зрѣнія, слуха, обонянія, осизанія и особенно полового чувства, возникаетъ уже сформированный бредъ, какъ напр. въ случаѣ Paris 2).

Такимъ образомъ отличительною чертою климактерическаго сумашествія, а особенно паранойи, должно признать особенное проявленіе любовности и эротизма. Вторымъ отличительнымъ признакомъ климактерическаго помѣшательства, по мнѣнію Garat 3), служитъ довольно полное сохраненіе у больныхъ сознанія, такъ что это будетъ въ полномъ смыслѣ слова folie emmotife et folie avec conscience. Но эта послѣдняя черта едва ли можетъ служить отличительною для климактерическаго психоза. Дѣло въ томъ, что душевныя заболѣванія въ климактерическомъ возрастѣ встрѣчаются, преимущественно,

1) Проф. П. И. Ковалевскій, Судебно-психіатрическіе анализы.

2) Paris, Folie hysterique, Annal. de psychiatrie et d'hypnologie, 1891.

3) Garat, Influence de la menopause sur le developpement de la folie, 1892.

у наслѣдственниковъ и дегенератовъ, при чемъ сохраненіе въ большей или меньшей степени сознанія при психозѣ составляетъ отличительную черту именно дегенеративныхъ психозовъ; поэтому и въ данномъ случаѣ сохраненіе сознанія будетъ служить показателемъ не климактеричности лица и помѣшательства, а патологической наслѣдственности.

Кромѣ того Garat, какъ на отличительный признакъ климактерическаго помѣшательства, указываетъ на рѣзкое выраженіе чувства ревности и бреда ревности. Это вѣрно. Мнѣ лично многожды приходилось наблюдать въ климактерическомъ состояніи какъ чрезвѣрное проявленіе чувства ревности, такъ и выраженіе бреда преслѣдованія именно въ формѣ ревности. Считаю долгомъ однако добавить, что бредъ ревности всегда развивался у тѣхъ лицъ, кои и въ предшествовавшей жизни проявляли довольно рѣзко выраженную ревность, такъ что въ данныхъ случаяхъ патологическое состояніе являлось только чрезвѣрнымъ усиленіемъ обычнаго состоянія.

Кромѣ вполне сформированныхъ психозовъ, у дегенератокъ въ климактерическомъ возрастѣ появляются импульсивные приступы душевныхъ заболѣваній въ формѣ дипсоманіи, клептоманіи, пироманіи, эксгибиціонизма, неудержимаго влеченія къ самоубійству, убійству, дѣтоубійству и пр. Эти, какъ говорятъ, эпизодическія явленія наиболѣе связаны съ менструальными нарушеніями и чаще всего являются въ тѣ періоды, когда должны были бы наступить менструаціи, но онѣ не наступаютъ.

Если *климактерическій періодъ* наступаетъ у женщины, которая *уже до того была больна душевною болѣзью*, то онъ не остается безъ вліянія на теченіе и исходъ психоза. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ наступаетъ ухудшеніе душевнаго заболѣванія и только въ очень рѣдкихъ случаяхъ климактерическій возрастъ вліяетъ благотѣтельно, въ смыслѣ уничтоженія и послабленія до того существовавшей нервной болѣзни. Въ этомъ отношеніи не подлежитъ никакому со-

мѣнню слѣдующій фактъ: мигрень и истерія съ наступленіемъ климактерическаго періода начинаютъ стихать и въ очень многихъ случаяхъ прекращаются совершенно. Мнѣ лично приходилось наблюдать какъ подобные факты, такъ и случаи выздоровленія отъ хронической маніи, хотя въ характерѣ такихъ женщинъ на всегда оставалась легкая возбудимость и вспыльчивость. Matusch <sup>1)</sup> въ шестидесяти случаяхъ стойкихъ психозовъ наблюдалъ, что подъ вліяніемъ наступленія климактерическаго періода въ 14 случаяхъ наступило ухудшеніе душевной болѣзни, а въ 13 измѣненіе характера болѣзни, при чемъ возбужденіе смѣнилось апатіей и слабоуміемъ.

Что касается *предсказанія* при менструальныхъ психозахъ вообще, то почти во всѣхъ случаяхъ психозовъ при первыхъ и обычныхъ менструаціяхъ оно болѣе или менѣе благопріятно. Такъ какъ менструальное состояніе само по себѣ не даетъ психоза, а только лишь является однимъ изъ моментовъ, способствующихъ его проявленію и обнаруженію, то, понятно, исходъ въ этихъ случаяхъ во многомъ будетъ зависѣть отъ устраненія другихъ неблагопріятныхъ условій, какъ: ослабленія воздѣйствія патологической наследственности, устраненія неблагопріятныхъ жизненныхъ условій, излеченія различныхъ побочныхъ болѣзней, возстановленія менструальныхъ нарушеній, правильнаго образа жизни, надлежащаго питанія и т. д. Во всякомъ случаѣ менструальные психозы должны быть отнесены къ болѣе благопріятнымъ и легко устранимымъ заболѣваніямъ.

Значительно хуже предсказаніе при климактерическомъ сумашествіи. Здѣсь, помимо всѣхъ вышеуказанныхъ неблагопріятныхъ условій существованія, присоединяется еще моментъ обратнаго теченія въ существованіи тканей организма, при чемъ это фізіологическое и обязательное состояніе низводитъ организмъ къ подобію дегенеративныхъ состояній, почему весьма не удивительно, что психозы климактериче-

<sup>1)</sup> *Matusch*, Allgemein. Zeitschrift für Psychiatrie, B. XLVI, N. 1.

скаго состоянія очень часто принимаютъ форму импульсивныхъ и дегенеративныхъ психозовъ; вотъ почему на климактерическіе психозы нельзя взирать съ столь легкой душой, какъ на психозы менструальные. Это будутъ не сенильные психозы, но, при неблагопріятныхъ условіяхъ склонные переходить въ сенильные психозы. Merson <sup>1)</sup> наблюдалъ въ климактерическомъ сумашествіи 47—59% благопріятнаго исхода; однако другіе наблюдатели скептически относятся къ такому заявленію и склонны присоединиться къ мнѣнію Schlager'a, выдѣвшаго гораздо чаще въ этихъ случаяхъ дурной исходъ. По мнѣнію Schüle <sup>2)</sup>, въ этомъ возрастѣ особенно опасною является близкая возможность развитія атрофическихъ состояній мозга (encephalitis atheromatosa) съ апоплектическими и эпилептическими приступами.

---

Изложивъ вышеприведенное по вопросу о вліяніи менструацій на душевную жизнь женщины, мы невольно теперь задаемся вопросомъ: какое значеніе должно придавать этому душевному состоянію въ судебно-медицинскихъ случаяхъ? Несомнѣнно, что всякое менструальное состояніе у всѣхъ женщинъ сопровождается измѣненіями въ душевной жизни ихъ. Эти измѣненія въ различныхъ случаяхъ бываютъ весьма разнообразны; поэтому для всякаго врача, а также и для судьи весьма важно знать, какъ должно относиться къ душевному состоянію женщины во время менструальнаго періода въ томъ или другомъ случаѣ, и какъ должно разсматривать дѣянія этого состоянія.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что всякій приступъ менструацій у каждой женщины производитъ измѣненія въ душевномъ состояніи женщины, но эти измѣненія представляютъ весьма разнообразныя колебанія, начиная отъ вмѣненія и до полного невмѣненія. Самое легчайшее нарушеніе

---

<sup>1)</sup> *Merson*, West riding asyl med. Rep., 1875.

<sup>2)</sup> *Schüle*, Душевные болѣзни, 205.

душевной дѣятельности, въ видѣ простѣйшаго легкаго недомоганія, состоянія «не по себѣ», легчайшей раздражительности наблюдается у совершенно здоровой женщины, при ея обычной жизни, когда менструаціи длятся много лѣтъ и она къ нимъ болѣе или менѣе привыкла. Хуже бываетъ состояніе и рѣзче измѣненіе душевнаго строя, если таковая женщина имѣетъ отягченіе своей нервной системы отъ рожденія въ формѣ патологической наслѣдственности, или же въ теченіе жизни она успѣла болѣзнями, частыми родами, продолжительнымъ кормленіемъ, чрезмѣрными потерями кровей, страданіемъ половыхъ органовъ, расстройствами менструацій,—такъ ослабитъ свой организмъ и разстроитъ свою нервную систему, что она по своему состоянію вполне подходитъ подъ унаслѣдованное расстройство ея и такимъ образомъ представляетъ удобную почву для развитія всевозможныхъ уклоненій въ своей дѣятельности подъ вліяніемъ такого импульса, какъ наступленіе менструальнаго состоянія. Но и эти измѣненія въ области нервной системы, подъ вліяніемъ наслѣдственнаго отягченія, а также и неблагоприятныхъ жизненныхъ условій могутъ представлять различныя степени уклоненій въ области нервной системы: въ однихъ случаяхъ эти уклоненія могутъ существовать только лишь въ видѣ латентнаго или скрытаго ненормальнаго состоянія, еще ничѣмъ не выразившагося въ обычной жизни,—въ другихъ случаяхъ эта нервная неустойчивость успѣла уже заявить себя въ формѣ приступовъ истеріи, эпилепсіи, *anxietas praecordialis*, мигрени и т. д. Въ послѣднихъ случаяхъ наступленіе менструальнаго состоянія будетъ сопровождаться гораздо сильнѣйшими расстройствами, чѣмъ въ тѣхъ случаяхъ, когда нервная неустойчивость состоитъ только лишь въ латентномъ видѣ, ибо вызываетъ уже обычный механизмъ ненормальнаго приступа гораздо легче, чѣмъ призывать его къ проявленію въ первый разъ. Далѣе, обращается вниманіе на то: первыя это менструаціи, или привычныя, или послѣднія, такъ какъ степень ихъ воздѣйствія далеко неодинакова, а слѣ-

довательно и значеніе ихъ въ такой же мѣрѣ неодинаково. Наконецъ, обращаютъ вниманіе и на то, въ какомъ видѣ проявляются менструаціи? Не происходитъ ли какихъ-либо уклоненій въ ихъ теченіи: слишкомъ обильныхъ отдѣленій, болѣзненныхъ отдѣленій, уменьшенія отдѣленій, задержки ихъ и т. п.

На все это должно быть обращено вниманіе врачомъ, если его призываютъ въ качествѣ эксперта по дѣлу о совершеніи преступленія женщиною въ менструальномъ періодѣ. Каждое изъ сихъ состояній имѣетъ отягчающее вліяніе на ея нервную систему, а совокупность нѣсколькихъ неблагоприятныхъ условій должна соотвѣтственно увеличивать степень отягченія нервной системы и сообразно съ этимъ смягчать вину противозаконнаго дѣянія.

Для насъ прежде всего стоитъ на очереди тотъ вопросъ: какъ должно разсматривать привычное менструальное состояніе у совершенно здоровой физически и психически женщины, т. е. такое менструальное состояніе, которое повторяется много лѣтъ у женщины, не имѣвшей патологическаго наследственнаго отягченія, никогда не болѣвшей никакими физическими страданіями и жившей покойно и благополучно. Естественно, такое менструальное состояніе есть нормальный и физиологическій актъ, слѣдовательно и всѣ дѣянія женщины въ этомъ періодѣ не представляютъ ничего патологическаго и должны быть и вмѣняемыми и правоспособными. Но тѣмъ не менѣе нельзя здѣсь умолчать объ одномъ: во всѣ менструальные періоды и каждая женщина все-таки нѣсколько душевно измѣняется: она чувствуетъ себя нѣсколько разбитой, болѣе впечатлительной, болѣе раздражимой, нѣсколько невоздержной. Все это представляетъ такую почву, на которой случайная обида, оскорбленіе, несчастье и прочія неблагоприятныя обстоятельства могутъ дать эффектъ гораздо сильнѣйшій, чѣмъ въ обычномъ состояніи. При этомъ можетъ вырваться упрекъ, укоръ, замѣчаніе, возраженіе и т. п. болѣе рѣзкія, болѣе вѣскія, чѣмъ въ другую пору. Эффектъ

не будетъ соответствовать импульсу; первый будетъ превышать надъ вторымъ. Такое усиленіе и превышеніе падаетъ на долю усиленной возбудимости, обусловленной менструальнымъ состояніемъ. Поэтому данное превышеніе эффекта мы должны ставить въ счетъ менструальному состоянію. Въ обычной жизни, зная причину такой возбудимости, рѣзкости и несправедливости, мы относимся къ такой женщинѣ съ снисходительностью, прощая ея вину и ставя ея на счетъ менструальнаго состоянія. Законъ въ этихъ случаяхъ тоже не имѣетъ права быть безразличнымъ. Если бы такая женщина совершила преступленіе въ менструальномъ періодѣ, не имѣя никакихъ другихъ смягчающихъ обстоятельствъ въ ея нервности, кромѣ только обычнаго совершенно нормальнаго менструальнаго состоянія, то и тогда судъ долженъ принять во вниманіе это состояніе и поставить его какъ обстоятельство, смягчающее вину, ибо оно для организма женщины всегда и во всѣхъ случаяхъ является обстоятельствомъ, отягчающимъ ея душевную жизнь.

Если мы возьмемъ такой случай, что женщина знаетъ о томъ, что менструальное состояніе представляется смягчающимъ вину обстоятельствомъ и потому умышлено назначить срокъ для совершенія своего дѣянія именно менструальное состояніе, то и тогда ей это должно быть поставлено, какъ обстоятельство, смягчающее вину, ибо въ менструальномъ состояніи, по своей человѣческой немощи, она обладаетъ меньшею нервною устойчивостью, меньшею сопротивляемостью побужденіямъ, импульсамъ и инстинктамъ, чѣмъ въ здоровомъ состояніи, почему она должна быть и менѣе отвѣтственнойю.

Такое положеніе налагаетъ обязанность на врача и судебного слѣдователя всегда и во всѣхъ случаяхъ преступленій женщины наводить справки—не было ли совершено данное дѣяніе въ менструальный періодъ, ибо это состояніе въ самомъ лучшемъ ея положеніи здоровья должно послужить смягчающимъ ея вину обстоятельствомъ хотя на одну степень.

Хуже обстоитъ дѣло въ первыя менструаціи. Здѣсь организмъ является неприспособленнымъ къ новому жизненному обстоятельству, болѣе неустойчивымъ, легче ранимымъ и легче поддающимся. При отсутствіи патологической наслѣдственности и всѣхъ неблагопріятныхъ жизненныхъ условій, нервное и душевное состояніе въ первые менструальныя приступы разстраивается сильнѣе, чѣмъ въ обычномъ состояніи; такая дѣвушка болѣе возбудима, капризна, воспріимчива, впечатлительна, раздражительна, измѣнчива въ характерѣ и т. п. Поэтому при внѣшнемъ поводѣ и раздраженіи она даетъ эффектъ несравненно сильнѣйшій, чѣмъ въ здоровомъ состояніи, или чѣмъ женщина въ обычномъ менструальномъ состояніи. Усиленіе эффекта сравнительно съ импульсомъ производится совокупностью вліянія: извѣстнымъ импульсомъ, менструальнымъ состояніемъ и тѣмъ, что менструаціи эти являются въ первые разы. Такимъ образомъ состояніе нервной и душевной жизни такой женщины является отягченнымъ вдвойнѣ, а потому, при совершеніи ея преступленія въ этомъ состояніи, смягченіе вины должно быть допускаемо на двѣ степени: одна степень должна падать на долю менструальнаго состоянія, а другая—на долю того, что эти менструальныя состоянія являются впервые разы.

Разумѣется, при этомъ всплываетъ довольно щепетильный вопросъ о томъ, что такое первыя менструаціи и обычныя. Сколько разъ появленій менструацій должно отнести на долю первыхъ и послѣ сколькихъ разъ онѣ должны отойти къ обычнымъ? Все это вопросы конкретныя и должны быть разрѣшаемы ex tempore въ зависимости отъ организаціи дѣвушки, количества отдѣляемой крови, способа появленія менструацій и т. п. Всего предусмотрѣть нельзя и приходится разрѣшать такіе вопросы для каждаго отдѣльнаго случая.

Что сказано о первыхъ менструаціяхъ дѣвушки, тоже должно сказать и о первыхъ менструаціяхъ женщины, г. е. о тѣхъ первыхъ менструаціяхъ, которыя являются послѣ родовъ и выкидыша. Если при этомъ устраняется мо-

ментъ непривычности явленія, то замѣнъ того выступаютъ такія важныя потрясенія нервной системы, какъ: беременность, роды и проч., которыя не менѣе серьезны, какъ и обстоятельства первыхъ мѣсячныхъ очищеній у женщины.

Еще болѣе серьезнымъ моментомъ является періодъ прекращенія менструацій въ климактерическомъ возрастѣ. При этомъ наступаютъ не только измѣненія въ кровообращеніи подъ вліяніемъ прекращенія менструацій, но и другія измѣненія революціи въ тканяхъ организма, въ томъ числѣ и въ центральной нервной системѣ. Поэтому, при всѣхъ другихъ благоприятныхъ жизненныхъ условіяхъ, прекращеніе менструацій въ климактерическомъ возрастѣ служитъ двойнымъ отягченіемъ нервной системы женщины, а потому должны давать поводъ къ двойному смягченію наказанія за вину, совершенную въ періодъ прекращенія менструацій.

Точно также смягчающими обстоятельствами должны служить нарушенія въ теченіи и проявленіи менструацій, какъ: чрезмѣрно усиленныя менструаціи, очень малыя менструаціи, состояніе дизменорреи и полная задержка менструацій. Всѣ эти состоянія представляютъ собою болѣзненные уклоненія въ области менструацій, которыя безъ всякаго сомнѣнія дѣйствуютъ на нервную и душевную жизнь женщины несравненно сильнѣе, чѣмъ обычное менструальное состояніе. По своему воздѣйствію эти уклоненія должны быть приравнены и во всякомъ случаѣ никакъ не меньше, какъ первыя менструаціи, слѣдовательно, всѣ эти уклоненія должны приниматься и врачами и судьями во вниманіе и ставиться въ число обстоятельствъ, смягчающихъ вину подсудимыхъ.

Патологическая наследственность, предшествовавшая тяжкія физическія болѣзни, многочисленныя роды съ большими потерями крови, тяжелыя роды—все это опять таки обстоятельства, отягчающія нервную и душевную жизнь женщины и долженствующія быть поставленными, при обсужденіи дѣяній менструирующихъ женщинъ, въ число обстоятельствъ смягчающихъ ихъ вину и провинность.

Однако всё эти обстоятельства въ отдѣльности могутъ только служить смягчающими вину, — но не оправдывающими и не ставящими подсудимыхъ въ условія невмѣняемости.

Условія невмѣняемости начинаются съ тѣхъ поръ, какъ будетъ доказано, что данная женщина какъ въ данный менструальный періодъ, такъ и въ предшествующіе проявляла приступы серьезныхъ психонейрозовъ и психозовъ. Во всѣхъ такихъ случаяхъ подсудимыя должны подвергаться испытанію спеціальнаго надзора для установки факта, что менструальные ихъ періоды вообще даюгъ такія рѣзкія измѣненія нервной системы, при которыхъ легко могутъ возникнуть приступы душевной болѣзни, или состоянія умопомраченія и безпамятства.

Для правильной оцѣнки преступнаго дѣянія такихъ лицъ являгтъ необходимости въ дальнѣйшемъ установить непременно приступъ *anxietas praecordialis*, или истеро-эпилепсін, или эпилепсін, или дипсоманіи, или другихъ какихъ либо импульсивныхъ разстройствъ и душевныхъ заболѣваній. Ибо преступления почти никогда не совершаются при обычныхъ обстоятельствахъ. Въ огромнѣйшемъ большинствѣ случаевъ преступленія производятся при особомъ стеченіи обстоятельствъ. Поэтому при испытаніи данныхъ лицъ достаточно установить наличность приступовъ психонейрозовъ и психозовъ въ предшествовавшіе менструальные періоды, или же полную возможность ихъ развитія и появленія въ жизни данной женщины вообще, независимо отъ менструальнаго состоянія, а проявленіе ихъ въ интересующій всѣхъ моментъ будетъ установлено обстоятельствами, сопровождающими данное преступленіе и свидѣтельскими показаніями.

Изъ этого вытекаютъ слѣдующіе выводы: судебный слѣдователь, установивъ фактъ, что данное преступленіе совершено подсудимою въ менструальномъ періодѣ и получивъ явленіе отъ врача, что данное дѣяніе можетъ стоять въ связи съ нарушеніями въ нервной и душевной области мен-

струального характера,—обязанъ послать такую подсудимую въ специальное заведеніе для душевныхъ и нервныхъ больныхъ на испытаніе. Врачъ, получивши такую подсудимую для опредѣленія состоянія ея умственныхъ способностей и душевнаго состоянія въ моментъ совершенія преступленія, обязанъ собрать все данныя не только о наследственности и всехъ обстоятельствахъ жизни, но особенно о теченіи менструальныхъ періодовъ въ предшествующей жизни, о появленіи приступовъ неврозовъ и психозовъ вообще въ теченіи жизни и особенно объ отношеніи сихъ болѣзненныхъ проявленій въ менструальные періоды. Если будетъ установлено, что и въ теченіе предшествовавшихъ менструальныхъ періодовъ подсудимыя нерѣдко, хотя не всегда, или даже иногда, проявляли приступы истеріи, эпилепсін, насильственности, импульсивности, скороприходящихъ нервныхъ расстройствъ и проч., то врачу представляется значительное основаніе для тщательнаго и осторожнаго отношенія и къ моменту самаго преступленія. Разумѣется, рѣшающее значеніе при этомъ имѣютъ обстоятельства дѣла. Но для врача важно также и другое положеніе дѣла. Можетъ случиться, что подсудимая проявляла истерію, эпилепсію, дипсоманію, приступы тоски и проч. не въ менструальные періоды, а въ свѣтлыя промежутки между ними. Такимъ образомъ причинная связь и взаимоотношеніе между неврозами и менструальнымъ состояніемъ не доказывается. Такое положеніе дѣла нисколько не должно смущать врача. Достаточно того, что для данного организма они существуютъ. Ибо если эти болѣзненные состоянія проявляются при другихъ неблагоприятныхъ условіяхъ жизни, то легко могутъ быть вызваны къ проявленію и менструальнымъ періодомъ, если къ этому присоединится еще какое-нибудь обстоятельство, способствующее менструальному воздѣйствію. Опять таки должно добавить, что рѣшающее значеніе должны имѣть обстоятельства, сопровождающія преступленіе и свидѣтельскія показанія.

Если будетъ доказано, что преступное дѣяніе совершено было въ состояніи истеро-эпилепсіи, эпилепсіи, *anxietas praecordialis*, патологическаго аффекта, насильственныхъ и импульсивныхъ состояній, то такіа дѣянія являются совершенными въ состояніи болѣзни, доведшей до умоизступленія и безпамятства, а подсудимыя должны бытъ признаны невмѣняемыми.

Но, признанныя судомъ невмѣняемыми, такіа лица остаются на всю жизнь подъ клеймомъ надзора. Эти лица въ высокой степени опасны для общества, ибо онѣ находятся въ такихъ жизненныхъ условіяхъ, при которыхъ легко могутъ совершить новое преступленіе. Такія лица должны бытъ отданы подъ надзоръ близкихъ людей и людей вполне благонадежныхъ, дабы въ известное время приняты были мѣры къ уменьшенію ихъ болѣзненной возбудимости и охранѣ общественной безопасности. Еще лучше было бы, если бы существовали особые судебные врачи, обстоятельно знакомые съ душевными болѣзнями, на обязанности которыхъ лежало бы леченіе такихъ больныхъ и тщательный надзоръ за такими лицами, которыя представляютъ собою ежеминутную опасность и для себя и для окружающихъ.

Что касается лицъ, у которыхъ во время менструальнаго состоянія развиваются явные психозы, то всѣ дѣянія такихъ лицъ будутъ дѣяніями душевно-больныхъ съ полною неответственностью за совершеніе оныхъ и невмѣняемостью.

\*

## Библіографія.

**Проф. И. А. Сикорскій**, Психопатическая эпидемія 1892 г. въ Кіевской губ. Университетскія извѣстія, универс. Св. Владиміра за 1893 г.

Въ декабрѣ 1891 г. и январѣ 1892 г. въ нѣсколькихъ деревняхъ Васильевскаго уѣзда, Кіевской губ., возникло религіозное движеніе, получившее названіе, отъ имени инициатора его Малёваннаго, малёванщины. Для изслѣдованія этого движенія была назначена коммиссія, въ составъ которой вошелъ и авторъ. По изслѣдованію оказалось, что, какъ зачинщикъ этого движенія, нѣкій мѣщанинъ Кондратій Малёванный, былъ душевно больной, такъ почти и всѣ участники движенія представляли явные патологическіе признаки со стороны нервной системы и психики, почему авторъ и описываетъ это религіозное движеніе, какъ психопатическую эпидемію. Основатель новаго религіознаго ученія, человекъ 48 лѣтъ, до 40 лѣтъ предавался злоупотребленію спиртными напитками и происходитъ отъ алкоголиковъ. Въ 1884 году онъ сдѣлался ревностнымъ штундистомъ, пересталъ пить, сталъ усердно выполнять религіозныя приемы штунды и среди молитвы и пѣнія часто доходилъ до экстаза. Съ теченіемъ времени у Малёваннаго начали появляться галлюцинаціи обонянія и общаго чувства, онъ слышалъ какой-то не земной запахъ, несравнимый ни съ какими ароматами, и полагалъ, что запахъ этотъ — есть запахъ Св. Духа. Онъ испытывалъ необычайную легкость всего тѣла и ему нерѣдко казалось, что онъ поднимается на воздухъ. Все это дало начало бреду: въ немъ находится Св. Духъ, онъ Исусъ Христосъ, все, что онъ говоритъ и дѣлаетъ, исходитъ отъ Св. Духа. Онъ спаситель міра. Христа, о которомъ говорится въ Евангеліи, не было и евангельскія сказанія — это пророчества о немъ, Малёванномъ. Въ 1890 году во время молитвы, при поднятіи руки, онъ сталъ чувствовать дрожь въ рукахъ, а потомъ во всемъ тѣлѣ и, наконецъ, дѣло дошло до судороги. Въ 1891 г. былъ помѣщенъ въ отдѣленіе для душевнобольныхъ при Кирилловскихъ богоугодныхъ заведеніяхъ. Въ больницѣ у него установлены явленія, характерныя для рагапожа chronicus. Приходивъ въ возбужденіе, онъ говорилъ проповѣди, представлявшія собой рядъ безсвязныхъ фразъ. Въ бытность его на свободѣ эти проповѣди записывались его послѣдователями и составляли такъ называемое евангеліе Малёваннаго. Послѣдователи были увѣрены, что они находятся наканунѣ страшнаго суда, послѣ котораго наступитъ новый порядокъ вещей, когда никто не будетъ умирать, и не нужно будетъ трудиться и заботиться о будущемъ, такъ какъ все это будетъ устроено Богомъ, за какового они считали Малёваннаго. Въ ожиданіи скорого страшнаго суда, они уходили въ поля и въ сибирную ночь купались въ холодной водѣ, мужчины и женщины вмѣстѣ; купали даже и грудныхъ дѣтей. Продали большую часть своего имущества, отказывались отъ работы и находились въ особенномъ ненормально веселомъ настроеніи. У нихъ появилась страсть къ нарядамъ и щегольству.

Наряду со всѣмъ этимъ большинство изъ малеванцевъ обнаруживало обонятельныя галлюцинаціи. 80% изъ нихъ, по изслѣдованію автора, обоняли чрезвычайно пріятные запахи, которые они называли сладкими, не земными, божественными. Кроме того, нѣкоторые изъ нихъ испытывали особую легкость своего тѣла и чувствовали, какъ будто они поднимаются на воздухъ, а другіе слышали повелѣнія Бога, и Св. Духа, видѣли отверстое небо и проч. На молитвенныхъ собраніяхъ малеванцевъ наблюдались судорги, охватывавшія или почти всѣхъ участниковъ, или только нѣкоторыхъ изъ нихъ. Судорги проявлялись въ трехъ видахъ. Крики, хохотъ, плачь, всхлипыванья и т. п. Это наименѣе частый видъ. Чаше наблюдались страстныя позы, свойственныя большой истеріи. Самой частой формой являются разнообразныя ритмическія и раздражательныя движенія. Среди общаго шума, крика одни падаютъ, другіе прыгаютъ, хлопаютъ въ ладоши, бьютъ себя по лицу, рвутъ волосы, стучать въ грудь, подражаютъ собачьему лаю, конному ржанью и т. п. Женщины въ экстазѣ обнажались до пояса и проявляли необузданное эротическое возбужденіе. При высшей степени возбужденія у нѣкоторыхъ участниковъ собранія наступала особая вербигерация. Иногда двое, преимущественно женщины, обращаясь другъ къ другу, произносятъ бессмысленные звуки, какъ бы разговаривая между собой. Бессмысленный свой разговоръ малеванцы объясняютъ тѣмъ, что на человѣка нисходитъ Св. Духъ и сообщаетъ ему даръ языковъ, что хотя и нельзя понять этой рѣчи, но что на землѣ, вѣроятно, существуетъ такой языкъ. Нѣкоторые лица, во время молитвеннаго экстаза, обнаруживали полную потерю болевого чувства наряду съ повышеніемъ осязательнаго. Какъ на причину, благодаря которой была возможна подобная психопатологическая эпидемія, авторъ указываетъ на пьянство, чрезмерно распространенное въ населеніи этой мѣстности. Въ видахъ прекращенія этого религіознаго движенія были приняты слѣдующія мѣры: собранія малеванцевъ были воспрещены, при чемъ тѣхъ изъ нихъ, которые оказались душевно-больными, помѣстили въ психіатрическія отдѣленія, а одержимыхъ судорожными болѣзнями (истерія) въ лечебницы и монастыри и, наконецъ, тѣхъ, которые обнаруживали пресуперный фанатизмъ (число ихъ не указано), подвергли аресту и административной высылкѣ.

*И. Я. Платоновъ.*

**Д-ръ А. А. Говсѣвъ,** Симуляція душевныхъ болѣзней и патологическое притворство, 1893.

Вышеназванное сочиненіе представляетъ монографію, весьма обстоятельно излагающую ученіе по данному вопросу. Сочиненіе содержитъ подробное изложеніе извѣстныхъ уже данныхъ, подробный и обстоятельный его разборъ и очень много собственныхъ данныхъ и научныхъ соображеній. Особенно тщательно разработаны отдѣлы истеріи и гипнотизма. Данное сочиненіе съ правомъ займетъ мѣсто настольной книги не только у спеціалиста, но и вообще у врача, имѣющаго дѣло на судѣ съ душевно-больными, а въ литературѣ первое мѣсто не только въ нашей, но и иностранной.

*Андрей Поповъ.*

**Д-ръ Г. И. Россалино,** Къ физиологій музыкальнаго таланта, 1893.

Подъ именемъ музыкальной способности авторъ разумѣетъ взаимодѣйствіе слуховыхъ центровъ слуха съ проектированными двигательными актами, которые представляютъ наиболее могущественное средство для выраженія ощущеній и другихъ душевныхъ состояній. Это свойство представляетъ собою элементарнѣйшее и вмѣстѣ съ тѣмъ наиболѣе постоянное

проявленіе душевной дѣятельности, присущее какъ человѣку, такъ и другимъ видамъ животнаго царства. По мѣрѣ развитія болѣе совершенныхъ способовъ выраженія чувства, эта способность все болѣе и болѣе атрофировалась, и вмѣстѣ съ тѣмъ необыкновенное проявленіе музыкальнаго чувства или необыкновенная музыкальная талантливость у человѣка почти всегда связана бываетъ со многими проявленіями вырожденія и представляетъ собою выраженіе атавизма. По мнѣнію автора, въ головномъ мозгу человѣка существуетъ опредѣленный отдѣлъ, завѣдующій воспріятіемъ, переработкою и проэкіею музыкальныхъ звуковъ—органъ музыкальной способности. Этотъ органъ расположенъ недалеко отъ третьей лобной извилины лѣваго полушарія головного мозга, вблизи рѣчи. Онъ не зависитъ отъ аппарата рѣчи,—скорѣе послѣдній есть составная часть его. Въ составъ его входятъ прежде всего центры голосовой и слуховой съ соединительными нервными путями,—кромѣ того, зрительный и двигательные центры для конечностей, со всею массою перекрестныхъ ассоціаціонныхъ волоконъ. Музыкальные процессы въ здоровомъ и поврежденномъ аппаратѣ развиваются и протекаютъ на подобіе акта рѣчи. Музыкальный талантъ есть результатъ анатомическаго и физиологическаго совершенства органа музыкальной способности. Музыкальное творчество есть результатъ импульсивныхъ процессовъ въ специальномъ музыкальномъ аппаратѣ головного мозга. Поврежденіе центра голосовой способности можетъ вести за собою самыя разнообразныя формы разстройствъ музыкальной способности, напомнимъ о нихъ разстройства рѣчи. Эти разстройства дѣлятся на двѣ большія группы: на общія амузіи и частныя амузіи. Вторыя въ свою очередь дѣлятся на сенсорныя, при которыхъ разстраивается слуховое воспріятіе музыкальныхъ органовъ, и зрительное, — и моторныя амузіи, состоящія въ неспособности къ тому или другому музыкальному выраженію и неспособности писать ноты. Разстройства музыкальной способности очень похожи на таковыя же рѣчи, но стоятъ вполне независимо отъ нихъ. Известно много случаевъ разстройствъ рѣчи съ сохраненіемъ музыкальной способности,—таковы случаи Behier, А. И. Кожевникова, Grosset, Gowers'a, Knoblauch'a, Brown-Sequard'a, Finkelburg'a, Boulland, Oppenheim'a и Anton'a. Существуютъ и такіе случаи, гдѣ одновременно происходили разстройства и рѣчи и музыкальной способности, какъ напр. въ случаяхъ Kahler и Pick'a, Lichtheim'a, Bernhardt'a, Kast'a и друг. Наконецъ, описываются такіе случаи, когда наблюдалось разстройство музыкальной способности съ сохраненіемъ рѣчи. Таковы случаи Charpentier и Brazier'a. Dejerin описываетъ случай, гдѣ у больного наступила словесная слѣпота и нотная слѣпота, при чемъ играть на память и по слуху больной могъ.

*Михаилъ Поповъ.*

**Д-ръ Я. В. Рыбалкинъ**, Два случая дисбазии, Больничная газета Боткина, 1893, № 43.

Авторъ описываетъ два случая астазіи-абазии или дисбазии, изъ которыхъ особенно интересенъ второй случай. Р., 34 лѣтъ, учительница, въ январѣ 1892 года, послѣ умственнаго переутомленія, начала присѣдать то на одну, то на другую ногу. Вскорѣ это явленіе такъ участилось, что она не могла ходить. Къ этому присоединилась терпкость въ ногахъ. Паденію предшествовало ощущеніе тяжести въ головѣ и какъ бы колебанія на поверхности мозга, при чемъ всѣ предметы волнообразно колеблются. Напряженіемъ воли больная на короткое время можетъ задерживать паденіе. Сильныя болѣзненные раздраженія вполне задерживаютъ паденіе, такой же эффектъ

производятъ и душевныя волненія. Въ сидячемъ и лежащемъ положеніи больная производитъ правильно всѣ движенія. Чувствительность всѣхъ видовъ понижена на всей правой сторонѣ тѣла и на всей лѣвой нижней конечности. Представленіе о положеніи конечностей вполне сохранено. Анестезія слизистой оболочки глазъ и зѣва. Точный рефлексъ отсутствуетъ; гиперестезія позвоночника, правая оварія. Пателлярные рефлексы безъ измѣненій. Справа потеря слуха, слѣва—пониженіе. Замѣтныхъ психическихъ уклоненій нѣтъ. Подобныя присѣданія послѣ переутомленія были и семь лѣтъ назадъ. Мать больной истерична и страдала до 25-ти лѣтъ судорожными припадками. Не менѣе интересенъ и первый случай автора. Это былъ мальчикъ 15 лѣтъ, коего отецъ умеръ съ явленіями спинно-мозгового заболѣванія. Годъ назадъ больной подвергся испугу и ушибу въ голову. Больной обнаруживаетъ атактическія явленія въ нижнихъ конечностяхъ съ анестезіями въ той же области. Авторъ ставитъ въ связь атактическія разстройства съ анестетическими явленіями, согласно ученію Leyden'a, Goldscheider'a и друг.

*Д. И. Поляковъ.*

**Д-ръ В. С. Грейденбергъ,** О душевномъ разстройствѣ при Basedow'ой болѣзни, Вѣстникъ психіатріи, 1893.

Резюмируя различные взгляды, существующіе по вопросу о соотношеніи между Basedow'ой болѣзью и душевными разстройствами, авторъ сводитъ ихъ къ слѣдующимъ тремъ положеніямъ: 1) Basedow'a болѣзнь и душевное разстройство, наблюдающіяся у одного и того же больного, могутъ представлять собой простое совпаденіе двухъ совершенно независимыхъ другъ отъ друга болѣзненныхъ формъ, совершенно различнаго происхожденія и развитія и съ совершенно различнымъ теченіемъ и исходомъ. По мнѣнію напр. Baeteau, больные съ Basedow'ой формой представляютъ параллельно съ нею столь различныя формы психозовъ, что вскачь между ними какую-нибудь внутреннюю связь нѣтъ никакихъ основаній; здѣсь можно видѣть одно простое совпаденіе. 2) Душевное разстройство, встрѣчающееся у больныхъ съ Basedow'ой формой, особенно у лицъ съ нервнымъ предрасположеніемъ, составляетъ интегральную часть клинической картины этой болѣзни и носитъ чисто симптоматическій характеръ. 3) Basedow'a болѣзнь и сопровождающее ее душевное разстройство составляютъ только два различныхъ проявленія одного общаго болѣзненного состоянія, одного общаго нейроза, развивающагося на почвѣ нейропатической наследственности, при чемъ душевныя явленія, какъ результатъ раздраженія корковыхъ центровъ, могутъ развиваться совершенно независимо отъ бульбарныхъ симптомовъ этой болѣзни, и проявиться или одновременно съ основными признаками ея, или до полнаго ихъ развитія, или, наконецъ, послѣ нихъ. Въ подтвержденіе этого послѣдняго положенія авторъ приводитъ случай изъ своей практики. Дѣвица 33 лѣтъ, отягчена нейропатической наследственностью. Первые признаки Basedow'ой болѣзни проявились въ 1878 году. Дѣло началось съ сердцебиенія, потомъ явилось пучеглазіе и, наконецъ, зобъ. Въ характерѣ больной всегда были раздражительность, неуживчивость и сварливость. Считала себя умирой и развитѣй всѣхъ; предпочтительно любила мужское общество. Въ 1891 году появились нервные признаки душевной болѣзни. По началу она обратила на себя вниманіе рѣзкими и немотивированными переходами отъ крайней нелѣпности къ такой же грубости въ обращеніи съ больной матерью, за которой она ухаживала. Послѣ смерти матери больная стала расточать небольшія свои средства, влюбилась въ незнакомаго молодого человѣка и, наконецъ, стала пить. Въ больницѣ

авторъ нашелъ всѣ основныя явленія Basedow'ой болѣзни. Въ психическомъ отношеніи больная представляла необыкновенную подвижность и суетливость, ускоренное теченіе идей и представленій, крайнюю разговорчивость и болтливость. Излюбленныя темы разговора—людская несправедливость, продажность и отношенія между мужчиной и женщиной; вообще больной нравился больше всего разговоръ эротическаго содержанія. Она постоянно придирилась къ другимъ больнымъ и служащими; заводила съ ними ссоры изъ-за самыхъ ничтожныхъ поводовъ, постоянно требовала себѣ самыхъ разнообразныхъ кушаньевъ, напитков и, особенно, табакъ; нѣсколько разъ мочилась въ спальнѣ на полу, объяснялась съ незнакомыми молодыми людьми въ любви и т. п. Подъ вліяніемъ теплыхъ ваннъ, гальванизации, большихъ дозъ іода съ желѣзомъ, ограниченія куренія и пребыванія въ лечебницѣ, больная отъ психической болѣзни оправилась. Анализируя этотъ случай, авторъ говоритъ, что онъ, составляя довольно обыкновенную форму *exaltationis maniacae hystericae*, ничего спеціальнаго характернаго, именно для Basedow'ой болѣзни, не представляетъ. Существовавшая у больной Basedow'a форма послужила лишь предрасполагающимъ моментомъ къ развитію душевнаго расстройства, подобно нейрастеніи, истеріи, эпилепсін и ипохондріи. Какъ Basedow'a болѣзнь, такъ и душевное расстройство въ данномъ случаѣ имѣли одинъ первоисточникъ—нейропатическую наследственность или наследственно-дегенеративную конституцію больной въ смыслѣ ученія Raymond'a и Sériéux. Помимо приведеннаго случая, авторъ сообщаетъ исторію другого. Въ этомъ случаѣ, кромѣ основныхъ признаковъ Basedow'ой болѣзни больная представляла еще весьма интересныя явленія со стороны нервной системы, переходящія невротическаго происхожденія отеки кожи, въ особенности лица, принимающаго поэтому чисто характеристическій видъ микседемы, — дайте — своеобразныя приступы сонливости и, наконецъ, душевное расстройство сначала въ формѣ простой меланхоліи безъ бреда, а затѣмъ въ формѣ навязчивыхъ идей съ бредомъ преслѣдованія. Basedow'a болѣзнь въ этомъ случаѣ развилась, говоритъ авторъ, безъ всякаго нейропатическаго или дегенеративнаго предрасположенія, а исключительно благодаря сильнымъ, длительнымъ, нравственнымъ потрясеніямъ; что касается душевнаго расстройства, то оно явилось здѣсь слѣдствіемъ чисто внѣшнихъ условій, какъ: чувство стѣсненія своимъ непригляднымъ внѣшнимъ видомъ, удаленіе отъ общества, недовольство всѣмъ и вѣмъ, поддерживавшееся въ данномъ случаѣ неблагоприятными семейными обстоятельствами и т. п.

*И. Я. Платоновъ.*

**Dr Roncoroni**, Физиологическій генезъ эпилепсін (*Genesi fisiologica dell'epilessia*, Archivio di psichiatria, 1893).

Основа теоріи эпилепсін автора зиждется на антагонизмѣ высшихъ и низшихъ центровъ нервной системы. Первые центры заложены въ коркѣ и быть можетъ въ подкорковыхъ узлахъ и дѣлятся на чувственно-чувствительныя и двигательныя, — дѣлятся они также на подкорковыя, куда относятся центры рѣчи, чтенія и письма, — и промежуточные. Авторъ утверждаетъ, что эпилепсія, преступность и геній едино суть. Положенія авторъ состоитъ въ слѣдующемъ: каждая группа нервныхъ клѣтокъ воздѣйствуетъ на остальныя двойнымъ образомъ динамическо, т. е. возбуждая ихъ энергію, и ингибиторно, т. е. задерживая ихъ энергію. Эти воздѣйствія тѣмъ болѣе энергичны и сложны, чѣмъ выше порядокъ будетъ того отправления которое вырабатывается данными клѣтками. При патологической причинѣ

однообразно воздействующей на всю нервную систему, высшие центры будут ею поражены наиболее, вследствие их более сложного, более важного, более дифференцированного и наиболее новейшего происхождения. Равенство высших центров прямо пропорциональна их эволюции. Зависающая деятельность высших центров над низшими гораздо сильнее, чем воздействие остальных центров друг на друга и на высшие центры. Это верховное воздействие высших центров, поражаясь, под влиянием какой-нибудь патологической причины, первым, своим разстройством обуславливает явления самую резкую и самую серьезную. Если какая-нибудь патологическая причина, однообразно воздействует на всю нервную систему и особенно затрудняет деятельность высших центров, ослабляя или устраняя последующее их влияние над остальными центрами, то эти последние становятся независимыми и представляются способными реагировать на малейшие возбуждения. Ослабление или недостаточное развитие высших центров, как это бывает у детей, женщин и дикарей, способствует гегемонии низших центров над высшими и проявлению деятельности этих низших центров. Если высшие центры временно разстраиваются, то наступает анархия низших центров, способствующая проявлению всевозможных нарушений. По мнению автора, эпилепсия создается совместно двумя факторами: ослаблением деятельности высших центров и повышением возбудимости низших центров. Для идиопатической эпилепсии причина эта лежит в наследственности, а не в явлениях воспалительного характера. Все разнообразия проявления эпилепсии в основе своей имеют все-таки одну причину; разница между *petit-mal* и *grand-mal* лежит только в степени поражения. В Италии эпилепсия чаще появляется у мужчин, чем у женщин, это автор объясняет тем, что мозг мужчины стоит выше по развитию и потому более раним и более склонен к заболваню. То же можно сказать о преступниках, проституции и детском возрасте. В эпилептическом приступе прежде всего поражаются высшие и совершеннейшие центры сознания, при чем и в приступе наступает прежде всего уничтожение сознания. Прекращение эпилептического приступа объясняется тем, что вследствие истощения низших центров, путем беспорядочной их деятельности, высшие центры могут вновь выступить к деятельности и взять преобладание над низшими. Но это их возвращение может быть только временным, при чем низшие центры могут вновь взять верх и так может создаться *status epilepticus*. По мнению автора, жизнь преступника есть непрерывный *status epilepticus*, длящийся пожизненно.

Михаил Поповъ.

**Fr. Del Greco**, Темпераментъ эпилептиковъ (*Il temperamento epilettico, Il Manicomio moderno*, 1893).

Слово *темпераментъ* означаетъ понятие объ обычномъ способѣ реагирования всего организма. Изученіе темперамента основано поэтому на изученіи нервной системы, служащей координаторомъ всѣхъ функций и аппаратомъ, въ которомъ зарождаются психическія явленія; на изслѣдованіи различныхъ проявленій нервной деятельности, сумма которыхъ служитъ полнымъ выраженіемъ личности. Исключивъ изъ числа этихъ проявленій случайныя, зависящія исключительно отъ условій среды, въ которой развивается индивидуумъ, мы приближаемся къ познанію менѣе измѣнчивыхъ явленій, всегда болѣе вѣрно характеризующихъ данную личность. Поэтому, изучая темпераментъ эпилептиковъ, авторъ старается отмѣтить всѣ физическія и психическія явленія, характерныя для нихъ и представить ихъ

въ наиболѣ простомъ и понятномъ видѣ, какъ отличительные признаки эпилептической индивидуальности. Выводы автора сводятся къ слѣдующему: 1) Ростъ эпилептиковъ, отношеніе его къ апертурѣ рукъ, показатель черепа имѣютъ стремленіе къ большимъ или меньшимъ колебаніямъ въ обѣ стороны отъ середины. Въ общемъ замѣтно, однако, уменьшеніе вѣса мозга и кривыхъ черепа, достаточное физическое развитіе и прекрасное состояніе общаго питанія. 2) У эпилептиковъ замѣчаются рѣзкія асимметріи въ развитіи черепа и лица, обѣихъ половинъ тѣла, и при томъ обыкновенно бываетъ нѣсколько такихъ дегенеративныхъ и болѣзненныхъ симптомовъ у одного и того же индивидуума. Кромѣ симпатическихъ встрѣчаются и функциональныя асимметріи: нерѣдко мышечное развитіе превалируетъ на лѣвой сторонѣ, что указываетъ на преобладаніе, въ противоположность нормѣ, развитія правой гемисферы. 3) Ослабленіе почти всѣхъ видовъ чувствительности особенно на сторонѣ судорогъ и на сторонѣ противоположной плагиоцефалии; разстройства циркуляціи и дыханія. Первые условія могутъ остаться постоянными или усиливаться вмѣстѣ съ послѣдними въ постэпилептическомъ періодѣ. 4) Въ постэпилептическомъ періодѣ всѣ рефлексы, даже тѣ, которые, въ противоположность другимъ во время интервалловъ понижены (какъ кожные и зрачковые), оказываются повышенными. 5) Склонность къ мышечнымъ сокращеніямъ спазмодическимъ, изолированнымъ или повторяющимся ритмически (tic); а также къ болѣе или менѣе распространеннымъ судоргамъ, иногда напоминающимъ координированныя или къ импульсивнымъ движеніямъ. 6) Повышенная рефлективность, расположеніе къ печали и гнѣву. 7) Такое состояніе душевной дѣятельности можетъ предшествовать взрыву бурныхъ поступковъ. 8) Мышечныя судорги обыкновенно сопровождаются потерей сознанія; автоматическіе или импульсивныя акты безпокойствомъ, или потемнѣніемъ, или же ясностью сознанія. Безпокойство можетъ до извѣстной степени появляться и само по себѣ и всегда отличается внезапностью своего появленія. 9) Эпилептическіе приступы усиливаютъ нейрастеническое состояніе головного мозга, подавленность сознанія, оставляя послѣ себя состояніе глубочайшей подавленности, что особенно ясно выражается въ случаяхъ эпилептического головокруженія. 10) Существованіе судорогъ, приступовъ сенсоріальнаго и психическаго безпокойства у такихъ больныхъ представляютъ ничто иное, какъ критическіе моменты остающейся функциональной неуравновѣшенности, — основного болѣзненнаго состоянія психической дѣятельности. Съ точки зрѣнія семіологіи можно наблюдать между большимъ припадкомъ и эпилептическимъ головокруженіемъ потемнѣніе сознанія, постэпилептической психозъ, эквивалентъ, эпилептоидный феноменъ и множество другихъ разновидностей, являющихся выраженіемъ одного и того же болѣзненнаго состоянія, которое, только вслѣдствіе complicatiōn различныхъ факторовъ и случайностей, выражается то въ видѣ одного, то другого изъ приведенныхъ симптомовъ. 11) Это болѣзненное состояніе характеризуется неравномѣрнымъ развитіемъ нервной энергіи, вслѣдствіе котораго реакція въ мозговыхъ центрахъ не соотвѣтствуетъ стимуламъ (внутреннимъ или вѣшнымъ), но малѣйшій стимулъ вызываетъ реакцію, распространяющуюся на многіе различныя центры. Отягощенная такимъ условіемъ мозговая корка стремится достигнуть въ своей дѣятельности наиболѣе простаго типа рефлекса и мало по малу утрачиваетъ энергію. 12) Вслѣдствіе этихъ же болѣзненныхъ условій нервной дѣятельности идеи эпилептика формируются ненормально. Состояніе подавленнаго самочувствія, нарушеніе кровообращенія и дыханія вмѣстѣ съ повышенной психомоторной возбудимостью способствуютъ развитію съ одной стороны идеи подозрительности и страха, а также рели-

гіозности, а съ другою—агрессивныхъ актовъ и стремленій. Всѣ эти условія находятъ во временномъ помутненіи сознанія почву для своего немедленнаго выполненія. 13) Съ оживленіемъ сознанія исчезаютъ идеи страха и импульсивные акты. Болѣе правильныя воспріятія даютъ психической жизни больного болѣе правильный и уравновѣшенный видъ; но вышеупомянутая подозрительность и религіозность остаются, вслѣдствіе чего поступки больного добродушные и тихіе смѣняются вспышками гнѣва и болѣзненнаго тщеславія, когда больной не притворяется и спокойно предается самымъ дурнымъ инстинктамъ. 14) При эпилептическомъ головокруженіи эти опасныя условія характера стремятся стать постоянными; у этихъ больныхъ встрѣчаются болѣе частыя и болѣе тяжелыя остановки развитія въ идеяхъ и поступкахъ. Тупость интеллекта ридомъ съ подавленнымъ самочувствіемъ этихъ больныхъ дѣлаетъ затруднительнымъ проявленіе въ нихъ чувства симпатіи и это обстоятельство, рядомъ съ гнѣвностью и частыми агрессивными стремленіями даетъ характеру ихъ извѣстный отпечатокъ *эпоизма*, „*Sècheresse du coeur*“ по выраженію Legrand du Saullé. 15) Эпилептический темпераментъ, вслѣдствіе послѣднихъ его свойствъ (отсутствія симпатіи и гнѣвности съ агрессивными стремленіями), оказывается болѣе всякаго другого пригоднымъ къ установкѣ *признаковъ преступности*, какъ показалъ Lombroso. 16) Съ точки зрѣнія діагностики всякій нервный или психическій феноменъ, имѣющій характеръ внезапности и стоящій въ разладѣ съ ритмомъ другихъ явленій въ томъ же индивидуумѣ, есть признакъ *рудиментарной эпилепсiи* и можетъ встрѣчаться, въ качествѣ изолированнаго факта въ очень различныхъ болѣзненныхъ состояніяхъ. Когда помимо такихъ феноменовъ у человѣка, вслѣдствіе различныхъ условій, появляется большая часть внешнезложенныхъ признаковъ, тогда только съ увѣренностью можно бываетъ установить діагнозъ *конституціональной эпилепсiи* и по существующимъ признакамъ заключить о другихъ, которые не проявляются, но свойственны эпилептическому темпераменту.

Н. И. Мухомъ.

**Dr Ronconi**, Эпилепсія вслѣдствіе травматическаго пораженія лобныхъ долей (Epilessia in seguito a lesione traumatica o patologica dei lobi frontali. Accademia di Torino, 1893).

Авторъ описываетъ нѣсколько случаевъ эпилепсiи, вслѣдствіе травматическаго и патологическаго пораженія лобныхъ долей. Это нѣсколько не противорѣчитъ теоріи корковой эпилепсiи, если принять эпилепсiю за послѣдствіе пониженія регулирующей способности высшихъ мозговыхъ центровъ и усиленія автоматической дѣятельности низшихъ центровъ. Это положеніе поддерживается тѣмъ фактомъ, что раздраженіе внѣшней области Роландовой борозды, увеличивая способность задержки, препятствуетъ тому, чтобы фарадизація двигательной области, развивала эпилептиформныя конвульсiи; между тѣмъ какъ послѣднія появляются немедленно, при условіяхъ, влекущихъ за собой пониженіе регулирующихъ высшихъ центровъ.

А. П.

**Dr Marino**, Послѣэпилептическая контрактура (Sula contrattura post epileptica, Il Morgagni, 1893).

Авторъ описываетъ два случая послѣэпилептической контрактуры. Собственно говоря, это явленіе не рѣдкое и представляется выраженіемъ возбужденія нервныхъ центровъ, вѣроятно, вслѣдствіе притока жидкости въ боковыя желудочки. По мнѣнію автора, онанизмъ играетъ въ эпилепсiи не послѣднюю роль.

А. П.

**Dr Fronda.** Къ учению о хроническомъ бредѣ (*Contributo allo studio del delirio cronico, Il Manicomio moderno, 1893, № 2, 3*).

Magnan, какъ известно, дѣлитъ хроническій бредъ на два класса: дегенеративный, при которомъ бредовыя идеи являются безъ продромальнаго періода, бываютъ смѣшаны, не систематизированы, имѣютъ склонности исчезати, но и рецидивировать,—и не дегенеративный, при которомъ вначалѣ наступаетъ періодъ инкубаціи въ видѣ безпокойства, страха, плохого самочувствія и бессонницы, затѣмъ является бредъ преслѣдованія, за нимъ бредъ величія и наконецъ слабоуміе. Еще одно различіе между этими двумя классами онъ находитъ въ томъ, что первый бредъ встрѣчается въ молодомъ возрастѣ, второй же—развивается среднимъ числомъ въ 35 лѣтъ. Между тѣмъ какъ первая форма Magnan'a принята въ настоящее время всѣми, вторая встрѣтилась рѣдкѣ возраженій и еще и въ настоящее время не принимается многими въ такомъ видѣ, какъ ее описалъ Magnan. Roscioli, изучая въ 1891 г. хроническій бредъ, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) форма, описанная Magnan'омъ подъ именемъ систематизированнаго прогрессивнаго бреда (*delirium chronicum*) существуетъ на самомъ дѣлѣ; 2) въ противоположность мнѣнію Magnan'a, въ основѣ ея почти всегда лежитъ наследственность, хотя и въ менѣе интенсивной степени, чѣмъ у наследственныхъ дегенератовъ; 3) діагнозъ между хроническимъ эволютивнымъ и не эволютивнымъ бредомъ, который присущъ глубокимъ дегенерантамъ, всегда затруднителенъ; 4) не всегда легко діагностировать хроническій бредъ особенно вначалѣ; 5) эволюція бреда не всегда бываетъ одинакова,—бываютъ случаи, когда одинъ изъ періодовъ выпадаетъ, особенно періодъ бреда величія. Авторъ изслѣдовалъ 7 случаевъ, при чемъ въ 2 случаяхъ наследственность совершенно отсутствовала, въ 2-хъ—она неизвѣстна, а въ остальныхъ трехъ выражена легко. Если мы сравнимъ съ этими фактами важность наследственности у наследственныхъ дегенератовъ, то должны будемъ допустить извѣстную разницу между ними и хроническими делириями, хотя все же окажется невозможнымъ принять взглядъ Magnan'a, по которому хроническій бредъ не есть дегенеративный. Во всякомъ случаѣ существованіе хроническаго бреда какъ отдѣльной клинической формы, должно быть признано. Въ качествѣ причиннаго момента при немъ почти всегда является наследственность, но иногда она можетъ и отсутствовать. Развитие хроническаго бреда не всегда одинаково: бываютъ случаи, когда одинъ изъ періодовъ, особенно періодъ идей величія, можетъ отсутствовать, хотя иногда идеи величія предшествуютъ идеямъ преслѣдованія. Главнѣйшимъ признакомъ этой формы служитъ бредъ преслѣдованія, который и въ періодѣ идей величія не исчезаетъ, а лишь подавляется послѣдними.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dr Del Greco,** Сенсоріальный бредъ при различныхъ формахъ паранойи (*Il delirio sensoriale in rapporto alle diverse forme di paranoia. Il Manicomio moderno, 1893, № 2, 3*).

Подъ именемъ „*delirium sensoriale acutum*“ извѣстно нарушеніе мыслительной дѣятельности, вслѣдствіе массы галлюцинаторныхъ образовъ и вытекающихъ изъ нихъ бредовыхъ идей. Больной какъ бы терзается въ фантастическомъ мірѣ галлюцинацій,—внѣшнія впечатлѣнія воспринимаются имъ неполно и ошибочно, его поступками руководитъ исключительно его бредовыя идеи и галлюцинаціи, вслѣдствіе чего онъ бываетъ то веселъ, то печаленъ, совершенно независимо отъ внѣшнихъ обстоятельствъ. Рѣчь и особенно поступки такихъ больныхъ не всегда однако составляютъ пря-

мую реакцію на ихъ идеи и галлюцинаціи; иногда они совершенно спутаны и составляютъ лишь слѣдствіе повышенной мышечной возбудимости вслѣдствіе психомоторнаго возбужденія, какъ въ маніи. Кромѣ такой обычной формы, *delirium sensoriale acutum* иногда сопровождается явлениями катаlepsii и ступора. Другой видъ сенсоріальнаго бреда составляетъ „*delirium sensoriale chronicum*“, при которомъ галлюцинаціи развиваются менѣе живо и бурно, но мыслительная дѣятельность бываетъ также нарушена. Особенно хорошо эту обширную группу психозовъ изучилъ Meunert и назвалъ ее *Verwirrtheit*, т. е. спутанность, безсвязность. Главное явленіе при этомъ душевномъ заболѣваніи составляетъ быстрое и глубокое нарушеніе критической способности, мыслительная диссоціація, въ нѣкоторыхъ случаяхъ доходящая до потемнѣнія всей психики, до снопоподобнаго состоянія (*amentia*). Подъ эти 2 группы: спутанности и *amentiae* онъ подводитъ всѣ симптоматическія разновидности этихъ психозовъ и рассматриваетъ ихъ, какъ болѣзни ассоціацій, зиждущіяся на остромъ и глубокомъ ослабленіи функциональной дѣятельности корки, при чемъ это ослабленіе всегда имѣетъ примитивный характеръ. Спутанность Meunert дѣлитъ на нѣсколько группъ: 1) простую галлюцинаторную, 2) комбинированную, 3) спутанность съ быстрымъ переходомъ въ ступоръ, 4) депрессивную съ состояніемъ страха и 5) псевдоафазическую. Подъ именемъ *amentiae* онъ понимаетъ многія мыслительныя разстройства, преимущественно временныя, какъ *retit-mal* и сомнамбулизмъ. Westphal, исходя изъ иной точки зрѣнія, рассматриваетъ острый сенсоріальный бредъ, какъ острую первичную параню. Mendel, послѣдователь Westphal'я, дѣлитъ параню на первичную и вторичную, а первичную на простую и галлюцинаторную; обѣ послѣднія въ свою очередь дѣлятъ на острую и хроническія. Острая первичная галлюцинаторная параня очень трудно отличается отъ его галлюцинаторной маніи, которая представляетъ собою наиболѣе частый видъ сенсоріальнаго бреда. Schüle дѣлитъ психонейрозы инвазивнаго мозга на острую и хроническую параню и подъ именемъ острой понимаетъ сенсоріальный бредъ со всѣми близкими формами, между прочимъ, и съ формой каталептической и ступорозной. Krafft-Ebing дѣлитъ всѣ психозы на психонейротическіе и дегенеративныя; такимъ образомъ, онъ не ставитъ параню въ разрядъ психонейрозовъ, какъ Schüle, но смотритъ на нее, какъ на неизлечимую дегенеративную форму. *Delirium sensoriale* онъ причисляетъ къ группѣ *Vahnsinn*—астеническаго психонейроза, зиждущагося на почвѣ истощенія мозга. *Vahnsinn* заключаетъ въ себѣ еще многія изъ тѣхъ формъ, которыя другіе авторы относятъ къ группѣ острой параню. Онъ отрицаетъ у нихъ характеръ параню на томъ основаніи, что при нихъ бредъ не имѣетъ склонности къ систематизаціи, вслѣдствіе глубокаго нарушенія логическаго процесса, что они имѣютъ очень острый характеръ и происходятъ исключительно вслѣдствіе сенсоріальныхъ нарушеній. Koch дѣлитъ психозы на идиопатическіе, конституціональные и органическіе и къ первымъ относитъ на ряду съ маніей, меланхоліей и первичной деменціей—*delirium sensoriale*—*halluzinatorische Verwirrtheit*. Такимъ образомъ всѣ авторы принимаютъ, какъ отдѣльную форму, *delirium sensoriale acutum*, но называютъ ее различно (*halluzinatorische Verwirrtheit*, *frenosis sensoria acuta*, *delirium sensoriale* и т. д.) и ставятъ одни въ отдѣлъ маніи и меланхоліи, другіе въ отдѣлъ дегенеративныхъ психозовъ, въ обширную главу параню. Узелъ вопроса поэтому заключается въ слѣдующемъ: всѣ ли формы остраго галлюцинаторнаго бреда принадлежатъ къ одному и тому же классу психопатій и, если да, то нужно ли ихъ относить къ параню, или рассматривать отдѣльно отъ нея. Вопросъ

о галлюцинаторныхъ психозахъ во всякомъ случаѣ слишкомъ тѣсно связать съ паранойей и раздѣлить ихъ нельзя. Для рѣшенія этого вопроса авторъ анализируетъ 10 случаевъ паранойи и галлюцинаторнаго бреда.— Все эти случаи представляютъ рѣзкое расстройство сознания, въ которомъ преобладаютъ и мнѣнія интеллекта— бредовыя идеи, галлюцинаціи и иллюзии, а также побочныя измѣненія аффективной жизни, стремленій, воли и т. д. Во всѣхъ ихъ замѣчается циклическое теченіе болѣзни: инициальный стадій, періодъ полнаго развитія и ремиссія. По клиническимъ симптомамъ случаи эти ясно дѣлятся на двѣ группы: въ одной несомнѣнно дѣло идетъ о *delirium sensoriale*; во второй— о параноѣ, но не о классической *paranoia primaria Krafft-Ebing'a* и не о *delirium chronicum Magnan'a*, такъ какъ здѣсь галлюцинаціи выступаютъ на первый планъ и совершенно затемняютъ сознание болѣзни и такъ какъ эти психозы очень быстро развиваются и дурно протекаютъ; это суть именно переходныя формы между типическимъ сенсоріальнымъ бредомъ и паранойей. Въ некоторыхъ случаяхъ бредовыя идеи имѣютъ наклонность къ систематизаціи, но систематизація бываетъ здѣсь лишь въ зачаточномъ состояніи. Во всѣхъ случаяхъ характерна въ этиологическомъ отношеніи частота истощающихъ моментовъ и различная степень нервной дегенераціи, врожденной или приобретенной. Анализируя далѣе свои случаи, авторъ переходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ. Типическій сенсоріальный бредъ, хотя и подходит по некоторымъ чертамъ къ меланхоліи и маніи, но не можетъ быть поставленъ въ одну группу съ ними. Для развитія его необходимо условіе инвалидности мозга, вытекающей изъ состоянія функциональнаго истощенія, которая еще увеличивается подъ вліяніемъ истощающихъ факторовъ, каковы: *puerperium*, инфекціи, отравленія и т. п. Мнѣніе, высказанное другими авторами, что *delirium sensoriale* можетъ развиваться подъ исключительнымъ вліяніемъ интоксикаціи въ здоровомъ мозгу, кажется автору невѣрнымъ. Клиническая картина *delirii chronici* состоитъ въ служеніи и потемнѣніи поля сознана массой галлюцинацій и бредовыхъ идей, которыя при всей ихъ безпорядочности позволяютъ видѣть тамъ и сямъ извѣстную ассоціативную связь между ними. Идеи и поступки имѣютъ въ основѣ своей характеръ чуждѣ, отпечатокъ котораго они носятъ, что особенно бываетъ выражено въ переходныхъ формахъ между *delirium sensoriale* и паранойей, гдѣ, влѣдствіе увеличенныхъ условій дегенераціи характера является, систематизація галлюцинацій и идей. *Delirium sensoriale*, не смотря на сходство въ некоторыхъ симптомахъ съ меланхоліей и маніей, какъ напр. въ ускореніи или замедленіи хода представленій и т. п., всегда имѣетъ въ своей основѣ измѣненіе интеллекта и всей личности. Въ процессѣ психической дегенераціи, составляющемъ сущность хронической паранойи, ясно выступаютъ два психологическихъ момента: потемнѣніе сознанія бредовыми идеями съ одной стороны и полнота сознательной дѣятельности, систематизація бреда— съ другой. Первый моментъ во многихъ случаяхъ осложняется явлениями возбужденія, депрессіи, ступора, импульсивныхъ актовъ и т. д., и представляетъ собой ничто иное, какъ *delirium sensoriale* или *paranoia acuta*. Между формами, при которыхъ сознание измѣняется быстро и безпорядочно и столь же быстро затѣмъ возвращается въ норму (*delirium sensoriale genuinum*) и формами медленно протекающими (*paranoia chronica*) существуетъ множество переходныхъ формъ. Въ этихъ формахъ измѣненіе личности вполнѣ проявляется не только въ расстройствѣ апперцепціи, но еще больше въ состояніи эмоцій, страха, который мало по малу овладѣваетъ умомъ и который наблюдается и въ начальномъ періодѣ персекваторной паранойи. Этимъ именно формамъ присуще названіе острой паранойи.

Не смотря на величайшее разнообразіе клиническихъ формъ, лежащихъ на границѣ между delirium sensoriale и рагапоіа chronica, всѣ онѣ сходны въ главнѣйшихъ чертахъ и всѣ суть паранои. *Н. И. Мухинъ.*

**Dr Massalongo**, Физиопатологія хроническаго ревматизма (Contributo alla fisiopathologia del reumatismo articolare cronico, Riforma medica, 1893).

Исследовавъ тщательно этиологически, клинически и патологоанатомически случаи ревматизма, авторъ полагаетъ, что существуетъ большая разница между его острыми и хроническими случаями. Въ случаяхъ хроническаго ревматизма наследственность играетъ очень большую роль: изъ 64 случаевъ наблюдалась 21 разъ подобная наследственность и въ 33—измѣненная. Сочленовый хроническій ревматизмъ нерѣдко является болѣзью семейною. Главнѣйшій признакъ — артритизмъ ничѣмъ не отличается отъ такового же явленія при tabes, сиригомиели и проч. На 200 гемилегинокъ артропатія была 42 раза на парезованной сторонѣ. Контрактура, повышение сухожильныхъ рефлексовъ и мускульные спазмы хроническаго сочленоваго ревматизма также ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ же при нервныхъ страданіяхъ. Мускульныя атрофіи, сколіозъ позвоночника, кожныя явленія и чувствительныя въ свою очередь совершенно тождественны подобнымъ же нервнымъ пораженіямъ. Посему авторъ полагаетъ, что хроническій сочленовый ревматизмъ есть нейропатія, которая состоитъ изъ пораженія периферическихъ нервовъ и сѣраго вещества спинного мозга. Эта болѣзнь обуславливается не инфекціей, какъ острый ревматизмъ, а является трофонейрозомъ, производимымъ динамическимъ или структурнымъ поврежденіемъ узловыхъ клѣтокъ переднихъ роговъ сѣраго вещества спинного мозга. Если до сихъ поръ эти измѣненія были находимы не постоянно, то частью по несовершенству современныхъ способовъ изслѣдованія, а частью потому, что эти измѣненія были динамическаго характера. Всѣ вышеуказанныя явленія могутъ быть объяснены только одною причиною—центральнымъ нарушеніемъ питанія данныхъ частей организма. Сочленовый ревматизмъ съ правомъ можетъ быть поставленъ на ряду съ мускульной атрофіей, перматозомъ и проч., и ихъ причина одна и та же. Соответственно этому и терапия должна быть направлена не на мѣстныя пораженія, а на центры нервной системы, какъ: гидротерапія, электротерапія, массажъ и методичская гимнастика. Сюда же должно быть отнесено и нравственное лечение въ видѣ правильнаго воспитанія дѣтей, родившихся отъ артритиковъ родителей.

*Михаилъ Поповъ.*

**Лечение микседемы** (Cura del mixoedema, Annali di neurologia, fasc. 7, V, VI, 1892).

Въ послѣдніе два года возможность излеченія микседемы все болѣе прогрессируетъ. Murray, Fenwick, Lannelongue, Beatty, Carter, Boeck, Robin, Mackenzie, Fox, Buchard и многіе другіе, послѣ того какъ эксперименты на собакахъ и кроликахъ съ инъекціей жидкой gl. thiroideae и введеніемъ усочковъ ея подъ кожу въ полость peritonei дали утѣшительные результаты, пытаются, и не безъ успѣха, проводить подобное лечение и у человека. Инъецируемый составъ готовится слѣдующимъ образомъ. Съ соблюденіемъ строгой асептики экстирпируютъ эту железу, чаще у барана, и размѣщаютъ въ сосудъ, содержащій растворъ карболовой кислоты (6:1000), а тѣсь ее тщательно очищаютъ отъ жира и соединительной ткани, ее окружающихъ, и потомъ разрѣзаютъ ножницами на маленькіе кусочки. Эти кусочки переносятъ въ стерилизованную стеклянную пробирку, куда до-

бавляют 2 куб. с. жидкой смеси изъ равной части глицерина и карболоваго раствора (5:1000), оставляют на 24 часа, затѣмъ пропускаютъ черезъ тщательно стерелизованное полотно; такимъ путемъ получаютъ необходимое количество жидкости. Vassale и друг. приписываютъ этой жидкости свойство улучшать и ускорять выведение продуктовъ обмена. Лечение продолжается 1--3 мѣсяца и болѣе, смотря по случаю и тщательности въ примѣненіяхъ антисептики. Введеніе кусочковъ железа болѣе удобно и дѣйствительно, но эта операція очень трудна (у д-ра Sgobbo на 4 животныхъ удалась у одного); въ тоже время у Robin'a находимъ удачный случай примѣненія этого способа у 7 лѣтняго мальчика. Слѣдуетъ добавить, что Mackenzie и Fox въ виду близкостности и опасности упомянутыхъ операцій, примѣняли железу per os. Во время леченія наблюдалось: ускореніе пульса, повышеніе температуры, пропорціонально количеству примѣненной жидкости, уменьшеніе инфильтрата и ослабленіе всѣхъ прочихъ симптомовъ болѣзни.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Peri**, Объ измѣненіяхъ въ центральной и периферической нервной системѣ при острой инаніціи (Sulle alterazione del sistema nervoso centrale e periferico prodotto dalla inanizione acuta. Ricerche sperimentali. Lo sperimentale, fasc. 1892).

Авторъ, изслѣдовавъ съ помощью различныхъ методовъ значительное количество животныхъ, умершихъ въ состояніи остраго истощенія, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ относительно измѣненій въ нервной системѣ при этомъ состояніи: 1) Макроскопическія измѣненія настолько слабы, что ихъ замѣтить не легко. 2) Микроскопическія также не могутъ служить подсспорьемъ при установкѣ діагноза, такъ онѣ слабо выражены. Признаки дегенераціи незначительны и никогда не носили характера, указаннаго Поповымъ et. seq. Гангліозныя клѣтки не отличаются какими либо характерными измѣненіями. Авторъ не находилъ также ни эксудацин, описанной Розенбахомъ, ни мѣлиновыхъ зеренъ, которыя наблюдалъ Соеп. Нейроглія также представлялась нормальной. 3) За продолжительнымъ истощеніемъ наблюдалось, что нервныя клѣтки переднихъ роговъ находились въ гліиновой дегенераціи. 4) Diapedesis авторъ находилъ не рѣдко. 5) Въ периферической нервной системѣ измѣненія были по преимуществу атрофическаго характера. Всюду замѣчалось уменьшеніе мѣлина. Въ составѣ этого вещества измѣненій не было. Осевой цилиндръ измѣненій не представлялъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Marzocchi и Antonini**, Зобъ и сумашествіе (Annali di Neurologia, 1893).

На основаніи статистическихъ данныхъ, авторы приходятъ къ тому выводу, что щитовидная желѣза имѣетъ вліяніе на питаніе и отравленія центральной нервной системы, а, слѣдовательно, посредственно и на психическую дѣятельность. Дѣйствительно, люди, имѣющіе зобъ, чаще подвергаются душевнымъ заболѣваніямъ, чѣмъ люди безъ зоба. У больныхъ съ зобомъ проявляются не только состоянія подавленности, но и дегенеративныя психозы и нуэрнеральные. Излеченіе отъ психозовъ, при формахъ излечимыхъ, встрѣчается также часто у зобатыхъ, какъ и безъ зоба. Во всякомъ случаѣ при зобѣ, какъ и въ другихъ случаяхъ душевныхъ и нервныхъ заболѣваній, нужно принимать въ соображеніе личное предрасположеніе больного.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Fronda**, Случай кишечнаго гельминтіаза и колпростаза въ связи съ манакальнимъ припадкомъ (Il Manicomio moderno, 1893, № 1 и 2).

Почти всѣми принято дѣленіе причинъ душевныхъ болѣзней на *предрасполагающія* и *случайныя* и подраздѣленіе первыхъ на общія и индивидуальныя, а вторыхъ на психическія и соматическія. Между группами психозовъ существуетъ издавна группа такъ называемыхъ *симпатическихъ душевныхъ заболѣваній*. Названіе несомнѣнно неясное и сохранившееся отъ прежнихъ временъ. Въ наше время, когда физиологія освѣтила новымъ свѣтомъ извѣстные факты, лучше замѣнить прилагательное симпатическій другимъ, *рефлекторный*. Вѣроятно, впрочемъ, и это имя современемъ уступитъ мѣсто другому, когда прогрессъ въ области физиологической химіи дастъ возможность сдѣлать болѣе яснымъ механизмъ вліянія болѣзненныхъ причинъ. Подъ именемъ *рефлекторнаго* заболѣванія вообще понимается заболѣваніе какого либо органа, вызванное вліяніемъ болѣзни какого либо отдаленнаго органа. Въ душевныхъ болѣзняхъ заболѣвающимъ органомъ является головной мозгъ. Всѣ авторы утверждаютъ, что форма болѣзни вторично, путемъ рефлекса, заболѣвающаго органа находится въ зависимости отъ того, какой органъ первично заболѣлъ и какъ онъ заболѣлъ. Въ этомъ смыслѣ Крафт-Ебингъ указываетъ на извѣстную эвфорию фтизиозовъ и табетиковъ и противопоставляетъ ее глубоко угнетенному настроенію до ипохондрическо-меланхолическаго, которое наблюдается при заболѣваніи половыхъ органовъ и желудка. Но какимъ образомъ отдаленные органы могутъ проявлять свое дурное вліяніе на мозгъ? Служатъ ли они периферическимъ стимуломъ, распространяющимся на центры, въ особенности на мозговую корку, и вызывающимъ, смотря по своей натурѣ, различныя психическія расстройства? Или это происходитъ вслѣдствіе расстройства циркуляціи мозга? Или, можетъ быть, здѣсь все дѣло въ нутритивныхъ расстройствахъ, или въ аутоинтоксикаціяхъ? Или, наконецъ, психическое расстройство можетъ появиться подъ вліяніемъ комбинаціи этихъ различныхъ причинъ, вліяющихъ одновременно? Вотъ рядъ вопросовъ, которые до сихъ поръ не могутъ еще найти удовлетворительнаго рѣшенія и которые можетъ быть будутъ разрѣшены только успѣхами въ области химіи. Въ настоящее время два факта стоятъ, повидимому, вполне прочно: 1) что иногда отдаленный стимулъ самъ по себѣ можетъ вызвать рефлексъ въ головномъ мозгу и 2) что такой стимулъ болѣе сильно вліяетъ на инвалідный мозгъ, чѣмъ на вполне крѣпкій. Подъ именемъ стимула надо понимать всякое измѣненіе въ периферическихъ путяхъ, вызывающее нормальное ощущеніе въ центрѣ. Другія теоріи (нутритивная, аутоинтоксикаціонная и т. д.) бѣдны еще прямыми доказательствами. Изложивъ такимъ образомъ въ общемъ немногія идеи о *рефлекторномъ психозѣ*, авторъ описываетъ случай рефлекторной маніи, гдѣ присутствіе глистовъ въ кишечникѣ и затѣмъ комковъ каловыхъ массъ могло вліять только рефлекторно на головной мозгъ, потому что, если предположить нутритивныя измѣненія или аутоинтоксикацію, какимъ образомъ при нихъ состояніе больной могло бы такъ внезапно измѣниться? Вѣдь и при простой гастрической лихорадкѣ излеченіе не бываетъ столь быстро, но всегда проходитъ нѣсколько дней послѣ удаленія кала, въ теченіе которыхъ остаются нѣкоторыя нервныя расстройства и небольшое повышеніе температуры. Да это и понятно: нужно извѣстное время, пока токсины успѣютъ вполне удалиться изъ организма. Изъ этого видно, что люди съ инваліднымъ мозгомъ болѣе расположены къ психическимъ заболѣваніямъ и болѣе восприимчивы ко вліянію различныхъ вредныхъ моментовъ; что между различными гипотезами, принятыми для объясненія механизма влія-

нія различныхъ симпатическихъ причинъ на головной мозгъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ вѣроятно имѣеть значеніе и гипотеза о простомъ рефлекторномъ стимулѣ; что въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно достигнуть излеченія, или по крайней мѣрѣ улучшения психоза, удаливъ вызвавшую и поддерживающую его причину.

*Н. И. Мудинъ.*

**Dott. Sante de Sanctis**, Періоптометрическія изслѣдованія у дегенератовъ. Нейрастеніи. (*Ricerche perioptometriche degenerati. Nevrastenici. Annali di Freniatria, 1893, Giugno.*)

Авторъ сначала указываетъ на то, что Charcot допускаетъ у нейрастениковъ существованіе правильнаго, постояннаго, концентрическаго суженія поля зрѣнія; непостоянное же концентрическое суженіе наблюдается, по его мнѣнію, при комбинированной нейрастеніи (*istero-neurastenia traumatica*), гдѣ измѣнчивость поля зрѣнія зависитъ отъ примѣси истерическаго элемента. Указавши затѣмъ, что подъ терминомъ „*neurastenia*“ нужно понимать не отдѣльный какой-нибудь симптомъ, а цѣлую ихъ совокупность, авторъ излагаетъ наблюдавшіеся имъ случаи (7), которые съ прежде изложенными составляютъ 100. Въ результатъ наблюденій надъ нейрастениками оказывается, что при этомъ нѣтъ какого бы то ни было намека на периферическіе скотомы и на нормальную правильность контуровъ периметрической фигуры. Правда, въ 2 изъ 7-ми случаевъ была частичная *emioria vetricalis superior*; но этому придать особаго значенія нельзя, если вспомнить, какъ разнообразна форма измѣненій у такого рода больныхъ. У нѣкоторыхъ нейрастениковъ можно встрѣтить легкія ограниченія ширины поля зрѣнія, но эти измѣненія нельзя ставить въ зависимость отъ болѣзненнаго состоянія. Въ заключеніе авторъ обращаетъ вниманіе на асимметрію, которую онъ часто находилъ при своихъ изслѣдованіяхъ у преступниковъ, у эпилептиковъ и у проститутокъ. Эта асимметрія проявлялась какъ въ планѣ организационной, такъ и въ функціонированіи органовъ. Асимметрія обуславливалась тремя факторами: 1) періоптометрическими измѣненіями, различными для обоихъ глазъ; 2) монокулярными измѣненіями; 3) преобладаніемъ измѣненій въ одномъ глазу. У эпилептиковъ школа *Salpetrière* допускаетъ частое концентрическое суженіе поля зрѣнія, которое, появляясь сейчасъ послѣ припадка, постепенно уменьшаясь, совершенно исчезаетъ по прошествіи нѣсколькихъ часовъ или дней. *Thomsen* и *Oppenheim* считаютъ суженіе поля зрѣнія у эпилептиковъ, равно и чувствительную анестезію за временный фактъ, наступающій или вслѣдъ за приступомъ вмѣстѣ съ потемнѣніемъ сознанія, или вслѣдъ за приступомъ, сопровождаемымъ депрессіей или раздражительностью. Стационарная анестезія, по этимъ авторамъ, встрѣчается у эпилептиковъ старыхъ и поврежденныхъ умомъ. У истеричныхъ уже *Argioli* можно допустить, что поле зрѣнія подвергается измѣненію соотвѣтственно измѣнчивости всѣхъ остальныхъ явленій при истеріи. Концентрическое суженіе поля зрѣнія у истеричныхъ, по ученію Парижской школы, есть неизмѣнный, постоянный признакъ истеріи, но это постоянство относительно, ибо это суженіе увеличивается при исчезаніи припадковъ. Кромѣ того, поле зрѣнія можетъ подвергаться разнообразнымъ измѣненіямъ и у здоровыхъ не только подъ вліяніемъ электричества, магнетизма, но и при состояніяхъ психическаго и чувственнаго возбужденія. Въ виду этого авторъ старался и у больныхъ изслѣдовать поле зрѣнія при однихъ и тѣхъ же приблизительно условіяхъ, т. е. когда у больного наступаетъ состояніе покоя. Но и при этомъ полученныя периметрическія данныя оказались различными: у эпилептиковъ и у дегенератовъ. Чѣмъ же обуславливается это различіе?

Авторъ предполагаетъ, что у дегенератовъ измѣненія ретинальной чувствительности находятся въ такомъ же отношеніи къ скрытымъ психическимъ состояніямъ, въ какомъ у эпилептиковъ и у истеричныхъ тѣже измѣненія находятся къ приступамъ болѣзни. У дегенератовъ можно допустить существованіе приступовъ скрытыхъ, такъ сказать психологическихъ, которые, какъ *contre-soup*, оказываютъ вліяніе на экцентрическую чувствительность ретины. Такимъ образомъ, психологическіе приступы (*crisi*) могутъ имѣть эмоціональный характеръ. На этомъ основаніи французы и называютъ дегенератовъ „*emotifs*“. Нужно, впрочемъ, отличать болѣзненную эмоціональность отъ нормальной, физиологической. Истеричныя, напримѣръ, имѣютъ меньше эмоцій, чѣмъ нормальныя женщины, если мы говоримъ о физиологическихъ эмоціяхъ,—и онѣ (истеричныя) по преимуществу эмотивны, если мы будемъ имѣть въ виду патологическія эмоціи. William James показалъ, что нормальная эмоція есть болѣе полное состояніе сознанія. Дегенераты не способны къ такимъ сложнымъ эмоціямъ, какъ напримѣръ альтруистическія,—наоборотъ, у нихъ въ изобиліи присутствуютъ эмоціи болѣе простыя, рудиментарныя. „*Crisi psicologiche*“, какъ эмоціональный базисъ, могутъ вліять на объемъ поля зрѣнія. Для объясненія измѣненій этого послѣдняго *dott. Parisotti* указываетъ на сосудистыя измѣненія периферіи *retinae*. Причины патологической измѣнчивости периметрической фигуры у дегенератовъ болѣе многочисленны. У лицъ съ артеріосклерозомъ преобладающая недостаточность зрительнаго поля можетъ быть объяснена функціональной недостаточностью. Въ другихъ случаяхъ говорятъ о недостаткѣ психическаго процесса перцепціи. Въ заключеніе авторъ приводитъ свои изслѣдованія по методу короткой периметрической экскурсіи въ 5°—10°. При изслѣдованіи поля зрѣнія по такому методу у нормальнаго человѣка, фигура поля зрѣнія оказалась правильною, какъ въ своей ширинѣ, такъ и въ контурахъ; при изслѣдованіи же одного эпилептика, истеричной и пресступника-эпилептика поле зрѣнія имѣло неправильную форму, именно, концентрическое суженіе и извилистую граничную линію.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Dr Supino**, Химическія и клиническія изслѣдованія при Аддисоновой болѣзни (*La malattia dell'Addison, Il Morgagni, 1893*).

При Аддисоновой болѣзни существуетъ отравленіе однимъ или нѣсколькими ядовитыми веществами, только не нейриномъ. Измѣненія въ отравленіи центральной нервной системы при этой болѣзни обязаны своимъ происхожденіемъ ядовитымъ веществамъ, находящимся въ крови этихъ больныхъ. Случается при этомъ, что пигментация и другія явленія этой болѣзни отсутствуютъ и существуетъ только одна рѣзко выраженная картина нервныхъ расстройствъ при этой болѣзни. Та же картина нервнаго страданія можетъ быть и безъ пораженія надпочечныхъ железъ, при чемъ, разумѣется, пораженія нервной системы должны быть признаны первичными.

*А. П.*

**Dr Luzenberger**, Меридианизмъ при нейрастеніи (*Sul mericismo nella neurassthenia, Nuova Rivista, 1893*).

Изучивъ случай жвачки у нейрастенника, авторъ полагаетъ, что это явленіе при нейрастеніи не есть явленіе первичное, а также не представляется ни автоматическимъ, ни рефлекторнымъ. Повидимому, жвачка представляется слѣдствіемъ нарушенія дѣятельности слизистой оболочки желудка и какъ таковое можетъ поддаваться леченію.

*Андрей Поповъ.*

\*

**Dr Gucci, Paramioclono multiplo ereditario, Rivista sperimentale di freniatria, 1892.**

Авторъ наблюдалъ въ одной семьѣ пять случаевъ paramioclonus multiplex hereditaria. Это были: дѣдъ, сынъ, два внука и тетка послѣднихъ. Общее между ними было то, что въ судоргахъ принимали преобладающее вліяніе мускулы спины и діафрагмы; а также поражение душевной дѣятельности—тупоуміе, возбужденіе, склонность къ самоубійству и покушеніе на оное.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Sgobbo Francesco P., Измѣненія церебральнаго пульса у человека въ теченіе приложенія гальваническаго тока на голову и на шейный симпатическій нервъ (Modificazioni del pulso cerebrale nell'uomo durante l'applicazione della corrente galvanica sul capo e sul simpatico al collo) Annali di Neurologia, 1892, Fasci IV, V, VI.**

Исторія больного, служившаго для изслѣдованія автора, слѣдующая. Крестьянинъ, 26 лѣтъ. Отецъ умеръ отъ какой то грудной болѣзни, мать жива до сихъ поръ. Онъ не злоупотреблялъ, ни виномъ, ни половыми сношеніями, не имѣлъ ни венерической, ни сифилитической болѣзни. Два года тому назадъ уѣхалъ въ Америку, гдѣ работалъ въ Тувишѣ. Онъ тамъ упалъ съ высоты 20 метровъ и объ желѣзо разсѣкъ голову и черепъ. При этомъ безъ потери сознанія потерялъ движеніе верхней и нижней конечности. Изъ раны должны были вынуть осколки кости и рана въ теченіе 4-хъ мѣсяцевъ зажила. Въ началѣ больной не могъ мочиться, такъ что вынужденъ былъ въ теченіе 40 дней вводить катетеръ. Также точно онъ имѣлъ стулъ только съ помощью слабительныхъ. По прошествіи года въ области верхней парализованной конечности развилась контрактура и при каждомъ ея движеніи начала появляться дрожь. Ходить сталъ больной, волоча лѣвую ногу по землѣ, но безъ всякой поддержки. Верхняя конечность находится въ состояніи полусгибанія. Онъ не можетъ поднять плечо, не можетъ вынуть предплечье; въ состояніи только произвести нѣкоторое сгибаніе пальца. Нижняя конечность находится въ состояніи экстензіи съ „res vago-equipus“. Сгибаніе, приведеніе и отведеніе ограничены. При попыткѣ движенія нижними конечностями происходитъ дрожь. Языкъ уклоняется въ лѣвую сторону. Колѣнный рефлексъ очень усиленъ въ лѣвой, немного меньше въ правой ногѣ; брюшной и подошвенный съ лѣвой стороны ясно выражены, недостаточны съ правой. Sub-clonus на лице. Мышечная сила по динамометру = 35 clgrm. Правой ногой въ состояніи поднять 10500 clgrm, лѣвой — 7700 clgrm. на одинаковую высоту въ 30 cm. Электрическое изслѣдованіе не дало никакихъ уклоненій, кромѣ повышенія, какъ гальваническаго, такъ и фарадическаго возбудимости. Чтобы получить церебральный пульсъ, авторъ пользовался металлической пластинкой, овоидальной формы, сантиметровъ 8 въ длину и 6—въ ширину, которая фиксировалась на известной части съ помощью мастики и длинной каучуковой ленты. Трубка изъ того же матерьяла, изъ какого сдѣлана и пластинка обвивалась каучуковой трубкой, которая соединялась съ заслонкой Muller'a, а эта послѣдняя также посредствомъ каучуковой трубки съ пишущимъ барабаникомъ. Авторъ пользовался большимъ полиграфомъ Verdin'a, цилиндръ котораго вращался съ средней скоростью. Авторъ для своихъ изслѣдованій пользовался машиной съ постояннымъ токомъ Sprater'a вмѣстѣ съ гальванометромъ Эдельмана. До автора никто на человѣкѣ не изслѣдовалъ измѣненій, которымъ подвергается церебральный пульсъ во время приложенія электрическаго тока на голову и на шейный sympaticus. Согласно

опытамъ Löwenfeld'a, токъ оказываетъ главнѣйшее вліяніе на сосуды мозга, благодаря чему должно произойти всасываніе кровяныхъ экстравазатовъ, исчезаніе отека, ограниченіе воспалительнаго процесса. При леченіи церебральныхъ страданій различаютъ 3 метода: 1-й—прямой, т. е. дѣйствуя токомъ на голову; 2-й—непрямой, т. е. возбуждая п. sympathicus на шеѣ и 3-й—рефлекторный путь, т. е. возбуждая кожу. При первомъ методѣ, чтобы, во первыхъ, получить диффузное и одинаковое вліяніе на мозгъ, нужно употреблять продольное направленіе съ толстыми и большими электродами; чтобы, во вторыхъ, увеличить содержаніе крови нужно ставить токъ на лобъ и на затылокъ; чтобы уменьшить содержаніе крови, поступить обратно; чтобы локализовать дѣйствіе тока предпочитаютъ поперечное и косое направленіе. Непрямой способъ также мало обоснованъ; его примѣняютъ тамъ, гдѣ предполагаютъ вліять на циркуляцію и питаніе извѣстной части мозга или цѣлаго мозга. На основаніи этого, авторъ выводитъ слѣдующія заключенія: 1) мы не знаемъ, однѣ и тѣ-же ли эффекты даетъ гальваническій токъ у человѣка и у животныхъ; 2) мы употребляемъ продольное направленіе, когда желаемъ вліять на весь мозгъ; 3) чтобы вліять на болѣзненный фокусъ, нужно пользоваться, сначала продольнымъ направленіемъ, а потомъ поперечнымъ; 4) мы не знаемъ полярнаго дѣйствія какъ на головѣ, такъ и на симпатическомъ нервѣ шеи; 5) мы не знаемъ церебральныхъ и циркуляторныхъ измѣненій, которыя происходятъ въ моментъ прохожденія тока, въ моментъ его усиленія и при замыканіи и размыканіи. Исслѣдованія автора касались единственно церебральныхъ сосудистыхъ и циркуляторныхъ измѣненій, происходившихъ послѣ дѣйствій гальваническаго тока на голову и на п. sympathicus шеи.

**I. Продольный токъ: анодъ на лобъ, катодъ на затылокъ.** Изъ своихъ наблюденій авторъ выводитъ слѣдующія заключенія: 1) въ моментъ прохожденія тока и въ моментъ его усиленія незамѣтно какихъ-нибудь значительныхъ циркуляторныхъ и сосудистыхъ измѣненій; 2) вообще вдругъ послѣ прохожденія тока наблюдается временное увеличеніе содержанія крови въ мозгу съ увеличеніемъ его объема. 3) Эта дилатація сосудовъ слѣдуетъ за постепеннымъ суженіемъ сосудовъ, которое становится достаточно замѣтно послѣ усиленія тока. 4) Замыканіе катода обуславливаетъ (сосудистый спазмъ съ моментальнымъ измѣненіемъ эластичности мозговыхъ сосудовъ и вызываетъ легкое головокруженіе; скоро послѣ этого циркуляція становится регулярной.

**II. Поперечный токъ: анодъ на лѣвомъ, катодъ на правомъ вискѣ.** Заключенія тѣ-же, что и при продольномъ токѣ.

**III. Полярный методъ.** Дифференціальный электродъ помѣщался на голову, индифферентный на грудь. Дифференціальный электродъ помѣщался то на regio frontalis, то на regio parietalis, то на regio occipitalis, то на всю половину головы. I. Regio frontalis. Авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) при прохожденіи тока, также какъ и во время его усиленія, будетъ-ли анодъ или катодъ на лбу—все равно, никакихъ замѣтныхъ сосудистыхъ измѣненій не происходитъ; 2) въ теченіе прохожденія тока, но специально усиленнаго, какъ при анодѣ, такъ и при катодѣ получается увеличеніе содержанія крови въ мозгу, благодаря увеличенію объема вѣнча; 3) въ моментъ замыканія и размыканія тока анодомъ или катодомъ не происходитъ никакого сосудистаго разстройтва большой важности, за исключеніемъ легкаго спазма сосудовъ въ моментъ замыканія тока анодомъ, и уменьшенія ихъ эластичности въ моментъ замыканія катода; 4) при размыканіи тока, по преимуществу катодомъ, получается увеличеніе содержанія крови въ мозгу, вслѣдствіе увеличеннаго объема церебральныхъ сосудовъ; 5) только послѣ размыканія тока катодомъ проис-

ходитъ тяжелое сосудистое разстройство, которое вызываетъ головокруженіе, потемнѣніе зрѣнія и общія судорги. II. *Regio parietalis*. Анодъ на правой или теминной области, катодъ на груди и обратно. Авторъ выводитъ слѣдующія заключенія: 1) въ моментъ прохожденія тока, равно какъ и въ моментъ усиленія тока или когда катодъ является дифферентнымъ полюсомъ, никакого сосудистаго разстройства нельзя замѣтить; 2) при анодѣ, какъ дифферентномъ полюсѣ въ моментъ усиленія тока происходитъ тяжелое разстройство церебральной циркуляціи; 3) при анодѣ, дифферентномъ полюсѣ въ теченіе прохода тока сначала бываетъ усиленіе содержанія крови въ мозгу съ нѣкоторымъ увеличеніемъ его объема, а затѣмъ, по причинѣ сосудистаго спазма, уменьшеніе содержанія крови и уменьшеніе объема мозга; 4) ставя катодъ дифферентнымъ полюсомъ получаютъ приливъ крови къ мозгу, безъ особеннаго увеличенія объема его; послѣ усиленія тока, содержаніе крови увеличивается болѣе замѣтно, равно и объемъ мозга возрастаетъ на болѣе значительную величину; 5) въ моментъ замыканія тока анода, но въ особенности катода, происходитъ большое циркуляторное разстройство съ послѣдовательными спазмами и расширеніями церебральныхъ сосудовъ; 6) въ моментъ замыканія тока, какъ анодомъ, такъ и катодомъ, не происходитъ замѣтныхъ измѣненій церебральной циркуляціи; нѣсколько послѣ при замыканіи анодомъ происходитъ приливъ крови къ мозгу и увеличеніе объема мозга; при замыканіи катодомъ, наоборотъ, уменьшеніе прилива крови и уменьшеніе объема мозга; 7) при увеличеніи тока, когда анодъ дифферентный полюсъ, также какъ при замыканіи тока катодомъ или когда катодъ дифферентный полюсъ, получается вообще головокруженіе, потемнѣніе зрѣнія, общія судорги. III. *Regio occipitalis*. Анодъ или катодъ на лѣвой затылочной области, катодъ на груди и обратно. Заключенія, къ которымъ приходитъ авторъ, слѣдующія: 1) въ моментъ прохожденія тока, какъ и во время его усиленія, не происходитъ никакого важнаго циркуляторнаго разстройства; 2) немного времени спустя послѣ прохожденія тока, будетъ ли анодъ или катодъ дифферентнымъ полюсомъ, происходитъ извѣстное увеличеніе содержанія крови въ мозгу; 3) размыканіе и замыканіе тока не даетъ никакого циркуляторнаго разстройства; 4) какъ бы постоянно послѣ замыканія тока катодомъ, а въ особенности анодомъ, бываетъ уменьшеніе содержанія крови церебральныхъ сосудовъ съ извѣстнымъ уменьшеніемъ объема мозга; послѣ размыканія тока катодомъ, и въ особенности анодомъ, напротивъ, бываетъ легкое увеличеніе крови вмѣстѣ съ увеличеніемъ объема сосудовъ. 5) Никогда не наблюдалось ни головокруженія, ни ослабленія зрѣнія. Дѣйствіе тока на n. *sympaticus*. I. Дифферентный полюсъ на *sympaticus* на шеѣ, индифферентный—на груди. Заключенія автора слѣдующія: 1) никакого циркуляторнаго и сосудистаго разстройства не обнаружилось ни въ моментъ прохожденія тока, ни въ моментъ его усиленія, ни въ моментъ замыканія и размыканія анодомъ или катодомъ; 2) послѣ прохожденія тока при катодѣ, дифферентномъ полюсѣ, слѣдуетъ легкій и продолжительный сосудистый спазмъ, который исчезаетъ послѣ усиленія тока,—тогда какъ при анодѣ, дифферентномъ полюсѣ, происходитъ обратное. II. Дифферентный полюсъ на *sympaticus* на шеѣ, индифферентный—на затылкѣ. Дифферентный электродъ прикладывается къ задне-нижнему углу нижней челюсти. На основаніи своихъ опытовъ авторъ заключаетъ: 1) въ моментъ прохожденія тока при анодѣ и въ особенности при катодѣ, какъ дифферентномъ полюсѣ, было весьма тяжелое разстройство циркуляціи въ мозгу и тяжелое измѣненіе эластичности тѣхъ же самыхъ сосудовъ, вслѣдствіе чего циркуляція церебральная сдѣлалась на одинъ моментъ неправильной

при чрезвѣрномъ увеличеніи или уменьшеніи крови; 2) въ моментъ усиленія тока при анодѣ, дифферентномъ полюсѣ, не происходитъ никакого циркуляторнаго разстройства; при катодѣ же, дифферентномъ полюсѣ, наблюдалось непродолжительное и не тяжелое циркуляторное разстройство; 3) при прохожденіи тока и послѣдующемъ его усиленіи, какъ при анодѣ, такъ и при катодѣ наблюдалось непродолжительное увеличеніе объема мозга вмѣстѣ съ увеличеніемъ содержанія въ немъ крови; 4) въ моментъ замыканія тока, какъ анода, такъ и катода, пульсъ понижался, при чемъ при анодѣ, дифферентномъ полюсѣ, это положеніе соединялось съ постояннымъ спазмомъ сосудовъ, чего не бываетъ при катодѣ; 5) въ моментъ замыканія тока, какъ катодъ, такъ и анодъ, пульсъ измѣняется разомъ, показывая измѣненіе эластичности сосуда; 6) въ моментъ прохожденія тока, какъ при анодѣ, такъ и при катодѣ и при усиленіи тока только при катодѣ, какъ индифферентномъ полюсѣ, наблюдается головокруженіе, потемнѣніе зрѣнія и сознанія, болѣе или менѣе продолжительное, безъ поврежденія въ какихъ нибудь частяхъ тѣла. III. Двойной анодъ или катодъ на *symptoticus* шеи, индифферентный электродъ — катодъ на шею, анодъ на грудь. Заключенія, къ которымъ приходитъ авторъ, слѣдующія: 1) только въ моментъ прохожденія тока и только при катодѣ, какъ дифферентномъ полюсѣ, вызывается тяжелое церебральное циркуляторное разстройство съ замѣтнымъ измѣненіемъ эластичности сосудовъ; 2) въ теченіе прохожденія тока предпочтительно, и при анодѣ, и при катодѣ, какъ дифферентныхъ полюсахъ, вызывается увеличеніе крови въ мозгу съ увеличеніемъ его объема; 3) въ моментъ замыканія и замыканія тока, какъ при анодѣ, такъ и при катодѣ, появляется моментальное циркуляторное разстройство, при чемъ при замыканіи пульсъ поднимается въ числѣ ударовъ, а при замыканіи падаетъ; 4) при замыканіи тока двойнымъ анодомъ появляется головокруженіе, при замыканіи ослабленіе зрѣнія, во время прохожденія тока вмѣстѣ съ двойнымъ катодомъ — потемнѣніе зрѣнія, сознанія и головокруженія, а при замыканіи тока катодомъ — головокруженіе. Таковы вообще данныя, полученныя авторомъ. На основаніи воихъ опытовъ авторъ заключаетъ, что гальванической токъ, проникая въ мозгъ, дѣйствуетъ вообще на церебральные сосуды, измѣняя ихъ стѣнку и всю церебральную циркуляцію. Кромѣ того, изъ его опытовъ прямо вытекаетъ, что и то, и другое измѣняется гораздо глубже подѣ влияніемъ дѣйствія тока на *p. symptoticus*. Эти измѣненія находятся въ зависимости отъ густоты и интенсивности тока, отъ продолжительности аппликаціи, отъ приспособленія мозга и его циркуляціи и т. д. Эти измѣненія являются результатомъ дѣйствія тока, а не ощущеніе, которое большой испытываетъ при прохожденіи тока; а) какимъ бы способомъ не прикладывали электроды на голову, въ продольномъ или поперечномъ направленіи, сначала происходитъ расширеніе сосудовъ, за которымъ слѣдуетъ суженіе. Въ виду этого происходитъ сначала увеличеніе содержанія крови въ мозгу, а затѣмъ болѣе продолжительное уменьшеніе; б) сосудистыя и циркуляторныя модификаціи получаютъ болѣе замѣтныя при полярномъ методѣ. Эти измѣненія — болѣе часты и постоянны, когда дифферентный полюсъ дѣйствуетъ на *regio parietalis*, менѣе на *regio frontalis*, еще менѣе на *regio occipitalis*. Дѣйствіе положительнаго или отрицательнаго полюса, въ какое бы мѣсто мозга не ставился электродъ, сводится на приливъ крови къ мозгу. Тяжелыя циркуляторныя, церебральныя разстройства наступаютъ въ моментъ замыканія и замыканія тока на *regio frontalis* и *parietalis*; в) тяжелыя циркуляторныя разстройства находятся въ зависимости какъ отъ мѣста, къ которому прилагаютъ дифферентный электродъ,

такъ и отъ густоты тока. Эти расстройства происходятъ также при дѣйствіи тока на симпатическій нервъ шеи. Вмѣстѣ съ тѣмъ эти же циркуляторныя расстройства, какъ при прохожденіи тока, при усиленіи его, такъ и при замыканіи и размыканіи, обуславливаютъ приливъ крови къ мозгу. Авторъ приходитъ къ такому практическому заключенію, что если желаютъ увеличить или уменьшить извѣстное количество крови въ мозгу, нужно пользоваться гальванизацией п. sympathicus. Въ заключеніе авторъ по отношенію къ леченію электричествомъ церебральныхъ расстройствъ высказываетъ слѣдующія положенія: 1) во всѣхъ церебральныхъ страданіяхъ, при которыхъ необходимо нѣсколько измѣнить циркуляцію крови мозга, или гдѣ мозгъ чрезмѣрно омывается кровью, слѣдуетъ употреблять гальванизацию головы, продольную или поперечную—все равно, при чемъ, желая уменьшить количество крови въ мозгу, размыкаютъ токъ анодомъ, приложеннымъ къ п. sympathicus; 2) во всѣхъ страданіяхъ, гдѣ считаютъ полезнымъ увеличить приливъ крови къ мозгу, предпочитаютъ методъ полярный, или ставятъ электродъ на regio parietalis, или лучше гальванизировавъ п. sympathicus, держа электродъ на sympathicus, или замыкая токъ анодомъ.

Я. Я. Трутовскій.

**Prof. Grimaldi, Гиперкинезія и психизы (Jpercinesia e psicosi, Nuova Rivista, 1892).**

Авторъ въ своей статьѣ касается той группы симптомовъ, которая впервые была указана Gilles de la Tourette и описана Troussseau подъ именемъ chorea larvacea et diafragmatica. Болѣзнь описанная Gilles de la Tourette или tic convulsif по Charcot часто смѣшивалась съ настоящей хореей, и даже теперь еще находятся такіе врачи, которые не полагаютъ разницы между тою и другою. Авторъ наблюдалъ 2 случая этой болѣзни, и, надѣясь, что они бросятъ нѣкоторый свѣтъ на локализацию этой, описанной ученикомъ Charcot, невропатіи, рѣшается ихъ публиковать. Первый случай представляетъ больного 44 лѣтъ. Онъ пораженъ дрожью (tremor) въ сферахъ верхнихъ конечностей. Дрожь не постоянная и совершается чрезъ интервалы въ 5—6'. Дрожь часто распространяется и на нижнія конечности. Самый приступъ начинается крикомъ, состоящимъ изъ одного одностолбчатого звука: „та и та“ „ви и ви“. Больной начинаетъ стучать зубами, дыханіе или прерывается, или становится поверхностнымъ. Рѣчь становится прерываемой, скандированной. Въ присутствіи новыхъ, незнакомыхъ больному лицъ дрожь возрастаетъ; она возрастаетъ также подъ вліяніемъ электрическаго тока и подъ вліяніемъ внушенія. Уменьшается она при изоляціи больного и во снѣ. Волевыя движенія не нарушаются: больной можетъ свободно ходить, застегивать пуговицы, подносить ко рту стаканъ, не тронувъ содержимаго. Воля можетъ остановить конвульсивныя движенія, но только на одинъ моментъ, такъ какъ при этомъ у субъекта развивается особенное чувство неловкости, отъ которой больной освобождается, давъ волю этимъ движеніямъ. Съ физической стороны кромѣ повышенія колебательныхъ рефлексовъ и рефлекса cremasteris ничего особеннаго нельзя замѣтить. Съ технической стороны человекъ представляется депрессивнымъ, съ бредовой идеей слѣдующаго ипохондрическаго характера: онъ пораженъ сифилисомъ, бленоррагіей, тяжелой болѣзью желудка, кишекъ, scroti. Существуютъ также идеи преслѣдованія, поддерживаемыя тактильными галлюцинаціями: его душатъ за горло, производятъ насиліе надъ его половыми органами. Съ 4 іюня психическое расстройство значительно возросло, а съ ноября 1891 года авторъ потерялъ больного изъ виду.

Авторъ вкратцѣ излагаетъ основныя черты болѣзни Gilles de la Tourette. Прежде всего мускульныя подергиванія, основной характеръ которыхъ — внезапность и быстрота. Они представляютъ слѣдующія особенности: усиливаются при возбужденіи, въ присутствіи новыхъ лицъ; усиливаются, когда вниманіе фиксируется на постороннихъ предметахъ; прекращаются во снѣ и при волевыхъ движеніяхъ; возвращаются самопроизвольно. Эти подергиванія ассоциируются съ растройствами въ сферѣ языка, т. е. съ непреодолимыми импульсами произносить скверныя слова (coprolalia) и повторять слова другихъ (echolalia). Всѣ эти подергиванія, равнымъ образомъ, coprolalia и echolalia, авторъ призываетъ за насильственные импульсы, характерныя для дегенератовъ. Legrain не признаетъ tic convulsif за самостоятельную болѣзнь, а только за болѣзненный симптомъ. Самъ Gilles de la Tourette не признаетъ, чтобы при tic convulsif были психическія растройства; но Charcot признаетъ ясно существованіе при ней психическихъ измѣненій, которыя, вообще, свойственны дегенератамъ: folie du doute; onomatomania, aritomania, agorafobia и т. д. Такимъ образомъ, симптомомъ, указанный Gilles de la Tourette вполне заслуживаетъ самостоятельнаго существованія, только къ нему необходимо еще прибавить психическія растройства, указанные Charcot. Въ случаяхъ автора потрясенія не изолированныя, совершающіяся черезъ 2, 3 минуты, а послѣдовательныя спазмы, безъ интервалловъ, клоническія, ритмическія, не поражающія человека однимъ ударомъ; приступъ здѣсь имѣлъ свою фазу восхожденія, періодъ стоянія и фазу упадка. Въ случаяхъ автора со стороны психическихъ симптомовъ люди достигали послѣднихъ степеней, до которыхъ могутъ доходить больные съ tic convulsif. На основаніи этихъ различій, авторъ приходитъ къ выводу, что его случаи объединяютъ собою Gilles de la Tourette и Charcot. Что касается до происхожденія этой болѣзни, то авторъ придерживается того взгляда, что она — кортикальнаго происхожденія. Правда, говоря объ изолированномъ tic, можно еще думать о периферическомъ происхожденіи; но послѣдовательность описанныхъ симптомовъ и ихъ сосуществованіе не можетъ быть иначе объяснимо, какъ опустивъ пораженіе ирритативнаго характера двигательнаго пояса мозговой корки. Дѣйствительно, въ мозговой коркѣ центры движенія верхней конечности, лица и языка такъ близко лежатъ другъ возлѣ друга, что совѣстное ихъ пораженіе не представляетъ ничего удивительнаго. Исходнымъ пунктомъ раздраженія могутъ являться опухоли, ограниченный mening-encephalitis, ограниченныя сосудистыя измѣненія, или чисто функциональныя растройства въ одномъ изъ описанныхъ центровъ. Другіе авторы допускаютъ многообразную локализацию, спинальную, бульбарную, церебральную; но въ виду отдаленности пунктовъ происхожденія подобныя взгляды мало-вѣроятны. Что же касается спазмовъ гортанныхъ и дыхательныхъ, то для ихъ происхожденія не требуется участіе бульбарныхъ центровъ, ибо по опытамъ Франсоа Франса, движеніе глотки и измѣненія дыхания также наблюдались и при раздраженіи корки. При этомъ нужно прибавить, что дыхательный ритмъ измѣнился только при раздраженіи двигательнаго пояса корки; раздраженіе всякаго другаго мѣста корки не давало никакого эффекта. Для подтвержденія своей теоріи авторъ особенно разсуждаетъ на то, что у его больныхъ всѣ симптомы: и подергиваніе верхней конечности, и лица, и пораженіе языка и, наконецъ, психическія измѣненія произошли одновременно. Гдѣ же, въ другомъ мѣстѣ искать мѣста пораженія, какъ не въ психомоторномъ поясѣ церебральной корки? Что касается до этиологіи этой болѣзни, то въ одномъ случаѣ авторъ признаетъ психическую дегенерацию; — въ другомъ слухъ на почвѣ уменьшен-

наго первнаго сопротивленія благодаря лѣтамъ, сносъ вслѣдствіе удара комкомъ земли. Какова же причина мозгового раздраженія? Авторъ приходитъ къ выводу, что это—долженъ быть токсинъ, обнаружившій предрасположеніе къ нервнымъ центрамъ, какъ къ *locus minoris resistentiae*.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Prof. Giuseppe d'Abundo**, Наблюденія надъ малолѣтними преступниками (*Osservazioni nei Minori Corrigenti, Annali di Neurologia, 1893*).

Желая изучить элементы, благопріятствующіе и подготовляющіе преступленіе, авторъ на первыхъ порахъ встрѣтился съ затрудненіемъ, состоявшимъ въ недостаткѣ аналитическихъ свѣдѣній о каждомъ малолѣтнемъ преступникѣ. Другое препятствіе, представившееся автору, состояло въ томъ, что преступники, подчиненные въ институтѣ строжайшей дисциплинѣ, не проявляли самостоятельной душевной дѣятельности. Несмотря на то, авторъ старается ихъ изучить, при чемъ для этой цѣли бралъ какъ тѣхъ, поведение которыхъ было признано хорошимъ и даже прекраснымъ, такъ равно и тѣхъ, поведение которыхъ было аттестовано, какъ весьма плохое. По собраннымъ даннымъ можно убѣдиться, что такіе заключенные могутъ быть классифицированы въ 3 категоріи: а) къ этой категоріи относятся юноши, родители которыхъ не могли за большимъ семействомъ, обучить ихъ какому нибудь ремеслу, а также сироты, помѣщенные родственниками въ исправительный домъ, дѣти вдовъ и вдовцовъ, живущихъ въ конкубинатѣ, рожденные отъ 2-го брака и прижитые при занятіи проституціей. Они всѣ подчинены дисциплинѣ въ институтѣ. Благодаря гигиенѣ въ одеждѣ, въ порядкѣ жизни они улучшаются физически. Они дѣлаютъ успѣхи и въ школахъ и въ ремеслахъ. Всѣхъ ихъ было 33, и у 15 изъ нихъ существовало ночное недержание мочи до 6, 8, 11 и 12 лѣтъ, затѣмъ исчезало безслѣдно,— у троиухъ можно было констатировать двойной завитокъ волосъ. Ихъ можно разсматривать за маленькихъ нейрастениковъ, на которыхъ наследственное нейропатическое предрасположеніе оказывало вліяніе въ меньшей степени, чѣмъ социальный элементъ; б) вторая многочисленная категорія представляла юношей (52) запоздалыхъ въ интеллектуальномъ отношеніи. Они могутъ быть подраздѣлены на 2 категоріи: одни приспособились къ дисциплинѣ института и отличались хорошимъ поведеніемъ, другіе остались внѣ всякаго вліянія въ смыслѣ воспитательномъ со стороны института. У всѣхъ можно было замѣтить ясное ограниченіе интеллигенціи: мало успѣвали въ школахъ и въ ремеслахъ, были неспокойны, не могли долго напрягать своего вниманія. Они отличались наклонностью къ воровству. Съ антропологической точки зрѣнія отличались макроцефаліей. Данное, которому авторъ приписываетъ нѣкоторое значеніе—частота замѣтнаго лобнаго рубца, происшедшаго отъ частой травмы въ дѣтскіе годы,—именно, въ младенчествѣ они падали съ постели или съ лѣстницы, ударяясь лбомъ. Принимая во вниманіе, что по изслѣдованіямъ проф. Bianchi, лобная доля представляетъ мѣсто наиболее высокой интеллектуальной координаціи, натурально, что присутствіе интенсивной травмы на лбу должно было имѣть свое значеніе. Изъ 100 заключенныхъ рубцы были у 31. Другое интересное явленіе, полученное у этихъ запоздалыхъ, есть ночное недержание мочи (*epuresis*). Это недержание обнаруживалось въ теченіе сна. Днемъ, какъ только появляется позывъ, они должны быстро мочиться, не будучи въ состояніи задержать мочу. Въ этой категоріи авторъ наблюдалъ и онанизмъ, которому предавались безъ исключенія всѣ. Этотъ порокъ у нѣкоторыхъ могъ обуславливаться ранней

зрѣлостью сексуальнаго инстинкта, у другихъ — близкимъ общеніемъ съ истинными извращенными дегенератами; у иныхъ подобное явленіе находилось въ связи съ общими органическими условіями. Съ точки зрѣнія физической конституціи юноши этой категоріи были нѣжны и хлороанемичны. С. Изъ 242 заключенныхъ можно было выбрать 15 для этой третьей категоріи. Поведеніе ихъ въ институтѣ было самое плохое. Возбудимые, вепокорные, импульсивные, ничего не дѣлающіе, эгоисты, стремящіеся къ возмущенію, они обнаруживали извращенія и раннюю сексуальную зрѣлость. Умъ по большей части ограниченный. У всѣхъ замѣчались дегенеративныя и патологическія черты: Дефектъ лба съ одной стороны и истинная лобная микроцефалія, асиметрія лица, объемистая нижняя челюсть, сильное развитіе скуль, огромные *dentes incisivi et canini*, *hipertrichosis* на вискахъ и на лбу, постоянныя морщины на лицѣ, подергиваніе лица, — вотъ дегенеративныя признаки, указываемые авторомъ. Изученіе этихъ 100 юношей привело автора къ убѣжденію, что у дѣтей этихъ можно опредѣлить состояніе преждевременной нейрастеніи, развившейся благодаря многочисленнымъ какъ наследственнымъ, такъ и благопріобрѣтеннымъ и социальнымъ условіямъ. Эта нейрастенія, съ одной стороны усиливала дефективныя психическія проявленія, съ другой — замедляла нормальное развитіе болѣе возвышенной интеллектуальной координаціи. Ночное недержаніе мочи происходило благодаря нейропатическимъ условіямъ этихъ людей. При устраненіи нейрастеническаго состоянія при посредствѣ изоляціи, воспитанія, гигиены въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова, обнаруживалась ясно психическая индивидуальность субъекта, чтобы мы не имѣли преступниковъ, запоздалыхъ или нормальныхъ. Наблюденія, правда патологическія, убѣдили автора, что въ институтѣ исправляются люди категоріи *a* и категоріи *b*, — категорія же *c* остается безъ всякихъ перемѣнъ.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Dr Rossi.** О болѣзни Friedreich'a (*Due casi singolari di malattia de Friedreich. Il Manicomio moderno, 1892.*)

Приводя два случая болѣзни, авторъ задается вопросомъ о самостоятельности этой клинической формы. Извѣстно, что болѣзнь Friedreich'a развивается въ дѣтскомъ возрастѣ или въ ранней молодости, между тѣмъ какъ *tabes dorsalis*, на которую она очень похожа, есть болѣзнь зрѣлаго возраста, лишь въ рѣдкихъ случаяхъ развивающаяся у юношей. Далѣе, атаксія Friedreich'a отличается отъ атаксіи табетической: послѣдняя можетъ быть разсматриваема, какъ чистая сенситивная или синнальная атаксія, между тѣмъ какъ атаксія Friedreich'a составляетъ сумму различныхъ двигательныхъ отклоненій, въ основѣ которыхъ лежатъ нарушенія дѣятельности головного мозга, мозжечка, продолговатаго и спинного мозга; она есть т. обр. смѣшанная атаксія. Что въ проявленіи ея припимаетъ участіе головной мозгъ, доказывается клинически существованіемъ упорныхъ головныхъ болей, головокруженій, чувствительныхъ разстройствъ церебральнаго характера. Несомнѣнно кромѣ того и участіе въ происхожденіи ея продолговатаго мозга, что доказывается между прочимъ діабетомъ, который былъ въ обоихъ случаяхъ автора и который онъ ставитъ въ связь съ поврежденіемъ Clod-Bernard'овскаго пункта въ 4-мъ желудочкѣ. Кромѣ того необходимо принять въ патогенезѣ болѣзни и участіе спинного мозга, а также приферическихъ нервовъ и ихъ окончаній. Анатомическое изслѣдованіе одного изъ случаевъ автора, гдѣ смерть явилась слѣдствіемъ легочнаго туберкулоза, указало слѣдующее. Мягкая мозговая оболочка въ области

пре- и построландовыхъ извилинъ помутниѣна, инъецирована и сращена съ веществомъ мозга. Мозговая кора въ этой области представляетъ сильную инъекцію мелкихъ сосудовъ; нервныя клѣтки поверхностнаго пояса коры въ этихъ мѣстахъ находятся въ состояніи атрофіи, нѣкоторыя исчезли, нейроглия разрушена, ядра ея увеличены въ числѣ. Тѣ-же явленія наблюдаются въ субкортикальномъ веществѣ. Во внутренней капсулѣ, какъ въ переднемъ, такъ и въ заднемъ ея отдѣлѣ, многія волокна находятся въ состояніи атрофіи. Узлы основанія почти всѣ подверглись атрофіи. И здѣсь сосуды инъецированы, клѣтки измѣнены, многія глубоко атрофированы, волокна также атрофированы и разрушены. Тѣ-же измѣненія медленнаго воспалительнаго характера съ исходомъ въ атрофію наблюдаются и въ мозжечкѣ: многія клѣтки Purkinje атрофированы, другія измѣнены, нейроглия гиперплазирована. Въ передней части моста многія волокна перерождены, ядра моста также слегка повреждены. Въ мозговыхъ ножкахъ повреждены главнымъ образомъ мозжечковыя волокна. Въ продолговатомъ мозгу измѣненія являются въ формѣ sclérose en plaques: гиперплазія нейроглии со вторичной атрофіей нервныхъ волоконъ и клѣтокъ. Въ нижнихъ частяхъ продолговатаго мозга замѣчается дегенерация нѣжнаго и клиновиднаго пучковъ. Въ спинномъ мозгу въ шейной его части видна дегенерация всѣхъ пучковъ, переднихъ, боковыхъ и заднихъ; въ дорзальной части передніе пучки нормальны, задніе совершенно перерождены, боковые отчасти. Характеръ процесса тотъ-же, что и выше: хроническій воспалительный съ исходомъ въ атрофію нервныхъ волоконъ и гиперплазію нейроглии. Сѣрое вещество переднихъ роговъ частью также захвачено тѣмъ-же процессомъ. Изслѣдуя мышечныя и сухожильныя окончанія двигательныхъ нервовъ (двигательныя пластинки) авторъ нашелъ и въ нихъ рѣзко выраженную дегенеративную атрофію. Периферическіе нервы въ общемъ поражены андоневритомъ съ исходомъ въ атрофію. Такимъ образомъ въ случаѣ автора оказалась глубокая атрофія почти всей нервной системы. Патолого-анатомическая картина болѣзни состояла въ хроническомъ воспалительномъ процессѣ, но всей вѣроятности начавшемся одновременно въ различныхъ пунктахъ центральной и периферической нервной системы, но въ особенности въ головномъ мозгу и въ заднихъ пучкахъ спинного мозга. Такимъ образомъ вопросъ о самостоятельности болѣзни Friedreich'a разрѣшается авторомъ въ положительномъ смыслѣ.

*Н. И. Мулгинъ.*

**Dr Angiollella,** Къ ученію о Базедовой болѣзни (*Contributo allo studio del morbo di Basedow, Il Manicomio moderno, 1893*).

Базедова болѣзнь хорошо изучена клинически, но относительно этиологіи ея, патогенеза и патологической анатоміи почти ничего не извѣстно. Въ смыслѣ этиологіи мы знаемъ только, что въ происхожденіи ея имѣютъ большое значеніе нравственныя потрясенія и что она гораздо чаще бываетъ у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ. По поводу ея патогенеза строится рядъ теорій. Древнѣйшая теорія—гуморальная, которая сводитъ всѣ симптомы болѣзни на специальную дискразію—на хлорозъ. Stokes рассматриваетъ ее, какъ сердечный неврозъ и всѣ другія явленія считаетъ зависящими, путемъ не вполне ясно опредѣленнаго имъ механизма, отъ сердцебіенія. Pioggy считаетъ главнымъ явленіемъ зобъ и полагаетъ, что всѣ другіе симптомы происходятъ отъ него вслѣдствіе сжатія имъ сосудовъ, а по Koeben'у вслѣдствіе прижатія симпатическаго нерва, Carion, Liqueur, Laucos видятъ locus morbi въ головномъ мозгу; Geigel, Benedict —

въ продолговатомъ, а Arau, Eulenburg, Guttman, Salami Pace, Friedreich, Jaccoud—въ симпатическомъ нервѣ, при томъ то въ параличѣ его, то, наоборотъ, въ состояніи раздраженія или въ смѣнѣ паралича раздраженіемъ. Наконецъ, Federn находитъ связь между парціальной атоніей кишечника и базедовой болѣзью и полагаетъ, что всѣ симптомы этой болѣзни зависятъ отъ испорченной возбудимости нервной системы, проявляющейся вслѣдствіе рефлекторнаго раздраженія ея разстройствами периферическихъ органовъ, особенно кишечника. Такое разногласіе зависитъ несомнѣнно отъ малаго количества знаній въ области патологической анатоміи болѣзни. Дѣйствительно, здѣсь наши знанія недостаточны: Cheadle констатировалъ въ одномъ случаѣ расширеніе сосудовъ продолговатаго мозга и моста; Halewhite инфильтрацію лейкоцитами и маленькіе геморрагическіе фокусы въ продолговатомъ мозгу; различные авторы (Peter, Reith, Doppal, Traube и Reklinghausen, Biermer, Virchow, Geigel, Rught, Ganghofner) отмѣтили увеличеніе соединительной ткани и атрофію нервныхъ элементовъ въ шейныхъ узлахъ симпатическаго нерва, а между тѣмъ рядъ другихъ авторовъ (Paul, Fournier, Olivier, Wilks) не нашли вовсе измѣненій въ этомъ нервѣ. Вслѣдствіе такой неполноты патологическихъ знаній, многие авторы считаютъ Базедову болѣзнь простымъ неврозомъ, отрицая всякое органическое разстройство нервной системы и полагая, что въ основѣ ея лежитъ функціональное страданіе всей нервной системы, такъ какъ одни ея симптомы зависятъ отъ страданія продолговатаго мозга и моста, другіе отъ страданія спинного мозга, третьи—отъ шейнаго симпатическаго нерва, четвертые—груднаго и брюшнаго симпатическаго нерва. Такое разногласіе поддерживается еще и измѣнчивостью клиническихъ симптомовъ болѣзни: каждый изъ трехъ кординальныхъ симптомовъ можетъ отсутствовать и, наоборотъ, могутъ существовать различные другіе симптомы, изъ которыхъ заслуживаютъ упоминанія разстройства пищеварительнаго аппарата, между которыми Federn обратилъ вниманіе на парціальную атонію кишечника; разстройство менструальной функціи, заболѣванія кожи, различные нервныя разстройства, какъ tremor, astasia-abasia, параличъ глазной мускулатуры, раздражительность, могущая доходить до настоящихъ маниакальныхъ формъ (Salemi-Pace), наконецъ сигнальныя явленія, подобныя описаннымъ авторомъ въ данной статьѣ. Заключенія, которые авторъ дѣлаетъ изъ своихъ наблюденій, слѣдующія: 1) Паралегія, присоединяющаяся иногда къ Базедовой болѣзью, составляетъ слѣдствіе поясничнаго мізлита. 2) Причиной дрожи при Базедовой болѣзью можно считать легкій воспалительный процессъ въ спинномъ мозгу, разлитой по всему протяженію шейной и грудной его части. 3) Эти анатомическія измѣненія могутъ разсматриваться, какъ слѣдствіе задержанія въ крови токсическихъ веществъ, нормально удаляемыхъ функціей щитовидной железы. 4) На этомъ основаніи можно допустить, что и всѣ симптомы Базедовой болѣзни обуславливаются интоксикаціей, при чемъ нельзя, конечно, исключить предрасполагающаго вліянія нейронатической конституціи.

Dr Ventra, O трехъ особенныхъ случаяхъ нейрастеніи (Considerazioni sopra tri casi non comuni di neurastenia, II Manicomio moderno, 1893).

Въ высокой степени интересны тѣ случаи нейрастеніи, гдѣ симптомы ея являются сходными съ симптомами тяжелыхъ органическихъ болѣзней нервной системы и тяжелыхъ неврозовъ, вслѣдствіе чего нерѣдко бывають диагностическія ошибки. Менингитическая рвота, гастрические кризисы табетиковъ, тахикардія бульбарныхъ поражений, приапизмъ и импо-

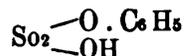
тенція извѣстныхъ органическихъ поражений спинного мозга — всѣ эти симптомы могутъ быть иногда смѣшаны съ подобными симптомами функциональными при нейрастеніи. Bouderet говоритъ, что любой неврозъ можетъ нарушить дѣятельность тѣхъ же центровъ, какъ и органическое поражение, и вызывать аналогичные симптомы. Извѣстно, что многими невропатологами изучался тотъ типъ нейрастеніи, или мізластеніи, который можетъ иногда симулировать *tabes*. Bernhardt обратилъ вниманіе на эти формы *pseudo-tabes neurasthenica*. При нихъ колѣнные рефлексы бываютъ нормальны или повышены, отсутствуютъ анестезіи нижнихъ конечностей, зрачковые симптомы и феноменъ Romberg'a могутъ существовать. Съ другой стороны также хорошо извѣстно, что церебрастенія нерѣдко паразитически напоминаетъ прогрессивный параличъ помѣшанныхъ. Такъ, Roscioli въ 1887 году опубликовалъ два прекрасныхъ случая этой категоріи подъ именемъ „паралитиформнаго нейрастеническаго психоза“. Въ настоящемъ очеркѣ авторъ описываетъ три подобныхъ случая, изъ которыхъ два первые симулируютъ въ первомъ случаѣ интермиттирующую параллелію вслѣдствіе закупорки артерій. Подобное разстройство было впервые наблюдаемо въ ветеринаріи у лошадей. При жизни у нихъ наблюдался періодическій параличъ заднихъ конечностей, а по смерти или закупорка аорты (параллелія), или *art. iliaca* (моноплегія). Charcot перенесъ понятіе объ этомъ интермиттирующемъ параличѣ въ патологию человѣка и описалъ одинъ подобный случай. Вслѣдъ за Charcot такіе случаи были описаны Saburin'омъ, Nothnagel'емъ, Frerichs'омъ и въ послѣднее время Vizioli. Во всѣхъ этихъ случаяхъ параличъ обуславливался закупоркой или суженіемъ артерій вслѣдствіе гиперпластическаго эндартерита. — Второй случай автора касается 17-ти лѣтняго юноши изъ здоровой семьи. Въ 14-ти лѣтнемъ возрастѣ онъ подвергся сильному угару и съ тѣхъ поръ страдалъ постоянными головными болями, шумомъ въ ушахъ, общей слабостью, сердцебиеніемъ. Въ послѣднее время, послѣ психическаго потрясенія, появился одинъ болѣзненный феноменъ, который и представляется особенно интереснымъ. Походка больного какъ бы связана вслѣдствіе того, что онъ боится сгибать сильно колѣни. Желая сѣсть, онъ непременно долженъ держаться за что-либо, останавливался на нѣкоторое время, только слегка сгибая колѣни, и затѣмъ разомъ падалъ на стулъ; встаетъ подобнымъ же образомъ, внезапно, какъ марионетка на пружинѣ. Нижніе конечности при изслѣдованіи представляются вполне нормальными, въ колѣнныхъ сочлененіяхъ ничего патологическаго, чувствительность не нарушена, только сухожильные рефлексы слегка повышены. Достоинно замѣчанія, что явленіе „скачка“ усиливается при возбужденіи больного и въ холодные дни. Существуютъ кратковременныя невралгіи межреберныхъ нервовъ и *trigemini*, общее состояніе невротической астении и меланхолическое настроеніе. Подобное явленіе было впервые наблюдаемо также въ ветеринаріи у лошадей, а затѣмъ и у человѣка подъ именемъ „*doigt à ressort*“ — „палецъ на пружинѣ“ Notta и особенно Nelaton'омъ. Затѣмъ этимъ явленіемъ занимались многіе авторы и пришли къ заключенію, что оно находится въ зависимости отъ органическихъ измѣненій суставовъ и сухожилій вслѣдствіе ревматизма или травмы. Явленіе состоитъ въ этихъ случаяхъ въ внезапной остановкѣ при сгибаніи и разгибаніи пальца, которое столь же внезапно разрѣшается, что напоминаетъ остановки при закрываніи и раскрываніи ножа. Затѣмъ такое-же явленіе было наблюдаемо на колѣнѣ Pairier и Tillaux и можетъ быть названо, по аналогіи „колѣномъ на пружинѣ“ — „*genou à ressort*“; здѣсь оно точно также всегда зависитъ отъ органическихъ поражений сочлененія и сухожилій. — Третій случай симулировалъ Базедову бо-

лѣзнь. Изъ своихъ наблюдений авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: 1. Нейрастенія можетъ симулировать различныя тяжелыя органическія заболѣванія нервной системы, представляя въ то-же время достаточно данныхъ для дифференціального діагноза. 2. Между подобными проявленіями нейрастеніи до сихъ поръ не были описаны слѣдующія: а) Форма періодической паралича вслѣдствіе артеріальной ишеміи, вызванной приступомъ спазма сосудовъ чисто функциональнаго. б) Форма „genou à ressort“ чисто функциональнаго происхожденія. в) Рудиментарная форма Безедовой болѣзни, составляющая переходъ къ тяжелымъ формамъ и подтверждающая современный взглядъ на Безедову болѣзнь, какъ на общій неврозъ безъ опредѣленнаго анатомическаго основанія. 3. Эти спеціальныя формы нейрастеніи, характеризующіяся вазомоторными и нервномышечными расстройствами, излѣчиваются электротерапией и внушеніемъ.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dott Enrico Rossi**, Сѣрная кислота въ мочѣ душевно больныхъ (*L'acido solforico nelle orine dei pazzi, Annali di Freniatria, 1893 г.*).

Авторъ предпосылаетъ изложенію своихъ опытовъ нѣкоторыя замѣчанія общаго характера. Сѣрная кислота организма физиологически происходитъ вслѣдствіе окисленія сѣры бѣлковыхъ тѣлъ пищи и тканей. Эти послѣднія содержатъ отъ  $\frac{1}{2}$  до  $1\frac{1}{2}\%$  сѣры, которая, окисляясь, даетъ сѣрную кислоту. При нормальныхъ условіяхъ кислота находится въ организмѣ соединенною съ основными солями. Кромѣ того сѣрная кислота истрѣбается въ мочѣ съ феноломъ, образуя феноло-сѣрный эфиръ по формулѣ:



Фенолъ появляется, какъ результатъ гніенія бѣлковыхъ веществъ въ кишечникѣ. При томъ же процессѣ гніенія появляется еще одно вещество, именно индолъ, который собою обуславливаетъ запахъ фекальныхъ массъ. Присутствіе его узнается путемъ обработки содержимаго кишечника азотной кислотой, при чемъ получается красное окрашиваніе. Содержаніе сѣрной кислоты въ мочѣ измѣняется въ зависимости отъ дачи salol'a внутрь. Такъ, Albertoni и Baas сообщаютъ объ измѣненіи содержанія  $\text{H}_2\text{SO}_4$  съ дачей salol'a; оно измѣнилось отъ 0,378 gr до 1,375 gr. Такимъ образомъ, введеніе въ организмъ ароматическихъ продуктовъ измѣняетъ содержаніе сѣрной кислоты. У индивидуумовъ съ усиленнымъ процессомъ піенія въ кишкахъ Kast при введеніи углекислаго Ca видѣлъ увеличеніе сѣрной кислоты въ мочѣ. Проф. Vitali видѣлъ возрастаніе содержанія сульфатовъ въ мочѣ при острыхъ болѣзняхъ, при которыхъ процессъ органическаго окисленія увеличенъ; при суставномъ ревматизмѣ, при meningitis, въ началѣ тифа. Наоборотъ, при анеміи, при кахексіи, при хроническихъ болѣзняхъ спинного мозга, словомъ при всѣхъ процессахъ съ пониженнымъ окисленіемъ, содержаніе  $\text{H}_2\text{SO}_4$  падаетъ. Что касается до метода, которымъ пользовался авторъ при своей работѣ, то онъ заключался въ слѣдующемъ. Авторъ бралъ 100 cc. мочи, подкислялъ ее 5 cc. соляной кислоты и выпаривалъ, затѣмъ прибавлялъ концентрированнаго раствора  $\text{BaCl}_2$ . Осадокъ собирался на фильтрѣ изъ шведской бумаги, который промывали сначала горячей водой, затѣмъ алкоголемъ, эфиромъ, смѣсью эфира и спирта. Фильтръ вмѣстѣ съ заключеннымъ въ немъ осадкомъ помещался въ платиновый тигль и сжигался. Затѣмъ сѣрновислый барій въ видѣ блестяще-бѣлаго порошка собирался изъ тигля и тщательно взвѣшивался. Для опредѣленія количества сложной сѣрной кислоты авторъ бралъ 100 cc.

мочи, прибавляя 100 сс. щелочнаго раствора  $\text{Cl}_2\text{Ba}$ . Осадокъ отфильтровываютъ, а отъ фильтрата отфильтровываютъ 100 сс. соответствующихъ 50 сс. мочи. Жидкость подкисляется  $\text{ClH}$  и кипятится. Получается вновь осадокъ; его отфильтровываютъ и промываютъ, какъ при опредѣленіи цѣльной  $\text{H}_2\text{SO}_4$ . Затѣмъ сжигаютъ въ платиновомъ тиглѣ и взвѣшиваютъ. Преформированная  $\text{H}_2\text{SO}_4$  представляетъ собою разность между количествомъ цѣльной  $\text{H}_2\text{SO}_4$  и количествомъ комбинированной  $\text{H}_2\text{SO}_4$ . Авторъ изслѣдовалъ 8 индивидуумовъ, 4 мужчинъ и 4 женщинъ, представлявшихъ всѣ депрессивное психическое состояніе. Авторъ отдѣльно изслѣдовалъ мочу, получаемую днемъ и ночью, при чемъ въ первой порціи опредѣлялъ количество цѣльной сѣрной кислоты, во второй комбинированной, а въ концѣ концовъ количества мочевины. До сихъ поръ, кромѣ Магго, никѣмъ еще не производилось изслѣдованіе количественнаго содержанія  $\text{H}_2\text{SO}_4$  при различныхъ мозговыхъ болѣзняхъ. Магго изслѣдовалъ различные случаи меланхоліи, *lireraniae* съ ступорозностью и *catatonia*, одинъ случай паралическаго психоза съ бредомъ преслѣдованія, одинъ случай *pseudo-paralysis alcolica*, циркулирующаго сумасшествія, *dementiae*, послѣдовавшей за *mania*, 1 случай выздоровленія отъ *hebefreniae* и нашелъ количество сульфатовъ ниже нормы, а этило-сѣрную кислоту въ большомъ относительно количествѣ. Изъ своихъ 8 наблюдений авторъ прежде всего заключаетъ, что полученные имъ результаты вполне подтверждаютъ выводы Магго. Затѣмъ онъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: 1). Депрессивныя мозговья состоянія обуславливаютъ уменьшеніе выдѣленія какъ цѣльной сѣрной кислоты, такъ и сложной. 2). Умственныя состоянія, при своемъ теченіи представляютъ количественное уменьшеніе выдѣленія мочевины, въ болѣе или менѣе постоянной связи съ выдѣленіемъ цѣльной сѣрной кислоты. 3). Такое уменьшеніе сѣрной кислоты и мочевины обуславливается самостоятельнымъ разстройствомъ отъ правленія различныхъ органовъ и анатомическихъ элементовъ, благодаря ненормальному мозговому вліянію.

Я. Я. Трутовскій.

**A. Luzenberger**, О явленіи рефлекторной электрической чувствительности, пренебрегаемой въ электротерапіи (*Sopra un fenomeno di sensibilita elettrica riflessa negletto nell'elettroterapia*, *Annali di Neurologia*, 1893).

При параличахъ п. *facialis* діагностической, равнымъ образомъ и прогностической; основой является отношеніе парализованныхъ мускуловъ и нервныхъ вѣтвей къ различной силѣ электрическому току. Въ этомъ отношеніи отличаютъ 3 формы: тяжелая, весьма большой длительности и неволежнаго выздоровленія, при которой реакція перерожденія существуетъ вполне; средняя, при которой реакція перерожденія также существуетъ, но въскольکو измѣненная; и, наконецъ, легкая, при которой электрическая чувствительность представляетъ нормальныя отношенія. Все это извѣстно. Что же не извѣстно и что служитъ первымъ сигналомъ для остановки болѣзненнаго процесса и начинающагося выздоровленія, это — явленіе, еще, впрочемъ, указанное Ремак'омъ, Еуленбуг'омъ и т. д. Не зная самаго явленія, авторъ приводитъ два случая изъ своей практики, въ которыхъ это явленіе ясно обнаружилось. Первый касается морскаго капитана съ параличемъ праваго *facialis*. Большой происходитъ изъ здоровой семьи и раньше ничѣмъ не болѣлъ. Возвратившись изъ плаванія, гдѣ свободно подвергался атмосфернымъ вліяніямъ, онъ, въ день прибытія въ портъ Ливорно оказался съ кривымъ лицомъ. При изслѣдованіи оказалось, что мускулы, иннервируемые 7-й парой, парализованы на всей правой сторонѣ. Средняя вполне сглажена и большой не можетъ произвести добровольно нормаль-

ныхъ складокъ, вѣки оставляють открытымъ глазное яблоко, щека и уголь рта опущены. Губные звуки плохо произносятся, голосъ хриплый, похожий на лай собаки. Реакціи перерожденія нѣтъ. При дѣйствіи гальваническаго тока давали сокращеніе:

	Правая.	Лѣвая.
<i>m. corrugator supercilii</i> . . . . .	0,3 МА	2,1 МА
” <i>zigomaticus minor</i> . . . . .	0,9 МА	2,6 МА
” <i>triangularis menti</i> . . . . .	0,9 МА	2,6 МА

При возбужденіи нервного ствола, сокращенія мускуловъ происходили на обѣихъ сторонахъ при одной и той же интенсивности тока. Вначалѣ авторъ лечилъ, проводя катодомъ гальваническаго тока по парализованнымъ мышцамъ, въ то время какъ Ап находился за хрящемъ уха, съ интенсивностью до 1 МА въ теченіе 2' на день. Затѣмъ продолжительность сеанса была увеличена до 4 и 5'. Послѣ 15 дней подобнаго леченія, случилось слѣдующее явленіе. Ставя анодъ на грудь и катодъ на *corrug. supercilii* и доводя силу тока до 2 МА, получилось сокращеніе правшаго *corrug supercilii*, въ то время какъ лѣвый остался безъ измѣненій. Egb придерживается того мнѣнія, что всякое возбужденіе мускула передается на кожу, какъ рефлексъ; такимъ образомъ, въ нашемъ случаѣ произошла передача съ V на 7 пару. Странно только то, что рефлексъ появился еще тогда, когда никакого прямого раздраженія не было произведено. Это обстоятельство несомнѣнно указываетъ на повышеніе чувствительности въ области развѣтвленія праваго *facialis*. Больной каждое утро старался производить волевою гимнастику лица, пока, послѣ достаточнаго числа бесплодныхъ попытокъ, ему удалось ее произвести. На другой мѣсяць исчезли всякіе слѣды искривленія лица. Вышеуказанное явленіе не должно быть смѣшано съ усиленіемъ рефлекторной механической возбудимости, ибо это послѣднее имѣетъ мѣсто, когда электрическая чувствительность или совершенно угасла, или, по крайней мѣрѣ, представляетъ полную дегенеративную реакцію. Объ рефлексахъ при электризаціи говоритъ Egb; именно, онъ признаетъ, что всякій спазмъ при такомъ стимулѣ у человѣка происходитъ путемъ рефлекса. Эти рефлексы всегда происходятъ такимъ образомъ, что, раздражая кожу электрическимъ токомъ, надъ мускуломъ получаютъ сокращеніе этого послѣдняго. На этомъ принципѣ основано установленіе электромоторныхъ точекъ Egb'a. Но и онъ, и послѣ Ремакъ, знали вѣчно объ отдаленныхъ рефлексахъ, когда сокращаются мускулы не лежащіе подъ мѣстомъ раздраженія кожи. Причину этого Fieber находитъ въ возбужденіи *n. Sympaticus*. Benedickt и Rosenthal также говорятъ о случаяхъ, аналогичныхъ случаямъ автора. Первый описываетъ противоположные рефлексы (перекрестные) при возбужденіи *n. medianus et peroneus* и признаетъ, что мѣсто пораженія должно быть въ томъ пунктѣ продолговатаго мозга, гдѣ, по Luys'у и Meunert'у, происходитъ перекрестъ заднихъ лучковъ спинного мозга. Онъ приводитъ 6 клиническихъ случаевъ. Въ одномъ изъ нихъ Meunert при вскрытіи нашелъ геморрагическій фокусъ въ ядрѣ *n. facialis* у мѣста происхожденія *n. trigeminus*. Другія пять исторій говорятъ о патологическихъ рефлексахъ съ *medianus, peroneus, ulnaris, interossei* и *ichiadicus*. Rosenthal сообщаетъ случай ревматическаго паралича, который представляетъ необыкновенное явленіе въ томъ отношеніи, что, раздражая мускулы заболѣвшей половины, получали сокращеніе мускуловъ здоровой половины. Benedickt приписываетъ это явленіе усиленной раздражительности *n. trigemini* заболѣвшей стороны къ электрическому току. Этому-же раздражительностью можно объяснить болѣзненность при

дѣйствіи фарадическаго тока въ случаяхъ автора, которая проявлялась гораздо раньше, чѣмъ обнаруживались замѣтныя сокращенія. Съ этими фактами можно поставить въ связь послѣднія изслѣдованія Frankl. Pochwart, по которымъ очень рѣдки параличи n. facialis безъ пораженія n. trigeminus. Авторъ заканчиваетъ свою статью указаніемъ, что въ его случаяхъ послѣдовало быстрое исцѣленіе.

Я. Я. Трутовскій.

Dr Colella, О тонкихъ измѣненіяхъ церебральной корки при нѣкоторыхъ мозговыхъ болѣзняхъ (Sulle fine alterazioni della corteccia cerebrale in alcune malattie mentali, Annali di nevrologia, 1893. fasc IV, V, VI).

Авторъ изучилъ патолого-анатомическія измѣненія въ одномъ случаѣ сифилитическаго атипическаго паралича и въ двухъ случаяхъ алкогольных психозовъ и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) пораженіе при прогрессивномъ параличѣ начинается по существу съ интерстиціальной ткани и измѣненіе кровеносныхъ сосудовъ не всегда представляетъ исходную точку этой болѣзни. Увеличеніе наукообразныхъ клѣтокъ есть фактъ достовѣрный въ ограниченномъ числѣ случаевъ; соединительно-тканые элементы, нормально существующіе, могутъ представлять необыкновенную устойчивость клѣточного тѣла, довольно богатаго развѣтвленіями своихъ отростковъ; 2) съ точки зрѣнія общей патологической анатоміи, различные элементы вещества извилинъ могутъ представлять комплектъ фактовъ, которые въ своей совокупности должны указывать различныя фазы регрессивныхъ разстройствъ питанія. Существуетъ непрерывный рядъ болѣзненныхъ анатомическихъ измѣненій въ сосудистой сѣти, соединительно-тканыхъ клѣткахъ и собственно нервныхъ элементахъ. 3) Съ точки зрѣнія этиологической и патологической физиологической неоспоримой кажется генотетическая связь между разстройствами психической функціи и пораженіемъ передней части мозга, точно также какъ между разстройствами моторной сферы и измѣненіями Роландовой извилины. Какъ интеллектуальная слабость, такъ и афазія могутъ быть слѣдствіемъ анатомическихъ поражений, преобладающихъ въ префронтальныхъ доляхъ мозга, а по временамъ измѣненій извилины островка (insulae). Различнымъ этиологическимъ условіямъ (интоксикація алкогольная, сифилитическая) мы должны приписать различныя клиническія и анатомическія измѣненія. 4) Относительно состоянія и функціональнаго значенія протоплазматическихъ отростковъ можно заключить: а) между функціональными свойствами развѣтвленій и отростковъ не существуетъ постоянныхъ отношеній солидарности, между тѣмъ какъ существуетъ очевидная связь между пораженіемъ сосудистой системы корки извилинъ и пораженіемъ протоплазматическихъ отростковъ параллельно развивающихся, б) существуютъ характеристическія данныя, какъ чисто-морфологическія, такъ и патологическія для отличія протоплазматическихъ и нервныхъ отростковъ, почему тѣмъ и другимъ приписываютъ очень различное значеніе физиологическое, с) что протоплазматическіе отростки никакого участія не принимаютъ при образованіи нервныхъ волоконъ и существуютъ интимныя отношенія между соединительно-тканной клѣткой и кровеносными сосудами, д) что, по отношенію къ функціональному значенію развѣтвленій, ихъ нужно разсматривать съ точки зрѣнія питанія нервной ткани и что они представляютъ путь, которымъ питательная плазма принесется изъ кровеносныхъ сосудовъ и соединительно-тканыхъ клѣтокъ къ собственно нервнымъ элементамъ.

Я. Я. Трутовскій.

**Dr Angrisani**, Замѣтки о клинической терапіи душевныхъ болѣзней (Note di terapie clinica nella alienazioni mentali, II Manicomio, 1893).

**Орѣхи kola.** Плодъ дерева kola, растущаго въ тропической Африкѣ, пользуется у дикарей большимъ уваженіемъ. Они употребляютъ его какъ средство для утоленія жажды въ пустынѣ, какъ потогонное, какъ средство экономіи, утоляющее голодъ, какъ afrodisiacum при упадкѣ мужскихъ силъ, какъ средство отъ зубной боли и, наконецъ, какъ средство облегчающее различныя другія болѣзни. Растеніе это кромѣ тропической Африки распространено въ Остѣ-Индіи, на Цейлонѣ, на Антильскихъ островахъ, въ Кайенѣ, въ Кохинхинѣ и въ друг. мѣстахъ и въ каждомъ мѣстѣ носитъ особое названіе: Kosa, Cula, Gola, Coles, Guru, Ambini, Nangrie, Caccosacu. Впервые растеніе это описано Polissat-Beauvois и Caillé, но тщательное ботаническое описаніе его дано Heggel'емъ и Schlagendhauffen'омъ. Kola acuminata s. stereulia acuminata—дерево, вышиною въ 10—20 метровъ съ овальными, заостренными листьями, даетъ плодъ свѣтлоричнаго цвѣта, съ розовой или бѣлой мякотью, которая при созрѣваніи желтѣетъ и съ 5—15 сѣменами, похожими на каштаны и могущими достигать вѣса отъ 5 до 28 grm. Сѣмена легко дѣлятся на 2 половины и вещество ихъ состоитъ изъ зеренъ крахмала, похожаго на картофельный, и одержитъ въ себѣ въ качествѣ главной химической части, кофеинъ въ количествѣ 2,34%, т. е. значительно больше, чѣмъ всѣ виды кофе. Кромѣ кофеина Kola содержитъ еще теоброминъ, какія то растворимыя красящія вещества, обладающія терапевтическимъ дѣйствіемъ, таннинъ, глюкозу, гумми, крахмалъ, соли. Кофеинъ, какъ извѣстно, обладаетъ слѣдующимъ физиологическимъ дѣйствіемъ: 1) Онъ служитъ возбуждающимъ для центральной нервной системы и для кортикальныхъ клѣтокъ; 2) онъ возбуждаетъ моторные центры, а при приложеніи къ поперечнополосатымъ мышцамъ вызываетъ сокращеніе ихъ; 3) онъ служитъ діуретическимъ средствомъ или при посредствѣ возбужденія центра циркуляціи, или вслѣдствіе прямого вліянія на стѣнки сосудовъ, или же вслѣдствіе вліянія на почечный эпителий. Основываясь на теоретическихъ соображеніяхъ, авторъ испытывалъ орѣхи kola въ 2 случаяхъ простой меланхоліи, въ 1 случаѣ галлюциаторной меланхоліи и въ 1 случаѣ меланхоліи на истерическомъ почвѣ. Препараты, употреблявшійся авторомъ, былъ extractum liquidum шсш Kola въ дозахъ отъ 0,4 до 0,75 pro die. Результаты, достигнутые авторомъ во всѣхъ этихъ случаяхъ, весьма удовлетворительны: питаніе больныхъ быстро улучшалось, они полнѣли, мыслительная ихъ дѣятельность мало-по-малу приходила къ нормѣ. Поэтому авторъ полагаетъ, что пшес Kola, есть лучшее изъ возбуждающихъ и тоническихъ средствъ, которыя мы до сихъ поръ имѣли и что они даютъ наиболѣе удовлетворительные результаты при леченіи церебральной депрессіи и торпора, а также адинміи и атоніи вегетативныхъ органовъ.—*Bromophormium*. Бромформъ былъ испытанъ съ хорошимъ результатомъ при tussis convulsiva. Авторъ испытывалъ его въ различныхъ душевныхъ разстройствахъ, а именно: въ 2 случаяхъ меланхолическаго періода прогрессивнаго паралича, въ 3 случаяхъ эротическаго бреда паранон, въ 2 случаяхъ эпилептическаго психоза, въ 1 случаѣ острой паранон, въ 2 случаяхъ mania fugiosa, въ 1 случаѣ хронической паранон, въ 2 случаяхъ меланхоліи, въ 1 случаѣ сенсориальнаго бреда истеріи. Бромформъ—теобромуръ форміла, трибромистый форменъ—СНВз—жидокъ, безцвѣтенъ, пріятнаго запаха, сладковатаго вкуса, похожаго на хлороформъ. Удѣльный вѣсъ по 2, 13, онъ мало растворимъ въ водѣ, но растворимъ въ алкоголь, метиловомъ спиртѣ, въ эфирѣ и въ маслахъ. Онъ не обладаетъ кумулятивнымъ дѣйствіемъ, не

\*

вызываетъ никакихъ осложненій, даже разстройтва кишечника, если дается съ небольшимъ количествомъ опія. Обладавъ высокимъ удѣльнымъ вѣсомъ, онъ быстро опускается на дно жидкостей, съ которыми дается, поэтому передъ употребленіемъ смѣсь надо тщательно взбалтывать. Обыкновенная форма его назначенія:

Rp. Glycerini 50,0.

Essenza di canella (?) gtt. 3.

Bromophormii gtt. 15.

S. Каждый часъ по чайной ложечкѣ.

Каждые 2 дня дозы увеличиваются на 5 капель до 30 и даже 40 въ день. Поступая въ организмъ, бромформъ, подъ вліяніемъ кислорода тканей, быстро разлагается и даетъ свободный бромъ, который и вліяетъ на протоплазму тканей, особенно на нервную систему, уменьшая ихъ возбудимость. Этимъ и объясняется его быстрое успокаивающее вліяніе, въ которомъ авторъ вполне убѣдился, применяя его въ вышеуказанныхъ случаяхъ. — *Natrum nitricum*. По ученію прежнихъ клиницистовъ азотно-кислый натръ уменьшаетъ пластичность крови, ея температуру и возможность, увеличиваетъ секреты и экскреты. Болѣе новые исследователи находятъ, что въ большихъ дозахъ онъ составляетъ ядъ для крови и дѣйствуетъ прямо на нервную систему депримирующимъ образомъ. На этомъ основаніи Binz и Barth восхваляли его при ангиоспастическихъ формахъ, при церебральной анэмїи вслѣдствіе спазма вазомоторныхъ нервовъ и при эпилепсїи. Авторъ испытывалъ его въ 10 случаяхъ душевныхъ болѣзней, а именно: въ 3 случаяхъ ипохондрїи съ эротическимъ бредомъ, въ 2 случаяхъ сенсоріального бреда, въ 2 случаяхъ *mania recurrens* въ 1 случаѣ *mania furiosa*, въ 2 случаяхъ психической эпилепсїи. Доза препарата колебалась отъ 3,0 до 5,0 pro die, даваемыхъ in dosis refractis въ большомъ количествѣ воды. Во всѣхъ случаяхъ уменьшалось постепенно конгестивное состояніе, пульсъ замедлялся, напряженіе артерій падало; уменьшались галлюцинаціи и моторное возбужденіе. Въ случаяхъ галлюцинацій, являвшихся періодически и въ случаяхъ психо-эпилептическихъ приступовъ удавалось предупредить появленіе болѣзненныхъ явленій, причемъ въ первыхъ случаяхъ *natrum nitricum* давался въ теченіи 5 дней передъ менструаціями, а во вторыхъ—при появленіи первыхъ припадковъ по 6,0 въ значительномъ разведеніи. Состояніе общаго питанія не только не страдало, но, наоборотъ, значительно улучшилось. Авторъ полагаетъ, что *natrum nitricum* вліяетъ депрессирующимъ образомъ на центральную нервную систему, уменьшаетъ вазомоторный спазмъ и увеличиваетъ мочеотдѣленіе, вслѣдствіе чего способствуетъ удаленію изъ организма токсическихъ веществъ, накаплиющихся въ немъ при спазмѣ сосудовъ и при уменьшонномъ діурезѣ. — *Natrum boricum*. *Natrum boricum* введенъ въ терапію эпилепсїи англійскими врачами, каковы Govers, Stevart, Russel и Taylor. Авторъ полагаетъ, что они ввели его въ практику на основаніи его антиспазмодическаго вліянія на *uterus*, констатированнаго Hufeland'омъ и др. Авторъ испытывалъ борнокислый натръ въ 12 случаяхъ идиопатической эпилепсїи съ классическими припадками (*grandmal*). Во всѣхъ случаяхъ результаты превосходили ожиданія. Въ трехъ случаяхъ автора, припадки повторялись 3—5 разъ въ день, въ пяти же не менѣе двухъ разъ въ 3—5 дней, въ 4 наступали почти каждые 10 дней. Съ помощью *natrum borici* автору удалось достигнуть свободныхъ промежутковъ отъ 20 дней до 4 мѣсяцевъ и при томъ надолго. Почти всегда при этомъ припадки рѣзко уменьшались въ силѣ, нерѣдко сводились къ одной аврѣ или состоян-

нію потемніння свідомості. Въ трехъ случаяхъ, въ которыхъ авра являлась за 2—3 дня до припадка, почти всегда удавалось предупредить развитие припадка. Съ положительнымъ результатомъ авторъ испытывалъ *natr boricum* также въ 3 случаяхъ сенсоріального бреда, протекавшаго съ періодическими экзакербаціями, въ 2 случаяхъ меланхоліи и въ 1 случаѣ куррирующаго нейроза. При этомъ питаніе больныхъ также улучшалось. Авторъ полагаетъ, что борнокислый натръ не есть средство, парализующее нервныя центры, но представляетъ собой *diureticum*, способствующій растворенію выведенію вредныхъ продуктовъ обмѣна. Назначался препаратъ въ количествѣ 3,0—5,0 въ большомъ количествѣ (500,0—8,000) воды *pro die in osis refractis*. Больные жаловались иногда на тяжесть въ желудкѣ и легкую тошноту, но явленія эти устранялись прибавленіемъ къ микстурѣ ароматической воды. Кромѣ того замѣчено послѣ *natr. boricum* появленіе сквамозной сухой сыпи на кожѣ (Folsom), но они легко устранялись *liquore arsenicali Fowleri* и наружнымъ примѣненіемъ помады изъ *Zinc. oxydatum*.—*Duboisinum sulphuricum*. Австралійскіе дикари извлекаютъ изъ листьевъ и ствола растенія *Duboisinmyoparoides* изъ семейства *Solanaceae* родъ смолистой массы, представляющей собою ядъ, обладающій опьяняющимъ и наркотическимъ свойствомъ. Дикари употребляютъ его съ двойной цѣлью: вопервыхъ достигаютъ съ его помощью состоянія особаго опьяненія и вторыхъ отравляютъ имъ мелкихъ рыбъ въ озерахъ, преимущественно угрей, которыя, парализованныя ядомъ, всплываютъ наверхъ. Въ 1878 г. Girtard получилъ изъ водной вытяжки листьевъ *Duboisiae* алкалоидъ, названный имъ *duboisin*'омъ, но представлявшій собой, какъ оказалось впоследствии, аморфную смѣсь различныхъ химическихъ веществъ. Въ 1880 году былъ полученъ уже чистый алкалоидъ. Сульфатъ дубоизина вошелъ въ клиническое употребленіе. При подкожномъ введеніи около 0,001 его онъ черезъ 10—20 минутъ, при физиологическихъ условіяхъ, вызываетъ слѣдующія явленія: расширеніе зрачковъ, чувство сухости въ глоткѣ, учащеніе пульса и дыханія; затѣмъ при увеличеніи дозъ наступаетъ уменьшеніе потоотдѣленія, чувство слабости, тошноты и головной боли, рвоту, упадокъ волевой дѣятельности, головокруженіе, сонливость, галлюцинаціи зрѣнія, бредъ. На основаніи его успокаивающаго и гипнотическаго вліянія, онъ введенъ въ психіатрическую практику Ostermayer'омъ, Preininger'омъ, Belmonde и др. При этомъ одни изъ нихъ восхваляли его успокаивающее и гипнотическое дѣйствіе, другіе не находили ни того, ни другого. Авторъ употреблялъ дубоизинъ какъ подъ кожу, такъ и внутрь въ видѣ пилюль. Доза обыкновенно равнялась полутора миллиграммамъ и назначалась въ различные часы дня, во время наиболѣе сильнаго возбужденія больного. Послѣ первыхъ инъекцій у больныхъ наблюдалось головокруженіе, *ischuria*, сухость въ глоткѣ, головная боль, тошнота, учащеніе дыханія и пульса, общая слабость. Медикаментъ употреблялся при различныхъ формахъ психозовъ съ различными степенями психомоторнаго возбужденія и всегда получались удовлетворительные результаты. Неприятныхъ побочныхъ вліяній стойкаго характера онъ не наблюдалъ, замѣчалъ только, что больные, при долгомъ употребленіи, привыкали къ дубоизину и приходилось увеличивать дозу его до 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> mgm. Послѣ впрыскиванія тотчасъ появляется расширеніе зрачковъ, легкое ускореніе пульса и дыханія; затѣмъ эти явленія мало по малу уступаютъ мѣсто успокоенію больного и, наконецъ, сну, который длится при небольшихъ дозахъ отъ 2 до 4 часовъ. Улучшеніе постепенно прогрессируетъ съ продолженіемъ леченія,—мало по малу возвращается нормальный сонъ, успокоеніе прогрессируетъ до возвращенія полнаго здоровья. На основаніи продолжительнаго опыта, авторъ вывелъ убѣжденіе, что психіатрія приобрѣла

въ дубозинъ цѣнное успокаивающее и гипнотическое средство. Но, кромѣ того, по наблюденіямъ автора, дубозинъ обладаетъ еще однимъ важнымъ свойствомъ, именно противоконвульсивнымъ средствомъ. Дѣйствительно, онъ дѣлаетъ эпилептическія конвульсіи болѣе короткими и менѣе интенсивными, въ чемъ авторъ убѣдился, неоднократно примѣняя его при этой болѣзни. Кромѣ того, Albertoni примѣнялъ его съ хорошимъ результатомъ при истеро-эпилепсін, а Mendel сообщилъ, что онъ достигъ при его помощи полнаго уничтоженія tremor'a въ нѣсколькихъ случаяхъ paralysis agitans. Такимъ образомъ сѣрноокислый дубозинъ можно считать: 1) успокаивающимъ, 2) снотворнымъ, 3) лучшимъ изъ противоконвульсивныхъ — *Kalium cantharidinicum*. Кантариды въ видѣ тинктуры давались внутрь Гиппократомъ и Плиніемъ и затѣмъ были забыты. Впослѣдствіи, сперва французскою, а затѣмъ англійскою школою они снова были введены въ употребленіе и назначались то въ видѣ cantharitin'a, то въ видѣ acid. cantharidicum, acid. cantharicum, то въ видѣ cantharidin'a, то, наконецъ, въ видѣ тинктуры. Liebreich предложилъ препаратъ, отличающійся наибольшимъ постоянствомъ: kalium cantharidinicum, приготовляющійся по слѣдующей формулѣ: cantharidini puri 0.2, kalii carbonici purissimi 0.4, aquae destillatae 1000.0. По Liebreich'у, среднія дозы препарата вызываютъ какой-то особенный процессъ въ стѣнкахъ капилляровъ, обуславливающей серозную эксудацію въ нихъ въ тканяхъ, при томъ изъ сосудовъ воспаленныхъ тканей, вслѣдствіе большей возбудимости ихъ, такая эксудація поступаетъ болѣе легко. Тоже наблюдалось при туберкулезѣ дыхательныхъ путей рядомъ другихъ авторовъ. Общія явленія, наблюдавшіяся при этомъ, состояли въ головной боли, головокруженіи, потѣни, чувствѣ полноты и жара въ носѣ, боли при глотаніи, боли въ желудкѣ, поносѣ, одышкѣ, поднятіи температуры на нѣсколько десятыхъ, легкомъ жженіи въ уретрѣ, учащеніи позывовъ на мочу, тенесмахъ въ шейкѣ пузыря, страггури, гематуріи, уребилинуриі и альбуминуриі съ различными цилиндрами въ мочѣ. Magro, опираясь на гипотезу Liebreich'a, полагалъ, что kalium cantharidinicum можетъ оказать хорошіе результаты въ нѣкоторыхъ формахъ душевныхъ заболѣваній, имѣющихъ патологоанатомическую основу, какъ прогрессивный параличъ. Въ общемъ, результаты его опытовъ оказались довольно благопріятными. — Авторъ употреблялъ препаратъ исключительно въ видѣ подкожныхъ инъекцій. Въ качествѣ общихъ явленій онъ наблюдалъ: временное повышение температуры на 0,3 — 0,4°, сухость въ глоткѣ, позывы на мочу, жженіе въ уретрѣ. На мѣстѣ инъекціи — болѣзненное жженіе втеченіе 2 — 3 часовъ, иногда и сутокъ, иногда воспаленіе, нагноеніе и даже флегмонозное возпаленіе. Всего авторъ экспериментировалъ надъ 19 больными, изъ которыхъ 4 были паранокки, три дементика, 1 меланхоликъ, 1 эпилептикъ и 10 паралитиковъ. Инъекцировалъ онъ, начиная отъ 2, до 10 миллиграммовъ въ день и получилъ въ общемъ благопріятные результаты въ свѣжихъ случаяхъ прогрессивнаго паралича. Выводы его слѣдующіе: 1) Леченіе необходимо начинать не ранѣе, какъ убѣдившись въ совершенномъ здоровомъ состояніи почекъ; 2) Вирьскиваніе слѣдуетъ дѣлать черезъ день и не болѣе 6—7 подрядъ; затѣмъ перерывъ на мѣсяць; 3) kalium cantharidinicum — хорошее средство въ свѣжихъ случаяхъ прогрессивнаго паралича. — *Natrum phosphoricum*. Прошло 5 лѣтъ съ тѣхъ поръ, какъ Brown-Sequard сообщилъ въ Парижскомъ биологическомъ обществѣ свои изслѣдованія надъ инъекціями тестикулярной жидкости. Его остроумныя соображенія о такъ называемой „апаемія spermatica“ и полученные имъ результаты извѣстны всякому. Вслѣдъ за тѣмъ вопросъ о вліяніи тестикулярной жидкости подвергался обсужденію див-

нимъ рядомъ изслѣдователей всего міра и большинство изъ нихъ сообщили о болѣе или менѣе благопріятныхъ результатахъ такихъ инъекцій; нѣкоторые, главнымъ образомъ итальянскіе авторы, получили отрицательные результаты, а еще иные, какъ Massolongo, хотя и получили усилѣніе отъ такихъ инъекцій при функциональныхъ нервныхъ болѣзняхъ, но приписывали его исключительно вліянію суггестіи. Тѣмъ же вопросомъ занимался Hammond, но онъ значительно расширилъ его въ томъ смыслѣ, что впрыскивалъ не только тестикулярную жидкость, но эмульсію, приготовленную по тому же способу изъ головного мозга. По его мнѣнію, болѣзненное истощеніе всякаго органа сопровождается лишеніемъ его извѣстныхъ, необходимыхъ для его жизни и развитія, химическихъ веществъ, введеніемъ которыхъ извнѣ въ видѣ эмульсій, взятыхъ изъ соответствующаго органа здороваго и сильнаго животнаго, возможно устранить болѣзненные явленія даннаго органа. Grosq — сынъ анализируя церебральную и тестикулярную эмульсію, пришелъ къ заключенію, что главнымъ дѣйствующимъ началомъ ихъ служитъ — *фосфорнокислый натръ*. Понятно, какую большую выгоду представляла бы справедливость такого предположенія. Въ виду этого А. взялъ на себя провѣрку опытовъ Grosq'a, при чемъ употребилъ предложенный полѣднимъ растворъ: 2,0 : 100,0 aqua lan-gosegas: — постепенно растворъ усиливалъ до 5 : 100. Онъ А. полагаетъ, что *patrum phosphoricum*, собственно заключающаяся въ немъ *acidum phosphoricum*, имѣетъ возбуждающее вліяніе на нервные элементы главнымъ образомъ трофическихъ центровъ, вслѣдствіе котораго во первыхъ улучшается общее питаніе, а во вторыхъ увеличивается динамизмъ нервныхъ элементовъ. Изъ этого слѣдуетъ, что *patrum phosphoricum* улучшаетъ общее питаніе и замѣтно оказываетъ благопріятное дѣйствіе въ тѣхъ формахъ психозовъ, въ которыхъ имѣются условія временнаго истощенія мозга.

*Н. И. Мухинъ.*

**Prof. Fournier**, Клиническія формы сифилитической нейрастеніи (*Les formes cliniques de la neurasthenie syphilitique*, Gazette des hopitaux, 1893, № 101).

По мнѣнію автора, нейрастенія при сифилисѣ явленіе очень частое. Она гораздо чаще, чѣмъ до сихъ поръ думали специалисты нейропатологи, — изслѣдніе отводило сифилису въ этомъ отношеніи слишкомъ мало мѣста. Сифилисъ болѣе, чѣмъ какая либо другая болѣзнь, склоненъ давать нервныя явленія. Сифилисъ дѣйствуетъ преимущественно истощающе и подавляюще. По выраженію Ricord'a, это есть ударъ, потрясающій почти всю экотомію. Кромѣ того эта болѣзнь не только пугаетъ, но и огорчаетъ больныхъ. Такимъ образомъ сифилисъ имѣетъ за собой все, чтобы создать нейрастенію. Вторичная форма нейрастеніи признава всѣми. На 5—6 мѣсяцъ послѣ зараженія разражается цѣлая буря нервныхъ явленій, — особенно же часто это явленіе бываетъ у женщинъ. Это явленіе, которое старыя сифилиграфы называли вторичнымъ неврозизмомъ, при чемъ всѣ аппараты затрагиваются, чувствительность крайне повышается, получается сильная головная боль и нейралгическія боли повсюду, гиперестезія, аместезія, расстройство слуха и зрѣнія, температурнаго чувства, сильная слабость, угнетеніе, изможденіе, отсутствіе освѣженія послѣ сна, пульсъ мягкій, малый, ускоренный, головокруженіе и обмороки — явленіе весьма частое, отсутствіе аппетита, затрудненіе пищеваренія и упорные запоры. Анемія и исхуданіе усиливаются очень быстро. Нейрастенія вторичнаго и третичнаго періодовъ гораздо рѣже; авторъ наблюдалъ случаи ихъ черезъ 2—5

лѣтъ послѣ зараженія, гдѣ въ основѣ нейрастенія лежалъ старый сифилисъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ нейрастеническія явленія сопровождаются другими явленіями сифилиса. Авторъ различаетъ двѣ формы поздней нейрастенія: одна ограниченная — съ главнымъ проявленіемъ головной боли, другая—болѣе распространенная съ обычными проявленіями нейрастенія. Первая отличается весьма большою настойчивостью и напряженностью. Эта головная боль выражается въ формѣ тяжести, которая длится 2—4 года, а иногда и 10 лѣтъ. Она не улучшается ни отъ специфическихъ средствъ, ни отъ обычныхъ противонервныхъ, и въ одинъ прекрасный день исчезаетъ сама собою. Собственно говоря „боль головы“ терминъ для этого состоянія не вполне точный, такъ какъ при этомъ голова является болѣе тяжелою, чѣмъ болящею. Къ этому присоединяются по временамъ головокруженіе, дурнота, тошнота, рвота и шумъ въ ушахъ. Обыкновенно боль сосредоточивается въ затылкѣ, рѣже въ вискахъ и во лбу. Почти всегда больные не прекращаютъ своихъ занятій. Интересно то, что боль эта преимущественно дневная, послѣ обѣда же и на ночь она затихаетъ. Эта головная боль третичной сифилитической нейрастенія отличается отъ сифилитической головной боли слѣдующими четырьмя явленіями: при головномъ сифилисѣ бывають тяжкія головныя боли, пренатавующія занятіямъ больного,—эти боли обостряются ночью, при леченіи специфическими средствами эта боль быстро исчезаетъ и, наконецъ, головная боль черешного сифилиса не можетъ длиться мѣсяцы безъ осложненій. Обычная третичная нейрастенія представляетъ явленія астеническія и эритмическія, осложняемая истерическими и ипохондрическими симптомами. Эта нейрастенія рѣдко появляется въ госпиталѣ, такъ какъ она свойственна преимущественно людямъ высшихъ слоевъ общества.—Сообщая рефератъ статьи почтеннаго автора, мы не можемъ не замѣтить, что по этому вопросу гораздо раньше и несравненно обстоятельнѣе была опубликована работа проф. П. И. Ковалевскаго на русскомъ языкѣ (Медицина, 1892 г.) и на нѣмецкомъ языкѣ (Centralblatt für Nervenheilkunde, 1893 г.).

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Vigouroux**, Нейрастенія и артритизмъ (Neurasthenie et arthritisme, 1893).

Авторъ при своихъ изслѣдованіяхъ нашелъ, что моча нейрастенниковъ является чрезвычайно кислотою съ уменьшеніемъ нормальныхъ составныхъ частей ея и присутствіемъ ненормальныхъ продуктовъ недостаточнаго окисленія. На этомъ основаніи авторъ полагаетъ, что всѣ нейрастенники есть артритики, т. е. люди, представляющіе недостаточность и замедленіе обмена веществъ. Изъ этого слѣдуетъ тотъ выводъ, что при леченіи нейрастенниковъ должно назначать строгій пищевой режимъ, такъ: по меньше хлѣба,—назначать ежедневно двууглениый натръ и особенно методическую франклинизацию,—отъ гидротерапіи же слѣдуетъ воздерживаться.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Lefevre**, Нейрастенія токсическаго происхожденія (Les neurasthenies d'origine toxique, Annal. de psychiatrie et d'hypnologie, 1893).

По мнѣнію автора, нейрастенія очень часто могутъ появляться въ періодъ выздоровленія отъ острыхъ заразныхъ заболѣваній, какъ тифъ, инфлюэнца и проч. Нейрастенія встрѣчается также при диабетѣ, Брайтовой болѣзни, болѣзни печени, аутоинтоксикаціяхъ, кокаицизмѣ, сатурнизмѣ, отравленіи табакомъ и проч.

*В. А. Т.*

**Dr Lyman**, Ревматизмъ нервной системы (Le mercredi medical, 1893).

Ревматизмъ нервной системы явленіе не частое. Онъ встрѣчается у людей не молодыхъ лѣтъ, артритиковъ и нервныхъ. Ревматизмъ этотъ скоропроходящій, переходитъ съ мѣста на мѣсто и длится недолго. Онъ выражается какъ бы покалываніемъ на поверхности кожи. Часто это ощущеніе является на кожѣ головы; рѣдко длительность проступка болѣе одного дня. Нерѣдко бывають нейралгіи, непріятныя ощущенія язычка, — пищеводъ и мускулы глаза также могутъ принимать участіе. Иногда бывають приступы кашля и головной боли. Наиболѣе непріятныя явленія — гастралгіи.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Blocq**, Epilepsie, syphilis et tabes, Revue generale de clinique et de therapeutique, 1893.

Авторъ описываетъ случай эпилепсін, въ которомъ болѣзнь, при наслѣдственномъ предрасположеніи къ эпилепсін (тетка эпилептичка), развилась; дѣвочки 14 лѣтъ, пробыла 3 года, прекратилась на 8 лѣтъ и затѣмъ вновь появилась. Эта болѣзнь заразилась сифилисомъ, который, спустя нѣкоторое время, проявился въ формѣ черешного сифилиса, а затѣмъ въ формѣ tabes dorsalis. Несмотря на примѣненіе меркуріальнаго леченія при черепномъ сифилисѣ, tabes развилась и новому примѣненію меркуріальнаго леченія не поддавалась.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Holm**, Анатомія и патогенезъ эпилепсін (Sur l'anatomie et pathogenese de epilepsie, Nordesk med. Archiv. 1893; Revue de neurologie, 1893).

Авторъ относитъ къ эпилепсін случаи внезапныхъ и періодическихъ абсепсе, къ которымъ въ большинствѣ случаевъ присоединяются конвульсін предѣленнаго типа, безъ какого либо значительнаго и доступнаго изслѣдованію простымъ глазомъ измѣненія центральной нервной системы. При изслѣдованіи трехъ случаевъ эпилепсін, авторъ наблюдалъ увеличеніе клѣточекъ нейроглии, утолщеніе ихъ развѣтвленій, поглощеніе межкѣлочнаго вещества, значительное развитіе новыхъ сосудовъ и уменьшеніе нервной сѣти. Въ большинствѣ случаевъ эти измѣненія наблюдались только на боковой поверхности извилинъ мозга. Кромѣ того въ первомъ случаѣ авторъ наблюдалъ коллоидную дегенерацію узловыхъ клѣтокъ, — послѣднее обстоятельство, вѣроятно, стоитъ въ связи со смертью больного во время приступа. Jnsula Reilii, gygi recti et fornicati были поражены болѣе. Capsula interna представляла перерожденіе пучковъ, вдушихъ изъ полушарій, — особенно двигательныхъ пучковъ. Пирамидальные пучки на всемъ пути были частію перерождены. На основаніи обзора литературы, авторъ приходитъ къ выводу, что эпилептическіе приступы могутъ быть вызваны раздраженіемъ одного коркового вещества, но съ тѣмъ условіемъ, чтобы при этомъ принимали участіе и пучки продолговатаго и спинного мозга. Приступы происходятъ отъ вазомоторнаго спазма, вызывающаго венозный спазмъ и острый отекъ.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Lemoine**, Paramyoclonus multiplex въ связи съ психическимъ расстройствомъ и эcholіей (Note sur un cas de Paramyoclonus multiplex aivi de troubles psychiques et d'echolalie. Revue de medecine, 1893).

Болѣзнь появилась у 41 л. мужчины, до того совершенно здороваго, вслѣдствіе необыкновеннаго внезапнаго испуга. Отдѣльные приступы болѣзни состояли въ вздрагиваніи и тоническихъ и клоническихъ судоргахъ верхнихъ конечностей. Къ концу приступа присоединились сокращенія муску-

ловъ шеи и туловища; дыханіе становилось хрипящимъ, при чемъ при каждомъ выдыханіи больной производилъ особенный звукъ. Если приступъ начинался въ стоячемъ положеніи, то нижнія конечности тоже принимали участие. Душевное состояніе тоже было ненормально: развилась подозрительность, лживость, слѣды идей преслѣдованія и попытка на самоубійство. Временами наступала эхололія и эхокинезія. Послѣ десятидневнаго пребыванія въ госпиталь, больной бѣжалъ. По мнѣнію автора, рагашу-сlopus multiplex нужно отнести къ нейрозамъ, зависящимъ отъ нейрастеніи и истеріи.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Mesnard**, Явленія со стороны мочевого пузыря при нейрастеніи и истеріи (*Symptomes vesicaux dans la neurasthenie et hysterie, Ann. de policlinique de Bordeaux, 1893*).

Авторъ сообщаетъ нѣсколько случаевъ болѣзненныхъ проявленій въ области мочевого пузыря при нейрастеніи и истеріи, которыя выражались въ формѣ болей, то непрерывныхъ, то въ видѣ приступовъ, иногда въ видѣ потугъ. Эти болѣзненные явленія безъ органическихъ пораженій отличаются особую группу нейропатовъ отъ другой подобной группы психопатовъ. Психопаты представляютъ, кромѣ вышеописанныхъ явленій, а чаще и безъ нихъ, особые виды разстройствъ мочеиспусканія: въ дѣтствѣ—недержание, полакиурію и нипохондрическія явленія, касающіяся мочеполювыхъ органовъ,—все это отражается на отравленіяхъ мочевого пузыря; у нейропатовъ же всѣ явленія первичны въ области мочевого пузыря.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Triboulet**, Роль инфекціи въ хорей (*Du role possible de l'infection en choree, 1893*).

Авторъ, на основаніи довольно обстоятельныхъ изслѣдованій, приходитъ къ тому выводу, что въ основѣ Сиденгамовской хорей должна быть инфекція. Однако эта инфекція не представляетъ собою, что нибудь определенное, специально принадлежащее хорей началу, а различные виды инфекціи могутъ дать клиническую картину хорей. Кромѣ инфекціи, для производства болѣзненной картины хорей требуется еще второе условіе—существованіе нейропатологическаго предрасположенія.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Pianese**, Инфекціонное происхожденіе Сиденгамовской хорей (*La natura infetiva della corea del Sydenhami, 1893*).

По мнѣнію автора, Сиденгамовская хорей выражаетъ собою собирательное представленіе и группу различныхъ болѣзней, различныхъ причинъ и различнаго анатомическаго основанія, объединенныхъ только однимъ общимъ явленіемъ—въ видѣ хореобразныхъ движеній. Однако, тщательно изучая характеръ этихъ движеній, въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно бываетъ отличать одинъ видъ хорей отъ другихъ, напр. врожденную хорей отъ другихъ формъ ея; хотя дифференціальныи диагнозъ этой хорей долженъ основываться не только на особенности характера движеній, но и на бактериологическихъ и гистологическихъ изслѣдованіяхъ крови.—Изслѣдованія крови хорейковъ авторомъ показали во всѣхъ случаяхъ лейкоцитозъ и микроцитозъ,—количество красныхъ тѣлецъ 4500000—4800000,—количество бѣлыхъ тѣлецъ увеличено,—отношеніе во время бо-

лѣзни 1:270,— по выздоровленіи 1:300, содержаніе гемоглобина уменьшено, а возинофильныхъ клѣтокъ увеличено. Заразность болѣзни была доказана прививкою животнымъ.

*Михаилъ Поповъ.*

• **Dr Duchateau**, Патогенія Сиденгамовской хорей (*Essai de pathogenie de la chorée de Sydenham*, 1893).

Хорей не есть самостоятельная форма болѣзни, а только лишь клиническая картина, которая можетъ возникать отъ многихъ причинъ. Въ причинномъ отношеніи авторъ различаетъ три формы хорей: истерическую, инфекціонную и автотоксическую. Истерическая хорей, которую было бы правильнѣе назвать псеудо-истерической хореей, состоитъ въ слѣдующемъ: быстрое наступленіе и быстрое же исчезаніе приступа, присутствіе другихъ различныхъ проявленій истеріи и, наконецъ, присутствіе наслѣдственности и личныхъ проявленій нервнои. Въ тѣхъ случаяхъ, когда признаки неустойчивы, должно допустить сосуществованіе двухъ пораженій. Въ появленіи инфекціонной хорей авторъ не допускаетъ прямого вліянія ревматизма, а полагаетъ, что здѣсь развивается два пораженія параллельно, но независимо другъ отъ друга и только на общей почвѣ артритизма. Эраза производить то, или другое, или и то и другое пораженіе, смотря по темпераменту чловѣка. Хорей въ этомъ случаѣ является реакціей нервной системы на отдѣляемые различными микробами токсины. Автоинтоксикационная хорей не зависитъ ни отъ истеріи, ни отъ инфекціи, а является плодомъ отравленія токсинами, образуемыми тканями собственного организма. Хорей свойственна періоду усиленнаго роста (6—11 лѣтъ), малокровію организма, періоду отрочества и беременности и вообще состоянію плохого и разстроенаго питанія. Вообще во всѣхъ случаяхъ хорей можно сказать, что здѣсь главная почва, на которой развивается хорей есть—частичная реакція нервной системы организма, въ теченіи его развитія, на нитоксикаціи.

*Андрей Поповъ.*

**Prof. Fournier**, Tabes et paralysie générale, Clinique medicale de l'hôpital St. Louis, Bullet. medical, 1893).

По мнѣнію автора, эти двѣ болѣзни имѣютъ слѣдующіе пункты соприкосновенія: 1) частая для обоихъ болѣзней общность признаковъ (двигательная инкоординація, параличи глазныхъ мускуловъ, разность величинъ зрачковъ, ослабленіе дѣятельности сфинктеровъ, разстройства чувствительности и рефлексовъ, апоплекти — и эпилептиформные приступы, плегии и трофическія разстройства); 2) частое сочетаніе этихъ двухъ болѣзненныхъ формъ (очень часто табетическія явленія развиваются въ теченіи общаго паралича и наоборотъ, переходъ одной болѣзни въ другую, особенно tabes въ параличъ, и одинаковій ходъ обѣихъ болѣзней); 3) тождественность заболѣванія (сифились), подобіе развитія (предпочтительность для мужского пола и опредѣленнаго возраста, раннія формы, длительность развитія, ремиссии) и исходъ; 4) неуступчивость направленному противъ нихъ леченію и 5) анатомическая патологія (пораженіе нервныхъ волоконъ, пролиферація ядеръ, уплотненіе нейроглии, измѣненіе сосудовъ, склонность къ распространенію). На основаніи этого авторъ полагаетъ, что данныя болѣзни только географически и топографически двѣ отдѣльныя формы, имѣющія въ основѣ одинъ и тотъ же процессъ и причинный моментъ—сифились. Авторъ допускаетъ тройное ихъ проявленіе: чисто спинное—tabes, черепное—мозговой параличъ и сочетаніе обѣихъ—черепно—спинную tabes.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Stojanowitch**, Критическое изучение отношенія tabes dorsalis къ общему параличу (Etude critique sur les rapports du tabes dorsalis et de la paralysie generale, 1893).

Tabes dorsalis есть заболѣваніе центрального происхожденія, характеризующееся прогрессивнымъ систематическимъ поражениемъ чувствительнаго цереброспинальнаго отдѣла. Прогрессивный параличъ есть заболѣваніе центрального происхожденія, характеризующееся разлитымъ поражениемъ цереброспинальной оси. Въ этой точки зрѣнія эти два пораженія отличны другъ отъ друга. Эти оба заболѣванія предполагаютъ почву органическую, наследственную или благопріобрѣтенную, остальные же причины будутъ только вспомогательными. Имѣя одну и ту же почву, эти заболѣванія могутъ являться у одного и того же человѣка, хотя будутъ независимы другъ отъ друга. Авторъ полагаетъ, что совмѣстное появленіе этихъ двухъ болѣзней у одного и того же человѣка—явленіе относительно рѣдко.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Renard**, Изученіе рефлексовъ въ общемъ параличѣ (Etude des reflex dans la paralysie generale et recherches statistiques sur etiology de cette affection, 1893).

Авторъ изучалъ 482 случая общаго паралича и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: въ большинствѣ случаевъ сухожильные рефлексы повышены, особенно въ начальномъ періодѣ болѣзни,—за тѣмъ, по мѣрѣ усиленія болѣзненнаго процесса и слабоумія, они склонны понижаться и совершенно исчезать. Кожные подошвенные рефлексы разстроены въ 64%, при чемъ въ равной мѣрѣ проявляется, какъ ихъ повышение, такъ и пониженіе. Зрачковые рефлексы измѣнены въ большинствѣ случаевъ. Признакъ Argil-Roberston'a является однимъ къ раннимъ разстройствамъ и въ половинѣ случаевъ онъ наблюдается въ первомъ періодѣ,—въ послѣднемъ же періодѣ онъ достигаетъ minimum'a и падаетъ. Одновременное отсутствіе рефлекса на свѣтъ и аккомодацию значительно рѣже. Различные рефлексы часто поражаются параллельно. Авторъ нашелъ въ числѣ причинныхъ моментовъ сифилисъ въ 35%, алкоголизмъ въ 44% и въ 31% наследственность. Очень часто эти три причины между собою сочетаются.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Toulouse**, Юношескій прогрессивный параличъ (La paralysie generale juvenile. Gazzete des hopitaux, 1893).

Юношескій возрастъ не избавленъ отъ прогрессивнаго паралича. Періодъ полового созрѣванія, повидимому, имѣетъ здѣсь вызывающее значеніе. Такою ужасною болѣзью заболѣваютъ преимущественно тяжелые наследственные сифилитиковъ и алкоголиковъ. Отличительные признаки паралича юношескаго возраста выражаются главнымъ образомъ въ томъ, что въ картинѣ болѣзни выражены преимущественно физическіе признаки, при чемъ душевныя явленія какъ бы задержаны, повидимому, развивающимися половыми явленіями. Въ области психической проявляются главнымъ образомъ явленія слабоумія безъ особеннаго какого либо бреда, а тѣмъ болѣе безъ бреда величія и грандіозности.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Klippel**, Нейритическій общій псевдо-параличъ (Des pseudo-paralysies generales neuritiques, Gazette hebdomadaire, 1893, № 5).

Въ послѣднее время появился цѣлый рядъ работъ русскихъ, англійскихъ и другихъ ученыхъ о душевныхъ разстройствахъ при нейритахъ. Авторъ

указываетъ, что существуютъ случаи и общаго нейритическаго псевдо-паралича, т. е. нейритовъ, принимающихъ форму общаго паралича. Для появления этого болѣзненнаго состоянія обязательно требуются два условія: чтобы пораженіе периферической нервной системы было общимъ, и чтобы при этомъ было пораженіе душевной дѣятельности. Такимъ образомъ здѣсь будетъ картина общаго паралича, имѣющая въ своей основѣ иную причину, чѣмъ обычный общій параличъ. Такія явленія вызываются алкоголемъ, синцомъ, окисью углерода и проч. Но къ вышеуказаннымъ двумъ условіямъ нужно присоединить третье—индивидуализацію. Авторъ полагаетъ, что могутъ быть случаи паралича, когда болѣзненный процессъ гнѣздится не въ мозговой коркѣ, а въ периферической нервной системѣ; можно думать, что эти случаи бывають чаще всего при интоксикаціяхъ. Главными дѣлителями при невритахъ будутъ: инфекция, интоксикація и аутоинтоксикація въ видѣ кахексіи и отековъ. Причины нейритическаго паралича могутъ быть слѣдующія: алкоголь, туберкулезъ, свинецъ, пеллагрозный ядъ, окись углерода, эрготинъ, мышьякъ и проч. Съ патологоанатомической точки зрѣнія больше всего въ глаза бросается отсутствіе рѣзкихъ органическихъ разстройствъ въ области мозга. Клиническая картина болѣзни совершенно напоминаетъ общій параличъ, но имѣетъ и свои особенности. Къ отличительнымъ признакамъ относятся: очень длительное теченіе, рѣзкія ремиссіи и возможность значительнаго исправленія. Предсказаніе при этой формѣ болѣзни несравненно лучше, чѣмъ при общемъ параличѣ. Псевдопараличи дѣлятся на двѣ группы: съ пораженіями центральной нервной системы и периферической нервной системы. Къ первой относятся случаи паралича сифилитическіе и артритическіе; ко второй относятся параличи тифическіе, при алкоголизмѣ, отравленіи свинцомъ и проч.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr Toulouse**, Инфекціонный бредъ послѣ послеродоваго періода (*Delire infectieux de la periode post-puerperale*, *Tribune medicale*, 1893).

Авторъ описываетъ случай инфекціоннаго послѣпослеродоваго бреда, галлюцинаторнаго характера, въ которомъ дезинфицирующія средства улучшали какъ состояніе физическое, такъ и психическое. Въ этихъ случаяхъ наследственное предрасположеніе не играетъ никакой роли. Но существуютъ случаи бреда, также послеродоваго, которые отличаются отъ данныхъ и по состоянію болѣзни и по происхожденію.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Luys**, Изслѣдованіе статистическихъ данныхъ о причинахъ прогрессивнаго паралича (*Documents statistiques pour servir à l'étude des conditions pathogeniques de la paralysie générale*, *Annales de psychiatrie*, 1893).

Изслѣдованіе 140 больныхъ изъ состоятельнаго класса показали, что средній возрастъ для прогрессивнаго паралича мужчинъ будетъ 43 года, а для женщинъ 40,—самый молодой возрастъ былъ 27 лѣтъ, а самый старшій 61 г. На 140 больныхъ было только 4 женщины. Обыкновенно прогрессивные паралитики бывають малаго роста. Холостыхъ—42%; безплодіи въ брачной жизни—обычное явленіе,—если же дѣти и бывають, то въ среднемъ ихъ меньше, чѣмъ обычно. Часто наблюдается физическое, психическое и нравственное отягченіе у нихъ предковъ и побочныхъ родственниковъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Mourak**, Сифилисъ спинного мозга (Contribution a l'étude de la syphilis de la moelle epinière, Archives bohemes de medecine, 1893, Revue neurologie, 1893).

Больной 34 лѣтъ, безъ наследственности, годъ назадъ имѣлъ общій сифилисъ. Нинѣ у больного на обѣихъ ногахъ специфическія изъязвленія. правое яичко припухше, сѣмянные канатки инфильтрированы, на penis'ѣ рубецъ. Послѣ специфическаго леченія улучшение. Спустя нѣкоторое время, въ февралѣ: общая слабость, одеревѣніе нижнихъ конечностей. болѣзненные сокращенія въ ногахъ, боли въ поясничной области, чувство давленія въ области живота, атрофія нѣтъ. электрическая и механическая возбудимость не поражены, мускульный тонусъ нормальный, сухожильные рефлексы слегка повышены, отсутствіе анестезій или гиперестезій, позвоночникъ при надавливаніи безболѣзненъ, черепные нервы безъ замѣтныхъ поражений. Нѣсколько дней спустя—рѣзкое головокруженіе, диплопія, ограниченіе поля зрѣнія, боли въ ногахъ, клоническія судорги нижнихъ конечностей, crises gastriques, повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ. Легкое улучшение. Черезъ мѣсяцъ полный параличъ и атрофія нижнихъ конечностей, retentio a затѣмъ incontinentio urinae, позвоночникъ ригидный и болѣзненный, нижнія конечности и нижняя часть живота нечувствительны, кожные и сухожильные рефлексы исчезаютъ. Черезъ нѣсколько дней пролежни въ области os sacrum. Температура повышается, больной умираетъ. Прижизненный діагнозъ: meningomyelitis, воспаленіе мочевого пузыря, лаханокъ и почекъ и пролежень. Вскрытіе дало въ полости позвоночника на уровнѣ sacra equina очень рѣзко выраженный гнойный инфильтратъ, въ нижней части спинного мозга опухоль, занимающую почти весь спинной мозгъ,—выше этой опухоли, лежитъ вторая.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Gloriense**, Случай спинальнаго сифилитическаго паралича (Un cas de paralysie spinale syphilitique, Ann. de policlin. de Paris, 1893).

Авторъ описываетъ случай спинальнаго сифилитическаго паралича у человека 33 безъ наследственнаго предрасположенія. Онъ проявляетъ 3—4 мѣсяца боли въ поясничной области, парестезіи нижнихъ конечностей, затрудненія въ походкѣ и разстройства мочевого пузыря. Въ нижнихъ конечностяхъ проявляется спастическая паралегія, мѣшающая всякому движенію, разстройства чувствительности, на правой ногѣ термическій рефлексъ—при приложеніи тепла проявляется трепидация, хотя нога представляетъ термоанестезію,—задержаніе отдѣленій мочевого пузыря и прямой кишки. Специфическое леченіе, произведенное въ теченіе двухъ мѣсяцевъ, дало такое улучшеніе, что больной возвратился къ обычнымъ занятіямъ.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Pronier**, Изученіе зараженія сумасшествія (Etude sur la contagion de la folie, 1892).

Зараженію душевнымъ заболѣваніемъ подвергаются только лица, одаренныя особенною къ тому воспримчивостью. Эта воспримчивость создается слѣдующими причинами: наследственное психическое вырожденіе, впечатлительность женскаго пола и умственная слабость крайнихъ возрастовъ жизни, умственная подавленность и нервная неустойчивость пріобрѣтенная всякаго рода нравственными потрясеніями и, наконецъ, физическое истощеніе. По отношенію къ нравственному воздѣйствію, которое душевнобольной производитъ на окружающихъ, душевныя заболѣванія могутъ быть разбиты на двѣ группы: а) болѣзни производящія сильное впечат-

лвніе (ажитація, эмотивность, конвульсивность) и болѣзни, производящія такого впечатлѣнія (систематическій бредъ). Душевные заболѣванія первой группы тѣмъ легче передаются, чѣмъ сильнѣе выражены; болѣзни же второй группы тѣмъ болѣе передаются, чѣмъ менѣе онѣ замѣтны. Близость отношеній и привычное вліяніе, которое наблюдается надъ другимъ лицомъ, относятся къ благопріятствующимъ условіямъ къ передачѣ бреда. Зараженіе болѣзнями первой группы представляетъ собою простое подражаніе,—подражаніе же является однимъ изъ видовъ внушенія. Зараженіе болѣзнями второй группы производится, въ два приѣма: а) когда первый больной убѣждаетъ второго въ истинѣ своихъ мыслей (*folie imposee*); б) когда больной внушаетъ второму свои впечатлѣнія (*folie commune quée*)—вначе, сначала онъ вѣритъ бреду, а потомъ его усваиваетъ. Это переданное душевное заболѣваніе почти всегда излечивается, когда больной устраняется изъ подъ вліянія перваго лица,—если же онъ остается въ соприкосновеніи съ первымъ больнымъ, то бредъ его можетъ стать хроническимъ и неизлечимымъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Klippel**, Бредъ алкоголиковъ (*Delire des alcooliques, Le mercredi medical, 1893*).

Вскрытія умершихъ въ состояніи алкоголизма показали двѣ группы патологоанатомическихъ явленій: одну изъ нихъ присущую алкоголизму вообще и вторую—свойственную той или другой формѣ алкоголизма. Къ первой группѣ относятся явленія преимущественно дегенеративнаго свойства, поражающія артеріоллы и капилляры и нервные элементы. Сосудистыя измѣненія состоятъ въ слѣдующемъ: перерожденіе артеріоль и капилляровъ корки, лимфатическіе сосуды содержатъ массу гранулезныхъ съплений, различной степени перерожденія. Въ нервныхъ элементахъ замѣчается грануло-пигментозная и жировая дегенерация; кортикальныя нервныя волокна безъ особенныхъ измѣненій. Эти явленія напоминаютъ собою измѣненія при острыхъ болѣзняхъ, истощеніи и *tabes*. Всѣ эти явленія не даютъ еще основы для бреда, но онѣ даютъ почву на которой можетъ развиваться та или другая форма, въ зависимости отъ патологоанатомическихъ осложненій. По своему значенію всѣ эти измѣненія равняются весьма тяжкой наследственности, на которой уже можетъ развиваться, при неблагоприятныхъ условіяхъ, любая картина болѣзни. При *delirium tremens* два вида патологическихъ измѣненій, представляющихъ въ области нервной системы два стадія одного состоянія: эксудативная гиперемія и инфламаторный діapedезъ; повидному, здѣсь не безъ вліянія остается и авоинтоксикація, въ виду обычнаго пораженія печени. При подостромъ алкоголизмѣ многія нервныя явленія также обуславливаются авоинтоксикаціей, вслѣдствіе пораженія печени и кишечника. Въ области нервной системы замѣчается хроническій застой крови въ мозгу и пигментация нервныхъ элементовъ. При алкогольномъ слабоуміи, кромѣ общихъ явленій, наблюдается перерожденіе нервныхъ волоконъ корки и волоконъ ассоціаціонныхъ путей; при этомъ часто бываетъ полинейритъ, который можетъ маскировать прогрессивный параличъ. Четвертую форму составляетъ обидій параличъ, при которомъ наблюдаются обычныя анатомическія измѣненія и кромѣ того желтая грануляція и та жировая дегенерация сосудовъ, которая особенно свойственна алкоголизму и проявляется въ формѣ пятенъ и пластинокъ, преобладая надъ діapedезомъ. Такимъ образомъ здѣсь рядомъ идуть явленія алкогольныя и паралитическія, что свойственно и параличамъ сифилитическимъ, гдѣ рядомъ съ паралитическими явленіями существуютъ спеціально сифилитическія.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Briend, Выздоровѣшіе душевно-больные (Les alienes gueris, 1893).**

Признаки выздоровленія отъ душевной болѣзни состоятъ въ слѣдующемъ: прекращеніе бреда, исчезновеніе галлюцинацій, возвращеніе сна, аппетита и физиологическихъ отправления организма, возобновленіе обычнаго цвѣта кожи, сознаніе больного, что онъ былъ боленъ, возвращеніе памяти и аффективныхъ движеній и признательность врачу. Развивающаяся полнота говоритъ не въ пользу выздоровленія. Выздоровленіе идетъ медленно и прогрессивно. Не нужно смѣшивать съ выздоровленіемъ улучшенія, послабленія и свѣтлыхъ промежутковъ. Къ условіямъ, благоприятствующимъ выздоровленію, относятся молодость и женскій полъ. Склонность къ выздоровленію стоитъ въ обратномъ отношеніи къ длительности заболѣванія. Скоропроходящія болѣзни оказываютъ благоприятное вліяніе на теченіе болѣзни. Наибольшее выздоровленіе даютъ острая манія и меланхолія. Среднее число выздоровленій во Франціи равняется 37%. Выходу выздоровѣшаго изъ больницы должны предшествовать свиданія съ родными въ больницѣ и кратковременные выпуски на домъ. По выходѣ изъ заведенія бывшій больной не долженъ прерывать общенія съ своимъ врачомъ. Въ свою очередь и врачъ долженъ заботиться о поддержаніи имени выздоровѣшаго отъ душевной болѣзни.

*В. А. Тихомировъ.*

**Marandon de Montyel, Случай помѣшательства sine delirio (Un cas de folie sans délire, Annales med. psych. 1892).**

Авторъ сообщаетъ слѣдующій интересный случай. Молодая дѣвушка съ нейро-патологической наслѣдственностью, заболѣла послѣ сильныхъ нравственныхъ потрясеній „активной меланхоліей“. По истеченіи нѣсколькихъ недѣль возвратилось сознаніе, исчезли галлюцинаціи и бредовыя идеи, осталось лишь извращеніе нравственной стороны и истинкотьвъ; она стала крайне безпкойна, эгоистична и поразительно легко умѣла наносить обиду врачамъ и служащему персоналу. Она притворялась больной, чтобы подвергнуться изслѣдованію; писала врачамъ любовныя письма и ругала адресата, если тотъ осмѣливался не отвѣчать. Умственная дѣятельность казалась нетронутою. Авторъ указываетъ на то обстоятельство, что трудно бываетъ выяснитъ настоящее положеніе личности подобныхъ людей предъ лицомъ судей.

*Андрей Пономъ.*

**Dr Toulouse, О динамометріи у душевно-больныхъ (De la dynamometrie chez les aliénés, Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique, 1893).**

Авторъ испыталъ динамометрическую силу у 263 женщинъ, съ различными психозами, обыкновеннымъ динамометромъ Regnier; трижды онъ слѣдовалъ силу правой и лѣвой рукъ и бралъ среднее. При этомъ оказалось: 1) У большинства динамометрическая сила представлялась относительно сложной почти не измѣняемой. 2) Сила правой и лѣвой рукъ была одинаковой (тогда какъ въ нормальномъ состояніи правая сильнѣе) и менѣе чѣмъ у здоровыхъ. 3) Наименьшей сила была у тупоумныхъ, паралитиковъ и проч., а наибольшей у параноиковъ, эпилептиковъ, Moral insanity etc. короче—тамъ, гдѣ было больше вниманія. 4) Возрастъ имѣетъ несомнѣнное значеніе. 5) При маніи и меланхоліи прессія мало разнится. 6) Настроеніе духа и бредовыя идеи рѣдко оказывали вліяніе. Итакъ, степень вниманія психическій факторъ, имѣетъ несомнѣнное значеніе въ данномъ случаѣ. Вгоса нашель, что динамометрическая сила у привилегированнаго класса

всегда болѣе значительна, а *Maouvié* высказывается такъ: усиленіе динамометрической силы не идетъ параллельно развитію мозга, такъ какъ онъ нашель, что у негровъ сила почти одинакова, какъ и у (блѣдно-лицыхъ) европейцевъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Roussard**, Прогрессивная спинальная амиотрофія у сифилитика (*D'ne amyotrophie spinale progressive chez des syphilitiques*, 1893).

По мнѣнію автора существуетъ форма спинальной прогрессивной амиотрофіи, сходная съ формою *Agap-Duchenne*, но въ тоже время и нѣсколько отличная отъ нея. Болѣзнь начинается сначала тупыми, а за тѣмъ стрѣляющими болями въ пораженныхъ мускулахъ. Къ этому присоединяются болѣзненные судорги и парезы, ранѣе атрофіи. При наступленіи атрофіи, боли становятся болѣе разлитыми и болѣе рѣзкими. Исчезаніе мускуловъ идетъ по типу *Agap-Duchenne* съ фибрилярными сокращеніями, пониженіемъ электромускульной сократительности и быстрымъ наступленіемъ *EaR*. Чувствительность и рефлексы сохранены. Часто бываютъ вазомоторныя разстройства, охлажденіе конечности,—трофическія разстройства отсутствуют и сфинктеры ненарушены. Легкія спастическія явленія. Исходомъ иногда бываетъ *paralysis labio-glosso-pharyngealis*. Вскрытіе даетъ *meningomyelitis diffusa vascularis*, съ особеннымъ выраженіемъ процесса въ горизонтальномъ разрѣзѣ въ передне-наружной части въ шейномъ утолщеніи. Узловыя кѣтки переднихъ роговъ значительно измѣнены, но можно думать, что это пораженія вторичныя. Нервные волокна переднихъ корешковъ сохранены. Мускульныя волокна уменьшены въ объемѣ и перерождены. Пораженіе сосудовъ—явленіе преобладающее. Въ слухѣ автора, болѣзнь имѣла сифилитическое происхожденіе.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Jacobson**, Травматическіе психозы (*Psychoses traumatiques*, *Nordisk med. Archiv* 1893, *Revue de neurologie*, № 19, 1893).

Авторъ сомнѣвается, чтобы существовалъ травматическій психозъ *sui generis*; тѣмъ не менѣе его поражаетъ значительное сходство всѣхъ случаевъ психозовъ отъ травмы. Всѣ эти случаи авторъ дѣлитъ на двѣ главныя группы: первую группу составляютъ случаи остраго сумасшествія и имѣшательства, а вторую—случаи хроническаго слабоумія. Въ первой группѣ случаи маниакальнаго возбужденія преобладаютъ между вторичными травматическими психозами, т. е. такими, которые развиваются не сразу за травмой, а нѣкоторое время спустя,—слѣдовательно, травма въ этихъ случаяхъ сдѣлала мозгъ человѣка неустойчивымъ. Ко второй группѣ относятся психозы, развивающіеся немедленно за травмой въ формѣ слабоумія, то съ параличами, то безъ паралича, то въ формѣ прогрессивнаго паралича. Но такъ какъ во всѣхъ этихъ случаяхъ травмѣ предшествовалъ сифилисъ, то значеніе травмы при нихъ является сомнительнымъ. Явно, что мозгъ, подорванный сифилисомъ, является болѣе чувствительнымъ къ травмѣ, чѣмъ здоровый.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Verhoogen**, Къ леченію хорей (*Sur le traitement de la chorée*, *Journal des sciences medical de Bruxelles*, 1893).

Авторъ примѣнялъ франклинизацію при хорей и пришелъ къ удовлетворительнымъ результатамъ. При этомъ производились статическія ванны 3', за которыми слѣдовали быстрыя растиранія всѣхъ захватываемыхъ

хореей членовъ, за исключеніемъ головы, — за тѣмъ слѣдовали вѣтерокъ на лицо и голову. Длительность сеанса 10'. Сеансы производились черезъ день и послѣ шести такихъ сеансовъ наступало улучшение, а черезъ мѣсяцъ излеченіе.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Bourneville**, Бромистая камфора въ леченіи эпилептического головокруженія (De l'emploi du bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie vertigineuse, Progr. medical, 1893).

Авторъ примѣнялъ бромистую камфору при эпилептическомъ головокруженіи въ шести случаяхъ у дѣтей и юношей и получилъ прекрасные результаты. Кромѣ того авторъ примѣнялъ бромистую камфору въ сочетаніи съ другими броматами при приступахъ эпилепсіи и также остался очень доволенъ этимъ леченіемъ.

*В. А. Тихомировъ.*

**Проф. И. А. Сижорскій**, Физиологическіе признаки апатического слабоумія (Des indices physiologiques de la demence apatique, 1893).

Между всѣми формами слабоумія самымъ типичнымъ можно признать апатическое слабоуміе, которое встрѣчается и въ случаяхъ вторичнаго слабоумія, и въ случаяхъ идиотизма и въ случаяхъ очаговыхъ заболѣваній. Къ психическимъ признакамъ относятся: ослабленіе памяти и общее состояніе равнодушія. Эти два явленія указываютъ на атрофію мозговой корки. Физиономія такихъ больныхъ лишена выраженія. Но кромѣ того существуютъ другіе признаки, всегда у слабоумныхъ существующіе, только въ различной степени и въ различныхъ сочетаніяхъ. Къ такимъ явленіямъ относятся ослабленіе мускула нижняго вѣка, почти отличительный признакъ для данной болѣзни, хотя онъ можетъ встрѣчаться и при другихъ заболѣваніяхъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ этотъ признакъ сопровождается ослабленіемъ *m. orbicularis*, при чемъ глазъ какъ бы представляется глубже сидящимъ. Вторымъ признакомъ данной болѣзни является ослабленіе поднимателя вѣка. Парезъ этого мускула узнается по усиленному приближенію края вѣка къ зрачку и частичному закрытію зрачка вѣкомъ. Сочетаніе этихъ двухъ явленій представляется характернымъ для слабоумія и обрисовать выраженіе „потухшаго взгляда“ такихъ больныхъ. Третьимъ признакомъ является ослабленіе мускуловъ, иннервируемыхъ нижнимъ лицевымъ нервомъ. Въ большинствѣ случаевъ всѣ эти мускулы ослабляются одновременно, хотя все таки раньше поражаются *m. zygomaticus major et minor*, глубокой мускулъ верхней губы и подниматель верхней губы и крыльевъ носа. Ослабленіе этихъ мускуловъ довольно характерно: лицо удлиняется, становится безжизненнымъ, черты лица сглаживаются, при чемъ удлиненіе лица идетъ постепенно. Носогубная складка при этомъ сглаживается. Губа нѣсколько выдается и щель ротовая удлиняется. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ парезъ мускуловъ проявляется преимущественно въ нижней части лица, при чемъ верхняя остается какъ бы не тронутой. Дальнѣйшими признаками являются: внутренняя офтальмоплегія, неравенство зрачковъ, неправильная форма и измѣненіе зрачковыхъ рефлексовъ. Пятый признакъ — измѣненіе мимики лица, выражающагося въ формѣ, извѣстной подъ именемъ „маски“. Появленіе этого признака указываетъ на переходъ болѣзни въ неизлечимое состояніе. Въ основѣ этого явленія лежатъ измѣненія мускуловъ и питанія кожи и подкожныхъ тканей, въ видѣ особенной полноты и одутловатости. Эта форма можетъ являться какъ при обычной формѣ слабоумія, такъ и

въ паралитическомъ слабоуміи. Всѣ вышеуказанныя явленія по напряженности весьма не постоянны. По мнѣнію автора, инервация п. *facialis* ослаблена только для выраженія, для другихъ же отправленій сохранена. Въ началѣ слабоумія всегда можно наблюдать ослабленіе поднимателя вѣка. Пораженіе мускуловъ и степень слабоумія стоятъ въ прямомъ отношеніи, что выражается и въ степени мимической игры. Всѣ эти явленія имѣютъ въ основѣ своей пораженіе мозговой корки атрофическаго характера.

Андрей Поповъ.

G. Danville, Патологическое ли состояніе любовь? (L'amour est-il un état pathologique? Revue Philosophique, № 3, 1893).

Между любовною страстью и помѣшательствомъ существуетъ, повидимому, большое сходство. Обиженный языкъ отмѣтилъ это сходство, создавъ выраженіе вродѣ напр. „безумная любовь, быть влюбленнымъ до сумасшествія“ и т. п. Мы ежедневно видимъ, какъ любовь доводитъ многихъ людей до отчаянныхъ выходокъ, до преступленія и самоубійства. Люди эти нерѣдко сами отчетливо сознаютъ свое положеніе, но не могутъ освободиться отъ вліянія страсти. Вниманіе ихъ концентрировано на любимой личности, которая постоянно рисуется передъ ихъ глазами и наполняетъ ихъ сознаніе совершенно съ такою же силою, какъ навязчивыя представленія у помѣшанныхъ. Наряду съ этими насильственными идеями у нихъ также замѣчается импульсивность, которою влюбленные отличаются не хуже сумасшедшихъ. Поступки ихъ подъ вліяніемъ любовной страсти имѣютъ подчасъ признаки полной импульсивности и непреодолимости, чѣмъ и объясняется значительное число преступленій, совершаемыхъ изъ любви и ради любви. Между тѣмъ, извѣстно, что навязчивыя идеи, импульсивныя акты и преступныя наклонности встрѣчаются преимущественно у субъектовъ вырождающихся. Отсюда, повидимому, недалеко до вывода, что любовь есть нейрозъ, а всѣ влюбленные суть выродившіеся субъекты, обремененные болѣзненною наследственностью. Однако, авторъ возстаётъ противъ подобнаго слишкомъ поспѣшнаго вывода и доказываетъ, что любовная страсть отличается особымъ признакомъ *полезности*, ибо она преслѣдуетъ великую цѣль созданія потомства, и что важностью этого результата вполне оправдываются напряженіе и непреодолимость эротическаго чувства. Навязчивая идея не можетъ быть признана патологическою, коль скоро она стоитъ въ разумной связи со всею личностью индивидуума и окружающею его средою, коль скоро она касается самыхъ насущныхъ его потребностей. Равнымъ образомъ и импульсивный актъ не можетъ считаться признакомъ болѣзни, коль скоро въ результатъ его получается громадная польза для самого индивидуума и для окружающаго его общества. Исключительное предпочтеніе, отдаваемое въ любви одному субъекту передъ всѣми прочими, можно, по мнѣнію автора, объяснить тѣмъ обстоятельствомъ, что, подъ вліяніемъ разнообразѣвшихъ половыхъ возбужденій, въ душѣ каждаго человѣка незамѣтно назрѣваетъ масса слѣдовъ, которые механически соединяются и группируются въ одно общее цѣлое. Такая группа слѣдовъ дремлетъ въ бессознательной области, покуда случайная встрѣча съ подходящимъ субъектомъ не разбудитъ всю массу старыхъ представленій, которыя при этомъ отождествляются въ сознаніи съ новыми представленіями и переносятся на эти послѣднія. Такимъ образомъ, чувство любви, вообще говоря, отнюдь нельзя считать патологическимъ. Напротивъ, скорѣе можно признать ненормальными и недоразвившимися тѣхъ людей, которые не способны испытывать любовной страсти въ лучшемъ

\*

смыслъ этого слова. Истинная, облагораживающая любовь является послѣднимъ звеномъ въ душевномъ развитіи чловѣка. Но этотъ высшій расцвѣтъ душевной жизни стоитъ уже на границѣ, отдѣляющей его отъ упадка, который заключается въ чрезмѣрной и односторонней спеціализаціи однихъ функций въ ущербъ всѣмъ прочимъ. Такая спеціализація является главнымъ источникомъ психическаго вырожденія и сопровождающей его преступности. Любовь иногда переходитъ черезъ указанную границу, тѣмъ и объясняется, какъ наружное сходство ея съ симптомами вырожденія, такъ и кажущаяся связь ея съ явленіями преступности.

*Димитрій Стефановскій.*

**Dr Froment**, Симуляція душевныхъ болѣзней (*Simulation des maladies mentales*, 1891).

„Симуляція есть искусство извращать истинну, или точнѣе, придать жеи вѣншній видъ истинны. Цѣль ея — достигнуть результатовъ, выгодныхъ для симулянтовъ, или вредныхъ для ближняго. Симулировать болѣзнь — это значить исполнять цѣлй рядъ поступковъ, совокупность которыхъ можетъ заставить повѣрить въ патологическое состояніе, на дѣлѣ не существующее“. Если бы была нужда касаться исторіи симуляціи, то въ этомъ отношеніи пришлось бы зайти очень далеко. Нужно было бы обратиться не только къ древности, къ области легендъ, но даже къ царству животныхъ. Это наблюдалось у лошадей, быковъ, обезьянъ и проч. Притворство у дѣтей — обычное дѣло. Обращаясь къ древней исторіи, мы находимъ первое притворство у Рахили. Ученны сочиненія о притворствѣ извѣстны у всѣхъ просвѣщенныхъ народовъ. Авторъ дѣлитъ симуляцію на два вида: на симуляціи сознательныя и безсознательныя. Безсознательными называются такія притворства, когда больной самъ вѣритъ въ свою болѣзнь, наприм. притворная беременность, — и безсознательное притворство, когда больной умышленно притворяется. Сознательные симулянты дѣлятся на два класса: 1 классъ составляютъ симулянты, преслѣдующіе какую-нибудь осозательную цѣль къ личной выгодѣ, симулянты 2 класса имѣютъ въ виду своимъ притворствомъ причинить вредъ другому. Преступники почти всегда симулируютъ душевныя разстройства и относятся къ первому классу. Главною основой для обличенія симуляціи служитъ невыдержка симулянтами полной картины душевнаго разстройства. Очень часто выборъ формы для симуляціи соответствуетъ цѣли, съ которою проводится симуляція. Такъ, новобранца обыкновенно симулируютъ такія формы душевнаго разстройства, которыя съ одной стороны избавили бы его отъ военной службы, а съ другой не засадили бы его въ сумашедшій домъ. Съ этою цѣлію они притворяются идиотами, тупоумными, слабоумными и проч. Воръ симулируетъ клептоманію. Обвиняемый въ преступленіи противъ нравственности избираетъ эпилепсію, — убійца — буйное помѣшательство, импульсивное помѣшательство, бредъ преслѣдованія и проч. Убійца потому избираетъ эту форму, что ему сумашедшій домъ не страшенъ, ибо онъ избавляетъ его отъ эшафота. Всякій экспертъ, при подозрѣніи симуляціи, долженъ изучить слѣдующія стороны: наследственность, предшествующее патологическое душевное состояніе, цѣль преступленія и симуляціи, время начала заболѣванія и симуляціи, вѣншнее физическое состояніе, органическія разстройства, умственное и нравственное состояніе, письма и рисунки и наконецъ побочныя условія. Изъ душевныхъ болѣзней, наибаче симулируемыхъ, будутъ слѣдующія: эпилептическое сумашествіе, идиотизмъ, манія, слабоуміе, ступоръ, мономанія, меланхолія, алкогольное сумашествіе и истерическое сумаше-

ствіе. Душевное разстройство при эпилепсиі можетъ быть не только при grand-mal, но и при petit-mal и при vertigo. Преступники потому часто избираютъ для притворства эпилепсію, что эта болѣзнь кратковременная и періодическая и, слѣдовательно, дающая возможность преступнику отдыхать въ промежуткахъ между приступами. Тѣмъ болѣе эта болѣзнь для притворства удобна, что она сопровождается амнезіей и даетъ возможность преступнику заявить, что онъ ничего знать не знаетъ и вѣдать не вѣдаетъ. Обыкновенно симулируютъ grand-mal, но это-то состояніе и есть весьма трудное для притворства, ибо всѣмъ извѣстно, что въ этихъ приступахъ существуютъ объективные признаки, которыхъ нельзя симулировать. Бываютъ случаи, когда истинные эпилептики, съ рѣдкими приступами, симулируютъ эпилепсію, желая надежнѣе оградить себя отъ наказанія. Бываютъ и такіе случаи, когда эпилептики, имѣя противъ кого-нибудь злобу, въ моментъ легкаго приступа, убиваютъ врага, при чемъ, такъ какъ приступъ былъ слишкомъ ничтожный, нерѣдко такіа преступленія признаются предумышленными, тогда какъ на дѣлѣ эти преступленія бываютъ дѣяніемъ больного. Психическая авра нерѣдко бываетъ въ видѣ насильственныхъ явленій у лицъ, одержимыхъ совмѣстно съ приступами импульсивнымъ помѣшательствомъ; поэтому психическая авра можетъ служить показателемъ существованія импульсивности. Авторъ приводитъ случай истиннаго эпилептика, проявлявшаго картину истеріи и симулировавшаго приступы эпилепсиі. Распознаваніе идиотіи весьма легко на основаніи присутствія рѣзкихъ измѣненій въ области черепа и организма, а также въ случаяхъ, гдѣ идиотія развилась въ дѣтствѣ, на основаніи тѣхъ болѣзненныхъ процессовъ, которые предшествовали наступленію идиотіи. Тѣмъ не менѣе, нѣкоторые преступники пытаются симулировать идиотію, хотя далеко неудачно, почему такая трудная попытка скоро разоблачается. Острая манія обычно начинается бессоницей, заорами и чрезмѣрнымъ бѣгомъ мыслей, всѣ эти явленія симулянтъ изобразить не можетъ. У симулянтовъ, наоборотъ, дѣло начинается раздражительностью и гнѣвливостью, какъ слѣдствіемъ неудачи и разоблаченія ихъ преступленій. Безсмысліе маніака имѣетъ въ основѣ своей неспособность услѣдить органу рѣчи за быстрымъ ходомъ мысли, тогда какъ симулянтъ стремится создать безсвязный бредъ и при этомъ нерѣдко выдаетъ себя. У истинныхъ маніаковъ бываютъ частые консонансы, тогда какъ у симулянта умышленное отрицаніе. Что касается транзиторной маніи, то авторъ относитъ ее къ скрытой эпилепсиі. Симулировать слабоуміе довольно легко, но легко и узнать симуляцію. Дѣло въ томъ, что слабоуміе развивается постепенно и исподволь,—къ этому присоединяется сонливость, обжорство, неряшливость. Кромѣ того слабоуміе въ огромномъ числѣ случаевъ является исходомъ изъ первичныхъ психозовъ, или сочетается съ эпилепсіей и явленіями паралича. Первичная деменція сначала является частичною и только впоследствии постепенно охватываетъ остальные душевные способности. Чаще всего симулянты выбираютъ ступоръ. Однако, они въ этомъ скоро ловятся. Подъ вліяніемъ неподвижности у ступорозныхъ являются: замедленный пульсъ, ціанозъ конечностей, ихъ охлажденіе и даже эдема, чего у симулянтовъ не бываетъ. Кромѣ того истинный ступоръ сопровождается въ нѣкоторыхъ случаяхъ проявленіемъ тѣхъ болѣзней, съ коими онъ сочетается. Нужно имѣть желѣзную волю, чтобы симулировать ступоръ. Къ распознаванію симуляціи ступора способствуютъ: усиленное отдѣленіе слюны и слизистой оболочки носа, упорный отказъ отъ пищи, пониженіе температуры тѣла, холодныя и потныя конечности, отеки конечностей и вѣнъ и проч.—Клептоманія часто проявляется при истеріи, беременности и другихъ душев-

ных заболѣваніяхъ. Клептоманію изображаютъ воры, при чемъ они проявляютъ тоже и въ тюрьмѣ, чтобы поддержать свое притворство. Однако у нихъ не достаетъ той тоски, того неудержимаго влеченія, съ которыми истинные больные настойчиво борются и при этомъ страдаютъ.— Притворство истерическаго помѣшательства для сокрытія преступленій, напр. воровства, легко узнается по отсутствію явленій, свойственныхъ истеріи. Меланхолія у притворщиковъ въ однихъ случаяхъ является исходомъ естественной подавленности подъ вліяніемъ грядущаго наказанія, въ другихъ же случаяхъ притворство ея производится послѣ ярости вслѣдствіе неудачи. Алкогольное помѣшательство легко разоблачается у притворщика по сравненію съ истинными картинами алкоголизма.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr Charuel**, Симуляція сумашествія душевно-больными (De la simulation de la folie chez les alienes, 1893).

Душевно больной можетъ симулировать душевное заболѣваніе иное, чѣмъ то, въ которомъ онъ находится, потому что многіе изъ этихъ больныхъ не теряютъ своихъ умственныхъ способностей. Симуляція невозможна при глубокихъ пораженіяхъ умственныхъ способностей, какъ: идиотія, острая манія, ступоръ и деменція. Цѣли, преслѣдуемыя душевнобольными симулянтами, очень разнообразны. Въ большинствѣ случаевъ къ этому побуждаютъ совершенныя преступленія. Въ другихъ случаяхъ къ тому побуждаютъ имѣющіяся въ виду уступки и льготы; гораздо рѣже такую цѣлю служитъ побужденіе обратить на себя вниманіе. Въ однихъ случаяхъ мысль о симуляціи является произвольно, — но чаще она подсказывается другими. Чаще для симуляціи избираются: манія, слабоуміе и тугоуміе, — но никогда эти болѣзни не воспроизводятся въ надлежащей степени.

*В. А. Тихомировъ.*

**Prof. Mübius**, Tabes у женщинъ (Ueber Tabes bei Weibern, Centralbl. f. Nervenheilk. 1893).

Деять лѣтъ назадъ авторъ опубликовалъ 18 случаевъ tabes у женщинъ на основаніи которыхъ онъ приходитъ къ тому выводу, что заболѣванія женщинъ сининною сухоткою служитъ еще большимъ подтвержденіемъ, чѣмъ подобныя заболѣванія у мужчинъ, той мысли, что важнѣйшею причиною tabes является сифилисъ. Въ дальнѣйшемъ авторъ нѣсколько измѣнилъ свой взглядъ въ этомъ отношеніи, добавивъ къ вышесказанному положенію, что въ непродолжительномъ времени укрѣпится въ невропатологіи тотъ взглядъ, что всѣ случаи tabes суть послѣдствія вліянія сифилиса. Въ настоящее время авторъ приводитъ 21 случай tabes у женщинъ и, на основаніи этихъ случаевъ, высказываетъ тотъ взглядъ, что сифилисъ во всѣхъ случаяхъ имѣлъ мѣсто въ числѣ причинныхъ моментовъ и теперь авторъ, говоря о томъ, что сифилисъ оказывается причиннымъ моментомъ въ случаяхъ tabes, вмѣсто „почти во всѣхъ“ считаетъ возможнымъ сказать „во всѣхъ“. Безъ сомнѣнія, доказать сифилисъ не легко, особенно это трудно доказать у женщинъ, гдѣ сами замужнія женщины ничего объ этомъ не знаютъ, а мужья предпочитаютъ объ этомъ скромно скрывать; тѣмъ не менѣе автору не удалось имѣть ни одного случая tabes, въ которомъ присутствіе сифилиса оказалось бы невѣроятнымъ. Если бы удалось доказать tabes у женщины безъ сифилиса, то этимъ найдена была бы „табетическая дѣвственница“. Средній возрастъ для появленія tabes у женщинъ 37 лѣтъ; промежутка

между первымъ заболѣваніемъ сифилиса и проявленіемъ tabes 8 лѣтъ. За исключеніемъ одной, всѣ больныя женщины принадлежали къ небогатому классу. Наслѣдственность не играла здѣсь никакого значенія.

*П. И. Ковалевскій.*

**Dr Oppenheim**, Сифилитическій спинномозговой параличъ (Ueber die syphilitische Spinalparalyse. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1893, № 85).

Авторъ говоритъ, что картина болѣзни, описанная Erb'омъ подъ именемъ спиннальнаго сифилитическаго паралича существуетъ дѣйствительно и каждый болѣе или менѣе опытный врачъ ее наблюдалъ. Но авторъ полагаетъ, что стремленіе Erb'a выдѣлить эти случаи, какъ самостоятельную болѣзнь, неправильно. Leyden, самъ Erb и др. полагаютъ, что самымъ частымъ заболѣваніемъ въ области спинного мозга при сифилисѣ будетъ myelitis dorsalis. Явленія этого заболѣванія не всегда бывають одинаковы, за выпадениемъ въ однихъ случаяхъ однихъ, а въ другихъ — другихъ признаковъ. При патологоанатомическомъ изслѣдованіи при этомъ всегда наблюдается универсальный менингомієлитъ. Картина болѣзни, описанная Erb'омъ всегдѣ входитъ въ рамки трансверзальнаго дорзальнаго мієлита. Еще раньше авторъ установилъ слѣдующія точки для діагноза сифилитическаго пораженія спинного мозга: предшествующія, или одновременно выраженныя, явленія черепнаго сифилиса, толчкообразное теченіе заболѣванія, колебанія въ появленіи и проявленіи отдѣльныхъ симптомовъ, явленія раздраженія въ области оболочекъ и корешковъ, — явленія множественныхъ очаговъ и неполнѣ развитой симптомокомплексъ Броунъ-Секаровскаго паралича. Явленія эти бывають не всегда всѣ выраженными. Съ этими его взглядами согласны Siemerling, Marinesco и Pick. Такимъ образомъ Erb описалъ не болѣзнь самостоятельную, а только одинъ начальный стадій дорзальнаго мієлита, т. е. форму болѣзни, обусловленную извѣстной локализацией болѣзненнаго процесса.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr Holst**, Случай истерической анурии (Ein Fall von Anuria hysterica, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1892).

Къ ряду болѣзненныхъ явленій при истеріи относятся вазомоторно-трофическія нарушенія и секретіонныя аномаліи, могущія развиться безъ ясно выраженной истеріи, какъ самостоятельныя симптомы на почвѣ извѣстнаго нейропатическаго предрасположенія. На ряду съ профузными поносами, упорными рвотами, отвращеніемъ отъ пищи и т. д. безъ особенно рѣзкаго вреда для общаго состоянія питанія больныхъ истеріей. — должно считать признаками истеріи полиурію съ одной стороны и олигурію и анурію съ другой. Вазомоторно-трофическія нарушенія и секретіонныя аномаліи безъ дурныхъ послѣдствій для организма больныхъ авторъ считаетъ характернымъ для истерическаго нарушенія питанія и объясняетъ ихъ значительнымъ замедленіемъ обмѣна веществъ, свойственнымъ этому нейрозу. Въ описанномъ авторомъ случаѣ анурія длилась 17 дней безъ опасныхъ воздѣйствій на общее состояніе организма; къ сожалѣнію, случай этотъ наблюдался въ частной практикѣ, при чемъ не производились химическіе анализы съ цѣлю опредѣлить состояніе обмѣна веществъ. Benedict наблюдалъ 8 дневную истерическую анурію; другіе авторы наблюдали полную анурію болѣе короткое время, а если болѣе длительную, то не полную (олигурію). Charcot и Jolly доказали, что истерическая анурія зависитъ дѣйствительно отъ прекращенія секретіи мочи, а не отъ закрытія мочеточниковъ, при чемъ въ случаяхъ Charcot въ извергаемыхъ рвотой массахъ находилась моче-

вина. При изученіи общаго объёма веществъ во время истерическихъ приступовъ, Gilles de la Tourette нашель, что вмѣсто 18,0—22,0, т. е. нормальнаго количества, мочевины во время истерическихъ приступовъ ея количество уменьшается на 10,0—17,0 грм. *Д. И. Поляковъ.*

**Dr Hirschl**, О душевныхъ расстройствахъ при Базедовой болѣзни (Ueber die Geistesstörung bei Morbus Basedowii, Jahrbücher f. Psychiatrie, 1893).

Базедова болѣзнь не часто осложняется психозами. При типической формѣ болѣзни если наступаетъ психозъ, то именно въ формѣ мани, — если же наступаетъ иной психозъ, то онъ является осложненіемъ не данной болѣзни, а другихъ явленій, служащихъ выраженіемъ дегенерациі. Психическая картина заболѣвшихъ Базедовой болѣзнию будетъ представлять среднія явленія между здоровымъ состояніемъ и маниакальнымъ съ явленіями дегенерациі. Это, не всегда, но весьма часто наблюдаемое явленіе, можетъ въ сомнительныхъ случаяхъ, по мимо триады, служить точнымъ признакомъ для установки діагноза данной болѣзни. Это болѣзненное состояніе психической области не трудно объяснить себѣ, если принять за основу пораженія при Базедовой болѣзни органическое или функціональное заболѣваніе medullae oblongatae, при чемъ въ данномъ случаѣ въ корковой области будетъ нарезъ сосудовъ. Такая локализація въ med. oblongata вполнѣ объяснила бы явленія учащеннаго пульса и приступовъ тоски и страха, нерѣдко наблюдаемыхъ при Базедовой болѣзни.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr Geill**, Судебно-медицинское значеніе половой психопатіи (Ugeskrift for Laeger, v. 27, Revue de neurologie, 1893).

Авторъ полагаетъ, что человекъ, страдающій половой психопатіей, не можетъ быть разсматриваемъ какъ душевно-больной, а, слѣдовательно, и какъ неотвѣтственный за свои дѣянія. Если и можетъ имѣть въ судебно-медицинскомъ отношеніи какое либо значеніе половая психопатія, то только какъ обстоятельство, смягчающее вину преступника, почему примѣненіе къ нимъ закона должно быть смягчаемо. *В. А. Тихомировъ.*

**Dr Cohen**, Къ этиологіи и патогенезу Базедовой болѣзни (Ueber Ethnologie und Pathogenese des morbus Basedowii, 1892).

На основаніи экспериментовъ и патологоанатомическихъ данныхъ, авторъ полагаетъ, что въ основѣ данной болѣзни лежатъ органическія расстройства въ области medulla oblongata. Въ большинствѣ случаевъ наследственное предрасположеніе въ производствѣ болѣзни играетъ рѣшающую роль. Случайныя причины могутъ быть очень различны. Наследственность отсутствуетъ только тамъ, гдѣ производящія причины вызываютъ непосредственно измѣненія, обуславливающія данную болѣзнь, какъ: сифилисъ, табаческій склерозъ и крововзліянія. *Андрей Поповъ.*

**Dr Kronthal**, Morbus Basedowii у 12-ти лѣтней дѣвочки и ея матери (Morbus Basedowii bei einem zwölfjährigen Mädchen und dessen Mutter, Berlin. klin. Wochensch., 1893).

Авторъ описываетъ случай Базедовой болѣзни, существовавшей одновременно у матери и ея дочери. Дочь въ дѣтствѣ имѣла конвульсіи, затѣмъ перенесла корь и затѣмъ проявляла усиленное сердцебіеніе, перешедшее въ Базедову болѣзнь. По мнѣнію автора, Базедова болѣзнь въ дѣтскомъ возрастѣ часто осложняется пляской Св. Вита. *Андрей Поповъ.*

**Dr Placzek**, О комбинаціи paralysis agitans и tabes dorsualis (Ueber Combination von Paralysis agitans und Tabes, Centralblatt für Nervrenheilkunde. 1892).

Больной купецъ 52 лѣтъ, мать его умерла отъ апоплексіи. Въ 20 лѣтъ онъ имѣлъ ulcus durum, но вторичныхъ явленій не было. 10 лѣтъ назадъ у него появились молніеобразныя стрѣляющія боли и сильное разрыхленіе десенъ; къ этому присоединилась еще импотенція. Вскорѣ появилось типическое для paralysis agitans дрожаніе, а лицо приняло извѣстное, неподвижное выраженіе. При изслѣдованіи больного, авторъ констатировалъ, кромѣ неподвижности зрачка, ромбергвской и вестфалевскій признаки и нарушеніе дѣятельности мочевого пузыря. Дно глаза нормально. Чувство боли въ правой нижней конечности нѣсколько понижено; грубая двигательная сила нормальна; атаксіи нѣтъ; память съ небольшимъ ущербомъ. Этотъ случай авторъ демонстрировалъ какъ комбинацію дрожательнаго паралича съ спинной сухоткой.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr Vub**, Случай періодическаго сумасшествія, дважды являвшійся на судѣ (Ein Fall von periodischen Irresein zweimall vor dem Strafrichter, Friedreichs Blätter, 1893).

Авторъ описываетъ случай, въ которомъ одна женщина, малокровная, страдавшая очень сильными кровотечениями, дважды обвинялась въ воровствѣ. Первый разъ, въ день ея свадьбы, она унесла 8 марокъ, а второй разъ, имѣя возможность похитить значительную сумму денегъ, она унесла только нѣсколько старыхъ монетъ. О совершеніи этихъ, совершенно бессмысленныхъ кражъ, подсудимая ничего не помнила. Авторъ полагаетъ, что подсудимая страдала періодически наступающими приступами потемнѣнія сознанія (Dämmerzustände), появляющимися подъ вліяніемъ малокровія, и потому въ обѣихъ случаяхъ она была невмѣняема.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr Bihler**, Патологическій аффектъ и его судебно-медицинское значеніе (Der pathologische Affect und dessen forense Bedeutung, Friedreichs Blätter, 1893).

Существуетъ аффективное состояніе, которое у человѣка душевно-здорового можетъ переходить за границу нормы и въ качествѣ патологическаго аффекта, въ качествѣ транзиторнаго расстройства сознанія, представляетъ самостоятельную форму душевной болѣзни. Въ большинствѣ случаевъ такового состоянія бывають проявленіемъ или спутниками выраженныхъ душевныхъ болѣзней, главнымъ образомъ идиотіи, меланхоліи, тяжкихъ неврозовъ и алкоголизма. Высокое значеніе такихъ аффективныхъ состояній въ судебномъ отношеніи доказывается слѣдующимъ: частымъ совершеніемъ преступныхъ дѣяній и судимости въ этомъ состояніи, при чемъ фізіологическій аффектъ можетъ служить поводомъ къ признанію за дѣяніемъ смягчающаго вину обстоятельства, а патологическій — къ полному невмѣненію.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr Kausch**, Добавленіе къ ученію о періодической параноѣ (Ein Beitrag zur Kenntnis der periodischen Paranoia, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1893).

Въ то время какъ о періодической меланхоліи, маніи, аменціи и дипсоманіи писали очень много, о періодической параноѣ въ литературѣ мало данныхъ; а потому авторъ описалъ одинъ, долго имъ наблюдавшійся, случай

периодической параною. Дѣло касается незамужней 57 лѣтней женщины, отецъ которой умеръ отъ легочной чахотки, мать отъ водянки сердца, старшая сестра отъ чахотки легкихъ, развившейся во время одного приступа периодической меланхолии, которой она страдала съ 14 и до 27 лѣтъ; младшая ея сестра была душевно здорова, но умерла отъ неизвѣстной причины, а одинъ братъ умеръ въ дѣтствѣ; тетка по матери была больна, повидимому, меланхоліей. Пациентка въ дѣтствѣ была здорова, но училась плохо. На 16 г. у нея явились мѣсячныя; сифилисомъ и алкоголизмомъ не страдала и беременности не было. На 32 году менструаціи совершенно прекратились. Въ первый разъ заболѣла психически на 16 году меланхоліей, много плакала, что ея сестру обижаютъ, что она грѣшница.—слышала похоронный звонъ, обоняла запахъ мертвѣго тѣла и т. д.; черезъ 6 недѣль она выздоровѣла, а черезъ 6 мѣсяцевъ вновь заболѣла меланхоліей съ бредомъ грѣховности, преступности и съ сильной тоской,—и такихъ приступовъ было 10. Приступы длились отъ 6 недѣль до 3 мѣсяцевъ, а свѣтлые промежутки отъ 1/2 до 1 года. При 10 приступѣ характеръ бреда, иллюзій и галлюцинацій, а также отношеніе больной съ самой себѣ и къ окружающимъ измѣнились; у нея появилась сильная подозрительность, бредъ преслѣдованія и замкнутость; за нею теперь слѣдитъ „общество“ изъ двухъ женщинъ и трехъ-четырехъ мужчинъ и во главѣ этого „общества“ находится одинъ баронъ; даже ея родные помогаютъ имъ слѣдить за нею и дѣлать ей неприятности; она слышитъ ихъ голоса, угрожающіе ей всевозможными неприятностями; они бранятъ ее, производятъ на нее „вліяніе“ издали и клясть ея тѣло; эти враги всюду слѣдуютъ за нею и подъ кроватью она постоянно слышитъ ихъ 3 голоса, но видѣть этихъ преслѣдователей больной ни разу не удалось, такъ какъ они быстро дѣлаются невидимыми: они наполняютъ ея комнату неприятными запахами. На лицахъ окружающихъ она видитъ какую-то таинственность, улыбки, перешептыванье и слезы на ея счетъ; всѣ обращаютъ на нее особенное вниманіе, и въ самыхъ обыкновенныхъ вещахъ больная видитъ злоумышленіе противъ нея. Въ первые приступы она еще поступала согласно съ ея бредомъ, иллюзіями и галлюцинаціями, хотя никакихъ агрессивныхъ или рѣшительныхъ изрѣчій противъ своихъ враговъ не предпринимала, но въ дальнѣйшихъ приступахъ она сдѣлалась индифферентной ко всѣмъ кознямъ и угрозамъ ея враговъ, убѣдись, на основаніи долгаго опыта, что они все таки ей ничего не могутъ сдѣлать, не смотря на ихъ настойчивость преслѣдованія, какъ не сдѣлали до сихъ поръ; по временамъ она бывала даже веселой и самоодовольной. Приступы бывали различной продолжительности, отъ нѣсколькихъ недѣль и до 2 лѣтъ; свѣтлые промежутки были также различной продолжительности и воиногда ясны; во время свѣтлыхъ промежутковъ она вела нормальный образъ жизни, хозяйничала въ клиникѣ и ѣздила на базаръ для покупки провизіи и другихъ необходимыхъ для клиники вещей, такъ какъ она сдѣлалась постояннымъ членомъ клиники; она создала теперь свою болѣзнь и какъ только появлялись предвѣстники новаго приступа (головокруженіе и какъ бы туманъ въ головѣ), то больная просила не посылать ее въ городъ и смотрѣть за ней. Всѣхъ приступовъ психического заболѣванія у нея было 30—40. Въ данномъ случаѣ авторъ до 10 приступа психического заболѣванія признаетъ периодическую меланхолію, а съ 10 и до послѣдняго — периодическую параною; предсказаніе при этой формѣ болѣзни — infausta для полнаго излеченія, но переходъ въ ремиссію при ней гораздо медленнѣе, чѣмъ при периодической меланхоліи и мании. Авторъ высказываетъ слѣдующія положенія по поводу этого случая 1) периодическая параною, какъ и другіе периодическіе психозы, является

почти исключительно у наследственно предрасположенныхъ людей; 2) галлюцинаціи и бредовыя идеи при періодической формѣ не овладѣваютъ индивидуумомъ въ такой степени, какъ при обыкновенной галлюцинаторной параноѣ; 3) болѣзненные явленія въ теченіи отдѣльныхъ приступовъ отличаются чрезвычайнымъ постоянствомъ; 4) интерваллы, въ противоположность періодической меланхоліи и маніи совершенно или почти совершенно ясны; 5) прогнозъ въ отношеніи излеченія неблагопріятенъ, въ отношеніи перехода въ деменцію благопріятнѣе, чѣмъ при періодической маніи и меланхоліи.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr H. Schedtler**, Къ казуистикѣ „ложныхъ воспоминаній“ (Casuistischer Beitrag zur Lehre von den Erinnerungsfälschungen, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XLVIII. N. 6).

Кандидатъ филологіи, 24 лѣтъ, съ нѣкотораго времени сталъ обращать на себя вниманіе своихъ знакомыхъ меланхолическимъ настроеніемъ, отвращеніемъ къ жизни и ничѣмъ немотивированнымъ самообвиненіемъ. Какъ-то онъ вдругъ явился въ полицію и возвелъ на себя строго мотивированное и сопровождаемое нѣкоторыми точными частностями обвиненіе въ убійствѣ. На 3 день сознаніе возвратилось и онъ передъ судомъ заявилъ, что въ день заявленія въ полицію при пробужденіи утромъ у него возникло предствленіе, что якобы наканунѣ онъ совершилъ злодѣяніе; эта мысль легко могла бы исчезнуть, если-бы знакомые основательно попытались разубѣдить его въ противномъ. Авторъ находитъ, что здѣсь было особенное состояніе мыслительной дѣятельности, отличающееся большой устойчивостью предвзятой мысли и тѣмъ, что въ основѣ ея возникновенія бываетъ или сновидѣніе, или галлюцинаторное явленіе. Въ основаніи этого процесса, по всей вѣроятности, лежитъ помраченіе сознанія, искаженное сужденіе.

*Андрей Поповъ.*

**Pollitz Paul**, Наслѣдственность въ душевныхъ страданіяхъ (Ueber die Erblichkeit bei Geisteskranken. 1893).

Авторъ высказываетъ положеніе, что въ 40% душевныхъ страданій наследственность несомнѣнна; наиболѣе роковымъ для потомства является алкоголизмъ отца, преимущественно онъ отзывается на мужскомъ потомствѣ; за тѣмъ слѣдуютъ душевныя заболѣванія матери, отзывающіяся на женской линіи; далѣе идутъ нервныя страданія матери, передающіяся равномѣрно и на сыновей и на дочерей; аномаліи характера преимущественно наблюдались у отцовъ и вызвали предрасположеніе у сыновей. Большая часть унаслѣдованныхъ душевныхъ страданій отличается опредѣленными симптомами, именно: 1) проявленіе болѣзни или эквивалентныя явленія чаще встрѣчаются уже въ юности; 2) нерѣдко „взрывъ“ страданія передъ или тотчасъ за годами возмужалости, безъ особыхъ къ тому поводовъ; 3) тяжелое проявленіе и полиморфность картины болѣзни въ дальнѣйшемъ теченіи; 4) при циркулирующихъ психозахъ отдѣльные періоды продолжаютъ до года и 5) сплошь и рядомъ поразительно быстрый упадокъ душевныхъ силъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr I. Thomsen**, Дополнительныя замѣчанія о „Myotonia congenita“ (Strümpell) или о „болѣзни Томсена“ (Westphal) (Nachträgliche Bemerkungen über Myotonia congenita (Strümpell), Thomsen'sche Krankheit (Westphal). Archiv für Psychiatrie 1892).

Сущность этой своеобразной болѣзни еще далеко не выяснена и большинство ученыхъ признаютъ при ней страданіе только произвольныхъ

мышцъ (мышечныхъ волоконъ); между тѣмъ какъ автору кажется болѣе вѣроятнымъ, что наблюдающіяся при ней нарушенія подвижности мышцъ, уже не подчиняющихся въ прежней степени волевымъ импульсамъ, зависятъ отъ неправильной инервации ихъ, исходящей изъ мозга. Такое предположеніе онъ высказываетъ на томъ основаніи, что точныя микроскопическія изслѣдованія мышечныхъ волоконъ, вырѣзанныхъ у одержимыхъ этою болѣзью, дали отрицательный результатъ; кромѣ того авторъ указываетъ на появляющіяся напряженія въ мускулахъ одной или многихъ группъ у людей совершенно здоровыхъ послѣ, на примѣръ, неожиданнаго толчка по ногѣ или удара по тѣлу, при чемъ мышцы, подобно миотоническимъ, становятся напряженными и если это напряженіе распространится на многія группы мышцъ, то произойдетъ паденіе, — слѣдовательно здѣсь впечатлѣніе съ чувствительнаго нерва передается двигательному нерву и получается кратковременное миотоническое состояніе. Далѣе авторъ указываетъ на связь этого заболѣванія съ областью представленій и говоритъ, что у больныхъ является даже патологическій страхъ, почему они особенно плохо всходятъ на лѣстницы, стыдятся, тщательно осматриваются по сторонамъ, не наблюдаютъ ли за ними, и, во избѣжаніе непріятныхъ встрѣчъ, предпочтительно ходятъ черезъ черный ходъ. Теченіе мыслей у такихъ больныхъ задержано и публикѣ они кажутся дурачками: хотя они совершенно правильно и логически развиваютъ свои мысли. На ряду съ другими произвольными мышцами при этой болѣзни поражаются мышцы вѣкъ, глазъ и языка и рѣчь принимаетъ затяжной характеръ, особенно при началѣ рѣчи. Указанныя явленія въ психической сферѣ авторъ прежде склоненъ былъ объяснить рефлексомъ съ мышечныхъ волоконъ на мозгъ, а теперь думаетъ, что дѣло обстоитъ иначе, ибо такіе больные могутъ идти свободно, разъ они уже идутъ и если у нихъ есть сознаніе, что сопровождающее ихъ лицо можетъ оказать имъ помощь, въ случаѣ необходимости, или если въ рукахъ у нихъ есть предметъ, на который они могутъ опереться (палка, стѣна), или если они увѣрены, что за ними не наблюдаютъ. Для болѣе нагляднаго опредѣленія затрудненія произвольныхъ движеній, авторъ приводитъ сравненіе Strömpell'a, когда во снѣ кто либо видитъ себя преслѣдуемымъ, но подвигается отъ преслѣдователя только шагъ за шагомъ, при чемъ нападаетъ сильный страхъ; къ этому авторъ прибавляетъ еще состояніе затрудненія движеній послѣ продолжительнаго покоя, напр. у извозчиковъ, которые, чтобы лучше идти при вставаніи съ экипажа, предварительно разминаютъ свои ноги. По мнѣнію автора, страдающаго этой болѣзью, она наследственна, однаково поражаетъ какъ мужское, такъ и женское поколѣніе, можетъ перескакивать черезъ много генераций и, уже забытая, вдругъ можетъ появиться снова безъ видной причины со стороны родителей заболѣвшаго. Авторъ указываетъ семью, гдѣ миотонія миновала прабабушку, бабушку, дочь и появилась у правнука, второго сына дочери на 4 году сильно выраженной; въ другомъ случаѣ больная бабушка имѣла здоровую дочь, у ребенка которой уже въ колебели можно было констатировать это заболѣваніе, а два брата свободны отъ нея; сестра автора имѣла наемки на эту болѣзнь, а 4 ея сына и ихъ потомки свободны отъ нея; у старшаго сына автора два ребенка (11 и 13 лѣтъ) здоровы, а третій (7 лѣтъ) сильно ею пораженъ и двое рано умершихъ были съ симптомами миотоніи; въ фамиліи автора истеричныя женщины были, но душевно-больныхъ не было. Авторъ думаетъ, что больныхъ миотоніей много, но они не поддаются наблюденію, ибо встрѣчаются среди низшаго, работающаго класса, а продолжительное упражненіе мускуловъ ограничиваетъ развитіе миотоніи и они слывуть за лѣвшу, не-

уклюжихъ и т. д. По автору, міотонія рѣзче всего выражена въ пальцахъ и, пока гѣло согрѣто постелью, она выражена слабѣе, а холодная погода усиливаетъ міотонію.

Д. И. Поляковъ.

Dr Gowers, Атактическая параміотонія и Томсенова болѣзнь (Ataktische Paramyotonie und Thomsensche Krankheit, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1892).

Особенный интересъ представляютъ формы болѣзней съ явленіями отчасти сходными съ Томсеновой болѣзью, но отличающимися отъ нея тѣмъ, что представляютъ комбинацію этого темнаго заболѣванія съ выраженнымъ поражениемъ спинного мозга. Поэтому стоитъ описать одинъ случай, бывший подъ наблюдениемъ автора и представлявшій явленія не совсѣмъ сходныя съ явленіями аналогичныхъ случаевъ, но которыя слѣдуетъ приписать органическому заболѣванію спинного мозга; къ сожалѣнію, автору не пришлось наблюдать теченія болѣзни и поэтому исторія ея неполная. Своеобразнымъ въ этомъ случаѣ было соединеніе длительно повышеннаго мышечнаго тонуса съ атаксіей, а потому обозначеніе „атактическая параміотонія“ автору кажется наиболѣе вѣрнымъ, хотя при этомъ имѣлась еще слабость и отчасти анестезія. Больной мужчина 41 года; 11 лѣтъ назадъ получилъ сифилисъ; теперешнее заболѣваніе началось за 1½ года до наблюденія автора, а до того времени былъ совершенно здоровъ. Болѣзненные явленія начались въ ногахъ и черезъ 6 мѣсяцевъ поразили руки; при изслѣдованіи авторомъ, больной на видъ былъ бодръ, хорошо сложенъ и упитанъ, мышцы хорошо развиты, но на ногахъ, рукахъ, плечахъ и на туловищѣ были тверды, а на шеѣ нормальны; эта твердость мышцъ была не кажущаяся, но дѣйствительная, вслѣдствіе тонического спазма, препятствовавшаго дѣлать произвольныя движенія и дѣлавшаго ихъ затрудненными и медленными; флексоры и экстензоры на конечностяхъ были поражены въ одинаковой степени. Со стула больной поднимался медленно и прямо и ходилъ своеобразно не сгибаясь. Продолжительныя упражненія не уменьшали тонического спазма мышцъ и были постоянны и одинаково сопротивлялись, какъ активнымъ, такъ и пассивнымъ движеніямъ. Вслѣдствіе медленности, съ которой воля превозмогала эту ригидность при произвольныхъ движеніяхъ, больной легко падалъ черезъ препятствія и отъ малѣйшаго толчка, при этомъ была еще ясно выражена мышечная слабость; уже незначительное сопротивленіе мѣшало сгибанію бедеръ, разгибатели на рукахъ были слабѣе сгибателей и пальцы были согнуты; они могли быть волюнѣ разогнутыми, хотя медленно, но имѣли постоянную наклонность самопроизвольно приходить въ согнутое положеніе. Сила давленія руки была 50—55. Помимо этой ригидности мышцъ, имѣлась еще ясная инкоординація движеній, особенно ясно проявлявшаяся при движеніяхъ рукъ и сильно затруднявшая застегиваніе и разстегиваніе сюртука. При закрытыхъ глазахъ больной съ трудомъ находилъ носъ указательнымъ пальцемъ и положеніе конечностей въ постели больной не могъ опредѣлить; на верхнихъ конечностяхъ это было выражено рѣзче и больной при пробужденіи отъ сна всегда удивлялся, не находя своей руки; далѣе, онъ не могъ опредѣлить величину и вѣсъ положенныхъ въ въ протянутую руку вещей. Электрическая возбудимость мышцъ нормальна; колѣнный рефлексъ отсутствовалъ; но относительно послѣдняго авторъ находится въ нерѣшительности, дѣйствительно ли его нѣтъ, или это только казалось такъ, вслѣдствіе длительнаго мышечнаго спазма. Чувство осязанія на ладоняхъ и на пальцахъ до занятія исчезло, между тѣмъ какъ на дорзальной поверх-

ности послѣднихъ было только понижено; менѣе значительное пониженіе было на подошвахъ; подъ ногами больной ощущала своеобразную круглую подстилку; чувство боли на ладони понижено, а температурное чувство почти нормально; на тылѣ руки чувствительность нормальна; болей не было, сфинктеры и всѣ функціи черепныхъ нервовъ нормальны, психическихъ нарушеній нѣтъ, но имѣлась импотенція. Мышечные спазмы были постоянны, не прекращались даже и во снѣ и при протягиваніи ногъ въ постели онѣ стремились сгибаться. Симптомы эти развились постепенно и хотя начались въ ногахъ, но въ рукахъ развивались быстро. Комбинацію описанныхъ симптомовъ авторъ считаетъ очень сложной и на основаніи характера этихъ симптомовъ онъ считаетъ заболѣваніе спинного мозга несомнѣннымъ, не обращая вниманіе на то, были ли поражены периферическіе нервы, или нѣтъ. Итакъ, этотъ случай, по мнѣнію автора, показываетъ, что миотонія, подобная миотоніи Томсеновой болѣзни, можетъ явиться вслѣдствіе повышенія того дѣйствія двигательныхъ нервныхъ клѣточекъ, на которыхъ основывается непосредственно состояніе мышцъ. Случай этотъ въ отношеніи патологіи Томсеновой болѣзни ведетъ къ опредѣленнымъ взглядамъ. Главный вопросъ при этой болѣзни состоитъ въ томъ, есть ли это первичное пораженіе мышцъ, или же не происходитъ ли также измѣненіе функціи нервныхъ клѣточекъ спинного мозга, а если это такъ, то это состояніе мышцъ стоитъ ли совмѣстно съ функціональнымъ нарушеніемъ, или оно есть послѣдствіе его. Существованіе длительного измѣненія функціи и лежащее въ основѣ ея питаніе мышцъ доказываются также измѣненіемъ ея электрической и механической возбудимости, какъ и фактомъ, установленнымъ Ringer'омъ и Sainsbury, что подобное состояніе можетъ быть вызвано опредѣленными медикаментами и бываетъ вслѣдствіе лишенія окончаній двигательныхъ нервовъ посредствомъ кураре ихъ двигательной функціи. Но съ другой стороны болѣзненные явленія указываютъ на измѣненія дѣйствія двигательныхъ клѣточекъ спинного мозга. Не слѣдуетъ забывать, что эти клѣточки даже въ томъ случаѣ, если они находятся даже въ состояніи такъ называемаго „покоя“, во всякомъ случаѣ не бездѣтельны. Мышечный тонусъ и принаравливаніе къ опредѣленному положенію обозначаютъ дѣющуюся дѣятельность и постоянное отхожденіе нервной силы отъ клѣточекъ, результатъ постоянного образованія энергіи, которая должна существовать, чтобы сдѣлать возможнымъ быстрое раздраженіе нервной силы, которая происходитъ въ другомъ видѣ, когда произвольное раздраженіе исходитъ отъ мозга къ клѣточкамъ. Нормально, кажется, прекращается эта тоническая дѣятельность, если начинается произвольная активность, или если она и продолжается, то не мѣшаетъ послѣдней. При Томсеновской болѣзни, напротивъ, кажется, какъ будто тоническая активность на время продолжается и соединяется съ произвольной дѣятельностью, какъ будто функціональная дѣятельность клѣточекъ нарушена такъ, что произвольное раздраженіе обуславливаетъ высшую степень оттока тонической нервной силы, которая только мало по малу ослабляется, если эксцессъ редуцируется продолжительной дѣятельностью. Едва ли вѣроятно, что такая функція, какія бы тонкія измѣненія питанія не лежали въ основѣ ея, обнаружится въ измѣненіяхъ, узнаваемыхъ посредствомъ микроскопа. Такая теорія, повидимому, совершенно объясняетъ характерные симптомы пораженія, но она оставляетъ невыясненнымъ измѣненіе въ состояніи мышцъ. Не могутъ ли они быть вторичными, эффектомъ долго дѣющагося своеобразнаго нарушенія дѣятельности нервныхъ клѣточекъ, которая въ какое-нибудь время спустя становится длительной, вслѣдствіе нарушенія питанія въ мышцахъ? Состояніе мышечныхъ волоконъ постоянно соответствуетъ состоянію дви-

тательныхъ вѣтокъ; это воззрѣніе подтверждается тѣмъ фактомъ, что при появленіи у взрослыхъ, когда произвольное употребленіе мышцъ совершенно парализовано, Томсенова болѣзнь развивается медленно, а при появленіи ея въ дѣтскомъ возрастѣ пораженіе мышцъ развивается гораздо легче. Въ вышеприведенномъ случаѣ, можетъ быть, не прошло еще достаточно времени, чтобы развились измѣненія мышечной возбудимости. Необходимо обратить вниманіе также на то различіе, что въ этомъ случаѣ длительный спазмъ былъ связанъ съ пониженіемъ произвольной силы, между тѣмъ, какъ при проходящемъ спазмѣ Томсеновой болѣзни мышечная сила не страдаетъ.

*Д. И. Поляковъ.*

**Prof Kraft-Ebing, Убіеніе сына въ состояніи эпилептического головокруженія (Todtschlag Sohnes in epileptischem Schwindelanfall, Friedreich's Blätter, 1893, 1).**

Р., 53 лѣтъ, имѣлъ дѣда по отцу тупоумнаго и отца, который за три года до смерти страдалъ головокруженіями. Братъ Р. страдалъ эпилепсіей и въ одномъ изъ припадковъ ея умеръ. Самъ Р. въ дѣтствѣ долго по ночамъ мочился въ постель. 20 лѣтъ назадъ Р. упалъ съ дерева и около часа пролежалъ въ безсознательномъ состояніи. 10 лѣтъ назадъ онъ получилъ ударъ въ голову и долго послѣ того страдалъ періодическими головными болями. Р. никогда не пилъ и алкоголя не переносилъ. Послѣдніи шесть лѣтъ онъ страдалъ приступами головокруженія: въ этотъ моментъ какъ бы опьянѣвалъ, все вокругъ него кружится, въ ушахъ шумъ, въ глазахъ туманъ, что съ нимъ дѣлается — не понимаетъ и послѣ приступа не помнитъ, глаза выпячены, вѣки хлопаютъ. Такое состояніе длится нѣсколько секундъ, минуту. У Р. дрожь въ языкѣ, рукахъ и губахъ, рѣзкая раздражительность, сильное малокровіе и рѣзкое повышеніе колѣнныхъ и брюшныхъ рефлексовъ. Р. имѣлъ двухъ сыновей и дочь. Всѣ дѣти въ дѣтствѣ долго мочились въ постель. Одинъ сынъ тупоумный, второй бездѣльничекъ, онъ бросилъ законную жену и привелъ любовницу въ домъ отца. Это было предметомъ ссоры отца съ сыномъ, при чемъ отецъ выселилъ сына изъ своего дома. Ссора, однако, продолжалась изъ-за коровы, при чемъ сынъ грозилъ убить отца. Однажды отецъ проходилъ мимо дома сына. Тотъ съ бранью набросился на отца и выхватилъ изъ-за пояса послѣдняго ножъ. Отецъ, защищаясь отъ сына, ударилъ послѣдняго топоромъ. Послѣдовала моментальная смерть. Р. передаетъ, что во время нападенія его сынъ казался ему чернымъ, какъ арабъ. Это иногда ему казалось и раньше. Что дальше послѣ перваго удара было — Р. не помнитъ, такъ какъ съ нимъ случилось головокруженіе. Исслѣдованіе, однако, показало, что на головѣ убитаго найдены двѣ страшныхъ раны и четыре малыхъ. Авторъ, совмѣстно съ вѣнскимъ медицинскимъ факультетомъ, далъ заключеніе, что хотя Р., какъ эпилептикъ и легко раздражимый человѣкъ, могъ совершить данное преступленіе въ состояніи патологическаго аффекта, тѣмъ не менѣе въ этомъ случаѣ преступленіе совершено съ состояніемъ приступа эпилептического головокруженія, которое легко развилось подъ вліяніемъ рѣзкаго раздраженія.

*Д. И. Поляковъ.*

## С М Ъ С Ъ.

\* Секція неврологів и психіатрів послѣдняго медицинскаго Сѣзда въ память Пирогова, засѣдавшая въ Петербургѣ въ декабрѣ 1893 и январѣ 1894 гг., постановила ходатайствовать о собраніи второго Сѣзда Русскихъ Психіатровъ для разрѣшенія существенно важнѣйшихъ и неотложныхъ научно-практическихъ вопросовъ въ дѣлѣ леченія и призрѣнія душевнобольныхъ въ Россійской Имперіи. Это постановленіе секціи было внесено въ бюро Сѣзда въ память Пирогова и этимъ послѣднимъ отвергнуто. Нельзя не сознаться, что такое отрицательное рѣшеніе бюро Сѣзда представляется слишкомъ легкомысленнымъ. Быть можетъ такое рѣшеніе гг. членовъ бюро сѣзда послѣдовало еще и потому, что гг. члены не могли сами наблюдать тѣхъ недостатковъ организаціи своего Сѣзда, которые мѣшали, а не способствовали правильному и надлежащему изученію и разсмотрѣнію серьезныхъ вопросовъ. Не смотря на это неблагоприятное рѣшеніе вопроса бюро Сѣзда о собраніи II Сѣзда Русскихъ Психіатровъ, таковой Сѣздъ состоится и товарищи психіатры будутъ имѣть возможность надлежаще заняться разсмотрѣніемъ своихъ насущныхъ нуждъ. Можемъ добавить, что и Сѣздъ, проэктируемый сифилодологами и также отвергнутый бюро Пироговскаго Сѣзда, состоится въ непродолжительномъ будущемъ.

\* На-дняхъ въ попенской богадѣльнѣ совершено убійство. Страдавшій тихимъ умопомѣшательствомъ Ф. Гринфельдъ, будучи чѣмъ то раздраженъ, убилъ полнѣномъ жившаго при богадѣльнѣ 60-лѣтняго старика Яна Грча. Гринфельда нѣсколько времени тому назадъ хотѣли посадить въ сумашедшій домъ и возили его нарочно въ Митаву, но не приняли за недостаткомъ мѣстъ. Такихъ, какъ Гринфельдъ, въ попенскомъ и сосѣднихъ уѣздахъ не мало. („Новости“).

\* Въ послѣднее время въ положеніи личнаго состава преподавателей нервныхъ и душевныхъ болѣзней въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ Россійской Имперіи произошли слѣдующія перемѣны: проф. Медицинской Академіи И. П. Мержіевскій, за выслугою 30 лѣтъ, вышелъ въ отставку; на его мѣсто назначень проф. Казанскаго университета В. М. Бехтеревъ; на мѣсто проф. Бехтерева переведень изъ Варшавскаго университета проф. Н. М. Поповъ и, наконецъ, замѣстителемъ проф. Попова въ Варшаву назначень проф. А. Е. Щербакъ. Такое сочетаніе назначеній, можно надѣяться, разрѣшитъ поднятый въ русской прессѣ вопросъ о томъ: зависить ли слишкомъ большое количество лицъ польской національности въ числѣ русскихъ психіатровъ отъ особенной природной склонности лицъ польской національности къ этому дѣлу, или отъ случайныхъ причинъ.

*Dr Toulouse*, Инфекціонный бредъ послѣ пuerperального періода, 173—*Dr Luys*, Статистическія данныя о причинахъ общаго паралича, 173—*Dr Mourek*, Сифилисъ спинного мозга, 174.—*Dr Glorieuse*, Спинальный сифилитическій параличъ, 174.—*Dr Pronier*, Заразное сумашествіе, 174.—*Dr Klippel*, Бредъ алкоголиковъ, 175—*Dr Briend*, Выздоровѣвшіе душевно-больные, 176—*Dr Marandon de Montyel*, Помѣшательство sine delirio, 176—*Dr Toulouse*, Динамометрія душевно-больныхъ, 176—*Dr Pussard*, Прогрессивная спинальная амиотрофія у сифилитика, 177—*Dr Jacobson*, Травматическіе неврозы, 177—*Dr Verhoogen*, Къ леченію хорей, 177—*Dr Bourneville*, Бромисталъ камфора въ леченіи эпилептического головокруженія, 178—*Проф. И. А. Сухорскій*, Физиологическіе признаки апатического слабоумія, 178—*Dr Danville*, Любовь 179—*Dr Froment*, Симуляція душевныхъ болѣзней, 180—*Dr Charuel*, Симуляція сумашествія душевно-больнымъ, 182—*Prof Möbius*, Tabes у женщины, 182—*Dr Oppenheim*, Сифилитическій спинномозговой параличъ, 183—*Dr Holst*, Случай истерической анурии, 183—*Dr Hirschl*, Душевные разстройства при Базедовой болѣзни, 184—*Dr Geill*, Судебно-медицинское значеніе половой психонатіи, 184—*Dr Cohen*, Этіологія и патогнезъ Базедовой болѣзни, 184—*Dr Kronthal*, Morbus Basetdowi у 12 лѣтней дѣвочки, 184—*Dr Plazek*, Комбинація paralysis agitans и tabes dorsalis, 185—*Dr Bub*, Периодическое сумашествіе—судебно-медицинскій случай, 185—*Dr Bihler*, Патологическій аффектъ въ судебно-медицинскомъ отношеніи, 185—*Dr Kausch*, Добавленіе къ ученію о периодической параноѣ, 185—*Dr Schedtler*, Къ казуистикѣ ложныхъ воспоминаній, 187—*Dr Thomsen*, Дополнительные данныя о myotonia congenita, 187—*Dr Gowers*, Атактическая параміотонія и Томсенова болѣзнь, 189—*Prof. Krafft-Ebing*, Убійство сына въ состояніи эпилептического головокруженія, 191—Смѣсь, 192.

Только что вышли и продаются новыя книги:

Н. И. Мухинъ,

приватъ-доцентъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней

## ТОКСИЧЕСКІЙ СПАСТИЧЕСКІЙ ПАРАЛИЧЪ.

1894 г. Цѣны 1 р. 50 к.

М. Н. Поповъ,

приватъ-доцентъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.

## ПЯТИГОРСКЪ И ЕГО ЦѢЛЕВНЫЕ ИСТОЧНИКИ.

Въ изящномъ переплетѣ цѣна 1 руб., 1893 г.

Проф. П. И. Ковалевскій.

## СИФИЛИСЪ МОЗГА И ЕГО ЛЕЧЕНІЕ.

Изданіе 2-е, дополненное, цѣна 2 руб., 1893 г.

Въ редакціи „Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной психопатологіи“

Ново-Чернышевская, № 1-я,

**МОЖНО ИМѢТЬ СЛѢДУЮЩІЯ КНИГИ:**

**Проф. П. И. Ковалевскій, Психіатрическіе эскизы изъ исторіи.** 1892. Ц. 1 р.

*Иоаннъ Грозный и его душевное состояніе.* Изд. 2-е. 1893 г. Ц. 1 р.  
*Сумашествіе (Amentia—Meynert'a)* Ц. 1 руб.

*Сифилисъ мозга и его леченіе.* 2-е изданіе, 1894 г. Ц. 2 р.

*Компендіумъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.* 1891 г. Ц. 1 р. 25 к.

*Леченіе душевныхъ и нервныхъ болѣзней.* Изд. 2-е. Ц. 2 р.

*Хорезъ и хорезическое сумашествіе,* 1890. Ц. 50 к.

*Пьянство, его причины и леченіе.* Изд. 2, 1889. Ц. 50 к.

*Основы механизма душевной дѣят.* Изд. 2-е исправл. и дополн. Ц. 1 р.

*Положеніе душевно-болѣзней въ Россійской Имперіи.* Ц. 50 к.

*Психіатрія, 2 т. I т.—общая психопатологія, II-й т.—спеціальная психіатрія.* Изд. 4-е. Ц. 4 р. 1891.

*Судебно-психіатрическіе анализы (для медиковъ и юристовъ)* 2-й т., изд. 2-е. Ц. 4 р. 50 к.

*Первичное помрачительство (для медиковъ и юристовъ).* Ц. 1 р. 50 к.

*Михаиль Поповъ, Пятигорскъ и его члѣбные источники.* Въ изящномъ переплетѣ. Ц. 1 р.

**Н. И. Мухинъ, Токсическій спастическій параличъ.** 1894. Ц. 1 р. 50 к.

**Prof. Ribot, Различныя формы характера,** пер. Д. Н. Стефановскаго. Ц. 35 к.

**Prof. Meynert, Клиническія лекціи по психіатріи,** пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1890. Ц. 1 р. 50 к.

**Prof. Binswanger, Сумашествіе и преступленіе.** Пер. А. Н. Герстфельда и О. Н. Герстфельда, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889. Ц. 30 к.

**Kerr, Пьянство, его причины, леченіе и судебно-медицинское значеніе.** Пер. К. Н. Ковалевской и М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 2 р.

**Dr Löwenfeld, Современныя способы леченія истеріи и Neurasthenia.** Переводъ Н. И. Мухина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 1 р.

**Richet, Истеро-эпилепсія.** Переводъ редакціей проф. Ковалевскаго, съ 180 рис. Ц. 5 р.

**Dr Cullere, Границы сумашествія (Les frontières de la folie).** Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельда, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 1 р. 50 к.

**Dr Cullere, Гигіена нервныхъ людей и невропатовъ.** Перев. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р. 50 к.

**Remak, Электродиагностика и электротерапия.** Перев. К. Н. Ковалевской, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р.

**Scholz, Діететика духа.** Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельда, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р. 50 к.

**Byrom Bramwell, Болѣзнь спинного мозга.** Пер. М. А. Шульгина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 5 р.

**Meynert, Психіатрія.** Перев. М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 3 р.

**Prof. Gowers, Болѣзнь головного мозга.** Перев. А. А. Говсѣева, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.

**Prof. Charcot, Лекціи по нервнымъ болѣзнямъ.** Переводъ подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р.

**Thudichum, Физиологическая жизнь головного мозга.** Перев. М. Е. Ліона. Ц. 2 р.

**Robert von Pfungen, О разстройствѣ ассоціацій.** Переводъ М. Е. Ліона. Ц. 1 р.

**Dr Pierson, Компендіумъ нервныхъ болѣзней.** Переводъ Н. И. Мухина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Въ изящномъ переплетѣ. 1886. Ц. 1 р. 50 к.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

Студенты кромѣ того пользуются уступкою отъ 20 до 50%.

Годъ двѣнадцатый. 1894. Томъ XXIII — № 2.

АРХИВЪ

# ПСИХІАТРИИ, НЕЙРОЛОГИИ

И

СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ,

издаваемый подъ редакціей П. И. КОВИНСКІЯ,

проф. психіатрии и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

П. М. Автократовъ, Ф. И. Андрузскій, М. А. Аристовъ, Н. Н. Баженовъ, проф. В. М. Бехтеревъ, В. А. Брянцевъ, С. А. Бѣляковъ, Я. А. Воткинъ, Н. М. Васильевъ, В. Н. Васяткинъ, Я. В. Гиршонъ, З. В. Гутниковъ, А. А. Говсѣевъ, В. Ф. Галенко, А. М. Головина, А. Р. Грунау, В. К. Дидрихсонъ, Н. Добротворскій, А. П. Драгомановъ, И. Д. Ждановъ, И. Н. Егезарьянцъ, В. Н. Ергольскій, К. Н. Ковалевская, проф. С. С. Корсаковъ, Н. П. Каменевъ, Н. В. Краинскій, П. Н. Лащенко, И. П. Лебедевъ, Н. Н. Львовъ, Малышинъ, проф. Н. А. Миславскій, Н. И. Мухинъ, Д. І. Орбели, И. Я. Платоновъ, П. П. Платовъ, Н. М. Плохинскій, А. А. Петровъ, проф. Н. М. Поповъ, М. Н. Поповъ, А. О. Поповъ, Д. И. Поляковъ, Г. И. Россолимо, А. И. Роте, В. Сербскій, М. Б. Слуцкій, С. Н. Совѣтовъ, К. П. Сулима, А. В. Тимоѣевъ, В. А. Тихомировъ, А. А. Токарскій, П. А. Троицкій, Я. Я. Трутовскій, В. Н. Тусновъ, проф. В. Ф. Чижъ, С. И. Штейнбергъ, А. И. Ющенко, А. А. Яковлевъ и друг.

Подписная цѣна 8 руб., экземпляры 1887, 88, 89, 90, 91 и 92 гг. по 4 руб., 1885 — 10 руб. и 1893 — 5 руб.; подписка принимается въ Харьковѣ, Новочернышевская ул., № 1.

Харьковъ. Типографія Адольфа Дарре, Рыбная ул., № 28.

CLARK UNIVERSITY

APR 19 1894

CLARK UNIVERSITY, BRIDGEPORT, MASS

# ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стр.
<b>Dr. З. В. Гутниковъ</b> , Къ учению о химическомъ составѣ головного мозга человѣка . . . . .	1
<b>Dr. А. А. Петровъ</b> , Аффектъ и престушеніе . . . . .	20
<b>Dr. Necker</b> , Скрытое и abortивное состояніе тоски и страха при неврастеніи, перев. К. Н. Ковалевской . . . . .	53
<b>Dr. Д. И. Поляновъ</b> , О сенсомоторныхъ явленіяхъ . . . . .	63
<b>Проф. П. И. Ковалевскій</b> , Душевные заболѣванія періода кормленія. 95	
<b>Библиографія:</b> <b>Dr. Н. И. Мухинъ</b> , Токсической спастической параличъ, 102.— <b>Проф. Я. А. Анфимовъ</b> , Сознаніе и личность при душевныхъ болѣзняхъ, 102.— <b>Проф. А. Я. Кожевниковъ</b> , Два случая ophthalmoplegiae nuclearis, 104.— <b>Dr. В. Муратовъ</b> , Вторичныя перерожденія при очаговыхъ страданіяхъ двигательной сферы мозговой корки. 105.— <b>Проф. П. И. Ковалевскій</b> , Функціональныя нервныя разстройства и сифились, 106.— <b>Dr. Н. И. Мухинъ</b> , Артропатія и сифились, 108.— <b>Dr. Н. В. Краинскій</b> , Изслѣдованіе времени психофизической реакціи на тактильныя и болевыя раздраженія у здоровыхъ и нервно- и душевно-больныхъ людей, 108.— <b>Dr. Андрей Поповъ</b> , Сифилитическій спинномозговой параличъ, 111.— <b>Проф. В. М. Бехтеревъ</b> , Болѣзненная неподвижность, 115.— <b>Проф. А. И. Поспѣловъ</b> , Современный взглядъ на патогенезъ и терапію миксѣды, 116.— <b>Проф. А. И. Поспѣловъ</b> , Случай несахарнаго мочеизнуренія и слизистаго отека кожи сифилитическаго происхожденія, 116.— <b>Dr. В. К. Ротъ</b> , О миксѣдѣ и ея леченіи, 117.— <b>Проф. В. М. Бехтеревъ</b> , Неудержимый или насильственный смѣхъ, 117.— <b>А. С. Гросгликъ</b> , Къ физиологій лобныхъ долей, 118.— <b>Dr. Моношко</b> , О двустороннемъ параличѣ лицевого нерва, 119.— <b>Е. А. Довнарловичъ</b> , Первыя клѣтки и блуждающія тѣльца, 119.— <b>Проф. Введенскій</b> , Наиболе выгодныя и наиболе невыгодныя фарадизаціи мышцы, 120.— <b>Prof. Antonio Marro</b> , О сумашествіи близнецовъ, 121.— <b>Dr. Rossi</b> , Измѣненіе дыханія у психопатовъ, 126.— <b>Prof. Marro</b> , Причинная разница въ помѣшательствѣ мужчинъ и женщинъ, 131.— <b>Dr. Sormanni</b> , Mania pellagrosa, 131.— <b>Dr. Santangelo</b> , Два случая выздоровленія остраго бреда подъ вліяніемъ катарра кашечника, 132.— <b>Dr. Chiaruttini</b> , Изслѣдованіе итоманновъ при неврозахъ съ приступами, 132.— <b>Dr. Renzi</b> , Электрическое леченіе мозгового кровоизліянія, 132.— <b>Dr. Pacetti</b> , Эпилептикъ счетчикъ, 132.— <b>Dr. Capriati</b> , Леченіе электричествомъ табетической атрофіи зрительныхъ нервовъ, 133.— <b>Dr. Vassale ed Rossi</b> , О ядовитомъ дѣйствіи сока, добытаго изъ уставшихъ мускуловъ, 133.— <b>Dr. Steele</b> , Кровь при меланхоліи и аффектъ систематическаго тоническаго леченія, 134.— <b>Dr. Braine-Hartnell</b> , Острая меланхолія, 135.— <b>Dr. Manzies</b> , Пуэрперальное помѣшательство, 136.— <b>Dr. Middlemass</b> , Общій параличъ въ періодъ развитія, 139.— <b>Dr. Peterson</b> , Температура въ прогрессивномъ параличѣ, 140.— <b>Dr. Berkley</b> , Dementia paralytica у негровъ, 140.— <b>Dr. Fisher</b> , Необычныя случаи прогрессивнаго паралича, 140.— <b>Dr. Peterson</b> , Отношеніе сифилиса къ общему параличу, 141.— <b>Dr. Parsons</b> , Сифились центральной нервной системы, 141.— <b>Dr. Sachs</b> , Tabes dorsalis и сифились, 142.— <b>Dr. Fry</b> , Чувствительныя явленія въ трехъ случаяхъ сифилитическихъ пораженій спинного мозга, 142.— <b>Dr. Newton</b> , Angina pectoris и эпилепсія въ различныхъ ея формахъ у сифилитика, 143.— <b>Dr. Hern</b> , Эффектъ исправленія аномалій рефракціи у эпилептиковъ, 143.— <b>Dr. Wood</b> , Хореическое движеніе, 143.— <b>Dr. Haig</b> , Механизмъ черепного кровообращенія и патологій головной боли, эпилепсіи и душевной депрессіи, 145.— <b>Dr. Hedley</b> , Безсонница при неврастеніи, 148.— <b>Dr. Maude</b> , Дрожь при Базедовой болѣзни, 148.— <b>Dr. Williams</b> , Базедова болѣзнь и миксѣдема, 149.— <b>Dr. Brown</b> , Къ учению	

Принимается подписка на новый

# ЖУРНАЛЪ МЕДИЦИНЫ и ГИГИЕНЫ,

издаваемый подъ редакціей председателя Общества

**проф. П. И. Ковалевскаго,**

при содѣйствіи въ редакціи:

**проф. И. П. Скворцова, проф. И. Н. Оболенскаго, проф.  
Д. К. Родзаевскаго, проф. А. Г. Подреза, проф. М. А.  
Попова, проф. Н. К. Кульчицкаго, проф. С. Д. Костюрина  
и проф. А. Д. Чирикова.**

Секретари редакціи: { **А. В. Бодановъ.  
Н. И. Мухинъ.  
П. Н. Лащенковъ.**

Содержаніе 1-й книги, которая выйдет на дняхъ, слѣдующее: **Проф. И. П. Скворцовъ**, Основные вопросы лечебной гигиены. **Д-ръ А. В. Богдановъ**, Къ казуистикѣ *icterus gravis*. **Проф. А. Г. Подрезъ**, Два случая туберкулезнаго прободнаго перитонита. **Проф. Д. К. Родзаевскій**, Значеніе олигодинамическихъ явленій для животнаго организма. **Проф. А. Д. Чириковъ**, Анализъ Боржомской воды Екатерининскаго источника. **Проф. П. И. Ковалевскій**, Родовые психозы. **Я. А. Рискинъ**, Къ казуистикѣ сифилитическихъ невралгій (изъ клиники проф. И. Н. Оболенскаго). Очерки успѣховъ знаній за истекшій годъ: по гигиенѣ **П. Н. Лащенкова**, нервнымъ болѣзнямъ **Н. И. Мухина** и глазнымъ болѣзнямъ **П. Н. Барабашова**.

Журналъ будетъ выходить черезъ 3 мѣсяца четырьмя книгами, причеиъ каждая книга будетъ отъ 12 до 15 листовъ. Въ журналѣ будутъ помѣщаться статьи по всемъ отраслямъ медицины и гигиены, научные обзоры успѣховъ знаній за истекшій годъ по важнѣйшимъ специальностямъ и рефераты.

Изданіе Общества научной медицины и гигиены при  
Императорскомъ Харьковскомъ Университетѣ.

Подписка принимается въ редакціи: Харьковъ, Новочернышевская, № 1; цѣна за 4 книги въ годъ съ доставкой и пересылкой 8 руб.

## Редакціей получены слѣдующія книги:

**О. Н. Ситкина**, Мужъ и жена, 1893. **Д-ръ П. И. Кольскій**, О вліяніи метеорологическихъ условій на произведеііе крупознаго или волокнистаго воспаленія легкихъ, 1892. **А. К. Краузе**, Народно-хозяйственное значеніе дѣятелей лѣсного производства, 1891. О врачебной тайнѣ по отношенію къ сифилису и венерическимъ болѣзнямъ, 1893. **Prof. P. Kowalewsky**, Syphilitische Epilepsie, 1894. **Проф. Чериновъ**, О самозащитѣ организмовъ, 1894. **Проф. П. И. Ковалевскій**, Кисловодскъ, 1894. **Проф. Анфимовъ**, Сознаніе и личность, 1893. **Dr. Schuster**, Zur Lehre von den Eiterungen der tieferen Nebenhöhlen der Nase, 1893. **Dr. Schuster**, Bemerkungen zur Behandlung der Nasenhohlensyphilis, 1894. **Проф. А. С. Лебедевъ**, Отвѣтъ Дмитрію Цвѣтаеву. **Проф. А. Я. Кожевниковъ**, Два случая ophthalmoplegiae nuclearis, 1894. Протоколы общества Херсонскихъ врачей за 189<sup>2</sup>/<sub>3</sub> года. Отчетъ по холерному отдѣленію Херсонской губернской Земской больницы за 1892 годъ. **Д-ръ А. Червиловъ**. Руководство къ практической бактериологіи, 1894. **Dr. Hougberg**, Beiträge zur Kenntniss der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis, 1894. **Prof. Fournier**, Les formes cliniques de la neurasthenie syphilitique, 1893. **Dr. I. Morel**, The treatement of degenerative psychoses, 1893. **Prof. Spina**, Ueber die experimentelle Hervorrufung eines kataleptiformen Zustandes bei der weissen Ratte, 1893. **Dr. Fish**, The indusium of the callosum. **Д-ръ М. И. Рейхъ**, Объ очищеніи сточныхъ водъ почвод., 1893. **Г. П. Сазоновъ**, Быть или не быть общинѣ, 1894. **Д-ръ Шиперовичъ**, Кровь и острая анемія, 1893. **Prof. Grimaldi**, Ipercinesia e pycosi, 1893. **Проф. С. В. Левашевъ**, Бактеріологическіе способы леченія заразныхъ болѣзней у человѣка вообще и леченіе сыпного тифа сывороткой въ частности, 1893. **Prof. D'Abundo**, Osservazioni nei minori corrigendi, 1893. **Проф. Д. Н. Родзаевскій**, Специфическій или прямой способъ дѣйствія лекарствъ, 1893. Tenth. annual report of the committee on lunacy of Pennsylvania, 1893. **Проф. М. Н. Поповъ**, Патологоанатомическія измѣненія центральной нервной системы при азиатской холерѣ, 1893. **Д-ръ А. П. Драгомановъ**, Объ убійствѣ въ состояніи нравственнаго помѣшательства, 1893. **Д-ръ Суховъ**, Отчетъ по дому умалишенныхъ Уфимскаго земства за 1893.—Докладъ соединенной комиссіи Петербургскихъ обществовъ психіатровъ и юридическаго по вопросу объ организаціи психіатрическаго изученія преступнаго класса, 1894. **Prof. Ladame**, Statistique des aliènes spécialement à Genève et en Suisse, 1893. **Prof. Ladame**, Troisième congrès d'anthropologie criminelle tenu à Bruxelles en 1892. **Prof. Ladame**, 2 Reunion de la société des medecins alienistes Suisse. **Prof. Ladame**, L'obsession du meurtre, 1892. **Проф. В. С. Иконниковъ**, Сношенія Россіи съ Франціей, 1893. **Д-ръ Кольскій**, Новѣйшія данныя изъ наблюденій метеорологической обсерваторіи Константиновскаго Межевого Института. **Д-ръ П. И. Кольскій**, Отчетъ по побѣдкѣ на холерную эпидемію въ Евпаторію въ 1893 г. **В. Гульдманъ**, Винницкая психіатрическая лечебница и ея значеніе для юго-западнаго края, 1894. **Dr. Donaldson**, Preliminary observations on some changes caused in the nervous tissues by reagents commonly employed to harden them., 1894. **Д-ръ Б. С. Грейденбергъ**, Холера и психозы, 1893. **Д-ръ Грейденбергъ**, Периодическій нейро-психозъ на истеро-дегенеративной почвѣ, **Д-ръ Грейденбергъ**, О вліяніи барометрическихъ колебаній на душевно-больныхъ, 1893.

Дозволено цензурою. Харьковъ, 17 Марта 1894 г.

## Къ ученію о химическомъ составѣ голов- ного мозга человѣка.

Докторъ медицины **З. В. Гутниковъ.**

Ислѣдованія центральной нервной системы со стороны химической были впервые опубликованы въ 1779 году Henzig'омъ <sup>1)</sup>. Въ теченіи истекшихъ съ тѣхъ поръ 113 лѣтъ въ означенной области работали весьма многіе ученые, среди которыхъ видныя мѣста занимали: Vauquelin, Fourcroy, Paterson, Iohn, Gmelin, Couërbe, Lassaigne, Berzelius, Thenard, Frémy, L'Heritier, Jones, Breed, Denis, Golbey, Schlossberger, Harless, Bibra, Hauff, Walther, Liebig, W. Müller, Funke, M. Schultze, Heunsius, Ranke, Heidenhain, Gscheidlen, Liebreich, Дьяконовъ, Gamgee, Blankenhorn, Chevalier, Langendorf, Д. Петровскій, Bernhardt, Jaksch, Ewald, Städeler, Kühne, Geoghegan, Parcus, Regibus, Hermann, Batistini, Thudichum, Норре-Seyley, а изъ ученыхъ новѣйшаго времени—Baumstark, профессоръ А. Данилевскій, Halliburton, Chittenden, Novi, Kossel, Gad и Neumans.

Этими учеными вопросъ о химическомъ составѣ центральной нервной системы и о значеніи ея составныхъ частей поднять, въ сравненіи съ данными изслѣдованій Henzig'a, на значительную высоту, и едва ли въ настоящее время возможно сомнѣваться въ томъ, что каждая изъ химическихъ составныхъ частей центральной нервной системы имѣетъ свое опредѣленное біологическое значеніе, свою опредѣленную роль въ сложной функціи этой ткани. Правда, въ настоящее время нѣтъ еще прочныхъ данныхъ, опираясь на которыя, возможно было бы какое либо химическое свойство

---

<sup>1)</sup> *Henzig. Exam. chymicum cerebri ex eodem phosph. singul. omnia inflam. Giessen. 1779.*

той или другой ткани центральной нервной системы связать съ объясненіемъ ея физиологическаго отправления, но кто можетъ поручиться, что сегодня или завтра успѣхи науки не помогутъ открыть эту связь.

Головной мозгъ есть органъ наиболѣе сложныхъ нервныхъ отправленій организма, органъ, знаніе и пониманіе котораго должно составлять одну изъ насущныхъ потребностей біологіи, однако ни одна изъ частей организма не представляетъ такихъ затрудненій при изученіи ея съ анатомической, физической и физиолого-химической точекъ зрѣнія, какъ именно эта часть организма. Нѣтъ въ организмѣ другой ткани, въ которой отношенія и зависимость между функціями и химическимъ составомъ представляли бы столь глубокой физиологическій интересъ и которая въ то же самое время представляла-бы такую массу неизвѣстнаго и труднаго для пониманія.

Прошло не болѣе сорока лѣтъ съ тѣхъ поръ, какъ въ наукѣ утвердилось мнѣніе, что субстанція головного мозга состоитъ не только изъ двухъ тканей, отличающихся другъ отъ друга по цвѣту, реакціи, содержанію воды, жировъ и проч., но что сѣрое вещество состоитъ изъ клѣтокъ, а бѣлое— изъ волоконъ, что клѣтки сѣраго вещества головного мозга суть существенные, активно функционирующіе, органы, что каждая изъ этихъ клѣтокъ представляетъ изъ себя цѣлый сложный комплексъ химическихъ соединений и что то, что мы предъявляемъ съ точки зрѣнія химической ко всей мозговой ткани, мы должны предъявить и по отношенію къ отдѣльной нервной клѣткѣ. Однако дѣло дальше этихъ, если возможно такъ выразиться, благихъ намѣреній пока еще не двинулось ни на одинъ шагъ впередъ, и потому всякій, работающій въ области химическихъ изслѣдованій центральной нервной системы, утѣшаетъ себя надеждой на то, что всякое, хотя бы самое ничтожное количество свѣдѣній, присоединяемое къ даннымъ, добытымъ до настоящаго времени, увеличитъ количество матеріала, назначеннаго къ опроверженію неутѣшительнаго для человѣческаго ума предположенія, въ такой силѣ господствовавшаго до послѣдняго времени, что даже такая звѣзда науки, какъ профессоръ Гиртль, формулировалъ его такъ: «Если когда-либо наука разрѣшитъ вопросъ о связи той или другой части мозгового вещества съ ея функціями, то это случится не задолго предъ послѣднимъ днемъ существованія міра, когда

и безъ того всѣ тайны природы сдѣлаются понятными намъ» <sup>1)</sup>).

Вопросъ о нервной системѣ съ точки зрѣнія химической стоитъ въ наукѣ въ настоящее время въ слѣдующемъ видѣ <sup>2)</sup>).

### Реакція нервной ткани.

Данныя, добытыя различными изслѣдователями по вопросу о реакціи нервной ткани, далеко не согласуются другъ съ другомъ. Однако всѣ изслѣдователи въ этой области согласны съ тѣмъ, что вся нервная система послѣ смерти реагируетъ кисло.

Трудность опредѣленія реакціи въ прижизненномъ состояніи нервной ткани усложняется еще и тѣмъ обстоятельствомъ, что нервная ткань омывается щелочною кровью и щелочною лимфой. Кромѣ того, нервная ткань быстрѣе всѣхъ другихъ тканей подвергается дегенеративнымъ процессамъ при условіяхъ измѣненія нормальнаго притока крови; поэтому, при попыткахъ получить, по возможности, свободную отъ крови нервную ткань, мы тѣмъ самымъ ставимъ испытываемую ткань въ такія условія, при которыхъ мы не имѣемъ никакого права трактовать ее иначе, какъ ткань мертвую и, стало быть, измѣненную. Уже самые приемы, неразрывно связанные со способомъ испытанія реакціи, обыкновенно достаточны для того, чтобы убить испытываемую ткань.

Вотъ въ краткихъ словахъ результаты всѣхъ изслѣдованій, предпринятыхъ съ цѣлью опредѣленія реакціи нервной ткани.

О. Langendorff, изслѣдуя нервную ткань лягушекъ, нашелъ, что центральная нервная система ихъ при жизни имѣетъ щелочную реакцію, которая послѣ смерти быстро измѣняется въ кислую. При изслѣдованіи центральной нервной системы у кроликовъ и морскихъ свинокъ, онъ нашелъ, что реакція здѣсь при жизни всегда щелочна, при чемъ у новорожденныхъ кроликовъ и морскихъ свинокъ щелочность

<sup>1)</sup> Гиртль, Руководство къ топографической анатоміи. Переводъ А. Франка. С.-Петербургъ. 1860 г., стр. 107.

<sup>2)</sup> Желающіе познакомиться съ подробной литературой всего, что сдѣлано до настоящаго времени по вопросу о химическомъ составѣ центральной нервной системы, могутъ найти ее въ работѣ „З. Гутниковъ. Матеріалы къ ученію о химическомъ составѣ головного мозга человѣка. Харьковъ. Въ университетской типографіи. 1893 г. Стр. 3—41“.

реакціи настолько была сильна, что и послѣ смерти не измѣнялась; тогда какъ у взрослыхъ при этихъ условіяхъ она измѣнялась въ кислую.

По Gscheidlen'у сѣрое вещество головного мозга при жизни всегда реагируетъ кисло; бѣлое же—нейтрально, или щелочно. Кислотность реакціи здѣсь, по всей вѣроятности, зависитъ отъ молочной кислоты, входящей въ составъ ганглиозныхъ клѣтокъ.

Batistini нашель, что спинной и головной мозгъ, а также сѣдалищный нервъ человѣка имѣютъ кислую реакцію, при чемъ сѣрое вещество головного мозга, а также и спинного имѣетъ болѣе выраженную кислотность реакціи, чѣмъ бѣлое; при напряженной дѣятельности этихъ отдѣловъ нервной системы кислотность реакцій ихъ усиливается и въ особенности кислотность реакціи сѣраго вещества.

Halliburton нашель, что головной и спинной мозгъ, а также и всѣ периферическіе нервы человѣка въ свѣжемъ состояніи почти всегда имѣютъ кислую реакцію; послѣ же смерти реакція ихъ быстро измѣняется въ щелочную.

Всѣ изслѣдователи согласны между собою въ томъ, что кислотность реакціи нервныхъ тканей послѣ напряженной дѣятельности и послѣ смерти усиливается и что она обязана своимъ происхожденіемъ, по всей вѣроятности, молочной кислотѣ, которая входитъ въ составъ нервныхъ тканей и въ особенности ганглиозныхъ клѣтокъ.

### Общій взглядъ на составъ нервныхъ тканей.

Нервная ткань состоитъ изъ воды и плотныхъ веществъ.

**Вода.** Содержаніе воды въ нервныхъ тканяхъ различно. Въ сѣромъ веществѣ головного мозга и у молодыхъ индивидуумовъ содержаніе воды значительнѣе, чѣмъ въ бѣломъ и у взрослыхъ индивидуумовъ. Головной мозгъ содержитъ больше воды, чѣмъ спинной,—этотъ послѣдній, въ свою очередь, богаче водой, чѣмъ нервы.

**Плотныя вещества.** Плотныя вещества нервныхъ тканей можно раздѣлить на слѣдующіе классы:

1. Протеиновые тѣла. Почти половина плотныхъ веществъ сѣраго вещества головного мозга, одна четвертая часть бѣлаго и одна треть плотныхъ веществъ нервовъ состоятъ изъ протеиновыхъ тѣлъ.

2. Альбуминоидныя вещества. Сюда принадлежатъ нуклеинъ и невнокератинъ.

3. Вещества, содержащія фосфоръ, кромѣ фосфорныхъ бѣлковъ и нуклеина; изъ нихъ важнѣйшія — протангонъ и лецитинъ.

4. Церебрины. Подъ именемъ церебриновъ разумѣются неизвѣстнаго еще и до настоящаго времени состава вещества, содержащія азотъ.

5. Холестеринъ — въ особенно-обильномъ количествѣ находится въ бѣломъ веществѣ мозга.

6. Экстрактивныя вещества. Сюда относятся: креатинъ, ксантинъ, гипоксантинъ, инозитъ, молочная кислота, лейцинъ, мочевиная и мочевиная кислота.

7. Клей и жиръ, входящіе въ составъ, главнымъ образомъ, соединительной ткани мозга.

8. Неорганическія соли.

При сжиганіи плотныхъ веществъ нервныхъ тканей получается зола. Geoghegan нашель, что на 1000 частей плотныхъ веществъ головного мозга приходится 2,9% — 7,1% золы, въ составъ которой входятъ слѣдующія вещества:

K	= 0,6	— 1,7%
Na	= 0,4	— 1,1%
Mg	= 0,0	— 0,07%
Ca	= 0,005	— 0,02%
Cl	= 0,4	— 1,3%
P <sub>2</sub> O <sub>5</sub>	= 0,9	— 2,0%
CO <sub>2</sub>	= 0,2	— 0,7%
SO <sub>3</sub>	= 1,0	— 0,2%
Fe[PO <sub>4</sub> ] <sub>2</sub>	= 0,01	— 0,09%

По Шлоссбергеру сѣрое вещество головного мозга даетъ больше золы, чѣмъ вещество бѣлое, фосфатовъ же меньше; по Петровскому же сѣрое вещество головного мозга содержитъ больше фосфорной кислоты, чѣмъ вещество бѣлое.

*Бѣлковинныя вещества нервныхъ тканей.* Не смотря на то, что бѣлковинныя вещества нервныхъ тканей и въ особенности сѣраго вещества головного мозга имѣютъ, внѣ всякаго сомнѣнія, высокое значеніе въ отправленіяхъ нервныхъ тканей, эти вещества нервной системы изслѣдованы весьма мало. Большинство изслѣдователей довольствуется лишь указаніемъ на то, что въ составъ тканей нервной системы входятъ и бѣлковинныя вещества. Профессоръ

А. Я. Данилевскій первый открылъ присутствіе въ головномъ мозгу фосфористыхъ бѣлковъ и провелъ мысль о функциональномъ ихъ значеніи.

*Фосфоръ-содержащія составныя части нервной ткани.*  
Въ 1864 году Liebreich'у удалось выдѣлить изъ головного мозга вещество, которому онъ далъ названіе протагона. Норре-Seyleг и Дьяконовъ отвергли самостоятельность существованія протагона и рассматривали его, какъ механическую смѣсь фосфоръ-содержащаго жира, лецитина, съ веществомъ, содержащимъ азотъ, и, не содержащимъ фосфора, церебриномъ. Англійскіе изслѣдователи Gamgee и Blankenhorn провѣрили данныя, добытыя Норре-Seyleг'омъ и Дьяконовымъ, и результатомъ этой провѣрки было полное подтвержденіе данныхъ, добытыхъ Liebreich'омъ. Еще позже Baumstark подтвердилъ ошибочность взглядовъ на протагонъ Норре и Дьяконова и упрочилъ за протагономъ Liebreich'a постоянный элементарный составъ.

Thudichum утверждаетъ, что онъ открылъ въ головномъ мозгу три группы фосфоръ-содержащихъ субстанцій:

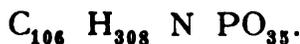
1. Кефалиновую, 2. Міэлиновую и 3. Лецитиновую.

Эти данныя, къ сожалѣнію, еще до сихъ поръ никакъ не провѣрены и у многихъ возбуждаютъ сомнѣнія.

### Элементарный составъ протагона.

<i>Liebreich.</i>	<i>Gamgee</i> и <i>Blankenhorn.</i>	<i>Baumstark.</i>	<i>Kossel.</i>
C = 66,74	66,39	66,53	66,03
H = 11,74	10,69	11,02	10,30
N = 2,80	2,70	2,70	3,15
P = 1,23	1,068	1,049	0,90
O = —	19,462	18,701	0,50

По Gamgee и Blankenhorn'у,



*Лецитинъ.* Лецитинъ находится не только въ нервной ткани, но также и въ другихъ слѣдующихъ тканяхъ:

1. Въ желткѣ куриного яйца (Gobley, Ranke, Норре-Seyleг, Дьяконовъ).

2. Въ кровяныхъ тѣльцахъ (Gobley, Hermann, Норре-Seyleг).

3. Въ спермѣ осетра, въ желчи и молокѣ (Horre-Seyler, Kossel).

4. Въ большихъ количествахъ лецитинъ находится въ растеніяхъ (E. Heckel, F. Schlangenhauffen).

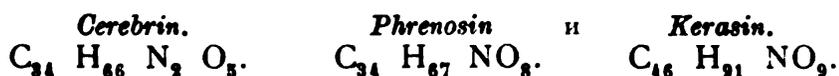
**Холестеринъ.** Холестеринъ находится не только въ нервной ткани, но также въ кровяныхъ тѣльцахъ, въ желчи и въ другихъ тканяхъ и жидкостяхъ.

**Церебрины.** Церебрины образуютъ группу азотъ-содержащихъ веществъ, еще и до настоящаго времени съ химической стороны недостаточно охарактеризованную. Присутствіе церебринъ открыто въ бѣломъ веществѣ мозга, въ желткѣ куриного яйца, въ гнойныхъ тѣльцахъ и въ селезенкѣ (Horre-Seyler).

Формулы церебринъ.



Thudichum выдѣлилъ изъ головного мозга три вещества, которымъ далъ названія:



Gamgee выдѣлилъ вещество, которому далъ названіе Pseudocerebrin =  $C_{44} H_{92} NO_8.$

При кипяченіи съ кислотами церебрины даютъ сахаръ [Thudichum], и этотъ сахаръ есть галактоза [Thierfelder].

Возможно предположить, что существуетъ значительное количество веществъ, извѣстныхъ подъ именемъ церебриновъ; но имѣющіяся въ настоящее время данныя о химической структурѣ этихъ, свободныхъ отъ фосфора, азотъ-содержащихъ, составныхъ частей нервныхъ тканей весьма и весьма неудовлетворительны.

Въ физиологической лабораторіи при Императорскомъ Харьковскомъ университетѣ произведена мною работа по вопросу объ опредѣленіи содержанія воды, фосфора, азота и сѣры въ головномъ мозгу людей, различныхъ по возрасту, полу, роду болѣзней и т. д. Имѣвшійся въ моемъ распоряженіи матеріалъ, о которомъ подробно будетъ сказано ниже, состоялъ изъ головного мозга человѣческихъ зародышей, людей моло-

дыхъ, среднихъ лѣтъ и стариковъ. Опредѣленіе содержанія означенныхъ веществъ производилось мною отдѣльно въ сѣромъ и бѣломъ веществахъ головного мозга, при чемъ сѣрое вещество бралось только изъ коркового слоя, а бѣлое—изъ corpora radiata и corpus callosum.

Такъ какъ въ головномъ мозгу зародышей невозможно путемъ механическимъ отдѣлить сѣрое вещество отъ бѣлаго, то, при опредѣленіи означенныхъ веществъ въ головномъ мозгу зародышей, я бралъ весь большой мозгъ in toto; поэтому, содержаніе воды, фосфора, азота и сѣры въ головномъ мозгу зародышей опредѣлялось въ сѣромъ и бѣломъ веществахъ, взятыхъ вмѣстѣ, при чемъ въ составъ сѣраго вещества входилъ не только корковый слой, но и узлы мозга, а въ составъ бѣлаго—все бѣлое вещество большого мозга.

*Опредѣленіе содержанія воды въ человѣческомъ мозгу.*

При опредѣленіи процентнаго содержанія воды въ головномъ мозгу зародышей я поступалъ слѣдующимъ образомъ: снималъ осторожно твердую и мягкую мозговья оболочки и весь большой мозгъ переносилъ въ ступку, гдѣ растиралъ его до тѣхъ поръ, пока все вещество мозга превращалось въ равномерную-кашицеобразную массу; отъ этой массы отдѣлялъ часть и клалъ въ «приборъ для высушиванія» (два часовыхъ стеклышка, шлифованныхъ другъ къ другу и удерживаемыхъ другъ на другѣ мѣднымъ зажимомъ), предварительно точно взвѣсивъ на химическихъ вѣсахъ; приборъ съ находящимся уже въ немъ веществомъ мозга я снова взвѣшивалъ на химическихъ вѣсахъ и, открывъ приборъ, ставилъ стеклышко съ веществомъ въ воздушную баню, здѣсь, при температурѣ въ 105—110°C., оставлялъ его до тѣхъ поръ, пока повторныя взвѣшиванія не указывали на то, что вѣсъ установился. Для этого обыкновенно требовалось (при высушиваніи головного мозга зародышей), не мене какъ 20—30 ч.

По охлажденіи въ эксикаторѣ, приборъ съ веществомъ снова взвѣшивался и изъ трехъ, такимъ образомъ полученныхъ, числовыхъ данныхъ я вычислялъ процентное содержаніе воды во всемъ органѣ, часть котораго была взята для даннаго изслѣдованія.

При опредѣленіи процентнаго содержанія воды въ головномъ мозгу людей взрослыхъ, я поступалъ въ общемъ такъ-же, какъ и при опредѣленіи воды въ головномъ мозгу

зародышей съ тою лишь разницей, что въ этомъ случаѣ я опредѣлялъ содержаніе воды отдѣльно въ сѣромъ и бѣломъ веществахъ головного мозга, при чемъ сѣрое вещество бралъ исключительно изъ области лѣвыхъ центральныхъ извилинъ, снимая его осторожно платиною пластинкой; бѣлое-же вещество бралъ изъ области сонопа radiata непосредственно подъ мѣстомъ, откуда было взято сѣрое вещество. Для полнаго высушиванія сѣраго вещества требовалось времени при температурѣ 105—110°C., отъ 20 до 30 часовъ, для бѣлаго-же вещества—отъ 30 до 38 часовъ.

Оставшееся вещество головного мозга послѣ опредѣленія процентнаго содержанія воды я подготовлялъ къ опредѣленію въ немъ содержанія фосфора, азота и сѣры, которые опредѣлялъ въ высушенномъ веществѣ и затѣмъ уже перечислялъ на содержаніе ихъ въ веществѣ сыромъ.

Мозгъ зародышей, растертый уже, какъ упомянуто выше, въ равномѣрно-кашицеобразную массу, я переносилъ въ фарфоровыя или стеклянныя чашки и высушивалъ въ воздушной банѣ при температурѣ 105—110°C. въ теченіи 24—45 часовъ; высохшее вещество размельчалъ въ порошокъ и снова высушивалъ до установленія постояннаго вѣса, охлаждалъ надъ сѣрной кислотой и сохранялъ въ тонкостѣнныхъ флаконахъ съ притертою стеклянною пробкой въ эксикаторѣ.

Съ веществомъ мозга людей взрослыхъ я поступалъ нѣсколько иначе. Кладъ мозгъ на большой стеклянный кругъ и водой комнатной температуры очищалъ отъ примѣси крови. Затѣмъ платиною пластинкой снималъ съ большихъ полушарій сѣрое вещество въ возможно наибольшемъ количествѣ и во всей его толщѣ, при чемъ особенно тщательно слѣдилъ за тѣмъ, чтобы къ снимаемому сѣрому веществу не примѣшивались частички бѣлаго; но такъ какъ эта, повидимому совершенно простая, операція нелегко удается, то частички бѣлаго вещества, случайно попадавшія въ общую массу снятаго сѣраго вещества, я извлекалъ потомъ при помощи обыкновеннаго пинцета. Во всякомъ случаѣ тѣ количества бѣлаго вещества, которыя, не смотря ни на какую предосторожность, могли попадать въ общую массу снятаго сѣраго вещества, не могутъ имѣть какого-либо важнаго значенія въ предпринятыхъ мною опытахъ съ сѣрымъ веществомъ мозга вслѣдствіе ихъ относительно крайней незначительности.

Бѣлое вещество мозга бралось, какъ уже было сказано выше, только лишь изъ согопа radiata и corpus callosum. При выдѣленіи бѣлаго вещества изъ этихъ областей никакихъ затрудненій не встрѣчается. При дальнѣйшей обработкѣ сѣраго и бѣлаго вещества, т. е., при превращеніи въ равномѣрно-кашицеобразную массу, при высушиваніи и превращеніи въ порошокъ, я поступалъ съ каждымъ изъ нихъ отдѣльно точно такимъ же образомъ, какъ съ веществомъ мозга зародышей.

Нѣкоторые изъ подвергнутыхъ мною изслѣдованію головныхъ мозговъ взрослыхъ людей были получены въ зимнее время изъ Полтавы; при пересылкѣ ихъ въ Харьковъ не было примѣняемо никакихъ консервирующихъ веществъ, а просто каждый мозгъ съ ненарушенною мягкою мозговою оболочкою клался въ обыкновенный глиняный муравленый горшокъ; стѣнки горшка надъ мозгомъ смачивались нѣсколькими каплями обыкновенной воды, отверстіе закрывалось просаленною бумагой и завязывалось шпагатомъ. Совершенно свѣжій мозгъ на другой день находился уже въ моемъ распоряженіи. Остальное же количество изслѣдованныхъ мною головныхъ мозговъ я получалъ изъ различныхъ врачебныхъ учреждений г. Харькова.

Приготовивъ изложеннымъ образомъ матеріалъ, я приступалъ къ опредѣленію въ немъ процентнаго содержанія фосфора, азота и сѣры.

*Опредѣленіе содержанія фосфора въ человеческомъ головномъ мозгу.*

Изъ разныхъ способовъ количественнаго опредѣленія фосфора я остановился на опредѣленіи его объемнымъ путемъ, а именно при помощи титрованія растворомъ урана, какъ на такомъ способѣ, который при вполнѣ удовлетворительной точности, представляетъ въ то же самое время то преимущество предъ другими способами, что позволяетъ съ меньшею затратой времени произвести въ данное время большее количество анализовъ. Я считалъ себя тѣмъ болѣе въ правѣ воспользоваться именно этимъ способомъ еще и потому, что, на сколько мнѣ извѣстно, физиолого-химическія изслѣдованія, касающіяся количественнаго опредѣленія фосфора, производятся, главнымъ образомъ, именно этимъ способомъ—Hoppe-Seyler, Thierfelder и др.

Принципъ указаннаго способа, разработанный Neubaueг'омъ, основанъ на способности уксусно-кислаго урана давать со свободною фосфорною кислотой такъ точно, какъ и съ подкисленными растворами солей ея, нерастворимую фосфорно-урановую соль, не измѣняющуюся подъ вліяніемъ желтокрываной соли, употребляемой при этомъ способѣ, какъ индикаторъ конца реакціи; даже съ минимальными количествами уксусно-кислаго урана она даетъ явственный красно-бурый осадокъ желѣзисто-синеродистаго урана.

При своихъ опредѣленіяхъ я заготовилъ, по предписанію Neubaueг'a, слѣдующіе растворы:

1. Растворъ свѣже-перекристаллизованнаго и высушеннаго между листами пропускной бумаги фосфорно-кислаго натра въ количествѣ 10,835 grm. на 1 литръ воды; одинъ кубическій сантиметръ этого раствора, по вычисленію, содержитъ 0,002 grm.  $P_2O_5$ . Фосфорно-кислый натръ, необходимый для этого раствора, былъ перекристаллизованъ нѣсколько разъ, а именно до полного удаленія хлора, отсутствіе котораго доказано было пробой съ азотно-кислымъ серебромъ въ растворѣ этой соли, подкисленномъ азотною кислотой. Полученная такимъ образомъ соль тотчасъ-же, послѣ отвѣшиванія нужнаго количества ея, переносилась въ плотно закрывающійся сосудъ, что предохраняло ее отъ потери кристаллизационной воды.

2. Кислый водный растворъ уксусно-кислаго натра, 1 литръ котораго содержалъ 100 grm. уксусно-кислаго натра и 100 к. с. 30% уксусной кислоты.

3. 10% водный растворъ желѣзисто-синеродистаго калия, сохраняющійся постоянно въ темномъ мѣстѣ.

4. Растворъ азотно-урановой соли, полученный раствореніемъ 20,3 grm. продажной окиси урана въ азотной кислотѣ и разведенной водой до одного литра; титръ его устанавливается [см. ниже] такимъ образомъ, что 1 к. с. этого раствора осаждаетъ 0,005 grm.  $P_2O_5$ .

Для установки титра урановаго раствора я бралъ 50 к. с. раствора № 1, и, добавивъ къ нему 5 к. с. раствора № 2, смѣсь нагрѣвалъ до кипѣнія и при этой же температурѣ добавлялъ изъ бюреты раствора урана до тѣхъ поръ, пока капля смѣси, приведенная въ соприкосновеніе съ нѣсколькими каплями раствора желѣзисто-синеродистаго калия на бѣлой фарфоровой пластинкѣ, не давала слабого, но вполне ясно различаемаго буроваго окрашиванія. Этотъ

конецъ реакціи вторично провѣрялся послѣ новаго подогрѣванія смѣси до кипѣнія, и если указанное окрашивание при новой пробѣ не являлось, то снова добавлялось нѣсколько капель раствора урана. Изъ трехъ наиболѣе совпадавшихъ опредѣленій, я бралъ среднее арифметическое, и такъ какъ полученное такимъ образомъ число оказалось ниже числа, предписаннаго Neubauer'омъ, т. е., растворъ оказался крѣпче, чѣмъ того требуетъ Neubauer, то къ оставшемуся раствору уксусно-кислаго урана я добавилъ по расчету необходимое количество воды, затѣмъ вновь титровалъ и, наконецъ, установилъ, что, для полученія вышеуказанной реакціи съ желѣзисто-синеродистымъ калиемъ, на 50 к. с. раствора фосфорно-кислаго натра пошло ровно 20 к. с. урана.

При всѣхъ предпринятыхъ опредѣленіяхъ фосфорной кислоты эта послѣдняя перечислялась мною на элементарный фосфоръ.

*Общій способъ подготовленія матеріала для количественнаго опредѣленія фосфорной кислоты.*

Такъ какъ головной мозгъ содержитъ фосфоръ въ двухъ видахъ, а именно:

- 1) въ соединеніи съ органическими веществами мозга и
- 2) въ видѣ минеральныхъ фосфатовъ, то возможно было-бы опредѣлить фосфоръ головного мозга въ два приема, какъ это и совѣтуетъ Фрезеніусъ, т. е. возможно было-бы извлечь кипящею водою, подкисленною соляною кислотой, минеральные фосфаты, опредѣлить ихъ количество и затѣмъ въ остаткѣ послѣ сожженія его по ниже указанному способу опредѣлить количество фосфора, причитающагося на долю органическихъ веществъ. Но это двойное опредѣленіе, хотя, быть можетъ, и дало-бы указаніе на какую-нибудь закономерность въ распредѣленіи фосфора головного мозга между органическими и минеральными его составными частями, въ данномъ случаѣ оказалось не примѣнимымъ. Дѣло въ томъ, что какъ въ сѣромъ, такъ особенно и въ бѣломъ веществахъ головного мозга находится такое значительное количество жирныхъ субстанцій, что обработка ихъ подкисленною водою, даже многократная, не въ силахъ извлечь изъ нихъ всѣ минеральныя вещества, что, по моему мнѣнію, происходитъ въ силу того, что жиръ мозга, хотя при обработкѣ водою отчасти и выдѣляется въ видѣ капель, но значитель-

ное количество его, облекая частички бѣлковаго вещества, спекшагося подѣ вліяніемъ высокой температуры, также необходимой при подобнаго рода анализахъ, препятствуетъ проникновенію въ указанные свертки водной жидкости. Въ силу сейчасъ указанныхъ неудобствъ указанія Фрезениуса, вполне примѣнимыя при подходящихъ условіяхъ, оказались, при опредѣленіи фосфорной кислоты въ головномъ мозгу, совершенно не примѣнимыми. Поэтому я опредѣлялъ здѣсь количество фосфора, какъ минеральнаго, такъ и входящаго въ составъ органическихъ веществъ мозга, суммарно. Что касается подготовленія матеріала для опредѣленія въ немъ фосфора, то изъ многочисленныхъ предложенныхъ для этой цѣли способовъ, я остановился на способѣ подготовленія его такъ называемымъ «сухимъ путемъ», а именно—на способѣ, предложенномъ Либихомъ для опредѣленія фосфора въ органическихъ не летучихъ веществахъ. Способъ этотъ, какъ извѣстно, состоитъ въ томъ что берутъ извѣстное количество очищеннаго ѣдкаго кали, прибавляютъ  $\frac{1}{8}$  часть по вѣсу чистой селитры и нѣсколько капель воды; смѣсь плавятъ въ серебряной чашкѣ и, послѣ охлажденія расплавленной массы, прибавляютъ къ ней отвѣшенное количество изслѣдуемаго вещества и вновь расплавляютъ при помѣшиваніи серебряною пластинкой. Этотъ способъ, при примѣненіи его къ сжиганію вещества головного мозга, представляетъ слѣдующія неудобства: при нагрѣваніи означеннаго охлажденнаго сплава ѣдкаго кали и селитры съ веществомъ мозга смѣсь начинала, даже при самомъ медленномъ и постепенномъ нагрѣваніи, сильно пѣниться, переходя края чашки и разбрызгиваясь, при чемъ, естественно, происходила значительная потеря вещества. Поэтому я пытался видоизмѣнить этотъ способъ въ томъ направленіи, что въ расплавленную смѣсь ѣдкаго кали и селитры я вносилъ данную навѣску вещества на серебряной пластинкѣ небольшими порціями; но и при этомъ потеря вещества не устранялась: я, да и никто вообще, думаю, не можетъ поручиться, что при перенесеніи мелкими порціями, несмотря на всѣ предосторожности, не будетъ утеряна часть анализируемаго вещества. Указанныя неудобства заставили меня нѣсколько уклониться отъ способа Либиха въ томъ направленіи, что я, вмѣсто ѣдкаго кали, началъ употреблять соду, которая въ данномъ случаѣ имѣетъ то преимущество, что не такъ быстро, какъ ѣдкое кали, обмыливаетъ жиры, но въ то-же самое время,

въ соединеніи съ селитрой, при накаливаніи, совершенно разрушаетъ органическія вещества и вполнѣ переводитъ фосфоръ въ соль  $H_3PO_4$  безъ явленій вспучиванія и разбрызгиванія. При сжиганія вещества мозга со смѣсью соды и селитры я получалъ  $P_2O_5$  въ среднемъ больше по 0,1%—0,15%, чѣмъ при сжиганіи съ ѣдкимъ кали и селитрой. при чемъ указанное увеличеніе я отношу всецѣло на счетъ вещества, сохраняющагося при этомъ способѣ сжиганія отъ разбрызгиванія плавящейся массы.

Употребленныя мною сода и селитра были химически чисты (препараты Kahlbaum'a); при испытаніи онѣ оказались не содержащими даже слѣдовъ фосфорной кислоты.

На одну часть селитры я бралъ три части «вывѣтренной» соды—при такомъ соотношеніи получается легкоплавкая смѣсь. Эту смѣсь я употреблялъ всегда въ количествѣ, превышавшемъ навѣску въ десять разъ,—это количество, по моимъ опытамъ, оказалось вполнѣ достаточнымъ для полного сжиганія органическихъ веществъ мозга и для полного переведенія фосфора въ его высшее кислородное соединеніе, т. е., въ кислоту орто-фосфорную, которая, въ присутствіи соды, переходитъ въ фосфорно-натріевую соль. Накаиваніе смѣси соды и селитры я производилъ всегда до тѣхъ поръ, пока получалась совершенно прозрачная, безцвѣтная масса. Упоминаю объ этомъ въ виду того, что если, по моимъ наблюденіямъ, прекратить накаиваніе тогда, когда масса уже расплавилась, но еще продолжаетъ пѣниться, то хотя, повидимому, и получается безцвѣтная и однородная масса, однако въ ней весьма часто при этихъ условіяхъ находятся еще частички угля, что замѣчается уже по раствореніи расплавленной и охлажденной смѣси, т. е., тогда, когда уже нѣтъ возможности исправить недосмотръ.

По охлажденіи сплава, я растворялъ его въ водѣ, подкисленной соляною кислотой, при чемъ особенное вниманіе обращалъ на то, чтобы бурно выдѣляющаяся углекислота не уносила съ собой частичекъ жидкости; съ этою цѣлю я, растворивъ предварительно сплавъ въ горячей дистиллированной водѣ, переливалъ растворъ въ колбу вмѣстѣ съ водой, служившею для споласкиванія тигля. Поставивъ затѣмъ колбу въ наклонномъ положеніи, я подкислялъ растворъ соляною кислотой и, по прекращеніи выдѣленія углекислоты, нагрѣвалъ жидкость, количество которой доводилъ до 50 к. с., до кипѣнія, затѣмъ приливалъ 5 к. с. раствора уксусно-

кислаго натра и приступалъ къ титрованію. Концемъ реакціи служило первое слабое окрашиваніе, не исчезавшее при новой пробѣ послѣ вторичнаго нагрѣванія раствора до кипѣнія, одинаковой интенсивности съ тѣмъ окрашиваніемъ, которое служило мнѣ руководствомъ при установкѣ титра урана. Число кубическихъ сантиметровъ раствора урана, отлитыхъ до появленія означеннаго окрашиванія, я умножалъ на 0,005 и, такимъ образомъ, получалъ количество  $P_2O_5$ , соотвѣтствовавшее взятой навѣскѣ. Затѣмъ дѣлалъ перечисленіе на элементарный фосфоръ.

*Опредѣленіе общаго количества азота въ человѣческомъ головномъ мозгу.*

При физиолого-химическихъ изслѣдованіяхъ съ цѣлью опредѣленія количества азота, входящаго въ составъ органическихъ веществъ, имѣющихъ весьма часто чрезвычайно сложный составъ, какъ, на примѣръ, животныхъ тканей, пищевыхъ веществъ и выдѣленій, когда требуется цѣлая серія опредѣленій,—давно уже назрѣла потребность въ выработкѣ такого способа, который, представляя возможно большую простоту въ исполненіи, вмѣстѣ съ тѣмъ обладалъ бы достаточною точностью. Болѣе удовлетворяющимъ этимъ требованіямъ признается въ настоящее время способъ Къельдаль-Вильфарта. Къельдаль, для разрушенія органическихъ веществъ, предложилъ крѣпкую сѣрную кислоту вмѣстѣ съ марганцово-кислымъ кали, и амміакъ, образовавшійся послѣ полного разрушенія органическихъ веществъ, выдѣлялъ при помощи ѣдкаго кали. Вильфартъ предложилъ вмѣсто марганцово-кислаго кали употреблять металлическую ртуть, при помощи которой разрушеніе органическихъ веществъ идетъ значительно быстрѣе; далѣе, вмѣсто чистой сѣрной кислоты Вильфартъ предложилъ употреблять смѣсь ея съ фосфорнымъ ангидридомъ. Способъ Къельдаль-Вильфарта тщательно провѣренъ и детально пополненъ въ позднѣйшее время П. Аргутинскимъ. Въ этомъ послѣднемъ видѣ способъ Къельдаль-Вильфарта представляетъ большія преимущества въ сравненіи со всѣми, практиковавшимися до сихъ поръ, способами количественнаго опредѣленія азота, и преимущества эти заключаются, съ одной стороны, въ быстротѣ окисленія анализируемаго вещества, а съ другой стороны, въ точности получаемыхъ результатовъ. Вотъ почему я рѣшилъ остановить-

ся на этомъ послѣднемъ способѣ количественнаго опредѣленія азота.

Для количественнаго опредѣленія азота по указанному способу необходимы слѣдующіе реактивы и аппараты:

1. Растворъ 200 гтм.  $P_2O_5$  въ одномъ литрѣ свободной отъ амміака сѣрной кислоты [препаратъ Kahlbaum'a].

2. Растворъ свободного отъ амміака ѣдкаго кали [препаратъ Kahlbaum'a] въ пропорціи 81 : 300 воды.

Предварительнымъ опытомъ, при помощи лакмусовой бумажки, опредѣляется количество ѣдкаго кали, необходимое для подщелоченія опредѣленнаго количества смѣси сѣрной кислоты и фосфорнаго ангидрида.

3. Растворъ 100 гтм. сѣрнистаго калия въ 150 к. с. воды.

4. Металлическая ртуть въ бюретѣ.

5. Прокаленный талькъ.

6. Настойка кошенили—3 гтм. на 250 к. с. слабаго спирта.

7. Децинормальный растворъ сѣрной кислоты. 1 к. с. этого раствора содержитъ 0,0098 сѣрной кислоты.

8. Титрованный растворъ ѣдкаго кали; 1 к. с. этого раствора содержитъ 0,0112 ѣдкаго кали, эквивалентныхъ 0,0034  $NH_3$  или 0,0028 N.

9. Кругловидныя туго-плавкаго стекла колбы для сжиганія.

10. Кругловидныя дестилляціонныя колбы.

11. Холодильники со «змѣвиками».

12. Трубки Пеллиго.

#### *Установка титровъ сѣрной кислоты и ѣдкаго кали.*

Для установки титра сѣрной кислоты растворъ десяти гтм. ея въ одномъ литрѣ воды я титровалъ помощію отвѣшеннаго количества чистаго углекислаго натра, употребляя въ качествѣ индикатора настойку кошенили. Для этого я бралъ 50 к. с. вышеупомянутаго раствора сѣрной кислоты, добавлялъ 20 капель настойки кошенили и получающуюся при этомъ золотисто-желтую жидкость титровалъ растворомъ опредѣленнаго количества чистой соды до тѣхъ поръ, пока золотисто-желтый цвѣтъ жидкости переходилъ въ нѣжно-розовый безъ малѣйшаго оттѣнка желтизны. Изъ трехъ анализовъ я бралъ среднее ариѳметическое и, вычисливъ крѣпость этого раствора сѣрной кислоты, добавлялъ воды до полученія десятичнаго раствора, что вновь устанавливалъ

титрованіемъ растворомъ угле-кислаго натра. Полученный такимъ образомъ растворъ содержалъ въ 1 к. с. 0,0098 grm. сѣрной кислоты.

Имѣя децинормальный растворъ сѣрной кислоты, я приготовилъ титрованный растворъ ѣдкаго кали, который былъ установленъ такимъ образомъ, что 1 к. с. его нейтрализовалъ ровно 1 к. с. раствора сѣрной кислоты и, стало бытъ, содержалъ 0,0112 grm. ѣдкаго кали. Установка эта была произведена титрованіемъ при помощи вышеупомянутаго индикатора, т. е., настойки кошенили. Затѣмъ я приступалъ къ анализу, который производился въ слѣдующемъ порядкѣ. Навѣску вносилъ въ сжигательную колбу, сюда добавлялъ 0,1 к. с. металлической ртути, 25 к. с. смѣси сѣрной кислоты [1 литръ] и фосфорнаго ангидрида [200 grm.] и начиналъ сначала легко, а потомъ усиленно подогрѣвать колбу; подогрѣваніе продолжалось до полного обезцвѣчиванія содержимаго колбы, на что, при моихъ опытахъ, требовалось времени около одного часа; гасилъ затѣмъ пламя и, спустя 20—25 минутъ, въ теченіи которыхъ содержимое колбы успѣвало охладиться, я переливалъ обезцвѣтившуюся жидкость тонкою струей въ дестилляціонную колбу, въ которую предварительно вливалъ 100—150 к. с. дестиллированной воды; сжигательную колбочку споласкивалъ 2—3 раза дестиллированной водой, которую выливалъ въ дестилляціонную-же колбу, такъ что общее количество воды въ дестилляціонной колбѣ равнялось 150—200 к. с. Затѣмъ въ ту-же дестилляціонную колбу вливалъ  $\frac{2}{3}$  всего количества раствора ѣдкаго кали [81:300], необходимаго для нейтрализаціи смѣси сѣрной кислоты и фосфорнаго ангидрида, внесенной съ навѣской и ртутью въ сжигательную колбочку. Затѣмъ, къ содержимому дестилляціонной колбы добавлялъ прокаленного талька въ количествѣ около одной чайной ложечки; смѣсь взбалтывалъ и оставлялъ въ покоѣ до полного охлажденія. Въ это время въ трубку Пеллиго вливалъ 50 к. с. назначеннаго для титрованія децинормальнаго раствора сѣрной кислоты и соединялъ ее съ другимъ концомъ холодильника. По охлажденіи содержимаго дестилляціонной колбы, добавлялъ сюда остальную треть вышеупомянутаго раствора ѣдкаго кали и 12—15 к. с. раствора сѣрнистаго калия, смѣсь быстро взбалтывалъ, дестилляціонную колбу соединялъ съ холодильникомъ и начиналъ подогрѣвать ее сначала слабо, а потомъ сильнѣе. Когда содержимое трубки Пеллиго уве-

личивалось до 150—200 к. с., на что требовалось обыкновенно 35—40 минутъ, я снималъ ее и гасилъ пламя подъ дестилляціонной колбой. Содержимое трубки Пеллиго переливалъ въ стаканъ, подкрашивалъ настойкой кошенили и приступалъ къ титрованію растворомъ ѣдкаго кали. Число кубическихъ сантиметровъ ѣдкаго кали, прибавленное до появленія характернаго розоваго окрашиванія, я вычиталъ изъ 50; полученное число умножалъ на 0,0028 и, такимъ образомъ, получалъ количество азота, соотвѣтствовавшее взятой навѣскѣ.

*Опредѣленіе содержанія сѣры въ человеческомъ головномъ мозгу.*

Такъ какъ головной мозгъ содержитъ сѣру въ двухъ видахъ, а именно:

- 1) въ соединеніи съ органическими веществами мозга и
- 2) въ видѣ минеральныхъ сульфатовъ, то правильнѣе было-бы опредѣлить сѣру въ два приема; но количество минеральныхъ сульфатовъ головного мозга настолько незначительно, что всѣ изслѣдователи игнорируютъ ихъ и, при опредѣленіяхъ количества сѣры въ головномъ мозгу, принимаютъ за общее количество сѣры въ головномъ мозгу лишь сѣру, находящуюся въ соединеніи съ органическими веществами мозга.

Количественное опредѣленіе сѣры возможно производитъ объемнымъ и вѣсовымъ путями. Я, при предпринятыхъ мною изслѣдованіяхъ, пользовался путемъ вѣсового опредѣленія, какъ болѣе точнаго.

Для разрушенія органическаго вещества мозга я сжигалъ его со смѣсью соды [3 ч.] и селитры [1 ч.], свободныхъ отъ сѣры [я пользовался препаратами Kahlbaum'a]. Указанную смѣсь я бралъ всегда въ количествѣ, превышавшемъ навѣску въ 10 разъ; такое именно количество ее бралъ по причинамъ, выясненнымъ мною при описаніи способа опредѣленія фосфора.

Опредѣленіе сѣры по этому способу производилось мною въ слѣдующемъ порядкѣ: навѣску я смѣшивалъ съ половиной отвѣшеннаго количества смѣси соды и селитры, растиралъ въ агатовой ступкѣ, которую затѣмъ нѣсколько разъ «смывалъ» частями второй половины отвѣшеннаго количества смѣси соды и селитры; все это вносилъ въ платиновый

тигель и сжигалъ. По охлажденіи сплава, я растворялъ его въ водѣ, подкисленной соляною кислотою, при чемъ особенное вниманіе обращалъ на то, чтобы бурно выдѣляющаяся углекислота не уносила съ собой частичекъ жидкости; съ этою цѣлью я принималъ мѣры, описанныя мною при раствореніи сплава, назначавшагося для опредѣленія въ немъ фосфора. Затѣмъ приливалъ 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> раствора хлористаго барія до тѣхъ поръ, пока жидкость не переставала мутиться; переносилъ затѣмъ на водяную баню и подогрѣвалъ здѣсь до тѣхъ поръ, пока жидкость не просвѣтлялась и осадокъ не падалъ на дно. Затѣмъ, для полного осажденія оставлялъ жидкость въ покоѣ до слѣдующаго дня. На слѣдующій день, т. е., по истеченіи въ среднемъ 12—15 часовъ, декантировалъ жидкость и осадокъ нѣсколько разъ промывалъ кипящею дистиллированою водою, которую по стеклянной палочкѣ сливалъ на шведскій фильтръ, вѣсъ золы котораго извѣстенъ, и затѣмъ сюда-же переносилъ весь осадокъ и уже на фильтрѣ снова промывалъ его кипящею дистиллированою водою до тѣхъ поръ, пока промывная вода не давала болѣе муты при прибавленіи слабаго раствора азотно-кислаго серебра. Затѣмъ воронку съ фильтромъ переносилъ въ воздушную баню и здѣсь оставлялъ до полного высыханія фильтра. Осадокъ затѣмъ снималъ легкимъ треніемъ другъ о друга стѣнокъ фильтра и вносилъ его въ предварительно прокаленный и взвѣшенный на химическихъ вѣсахъ платиновый тигель; фильтръ-же, обмотавъ платиновою проволокою, впаянною въ стеклянную палочку, осторожно сжигалъ надъ платиновымъ тиглемъ; золу вносилъ въ упомянутый тигель, смачивалъ ее одною каплей соляной кислоты и одною—двумя каплями разведенной сѣрной;—соляная кислота въ данномъ случаѣ прибавляется съ цѣлью узнать, не перешелъ ли сѣрнокислый баритъ, подъ вліяніемъ угля фильтра, въ сѣрнистый барій [послѣднее я узнавалъ по характерному запаху сѣроводорода], а сѣрная кислота—для переведенія образовавшагося при этомъ хлористаго барія въ сѣрнокислый баритъ.—Затѣмъ, прокаливалъ содержимое тигля, охлаждалъ въ эксикаторѣ и взвѣшивалъ. Изъ полученнаго вѣса вычиталъ вѣсъ тигля и вѣсъ золы фильтра, при чемъ полученная разность указывала на количество сѣрно-кислаго барита, соотвѣтствовавшаго данной навѣскѣ. Затѣмъ дѣлалъ перечисленіе сѣрнокислаго барита на элементарную сѣру.

## Аффектъ и преступленіе.

(Судебно-психіатрической анализъ).

А. А. Петровъ.

«Къ числу трудныхъ судебно-психіатрическихъ вопросовъ относится вопросъ объ аффектѣ, какъ объ условіи невмѣняемости. Несмотря на то, что этотъ терминъ пользуется въ обществѣ большою популярностью, понятія о немъ все-таки еще весьма сбивчивы» (Я. А. Боткинъ) <sup>1)</sup>. И дѣйствительно: понятія объ аффектѣ «все-таки еще весьма сбивчивы» и не въ обществѣ только, гдѣ терминъ этотъ пользуется большою популярностью, но и въ средѣ специалистовъ и судебныхъ врачей, какъ это будетъ видно изъ разбора излагаемаго судебно-психіатрическаго случая, представляющаго яркій, весьма рельефный образчикъ аффекта изъ живой дѣйствительности, а не изъ фантазіи хотя бы и величайшаго писателя. Анализируя преступленіе Позднышева, Я. А. Боткинъ пришелъ къ заключенію, что преступленіе это совершено въ состояніи *физиологическаго* аффекта и что нашъ коронный Судъ безъ присяжныхъ, приѣнявъ къ Позднышеву 5 п. 134 ст. Улож. о Наказ., призналъ бы: преступленіе совершеннымъ въ сильномъ раздраженіи, а Позднышева отвѣтственнымъ за преступленіе, виновнымъ, но заслуживающимъ снисхожденія. Врядъ ли съ этимъ можно согласиться. Прежде всего для анализа въ повѣсти недостаетъ многихъ данныхъ, какъ со стороны психіатрическаго изслѣдованія, такъ и со стороны изслѣдованія нервной системы, а равно недостаточны анамнестическія данныя, выясняющія существенные вопросы о наслѣдственности и прежней за-

<sup>1)</sup> Я. А. Боткинъ, Преступный аффектъ, какъ условіе невмѣняемости, 1893.

болѣваемости. Если ужъ необходимо высказаться при наличности данныхъ повѣсти, то не будетъ ли болѣе близко къ истинѣ слѣдующее заключеніе:

Позднышевъ совершилъ преступленіе въ состояніи *патологическаго* аффекта, возникшаго на почвѣ элементарныхъ психическихъ разстройствъ въ видѣ насильственныхъ представленій подозрительности, ревности, появляющихся обыкновенно во второмъ періодѣ психической нейрастеніи; а такъ какъ эти насильственные представленія подѣ конецъ приняли устойчивую форму бреда ревности, то необходимо допустить начало формальнаго психоза—первичнаго помѣшательства, именно тотъ видъ его, который Итальянской психіатрической школой описывается подѣ именемъ *Paranoia rudimentaria* [Morselli <sup>1</sup>), Ventra <sup>2</sup>), Apollonio <sup>3</sup>)] и который Westphal называетъ абортивнымъ первичнымъ помѣшательствомъ. Что насильственные представленія переходятъ въ безумныя идеи паранойка указано также П. И. Ковалевскимъ <sup>4</sup>), который въ другомъ мѣстѣ опредѣляетъ самый механизмъ, трансформирующій насильственные идеи въ безумныя <sup>5</sup>). Въ данномъ случаѣ переходъ этотъ очевидно совершился непосредственно: неосновательное подозрѣніе, къ которымъ весьма склонны обидчивые, подозрительные, неустойчивые въ своихъ сужденіяхъ нейрастеніки, превращается въ насильственное представленіе, сознаваемое больнымъ сначала за бессмысленное; мало по малу оно ассимилировалось съ другими представленіями, ассоціировалось съ ними и вошло въ сознаніе, какъ дѣйствительное и правильное съ точки зрѣнія больного.» Я во все время моей женатой жизни никогда не переставалъ испытывать терзанія ревности. Но были періоды, когда я особенно рѣзко страдалъ этимъ.» Вѣдь Позднышевъ не старается въ своей исповѣди оправдаться, стало быть заподозрѣть его въ умышенномъ приписываніи себѣ страданій нѣтъ ни малѣйшаго основанія. Но можетъ быть въ его жизни были дѣй-

<sup>1</sup>) Morselli, Rivista Sper. di freniatria, 1886.

<sup>2</sup>) Ventra, Il manicomio, 1889, № 1.

<sup>3</sup>) Apollonio, La paranoia rudimentaria, 1889.

<sup>4</sup>) П. И. Ковалевскій, Судебно-психіатрическіе анализы, т. II.

<sup>5</sup>) П. И. Ковалевскій, Психіатрія, т. II.

ствительныя причины, заставляющія его переживать муки ревности. Посмотримъ: когда доктора запретили женѣ кормить ребенка, онъ особенно ревновалъ ее въ это время, во-первыхъ потому, «что жена испытывала свойственное матери безтокойство», во-вторыхъ—онъ «справедливо, хотя и безсознательно заключилъ, что ей легко будетъ отбросить супружескую обязанность, тѣмъ болѣе что она была здорова». Что это за причина? Что это за ревность? Мы не можемъ говорить здѣсь о тѣхъ неприятныхъ самоощущеніяхъ, которыя весьма понятны при наличности данныхъ думать и даже только подозрѣвать, что жена измѣняетъ. Вышеприведенныя причины, на которыя указываетъ Позднышевъ — а изъ повѣсти другихъ не видно—прямо говорятъ за самоощущенія, начало которыхъ не въ внѣшнемъ мірѣ, а въ мыслительной дѣятельности самого Позднышева. Здѣсь первично и самостоятельно появляется парциальное нарушеніе мыслительной дѣятельности и только когда эти нарушенія приняли устойчивое опредѣленное состояніе (измѣна со стороны жены супружескому долгу), только тогда появляются муки ревности, совершенно непонятныя, при всякомъ другомъ объясненіи. Нарушеніе въ сферѣ самоощущеній и самое аффективное состояніе—суть явленія послѣдовательныя, вторичныя, вытекающія изъ безумныхъ идей паранойка. Такое состояніе относится ко времени послѣ рожденія перваго ребенка, т. е. далеко до совершения преступленія. Позднышевъ остается въ тѣхъ же условіяхъ, при которыхъ возникла болѣзнь; по этому самому болѣзнь не могла не прогрессировать. И дѣйствительно: не задолго до преступленія къ безумнымъ идеямъ присоединяются яркія галлюцинаціи все изъ того же микрокосма, въ которомъ сосредоточивается вся болѣзненная душевная дѣятельность человѣка. «Съ тѣхъ поръ какъ я сѣлъ въ вагонъ, я уже не могъ владѣть своимъ воображеніемъ. и оно, не переставая, съ необычайной яркостью начало рисовать мнѣ разжигающія мою ревность картины, одну за другой и все о томъ же»; «чѣмъ болѣе я созерцалъ эти воображаемыя картины, тѣмъ болѣе я вѣрилъ въ ихъ дѣйствительность». Ассоціація идей, какъ изъ настоящаго (область запоминанія), такъ и изъ прошлаго (область припоминанія) не выходитъ изъ заколдованнаго круга однимъ

и того же ряда представленій. Наконецъ, самое преступленіе и приготовленія къ нему по прїѣздѣ съ вокзала носятъ на себѣ въ высшей степени характерныя для преступленія паранойка слѣды обдуманнаго дѣйствія. Я припоминаю случай изъ практики моего глубокоуважаемаго учителя проф. П. И. Ковалевскаго: почтенный въ городѣ человекъ лечится въ поликлиникѣ, не желая подвергаться леченію въ заведеніи, такъ какъ это обстоятельство могло бы повредить ему на общественно-служебномъ поприщѣ. Въ одинъ изъ своихъ визитовъ къ профессору больной объявляетъ, что завтра утромъ онъ отправится къ высокопоставленному административному лицу въ прїемный часъ и уложитъ его на мѣстѣ приготовленнымъ для этой цѣли револьверомъ; такое дѣяніе поручило ему выполнить «общество спасителей отечества», дѣятельными членами котораго между другими извѣстными въ городѣ лицами состоитъ и самъ профессоръ. Револьверъ былъ отобранъ и мѣры предупрежденія приняты. Это яркій образчикъ обдуманнаго преступленія паранойка; въ немъ нѣтъ мѣста чувству: это чисто разсудочный актъ, правильно съ формальной логической стороны обоснованный и хорошо обдуманный на основаніи безумныхъ идей, характеризующихъ разстройство мыслительной дѣятельности и безучастіе чувственной стороны. Такъ какъ нарушеніе мыслительной способности у Позднышева выразилось въ формѣ безумныхъ представленій, касающихся самаго интимнаго ядра личности его, то понятна вызванная этими представленіями масса отрицательныхъ ощущеній, сообщавшихъ Позднышеву гнѣвное и аффективное настроеніе, на высотѣ развитія котораго и было совершено преступленіе. Стало-быть, нося всѣ признаки обдуманнаго дѣйствія, преступленіе совершено было не безъ участія чувственныхъ эмоцій. Такое теченіе заболѣванія даетъ указаніе на дегенеративную основу его (чему не противорѣчитъ и весь характеръ Позднышева), такъ какъ благопріобрѣтенная нейрастенія порождаетъ обыкновенно инаниціонныя психозы во главѣ съ аменціей. Провѣрить это нѣтъ возможности, какъ какъ Л. Н. Толстой писалъ повѣсть, по замыслу которой не было надобности посвящать насъ въ грѣхи предковъ Позднышева, а напротивъ, желательно было показать героя, какъ про-

дуктъ современной общественно-сѣмьейной неурядицы. Но какъ талантливый писатель, онъ нарисовалъ намъ (самъ того не подозревая) на столько вѣрный психопатологическій типъ, что неизвѣстныя анамнестическія частности не затемняютъ все-таки основной характеръ психопатологической натуры. Не входя въ детальный анализъ преступленія Позднышева, я желалъ только показать, что заключенія автора не безусловны и что коронный судъ на этотъ разъ былъ бы солидаренъ съ судомъ присяжныхъ, если бы заключеніе о вѣняемости Позднышева было построено по бѣгло набросанному мною плану, по которому преступленіе это предусмотрено 3 п. 92 ст. Улож. о Наказ., гдѣ говорится: «не вѣняется въ вину содѣянное по припадкамъ болѣзни, приводящимъ въ умозступленіе или совершенное безпамятство». А бредовыя идеи ревности—припадокъ паранойи—служили базисомъ и стимуломъ къ совершенію преступленія. Новѣйшія изслѣдованія по вопросу о бредѣ ревности у мужчинъ Краффтъ-Эбинга <sup>1)</sup> привели этого опытнаго наблюдателя къ тому положенію, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ физической основой бреда ревности служатъ разстройства въ половой сферѣ и что 80% фиксированныхъ бредовыхъ идей ревности встрѣчается при хроническомъ алкоголизмѣ. Оба названые этиологическіе моменты имѣютъ мѣсто по отношенію къ Позднышеву, насколько можно судить по даннымъ повѣсти. Съ 14 лѣтъ герой занимался онанизмомъ, какъ видно это изъ его признанія въ началѣ IV гл., приписывая этотъ порокъ 99 изъ сотни нашихъ мальчиковъ (такая свобода обращенія съ цифрами вполне понятна у Позднышева и ему простибельна, но то, что простибельно Позднышеву, нельзя не вѣннить въ вину этически развитому писателю). Черезъ 1½ года послѣ того, какъ Позднышевъ «былъ развращенъ и въ воображеніи и въ дѣйствительности», и погибъ одинъ, но еще не налагая руки на другое человеческое существо» студентъ весельчакъ, «выучившій насъ и пить, и въ карты играть, уговорилъ послѣ попойки ѣхать въ домъ терпимости. Такимъ образомъ съ 15 лѣтъ Позднышевъ начинаетъ жить поло-

<sup>1)</sup> Krafft-Ebing, Ueber Eifersuchtswahn beim Manne. Jahrbücher f. psychiat. X, 2—3.

вой жизнью, играть въ карты и пить. Указанные моменты составляютъ этиологію заболѣванія, разыгравшагося на дегенеративной почвѣ, и характеризующагося со стороны эмоціональной — аффектами, во время одного изъ которыхъ совершено убійство. Все это, по моему, характерно для психопатологіи и несовмѣстимо съ психофизиологіей.

Такое неодинаковое пониманіе аффекта и его судебно-медицинскаго значенія дѣлаетъ настоящее сообщеніе своевременнымъ независимо отъ клиническаго интереса, какъ рѣзко выраженнаго, въ высокой степени демонстративнаго случая истеро-эпилепсін. Я считаю анализъ дѣйствительныхъ преступленій и наблюденіе живыхъ объектовъ единственнымъ возможнымъ для серьезнаго изслѣдованія вопросовъ судебной психопатологіи матеріаломъ, правда менѣе эффектнымъ, но всегда болѣе продуктивнымъ, чѣмъ созданія даже величайшихъ писателей, которыя, представляя явленія типичныя, лишены реальной индивидуальности, настолько сильно влияющей на возникновеніе аффектовъ и на характеръ внѣшняго проявленія ихъ, что никакой шаблонъ, какъ бы онъ ни былъ хорошъ, не въ состояніи обрисовать полностью аффекта.

Излагая настоящій случай, я коснусь тѣхъ затрудненій и неудобствъ, которыя встрѣчаетъ врачъ въ каждомъ случаѣ наблюденія надъ «испытуемыми», присылаемыми въ психіатрическія больницы судомъ для опредѣленія душевнаго состоянія подсудимыхъ. Громадное большинство этихъ затрудненій вытекаетъ изъ неполноты законоположеній, касающихся этого предмета, и легко могутъ быть устранены, если судъ вмѣстѣ съ испытуемымъ будетъ присылать и всѣ имѣющіяся о немъ свѣдѣнія, т. е. цѣликомъ предварительное слѣдствіе, что въ однихъ мѣстахъ дѣлается, въ другихъ — нѣтъ, такъ какъ прямыхъ указаній на это въ законѣ не имѣется. Прошу представить, насколько затрудняется наблюденіе, а слѣдовательно, и возможность дать заключеніе — при такихъ обстоятельствахъ:

1-го мая настоящаго года состоялось опредѣленіе Смоленскаго окружнаго суда по уголовному отдѣленію: «крестьянку Орловской губерніи, Малоархангельскаго уѣзда, деревни Никитовки, Ав-

дотью Б—ву, 20 лѣтъ, обвиняемую въ убійствѣ крестьянки Т—вой. подвергнуть испытанію въ психіатрическомъ отдѣленіи Смоленской губернской земской больницы въ теченіи одного мѣсяца», а 11-го мая подслѣдственная арестантка Авдотья Б—ва была доставлена изъ Смоленской тюрьмы въ психіатрическое отдѣленіе. Изъ копій опредѣленія суда (приведенной дословно), видно, что присланная на испытаніе совершила убійство, а изъ отношенія за № 999 начальника Смоленской тюрьмы—что она «подслѣдственная арестантка», т. е. что, находясь подъ слѣдствіемъ, она, до поступленія въ больницу, содержалась въ тюрьмѣ. Эти двѣ бумажки, съ изложенными выше свѣдѣніями о поступившей— весь матеріалъ, данный для «испытанія».

Когда, гдѣ, при какихъ условіяхъ, по какимъ побужденіямъ совершено преступленіе, какъ жила преступница до совершенія преступленія, долго ли она несла тяготу тюремной жизни— всѣ эти вопросы, точно разрѣшенные предварительнымъ слѣдствіемъ, судъ не считаетъ необходимымъ сообщить врачу, которому поручаетъ «подвергнуть испытанію» преступницу. Если анамнезъ душевныхъ больныхъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ приходится получать не отъ самого больного, а отъ лицъ, близко знающихъ его,—и это желательно даже въ томъ случаѣ, когда способность припоминанія у больного intactна,—то анализъ подсудимыхъ необходимо долженъ сообщаться судебнымъ вѣдомствомъ, ибо искаженіе фактовъ изъ собственнаго прошлаго возможно здѣсь и по болѣзни въ однихъ случаяхъ (амнезія), и по весьма понятному побужденію—выставить свои дѣйствія въ желательномъ свѣтѣ—въ другихъ случаяхъ. Въ интересахъ выясненія истины, судъ долженъ въ каждомъ случаѣ испытанія сообщать всѣ, ниѣющіяся у него объ испытуемомъ свѣдѣнія и этимъ самымъ помогать испытующему врачу, давая для сужденія цѣнный фактический матеріалъ въ видѣ предварительнаго слѣдствія. Такое отношеніе судебныхъ властей согласно 341 ст. Уст. Угол. Судопр. признается нашимъ законодательствомъ правильнымъ и даже обязательнымъ по отношенію къ судебно-медицинскому осмотру. Въ силу этой статьи, «судебный слѣдователь сообщаетъ врачу, по его требованію.

тѣ изъ имѣющихся о мертвомъ тѣлѣ свѣдѣнія, которыя могутъ служить указаніемъ, на что врачъ долженъ при вскрытіи тѣла обратить особое вниманіе». По отношенію къ свидѣтельствуванію обвиняемаго, который «не имѣетъ здраваго разсудка или страдаетъ умственнымъ разстройствомъ» (353 ст.) ни одна статья Устава Угол. Судопр. не высказывается такъ опредѣленно ясно въ смыслѣ сообщенія врачу свѣдѣній, добытыхъ слѣдствіемъ. Произошло это, судя по редакціи всѣхъ относящихся сюда статей (353—356), потому, что предполагалось достаточнымъ одного свидѣтельствуванія подсудимаго для установленія ненормальности его душевныхъ способностей. Практика показала однако, что это не такъ просто, и судъ, не довольствуясь единичнымъ свидѣтельствуваніемъ, во многихъ случаяхъ считаетъ необходимымъ подвергать подсудимаго испытанію въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго пребыванія въ спеціальной больницѣ для душевныхъ больныхъ. Разъ судъ признаетъ необходимымъ продолжительное наблюденіе въ больницѣ для рѣшенія вопроса о душевной дѣятельности подсудимаго, онъ тѣмъ самымъ обязывается сообщить и все предварительное слѣдствіе цѣлкомъ. И вотъ почему. Если судебный слѣдователь обязательно сообщаетъ врачу нужныя ему свѣдѣнія, которыя служили бы отправными точками судебно-медицинскаго изслѣдованія, то *нужныя для психіатра свѣдѣнія* исчерпываются подробными отвѣтами на обычный въ клиникахъ (принятый и во многихъ больницахъ) вопросный листъ, обнимающій жизнь пациента не только отъ рожденія до поступленія подъ наблюденіе, но и захватывающій внутриутробное существованіе больного. Нечего и говорить, что выдѣлать изъ жизни больного ничего нельзя безъ ущерба для полноты разумѣнія: часто здѣсь незначительный фактъ даетъ важное диагностическое указаніе и чѣмъ фактовъ собрано больше, тѣмъ сужденіе о душевныхъ способностяхъ испытуемаго будетъ основательнѣе. Если для уясненія дѣла желательно знать всякую подробность во всей жизни больного, то всякая мелочь, то или другое сужденіе, такое или иное отношеніе къ окружающимъ *во время* совершенія преступленія обязательно необходимы для правильной оцѣнки вмѣняемости дѣянія. Я настаиваю на необходимости при-

слать предварительное слѣдствіе въ больницу вмѣстѣ съ испытываемымъ, и никакъ не могу довольствоваться разрѣшеніемъ суда просматривать дѣло въ канцеляріи суда, ибо одно дѣло имѣть точныя свѣдѣнія о прошлой жизни психически больного до его изслѣдованія, и совершенно другое дѣло—провѣрять анамнезъ, полученный отъ самого больного (при возможности, конечно, получить его) не непосредственно, во время изложенія анамнеза, а спустя нѣкоторое время. Не говорю уже о томъ, что врачъ, имѣющій на своемъ попеченіи болѣе сотни больныхъ, не всегда располагаетъ достаточнымъ количествомъ времени для подобныхъ справокъ.

Объективное изслѣдованіе испытуемой, произведенное въ первые дни ея пребыванія въ больницу, дало слѣдующіе результаты. Авдотья Б—ва 20-ти лѣтъ, крестьянка, православная, неграмотная. Субъектъ низкаго роста (151 сант.), крѣпкаго тѣлосложенія, довольно хорошо упитанный. Наибольшая окружность черепа 52 сант., затылочно-ушная линія—23 с., лобо-ушная—27 с., темяно-ушная 31 с.; подбородочно-ушная—28 с., прямой діаметръ—17 с., отъ Glabella до protuberantia occipitalis externa 31 с., поперечный діаметръ 14 с., правый косой—16 с., высота лба—6 с., ширина лба—16 с., діаметръ—12. Форма головы правильная яйцевидно-овальная; ассиметріи, уродливостей и неправильностей черепа—не замѣчается; типъ черепа по показателю Р. Вроса суббрахицефалической; лицо блѣдное, на щекахъ точечный темно-бурый пигментъ (веснушки). Видимыя слизистыя оболочки блѣдны; подвижность вѣкъ нормальна; подвижность, блескъ и влажность глазъ—нормальны; страбизмовъ нѣтъ; зрачки равномерно расширены; первичная и вторичная ихъ реакція на свѣтъ сохранена, но вялая, какъ и реакція зрачковъ на аккомодацию. Ограниченіе поля зрѣнія, опредѣляемое простымъ ручнымъ приемомъ, за отсутствіемъ въ больницу периметра, не обнаружено; острота зрѣнія, свѣто и цвѣтоощущеніе уклоненій отъ нормы не представляютъ. Лицо спокойное съ выраженіемъ усталости, апатіи. Полость носа нормальна: слизистая оболочка умеренно-влажна, полиповыхъ разраженій нѣтъ. Языкъ чистый, при высовываніи занимаетъ срединное положеніе, не дрожитъ; язычекъ по величинѣ, формѣ и покрывающей его слизистой оболочкѣ уклоненій отъ нормы не представляетъ. Вкусовыя и обонятельныя ощущенія неизвращены; зубы здоровы, правильно сформированы. Уши по величинѣ и формѣ не представляются уродливыми; расположеніе ушныхъ раковинъ симметрично; отоскопія обнаруживаетъ умеренное склопеніе Coeuguminis; острота слуха равная на оба уха, средней силы; слухъ черезъ черепъ сохраненъ. Шея короткая, толстая, лимфатическія же-

лезы не прощупываются. Въ легкихъ разсѣянные незначительной интенсивности *ronchi sibilantes et sonores*. Подъ угломъ лѣвой лопатки крепкитирующій плевритическій шумъ тренія на ограниченномъ пространствѣ, въ которомъ, по словамъ изслѣдуемой, боль особенно при глубокомъ вдохѣ. Размѣры сердца перкуторно не увеличены, тоны сердца слабы, но чисты безъ постороннихъ шумовъ; ритмъ сердечныхъ сокращеній измѣняется, быстро ускоряясь и также быстро падая, хотя въ это время больная не испытываетъ субъективно сердцебиенія; пульсъ 60—110 въ 1', быстро измѣняющійся. Животъ выпяченъ; на кожѣ блестящія слегка пигментированныя полосы, какія остаются послѣ родовъ отъ разрыва *retis Malpighii* во время беременности. Печень и селезенка нормальны, кишечникъ вздутъ газами. Позвоночникъ въ строеніи и подвижности уклоненій не представляетъ; въ области нижнихъ грудныхъ остистыхъ отростковъ болевая точка, обнаруживаемая давленіемъ. Половая щель зияетъ, малыя губы выступаютъ изъ-за большихъ; на промежности рубцовое стягиваніе послѣ заживленія разрыва первой степени, происшедшаго во время родовъ; матка рожавшая особыхъ измѣненій не представляетъ; въ области яичниковъ боли при давленіи не ощущаются. Кожные и вазомоторные рефлексы рѣзко повышены; *color pudoris* часто возникаетъ и быстро чередуется съ блѣдностью. Сухожильные рефлексы также рѣзко повышены особенно пателлярные; кубитальные—существуютъ, но въ менѣе рѣзкой степени. Динамометрія правой руки 20 кил. лѣвой—40; слабость мышцъ правой руки объясняется давнимъ вывихомъ правой кисти, послѣ котораго сила мышечныхъ сокращеній ослабѣла. Тактильное чувство: ножки эстетіометра различаетъ на лицѣ на разстояніи 6 мм., на спинѣ 9 мм., на голеняхъ 9,5 мм. Болевые рефлексы весьма различны на различныхъ частяхъ кожной поверхности: въ ограниченныхъ участкахъ правой стороны тѣла рѣзко выраженныя гиперестезіи, такъ какъ уколъ въ эти части сопровождается повышеннымъ двигательнымъ рефлексомъ, распространеннымъ на отдаленныя группы мышцъ, а иногда и на всю мускулатуру тѣла, между тѣмъ какъ такой же уколъ симметричныхъ мѣстъ лѣвой стороны даетъ слабый мышечный рефлексъ непосредственно раздражаемой группы мышцъ. При уколахъ въ некоторыхъ мѣстъ лѣвой конечности наблюдается двигательный рефлексъ со стороны обѣихъ конечностей, при чемъ на правой онъ сильнѣе и рѣзче, чѣмъ на раздражаемой лѣвой. Потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе нормальны; кожные покровы чисты безъ трофическихъ расстройствъ; подкожный жирный слой обильный. Отправленіе кишечника задержано—стулъ черезъ 2—3 дня. Субъективныхъ жалобъ никакихъ не предъявляетъ: считаетъ себя совершенно здоровой. Менструируетъ съ 14 лѣтъ въ нормальные промежутки времени; *menstrua* протекаютъ въ теченіи 2—3 дней, нео-

бильны и послѣ родовъ сопровождаются болью въ крестцѣ. Въ психической области никакихъ ненормальностей въ настоящее время замѣтно: сознание ясное, вниманіе къ окружающей обстановкѣ и отношеніе къ окружающимъ лицамъ правильное; образование представленій, ихъ количество, ходъ и содержаніе ничего патологическаго не представляютъ; насильственныхъ идей и фиксированныхъ представленій не обнаруживаетъ. Ассоціація логически правильная и достаточно всесторонняя для человѣка ея среды. Сужденія и заключенія здравыя; способность запоминанія не нарушена, способность припоминанія сохранилась по отношенію ко всей жизни за исключеніемъ весьма малаго періода времени, относящагося къ моменту совершенія преступленія. Въ сферѣ чувства патологическихъ уклоненій не замѣчается: испытуемая держитъ себя просто, серьезно, не обнаруживаетъ патологическаго чувства тоски и страха, ни томленія и грусти и вообще не производитъ впечатлѣнія человѣка, на совѣсти котораго лежитъ тяжкое преступленіе и которому предстоитъ перенести всѣ лишенія тяжелой кары.

Изъ разспросовъ оказывается, что мать Б—вой умерла молодой отъ родовъ, не страдая до этого никакими болѣзнями; отецъ—старикъ 60 съ лишкомъ лѣтъ—здоровъ и до сихъ поръ; двѣ сестры—молоде ея—также здоровы. Сама она не помнитъ, чтобы когда нибудь болѣла. Послѣдніе пять лѣтъ не живетъ въ семьѣ, а находится въ услуженіи у различныхъ лицъ, чему причиной бѣдность и малоземелье, выгнавшее ее пятнадцатилѣтней дѣвочкой въ городъ на свой хлѣбъ. Половой жизнью начала жить съ 19 лѣтъ.

Обстоятельства дѣла, за исключеніемъ подробностей неотносящихся къ нему, со словъ больной представляются въ такомъ видѣ: послѣдній годъ Б—ва служила у холостого человѣка У—ва, служившаго помощникомъ начальника станціи. Въ первую недѣлю своей службы жила она спокойно, исправляя аккуратно и добросовѣстно свои обязанности. Въ это время гостили у хозяина „барчука“, какъ называетъ его Б—ва, старушка мать и сестры. Но уже на второй недѣль, по отѣздѣ родныхъ, гостившихъ у У—ва, когда во всей квартирѣ остались испытуемая прислуга и молодой барчукъ, послѣдній началъ приставать къ прислугѣ съ цѣлью склонить ее къ сожителству. Двое сутокъ однако потребовалось для того, чтобы добиться перваго совокупленія. Б—ва убѣгала отъ хозяина, требовала расчета, всячески противилась желаніямъ барчука, выставляя на видъ, что она пріѣхала служить, а не сожительствовать, что она ему не пара и т. д. Съ своей стороны хозяинъ пустилъ въ ходъ всѣ средства къ достиженію цѣли: самыя горячія убѣжденія и доводы, самыя широкія обѣщанія, что онъ никогда ее не броситъ, будетъ держать ее какъ хозяйку и „если бы что случилось“, намекая на возможность рожденія дѣтей—

обеспечить и воспитаетъ потомство—все это возымѣло свое дѣйствіе и такимъ образомъ на 8—9 день службы Б—ва изъ служанки перешла на положеніе хозяйки. Весь домъ управлялся ею: она забирала въ лавкахъ нужные продукты, стирала, шила бѣлье „обшивала и обмывала своего барчука“ и дарила его ласками. Съ своей стороны и хозяинъ относился къ ней любовно, ласково: не было никакого контроля надъ ея дѣйствіями и хозяйственными расходами, а, напротивъ, полное довѣріе къ ней. Въ короткое время отношенія ихъ установили и опредѣленный *modus vivendi*: все у этой парочки было общее отъ чая за однимъ столомъ до постели, на которой спали вмѣстѣ, кромѣ тѣхъ дней, когда кто нибудь изъ родныхъ хозяина пріѣзжалъ къ нему въ гости, да и тогда онъ ночью приходилъ къ ней на постель. Всѣ желанія служанки—правда они были всегда умѣренны—исполнялись безъ неудовольствія.

Такое мирное житье продолжалось 9 мѣсяцевъ, по истеченіи которыхъ родные хозяина, провѣдавъ объ отношеніяхъ, установившихся у своего родственника къ прислугѣ, отнеслись къ нимъ несочувственно и рѣшились во что бы то ни стало прекратить такія отношенія. Съ этою цѣлью родные хозяина, пріѣхавшіе на этотъ разъ надолго, въ его отсутствіе начали на столько грубо обращаться съ Б—вой, что та не вытерпѣла и потребовала расчетъ. Для характеристики отношеній барчука къ прислугѣ достойно замѣчанія во 1-хъ, что въ присутствіи хозяина родные его обращаются съ прислугой horribly, очевидно понимая, что дурное обращеніе съ Б—вой вызоветъ неудовольствіе со стороны хозяина; во 2-хъ, по жалобѣ Б—вой на дурное съ нею обращеніе между барчукомъ и его родными происходили размолвки и даже ссоры и въ 3-хъ, барчукъ не отпускалъ прислугу послѣ многократныхъ ея требованій расчета и весьма энергичныхъ воздѣйствій на него родственниковъ. Все это даетъ право сдѣлать заключеніе, что хозяинъ сильно привязался къ своей прислугѣ. Жизнь Б—вой въ отсутствіи хозяина становилась все болѣе и болѣе невыносимой, а отсутствіе его по стеченію служебныхъ обязанностей—частое и продолжительное—онъ ѣздилъ черезъ каждыя сутки на цѣлыя сутки на другую станцію замѣнять начальника. Терпѣніе, наконецъ, истощилось и Б—ва настояла на расчетѣ. Но тутъ только обнаружилась и съ ея стороны сильная привязанность къ барчуку: поѣхала она домой, пожила немного времени, проводя безсонныя ночи въ слезахъ. Съ цѣлью размыкать горе, разсѣять тоску она, пользуясь бесплатными купонами, полученными отъ земскаго начальника, ѣдетъ въ Одессу на заработки, находитъ здѣсь мѣсто прислуги съ платой большей, чѣмъ получала раньше, исполняетъ свои обязанности исправно; хозяйка, видя ея старанія, обѣщала даже прибавить. Но ни жизнь большого горо-

да, ни усердная работа не разсѣяли думъ о немъ и Б—ва тосковала пуще прежняго. Десять дней только могла она выжить въ Одессѣ; слезы свои объясняла хозяйкѣ тоской по роднымъ и, взявъ расчетъ, поѣхала обратно домой. По дорогѣ остановилась въ Кіевѣ, молилась въ Лаврѣ, говѣла, но душевнаго спокойствія и здѣсь не нашла. Изъ дому затѣмъ она ѣздила три раза въ Орель (ближайшій большой городъ), находила каждый разъ мѣсто, но каждый разъ раздумывала, колебалась, сомнѣвалась въ своихъ силахъ удержаться на мѣстѣ, боялась „закрѣпить себя“ и, измученная сомнѣніями и борьбой, она возвращалась вновь въ деревню. А дома „всѣхъ бы не видѣла“ „такъ тошно мнѣ“, тоска гнала ее отъ людей, отъ дѣла и она бродила по десяти верстѣ лишь бы скоротать день и забыться сномъ ночью. Послѣ долгихъ слезъ и бессонныхъ ночей, въ которыя „тоска душила“ ее, Б—ва рѣшается вновь ѣхать къ прежнему своему хозяину. Пріѣзжаетъ. Новая молодая прислуга къ удовольствію Б—вой рассчитывается, а она принимается на прежнихъ основаніяхъ: ключи, которые сохранялись у хозяина по недовѣрію къ прислугѣ, вручаются Б—вой, для которой опять начинается жизнь. Настроеніе духа рѣзко мѣняется: тоски какъ не бывало, тяжелыя ощущенія отошли въ область воспоминаванія и пошло мирное и пріятное существованіе съ ласками любимаго человѣка. Но на этотъ разъ счастье было непрочно: мать хозяйки скоро подмѣтила, что Б—ва беременна; не понравилось это и самому барчуку, помышлявшему къ тому же около этого времени о женитьбѣ и онъ, не сказавъ ничего Б—вой, нанялъ новую прислугу. Сама Б—ва не знала въ это время, что она беременна, не знала также и того, что ее хотятъ рассчитать. „Пріѣхала эта Анютка (новая служанка) въ 7 ч. вечера въ пятницу (чиселъ большая не помнить), барчукъ сохранялъ ее въ вокзальной комнатѣ, не показывалъ мнѣ и до 10 часовъ она была подъ закрытіемъ“,—разсказываетъ Б—ва. „Въ 10 часовъ я впервые увидѣла ее съ баринномъ въ его комнатѣ, гдѣ они вмѣстѣ пили чай. Какъ только я увидѣла ее, обробѣла, вышла въ свою маленькую комнатку, легла на постель и начала плакать“. Хозяинъ потомъ звалъ ее чай пить—не пошла; велѣлъ затѣмъ посуду убирать—и посуду убирать не пошла; наконецъ, приказалъ накрывать столъ къ ужину—не захотѣла и этого сдѣлать, а все лежала и плакала. Такъ хозяинъ и ушелъ безъ ужина на станцію на дежурство. „Остались мы вдвоемъ“, продолжаетъ Б—ва, „но я не выходила къ ней, не хотѣла съ ней ссориться; рано утромъ хозяинъ зашелъ, заглянулъ къ ней и ушелъ на вокзалъ“. Послѣ дежурства въ 10 ч. утра чай подавала уже новая прислуга. Отпивъ чай, хозяинъ, лежа на диванѣ, „облапивалъ“ уже новую прислугу и нѣжился съ ней на глазахъ Б—вой, которая обратилась къ нему съ замѣчаніемъ: „дайте мнѣ уѣхать, а потомъ дѣлайте

что хотите“. Замѣчаніе это вызвало у барчука взрывъ смѣха. Послѣ вторичной такой же просьбы Б—вой, обратившейся съ той же самой фразой къ неугомонному, не въ мѣру пылкому барчуку, онъ выхватываетъ изъ кармана паспортъ Б—вой и бросаетъ ей въ лицо со словами: „убирайся къ чорту, ты мнѣ больше не нужна“!

Какъ сопоставить такую рѣзкость съ прежнею мягкостью обращенія? Быть можетъ это была обдуманная грубость, чтобы поскорѣй покончить счеты и развязаться. Такъ или иначе, но Б—ва не ушла тотчасъ же отъ своего хозяина по той причинѣ, что вымытое наканунѣ ея собственное бѣлье еще не высохло и ботинки ея „какъ на грѣхъ“ были въ починкѣ у сапожника. А тѣмъ временемъ хозяинъ въ 12 ч. уѣхалъ въ Смоленскъ, наказывая новой прислугѣ: „сегодня Дуняша (т. е. Б—ва) уѣзжаетъ; смотри, чтобы у васъ тутъ не вышло скандала“. Такое замѣчаніе было сказано *новой прислугѣ*, служившей и раньше у У—ва и вновь добивавшейся мѣста у молодого помощника начальника станціи давно и такъ настойчиво, что онъ прибѣгалъ къ помощи жандарма, чтобы выгнать ее изъ собственной своей квартиры. Стало быть въ предположеніи возможности „скандала“ виновницей его ожидалась не Б—ва, а новая прислуга Анютка. Это важно въ томъ отношеніи, что характеризуетъ нравъ покойницы Анютки, нравъ извѣстный г-ну У—ву, у котораго за долго до поступленія Б—вой жила прислугой Анютка и жила, смѣло можно утверждать, на такихъ же коммунальныхъ началахъ, какъ и Б—ва, такъ какъ въ „Дѣлѣ“ имѣется даже показаніе У—ва, что онъ хотѣлъ одно время жениться на покойницѣ.

И ожиданія хозяина, знавшаго обѣихъ оставленныхъ прислугъ, оправдались: строптивость своеправность обнаружила первая Анютка, чувствуя превосходство своего положенія въ данный моментъ. На вопросъ Б—вой: „скоро ли мы будемъ обѣдать?“—она отвѣчала: „иди къ черту, ты рассчитана, не будетъ тебѣ обѣда“. На это ничего не сказала Б—ва. Въ 3 часа, по требованію желудка, Б—ва повторяетъ вопросъ, и, на отвѣтную ругань сдѣлавъ замѣчаніе, „что она никогда хозяина не спрашивала, а тѣмъ болѣе не будетъ спрашивать прислугу“, полѣзла доставать изъ печи горшки. Анютка отняла ухватъ, вновь ругнувъ Б—ву, которая, расплакавшись, пошла подѣлиться горемъ съ женой „старшаго“. Въ 5 часовъ Б—ва заходитъ опять въ комнату, застаётъ Анютку за обѣдомъ и молча наливаетъ себѣ тарелку щей. Анютка торопливо собираетъ всю снѣдь, запираетъ ее и на просьбу Б—вой—дать ей творогу, вновь ругается. Безотвѣтность Б—вой съ одной стороны и заманчивость самаго положенія распекающей хозяйки—съ другой—увлекали Анютку, которая съ каждымъ приступомъ ругани все больше и больше усвершенствуется въ ней и съ каждымъ разомъ, осваиваясь съ обоятельностью положенія, находитъ все меньше и меньше причинъ сдерживать себя.

Въ 7 часовъ вечера возвратившись отъ сапожника, Б—ва застаетъ Анютку за чаемъ, сама безмолвно наливаетъ себѣ чай, а въ это время Анютка убираетъ со стола все, что было въ изобиліи приготовлено къ чаю, оставивъ одинъ кусочекъ сахару. На просьбу Б—вой дать ей къ чаю чего нибудь, со стороны Анютки слѣдуетъ новая ругань и только на этотъ разъ Б—ва впервые, не сдержавъ себя, сказала: „помни, Анютка, я отомщу тебѣ за то, что ты цѣлый день издѣваешься надо мной“. Въ 8 часовъ изъ стада гонять коровъ; корова У—ва никогда сама не ходила домой, а загонялась. Б—ва, зная, что новая прислуга не знакома съ нравомъ коровы, загоняетъ ее домой, что послужило новымъ поводомъ для Анютки выругать Б—ву. Поведеніе коровы дало обильный матеріалъ для ругани: и не пьетъ она поила, и стоитъ не смиренно и все это по винѣ ничего не дѣлавшей Б—вой, вѣшавшейся только барчуку на шею. А Б—ва стоитъ въ это время у воротъ сарая, смотритъ на ругающую ее Анютку и точно не слышитъ цѣлый потокъ брани и насмѣшекъ, занятая мыслями о барчукѣ: „и не хочу, а все о немъ думается“. Она со свойственной ей заботливостью совѣтуетъ Анюткѣ убрать комнату и приготовить самоваръ къ пріѣзду барчука, такъ какъ приближалось время прібытія поѣзда, а сама вызвалась подонть корову. „Тебѣ не коровъ доить, а мужчинъ доить“. „А, такъ мнѣ мужчинъ доить“—вскрикнула на это замѣчаніе Б—ва,—моментально схватываетъ топоръ, который тутъ же („на грѣхъ“ убѣжденно прибавляетъ рассказчица) оставила Анюта, прибавивши гвоздь, чтобы вѣшать полотенце, нужное во время дойки. Въ тотъ же мигъ наноситъ ударъ Анютѣ въ голову и выбѣгаетъ изъ сарая. На дворѣ встрѣтила сторожа, „который что-то у меня спрашивалъ и которому что-то я отвѣчала; помню, что мы съ нимъ разговаривали, а о чемъ—не помню, и держалъ онъ рожъ въ шайкѣ—это также помню. Въ это время Анюта, ушибленная топоромъ, кричала въ сараѣ, что именно кричала: стонала-ли, или ругала меня, я не разбираю, не помню, не слыхала; я только слыхала ея крикъ, емъ голосъ и, вскочивъ опять въ сарай, со словами—а, такъ ты еще кричать!—ударилъ ее топоромъ еще нѣсколько разъ. Потомъ заперла дверь сарая на замочекъ и вбѣжала въ комнату. Тутъ на меня напалъ такой страхъ, такъ мнѣ сдѣлалось плохо какъ то (затрудняется точнѣе опредѣлить свое состояніе), что я не находила себѣ мѣста, бѣгая по комнатамъ. Мнѣ показалось, что Анютка вошла въ комнату, и я опрометью выбѣжала на дворъ. Прошло съ полчаса, когда я начала понимать, что уходитъ мнѣ надо; забрала свои вещи и въ ожиданіи поѣзда вышла на вокзалъ. Съ поѣздомъ этимъ пріѣхалъ барчукъ, далъ мнѣ бесплатный билетъ до Орла и я поѣхала. Въ вагонѣ я все боялась, что меня остановятъ и особенно сильно тревожной становилась,

какъ только подѣзжали къ станціи; все думала: „ну, тутъ меня возьмутъ“. Билетъ былъ до Орла (знакомый городъ), а она вышла на станціи Рославль, никогда не бывавъ въ этомъ городѣ раньше. „Вышла я, города не знаю и ночевала на бугрѣ подъ открытымъ небомъ. Цѣлую ночь я не спала, но и не думала ничего: не было ни тоски, ни скуки, ни слезъ; къ утру только, озябнувъ сильно, я уснула и спала до 11 часовъ. Какъ только пробудилась — тоска смертная давить меня всю, слезы хлынули безъ удержу и думаю: надо пойти сознаваться, что Анютку прибила. Съ такими мыслями подхожу къ станціи, какъ разъ когда пришелъ поѣздъ, увидѣла барчука и побѣжала къ нему“. Здѣсь она была арестована жандармомъ, препроводившимъ ее на мѣсто преступленія для допроса. При обыскѣ у Б—вой отобрана фотографическая карточка У—ва, находящаяся при „дѣлѣ“. „Ужасно боялась я увидѣть покойницу, но ее увезли въ больницу раньше“, закончила свой рассказъ Б—ва. „Жаль мнѣ Анютку, жаль, что сдѣлала такое, о чемъ подумать даже и страхъ, и грѣхъ, а пуще всего боюсь каторги; столько горя и тоски вынесла я за все это время, что было бы лучше, если бы она меня забила“, заключила Б—ва отвѣтомъ на вопросъ, не жаль ли ей Анютки? Рассказъ велся просто безъ эффектовъ и аффектацій, точно говорила она о какомъ то третьемъ лицѣ. Только послѣдній отвѣтъ произнесенъ былъ сквозь слезы, которыхъ потомъ долго не могла сдержать Б—ва. Рассказъ вполне правдивый, какъ можно объ этомъ заключить и по непосредственному впечатлѣнію и проверивъ данныя изъ дѣла.

Здѣсь еще разъ кстати скажу, что предварительное детальное знакомство врача съ „Дѣломъ“ въ высокой степени необходимо, а потому и присылка всего „Дѣла“ въ больницу вмѣстѣ съ подсудимыми — въ высокой степени желательна.

Наблюденія надъ Б—вой въ больницѣ дали слѣдующіе результаты:

По характеру это скромная, трудолюбивая дѣвушка съ нѣсколько большимъ интеллектуальнымъ развитіемъ, чѣмъ ея сверстницы изъ крестьянской среды. Сообразительность довольно быстрая: она скоро выучилась шить на машинѣ, хотя до этого времени никогда не шила на ней; быстро усвоила вязанье скатертей изъ бумаги и къ этому занятію отнеслась съ особеннымъ стараніемъ, говоря, что ей пригодится это потомъ въ тюрьмѣ. Услужлива по отношенію къ слабымъ больнымъ: нерѣдко провожаетъ на прогулку больныхъ съ паретическимъ состояніемъ конечностей, поддерживая ихъ подъ руку, каковая услуга предлагается ею безъ постороннихъ побужденій, не по обязанности, а единственно по сердечной отзывчивости и по теплomu участию къ больному человѣку. Вообще проявляетъ мягкость характера, услужливость; строп-

тивности, сварливости и неуживчивости ничѣмъ не обнаруживаетъ. Скромна, прилична, держитъ себя просто: поведеніе ея не давало повода думать наблюдателю, незнавшему прошлаго, что это преступница, ожидающая суда и боящаяся неизбежной каторги. Въ свободное время принимала участіе въ хороводахъ вмѣстѣ съ прочими больными, а иногда распливалась вмѣстѣ съ подростками-больными до такой степени, что вынуждала дѣлать ей замѣчанія, во время которыхъ краснѣла, опускала глаза, точь въ точь напоминая провинившагося школьника. Сонъ хорошъ, аппетитъ хорошъ.

17 Іюня. Чувствуетъ себя, какъ и до сихъ поръ, хорошо; шьетъ, работаетъ вязанье и день проводитъ, какъ всегда; никакихъ жалобъ не предъявляетъ; первый день регулъ, которыя на этотъ разъ обильнѣе обыкновеннаго, но безболѣзненны. Въ 11 часовъ 15 минутъ вечера у больной, спавшей до сего времени спокойно, появляются припадки, состоящіе въ рѣзкихъ нарушеніяхъ со стороны дыханія, кровообращенія, въ проявленіи двигательныхъ разстройствъ, разстройствъ въ чувствующей сферѣ съ полной потерей способности воспріятія и сознанія. Припадки, продолжительностью въ 5—15 минутъ, появлялись черезъ неоднаковой величины паузы (отъ нѣсколькихъ секундъ до 5 минутъ) вплоть до 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часовъ ночи. Сначала появлялось неправильное дыханіе—аритмическое, съ глубокими и энергичными сокращеніями діафрагмы, вслѣдствіе чего брюшная стѣнка совершала длинныя экскурсіи вверхъ при инспираціи и внизъ при экспираціи; являлся такимъ образомъ брюшной типъ дыханія; амплитуда движеній брюшной стѣнки значительно превышала максимальную, возможную при наибольшемъ произвольномъ сокращеніи дыхательныхъ мышцъ, отчего животъ казался то сильно вздутымъ, то втянутымъ. Вмѣстѣ съ этимъ изъ груди вырывался продолжительный вибрирующий звукъ, который въ одинъ разъ можно было принять за плачь, точнѣе—всклипываніе, въ другой—за сдержанный и сильный голосъ, но неудержимый смѣхъ, прерываемый кашлевыми движеніями безъ экспектораци и безъ соотвѣтственно усиленнаго сокращенія грудной клѣтки (гортанный, нервный, истерическій кашель). Послѣ 2—5 глубокихъ и протяжныхъ вдоха и выдоха слѣдуетъ рядъ быстрыхъ отрывочныхъ дыхательныхъ движеній, прерываемыхъ усиленными глотательными движеніями. Затѣмъ слѣдуетъ пауза и припадокъ заканчивается нѣсколькими глубокими вздохами. Въ промежуткѣ до начала слѣдующаго припадка дыханіе не ровное по ритму: то ускоренное, то замедленное, но спокойное, т. е. совершается нормальнымъ сокращеніемъ дыхательныхъ мышцъ и носитъ характеръ смѣшаннаго типа съ замѣтнымъ преобладаніемъ грудного. Такое относительное арное при началѣ новаго приступа смѣняется диспноэтическими припадками съ описаннымъ характеромъ, но съ незначительными измѣненіями, а не стерео-

типно сходными между собою. Явленія со стороны *кровообращенія*: Пульсъ аритмиченъ: отъ 80 въ 1' до частоты невозможной для сосчитыванія, то замедляется до малаго числа ударовъ, сосчитать которые нельзя, ибо измѣненія въ числѣ ударовъ происходятъ нѣсколько разъ въ минуту. Сила пульсовой волны рѣзко измѣняется и не стоитъ въ правильномъ соотношеніи съ частотой пульса: то онъ чуть осязаемый нитевидный, болѣе или менѣе ускоренный, то значительно сильный при той же частотѣ. Значительно выраженная игра кожныхъ вазомоторовъ: черта, проведенная по кожѣ ногтемъ или булавочной головкой, оставляетъ надолго красный слѣдъ, возвышающійся надъ общимъ уровнемъ кожи. Припадокъ начинается всхлипываніемъ и больная въ теченіи его быстро повторяетъ стереотипную фразу: „Батюшка, батюшка... трава сладка, трава сладка... Смерть моя сейчасъ будетъ“...., съ той разницей для различныхъ припадковъ, что въ одномъ большее число разъ повторяется та или другая изъ раздѣленныхъ точками частей. Больная совершаетъ часто глотательныя движенія и вслѣдствіе наростающей сухости слизистой оболочки полости рта и гортани нѣсколько разъ получался звукъ отщелкиванія при быстромъ открываніи рта (звукъ, который производятъ, желая подражать звуку при откупориваніи бутылки). *Двигательныя разстройства* характеризовались рядомъ клоническихъ эпилептиформенныхъ судорогъ, начинавшихся въ одной какой нибудь группѣ мышцъ, чаще всего въ видѣ ритмическихъ подергиваній лѣваго надплечія, и затѣмъ быстро переходившихъ на слѣдующія группы, захватывая скоро всю мышечную систему: руки подергивались, ноги, согнутыя въ колѣняхъ, то сгибались въ тазобедренномъ суставѣ, приближаясь къ животу, то разгибались, удаляясь отъ него; все туловище соотвѣтственно ритмически подавалось въ сторону и обратно при положеніи больной на боку,—вверхъ и внизъ при положеніи на спинѣ; въ этомъ послѣднемъ случаѣ голова приподымалась и ударяла въ тактъ съ общими судорогами о полъ (больная была перенесена съ кровати на два рядомъ положенные на полу матраца). Какъ быстро сокращалась мускулатура всего тѣла, можно судить по тому, что ударовъ головой о полъ можно было насчитать 80—140 въ 1'. Руками больная вшивалась въ волосы и тянула ихъ съ такой силой, что по лицу и груди вырванные волосы лежали цѣлыми прядями. Въ другой разъ она довольно сильно царапала себѣ лицо. Движенія всего тѣла, координированныя въ видѣ перекатыванія и беспорядочнаго измѣненія тѣлоположенія, появились только подъ конецъ припадковъ. Реакція зрачковъ на свѣтъ отсутствуетъ; убѣдиться въ этомъ удалось лишь благодаря продолжительности припадковъ, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ попытокъ опредѣлить свѣтовую реакцію это не удавалось, потому что зрачекъ или конвергируется далеко внутрь, или закатывается далеко вверхъ и широко раскрытая глазная

щель выполняется и въ томъ и въ другомъ случаѣ бѣлкомъ глаза. Кожная чувствительность на всей поверхности уничтожена: глубокіе уколы вызывали точечное кровотеченіе, воспалительную мѣстную реакцію съ выпотѣваніемъ капельки серозной жидкости, покраснѣніемъ и припуханіемъ, но двигательная реакція не получалась ниразу ни во время самихъ припадковъ, ни во время паузъ. Реакція не получалась и при глубокихъ уколахъ въ конъюктиву, въ слизистую оболочку губъ, щекъ и языка. Рядомъ съ универсальной анестезіей *полная потеря сознанія*: ни оклики, ни энергичныя движенія съ цѣлю пробужденія не давали реакціи. Мало того, въ 1 ч. 30 м. больную перенесли черезъ дворъ въ другой баракъ, гдѣ удобнѣе производить наблюденія, не мѣшая другимъ больнымъ, перенесли ее не на постели, а прямо на рукахъ нѣсколькихъ служанокъ и не смотря на это, больная не проснулась, не пришла въ сознаніе. Но съ этого времени припадки сдѣлались рѣже, менѣе продолжительныя и, такъ сказать рудиментарныя, по сравненію съ бывшими, а паузы—все болѣе и болѣе длинными. При давленіи на область яичниковъ, въ области грудныхъ железъ и на позвоночникъ не удалось отыскать гистерогенныя зоны: припадокъ не прекращался, не уменьшался, какъ и нельзя его было вызвать вновь этимъ путемъ.

Послѣдніе припадки выражались не полно: то однимъ глубокимъ вздохомъ и послѣдующимъ всхлипываніемъ, то отдѣльными подергиваніями конечностей. Въ 2 часа 15 минутъ больная скатилась съ матраца на полъ, приняла положеніе головой внизъ и, въ первый разъ вздохнувъ глубоко, но ровно, а не прерывисто, произнесла: „Господи Іисусе Христе!“: на сильный окликъ по имени дала реакцію въ видѣ безсвязнаго короткаго мычанія, какъ человѣкъ въ глубокомъ снѣ,—на уколъ впервые получилась двигательный рефлексъ. Пробужденіе послѣдовало не вдругъ, а спустя 15 минутъ послѣ перваго возгласа, въ теченіи которыхъ больная нѣсколько разъ вздрагивала и произносила „Господи Іисусе Христе!“. Послѣ окончательнаго пробужденія больная испуганно озиралась въ новой обстановкѣ (изоляторъ буйнаго отдѣленія, въ который помѣщена была больная рѣзко по внѣшности отличается отъ спокойной палаты того барака, въ которомъ лежала Б—ва), крестилась, переводила широко открытые глаза съ одного угла на другой, съ одного лица на другое и видимо не понимала, гдѣ она и что съ ней, какъ и не узнала бывшихъ при этомъ двухъ врачей, съ которыми видѣлась въ теченіи пяти недѣль нѣсколько разъ на день. На вопросъ—„что съ тобой?“ отвѣчаетъ—„не знаю“.—„Въ своей ли ты комнатѣ?“—„не знаю“. И только долго озиралась, отвѣтила: „нѣтъ, въ той комнатѣ, гдѣ я спала, не было рѣшотокъ (сѣтокъ) въ окнахъ“. На предложеніе—лечь спать—отвѣчаетъ: „не хочу, не буду“, совершенно несоображая, что теперь ночь. Оставленная и уложенная въ постель больная заснула въ 3 часа и не просыпалась до утра.

Описанные припадки отъ начала до конца я наблюдалъ совмѣстно съ завѣдующимъ психіатрическимъ отдѣленіемъ докторомъ А. А. Вахромѣевымъ. На слѣдующій день утромъ не помнитъ, что съ ней было ночью; не помнитъ, что видѣла врачей и разговаривала съ ними; не понимаетъ, какъ попала совсѣмъ въ другое зданіе; какъ только проснулась, расплакалась и успокоилась только, когда ее перевели въ прежде занимаемое помѣщеніе. Жалуется на головокруженіе, отсутствіе аппетита, боль въ крестцѣ и общую слабость. Чувствительность всюду нормальна, кромѣ правой голени и праваго колѣннаго сустава, гдѣ ясно выражена гиперестезія: двигательные рефлексы отъ уколовъ здѣсь энергичнѣе и болѣе распространенные, чѣмъ въ соотвѣтственныхъ мѣстахъ лѣвой конечности. Б—ва не помнитъ вчерашнихъ припадковъ, не знаетъ, были-ли у нея когда нибудь припадки: никто ей никогда ничего не говорилъ объ этомъ. „Въ Рославльской тюрьмѣ бабы ругались, что кожу и кричу по ночамъ; начальникъ тюрьмы грозилъ даже одѣтъ въ сумасшедшую рубашку, но сама я ничего не помню и не знаю“—добавила Б—ва. Къ вечеру того же дня больная чувствуетъ уже себя хорошо, болѣе выгдѣ нѣтъ, работаетъ, какъ и раньше.

Сообщу здѣсь же ради полноты описанія перваго припадка маленькую подробность, неимѣющую судебно-медицинскаго значенія. Подъ головной подушкой больной во время припадка оказались четыре игральныхъ карты—короли всѣхъ мастей. Утромъ слѣдующаго дня больная дала мнѣ объясненіе по поводу этихъ королей въ такомъ родѣ, что это способъ гаданья, которымъ она хотѣла предрѣшить вопросъ, были-ли ей въ Сибири. Я не старался разубѣждать больную въ нецѣлости гаданія и не вспоминалъ при ней о картахъ. Перебирая всѣ мелочи дня, я рѣшительно не могъ остановиться на чемъ либо, что бы можно было принять за ближайшій поводъ обнаруженія въ формѣ припадковъ скрытаго болѣзненнаго состоянія: день ничѣмъ не отличался отъ каждаго дня пяти недѣль, проведенныхъ спокойно Б—вой въ больницѣ. Мнѣ казалось, что гаданье и съ нимъ связанное чрезмѣрное мышленіе объ одномъ и томъ же предметѣ, наряду съ интенсивными ощущеніями отрицательнаго тона, только и послужило ближайшимъ моментомъ проявленія припадковъ. Еще болѣе вѣроятнымъ сдѣлалось это спустя недѣлю, въ теченія которой больная по прежнему чувствовала себя хорошо. 28 Іюня я ей отдалъ карты, сказавъ, что если она сегодня вечеромъ задумаетъ, то ночью во снѣ увидитъ, что ей хочется. И въ тотъ же день съ 8 часовъ 15 минутъ вечера были такіе же припадки, продолжавшіеся до 9 часовъ 20 минутъ: тѣ же измѣненія дыханія, кровообращенія, тѣ же чувствительныя и двигательныя разстройства при полной потерѣ сознанія. Лицо съ выраженіемъ страха, руки впиваются въ волосы и вытаскиваютъ ихъ прядями; членораздѣльныхъ звуковъ больная въ этотъ

разъ не издавала, а вырывался изъ груди звукъ—вздоха или плача. Припадокъ закончился глубокими вздохами, въ промежуткахъ между которыми больная тихо произносила: „Господи Іисусе Христе!“ Пробужденіе наступило не вдругъ, а постепенно, точно послѣ глубокаго сна. Сухость слизистыхъ оболочекъ, сильная жажда, усиленная саливація, тяжесть головы и общая кожная гиперестезія, смѣнившая полную анестезію.— суть явленія непосредственно слѣдовавшія за припадкомъ. Тщательное изслѣдованіе всѣхъ областей, гдѣ обычно располагаются гистерогенныя зоны, дало и въ этотъ разъ отрицательный результатъ.

29 Іюня. Отсутствіе аппетита: больная не обѣдаетъ. Въ 7<sup>1</sup>, часовъ вечера упала на полъ, каталась по полу и неистово кричала: „сердце жжетъ, горитъ“. Сознаніе сохранено, воспріятіе заторможено: больная отвѣчаетъ на вопросы не сразу; болевой рефлексъ имѣется на всѣхъ мѣстахъ кожной поверхности, а на нѣкоторыхъ—кожная гиперестезія. Пульсъ 150—160, неправильный съ перебоемъ. Зрачки реагируютъ на свѣтъ (имѣется первичная и вторичная реакція). Приказаніе подняться на ноги, отданное строгимъ тономъ, подняло больную, но вскорѣ она опустилась на полъ при видимой слабости. Указываетъ точно на положеніе сердца, локализуя здѣсь сильную боль, которую опредѣляетъ словами: „печетъ, горитъ, жжетъ“. Черезъ часъ больная успокоилась. (Острый приступъ Anxietatis praecordialis).

30 Іюня. Чувствуетъ себя не дурно, работаетъ. Говоритъ, что „пырнетъ себя ножомъ, если еще повторится такая боль въ сердцѣ, какъ вчера“. Съ этого дня у больной появилась анопегія; она цѣлые дни ничего не ѣла, что весьма незначительно отзывалось на общемъ питаніи: появилась незначительная блѣдность, но исхуданія замѣтнаго не произошло даже спустя три недѣли послѣдующаго пребыванія въ больницѣ, въ теченіи которыхъ упорно держался этотъ симптомъ.

2 Іюля. Въ 7 часовъ 45 минутъ былъ припадокъ, ничѣмъ въ существенныхъ чертахъ не отличавшійся отъ описанныхъ, продолжался ровно 1 часъ. Какъ особенность этого припадка можно отмѣтить—рѣзко выраженный періодъ предвѣстниковъ: съ утра больная чувствовала себя хорошо; за обѣдомъ не ѣла; къ вечеру—тревожное настроеніе, наступившее за часъ до припадка.

4 и 5 Іюля по вечерамъ припадки. Во время послѣдняго припадка довольно замѣтно обнаружилось вліяніе сильнаго прижатія лѣваго яичника на двигательную сферу: подергиванія при давленіи прекращались, возобновляясь вновь при прекращеніи давленія.

6 Іюля два припадка: утромъ—продолжительностію въ  $\frac{1}{2}$  часа и вечеромъ—въ 1 часъ.

7 Іюля припадокъ вечеромъ продолжительностію въ 55'. Изъ желанія повторяться не привожу описанія этихъ припадковъ, въ общихъ

чертахъ совершенно сходныхъ съ описанными. Отмѣтить надо только, что съ каждымъ припадкомъ все рѣзче и рѣзче обозначалось вліяніе надавливанія на область лѣваго яичника и періодъ предвѣстниковъ въ видѣ томительнаго ожиданія чего то недобраго выступалъ все болѣе и болѣе явственно.

8 Іюля. Больная участвовала въ играхъ вмѣстѣ съ остальными больными (водили хороводъ въ саду), въ срединѣ игры испытываетъ рѣзкое нарушеніе самочувствія, вслѣдствіе чего оставляетъ игру, укладывается въ постель и едва успѣла это сдѣлать, какъ начался припадокъ. Въ этотъ разъ впервые чрезвычайно демонстративно обнаруживается вліяніе слабыхъ и сильныхъ давленій въ области лѣваго яичника на припадокъ. Легкое поглаживаніе кожи въ этой области увеличивало судорожные припадки и больная какъ бы защищалась отъ этого раздраженія, отодвигаясь по полу усиливающимися судорогами дальше и дальше; при невозможности удалиться и непрерывности слабыхъ кожныхъ раздраженій дѣло доходило до общаго тетаническаго напряженія мускулатуры, при чемъ больная принимала положеніе въ видѣ *arc de cercle*; напротивъ, сильное давленіе на то же мѣсто рѣзко ослабляло и быстро прекращало припадокъ. Въ тотъ же вечеръ, часъ спустя, появился вновь вторичный припадокъ.

9 Іюля во время припадка, наступившаго въ 6 часовъ 40 минутъ и продолжавшагося 35', наблюдалась, помимо описанныхъ явленій, рѣзкая игра мимическихъ мышцъ въ видѣ быстро чередовавшихся другъ за другомъ выраженій испуга, физической боли, ужаса и неопредѣленнаго типа гримасъ.

Съ 10 по 24 Іюля (день выbytія изъ больницы) ежедневно наблюдалось по 2 припадка, въ теченіи 5 дней—по три припадка, а 16 Іюля 4 припадка. Ни одинъ изъ нихъ не прошелъ безъ личнаго моего наблюденія и всѣ они не отличались отъ описанныхъ. Подъ конецъ реакція на давленіе въ области лѣваго яичника сказывалась въ высокой степени рѣзко и въ этой области появилась гиперестезія, такъ что и незначительное давленіе виѣ припадковъ причиняло сильную боль. Ни разу въ теченіи всѣхъ этихъ приступовъ не наблюдалось ни прикусыванія языка, ни пѣны изо рта, ни крика въ началѣ припадка, ни коматознаго состоянія непосредственно за припадками. На питаніи и общемъ состояніи организма эти припадки, какъ уже упомянуто вскользь, отражались поразительно мало. Этимъ можно закончить наблюденія, произведенныя въ больницѣ.

Относительно діагноза наблюдаемаго заболѣванія распространяться, надѣюсь, нѣтъ нужды. Описанный симптомокомплексъ вполне обрисовываетъ истеро-эпилепсію, именно тотъ видъ ея, который

Р. Richet въ своемъ классическомъ сочиненіи <sup>1)</sup> называетъ эпилептоиднымъ состояніемъ (*état de mal epileptoïde*). Здѣсь уиѣстно бо-снуться одного діагностическаго признака, который трактуется, какъ дифференціальный въ сходныхъ случаяхъ гистеро-эпилепсін и эпилепсін. Я говорю о давленіи на область яичниковъ. Оказывается, что на одномъ этомъ дифферентномъ для обоихъ названныхъ заболѣваній признакѣ строить діагностику по меньшей мѣрѣ надо оско-трительно: въ данномъ случаѣ наблюдалась цѣлая серія припадковъ вплоть до 5 Іюля, въ которыхъ признакъ этотъ давалъ отрица-тельный результатъ и только съ теченіемъ времени онъ появился, а рѣзко обозначился еще позже. Такимъ образомъ, на основаніи настоящаго случая, я въ правѣ руководствоваться признакомъ, о которомъ идетъ рѣчь, только условно: наличность его вполне харак-терна для истеро-эпилепсін, отсутствіе же его недостаточно для отрицанія истеро-эпилепсін.

Теперь можно перейти къ сужденію о душевномъ состояніи Б—вой въ моментъ совершенія ею преступленія, при чемъ необходимо внимательно разсмотрѣть: 1) условія жизни Б—вой со времени по-ступленія на службу къ У—ву, 2) обстоятельства, непосредственно предшествовавшія преступленію, 3) обстоятельства, сопровождавшія его, 4) періодъ, непосредственно слѣдовавшій за преступнымъ дѣ-ствіемъ и 5) данныя, добытыя за періодъ наблюденія въ психіа-трической больницѣ.

Б—ва—субъектъ безъ патологической наслѣдственности, какъ объ этомъ можно судить по официальнымъ даннымъ «Дѣла», собран-нымъ на мѣстѣ ея родины. Въ 15 лѣтъ дѣвочку подростка нужда выгоняетъ въ чужіе люди, на свой хлѣбъ. Четыре года шатанья «по мѣстамъ» привели ее наконецъ къ «своему» барчуку, у котораго и жилось ей привольно и она чувствовала себя несомнѣнно чужой. Съ увѣренностью можно утверждать, что за время своего сожител-ства съ «барчукомъ» Б—ва сильно и искренно привязалась къ нему и въ свою очередь пользовалась немалой привязанностью барчука,

<sup>1)</sup> Dr. Paul Richet, Клиническій очеркъ большой истеріи, переводъ подъ редакціей П. И. Ковалевскаго.

который даже ссорился со своими родными, когда тѣ настаивали на расчетѣ Б—вой. Припомнимъ время между первымъ уходомъ отъ У—ва и вторичнымъ поступленіемъ къ нему: Б—ва тоскуетъ, плачетъ, не спитъ, не можетъ ничѣмъ заняться, не можетъ нигдѣ найти спокойствія и всеильное средство—молитва и говѣнье—не приноситъ никакого облегченія. Все это симптомы рѣзко выраженной психической нейрастеніи, а что соматическихъ причинъ тутъ не было, явствуетъ изъ того, что всѣ эти тягостныя явленія разомъ исчезли, какъ только Б—ва вновь пріѣхала къ У—ву. При такихъ отношеніяхъ понятна та раздражительность, которая могла и должна была появиться у Б—вой при видѣ «облапиваній» и милованій барчука новой прислуги. Раздраженіе это выразилось въ очень сдержанной формѣ, въ видѣ замѣчанія: «дайте мнѣ уѣхать, а тамъ ужъ дѣлайте, что хотите», и эта сдержанность вполне соответствуетъ доброму, кроткому характеру Б—вой, что можно положительно утверждать послѣ продолжительнаго наблюденія надъ нею. Рядъ вызывающихъ, оскорбительныхъ дѣйствій и поступковъ со стороны новой прислуги давалъ все болѣе возрастающее раздраженіе, явившееся сначала, какъ психическая реакція на оскорбленія, униженія и поправаніе правъ, добытыхъ годовымъ сожительствомъ и прочной привязанностью. Сумма многихъ раздраженій одного и того-же рода, обрушившаяся на Б—ву внезапно въ одинъ день, такъ какъ она вчера еще и не подозрѣвала всѣхъ бѣдъ завтрашняго дня, естественно привели ее въ мрачное и печальное настроеніе духа, другими словами, сообщили Б—вой тѣ самоощущенія, которыя, являясь доминирующими, служатъ обыкновенно самой благопріятной, предрасполагающей къ аффекту почвой. Подъ конецъ, нарастая больше и больше, чувственное раздраженіе вызываетъ соответствующія представленія, которыя въ сферѣ мыслительной укладываются въ потребность мести: «Погоди, Анютка, я тебѣ отошщу», говоритъ Б—ва послѣ многихъ перенесенныхъ и пережитыхъ оскорбленій. Въ какой формѣ она будетъ мстить—вопросъ не подвергался разбору: отсутствіе спокойствія и масса душевныхъ волненій не давали мѣста спокойному обсужденію. Остановись Анютка еще теперь и преступленія могло бы не быть: это былъ для Б—вой моментъ максимальнаго

напряженія активного вниманія, т. е. той внутренней воли, которая руководитъ выборомъ дѣйствій и поступковъ.

Съ физиологической точки зрѣнія состояніе Б—вой, непосредственно предшествовавшее преступленію, является въ видѣ диспноэтической фазы питанія нервныхъ элементовъ, механизмъ возникновенія которой совершенно ясенъ: масса однородныхъ отрицательныхъ ощущеній, внезапно въ теченіи короткаго времени, вліяла на мыслительную дѣятельность въ смыслѣ ограниченія ассоціаціи представленій, ходъ которыхъ могъ быть и ускореннымъ, но количество которыхъ несомнѣнно было уменьшено и по качеству они несомнѣнно гармонировали съ общимъ чувственнымъ отрицательнымъ настроеніемъ, усиливая его интенсивность. Съ другой стороны, болевая и непріятная ощущенія вызываютъ по Meunert'у усиленное раздраженіе сосудодвигательныхъ центровъ. результатомъ чего является суженіе артерій и нарушеніе питанія нервныхъ элементовъ, какъ слѣдствіе активной анеміи. Эта начальная стадія инаниціи нервныхъ элементовъ и названа Meunert'омъ диспноэтической фазой питанія ихъ. При такомъ ослабленномъ питаніи на долю только незначительной части ассоціаціоннаго аппарата выпадаетъ усиленная функція—быстрый ходъ ограниченаго круга представленій. Очевидно, что наступитъ моментъ перераздраженія инаниціоннаго истощенія и этой группы нервныхъ элементовъ, за которой послѣдуетъ рядъ дѣйствій и поступковъ безсознательныхъ рефлекторныхъ, воспроизведенныхъ безъ участія ассоціаціонной дѣятельности—этого основного фактора произвольныхъ дѣйствій. Новое сильное оскорбленіе Аюты: «тебѣ не коровъ доить, а мужчинъ». выходя за предѣлы максимальнаго раздраженія,—сообщаетъ аффекту характеръ умоизступленія, т. е. полной потери свободы выбора дѣйствій, полнаго и быстраго истощенія усиленно работавшаго ассоціаціоннаго аппарата, вслѣдствіе чего дѣйствія являются просто психическими рефлексами, въ качествѣ которыхъ совершаются неудержимо, роковымъ образомъ. Это раздраженіе, парализовавъ центры корки, дало широкій просторъ вліянію субкортикальныхъ центровъ и внезапно послѣдовавшій ударъ въ голову покойницы былъ такой же чистый рефлексъ, какъ и энергичное отдергиваніе ноги при каждомъ ударѣ испытуемой въ колѣно въ области прикрѣпленія

ligamenti patellae rpori: оба дѣйствія невольны и неизбѣжны послѣ причины, вызвавшей ихъ.

Что это такъ, что преступленіе носило чисто рефлекторный и только рефлекторный характеръ, мы находимъ подтвержденіе въ обстоятельствахъ, сопровождавшихъ убійство.—Б—ва, ударивъ покойницу топоромъ по головѣ разъ, выбѣгаетъ изъ сарая на дворъ, здѣсь встрѣчаетъ сторожа, «что-то» отвѣчаетъ на «какой-то» вопросъ его, слыша въ это же время крики прибитой Анютки, вновь возвращается въ сарай и бьетъ еще нѣсколько разъ свою жертву, приговаривая «а, такъ тебѣ еще кричать!» Какъ объяснить эту ничѣмъ немотивированную, звѣрскую жестокость, совершенно чуждую характеру преступницы. Настойчиво спрашиваю нѣсколько разъ, не ругала ли ее Анютка послѣ перваго удара и всякій разъ получаю одинъ и тотъ же отвѣтъ: «она кричала, а что кричала: ругала ли она или стонала—не знаю, слыхала только крикъ ея». Очевидно злобой, выросшей сейчасъ же подъ свѣжимъ впечатлѣніемъ новой брани Анютки, эта жестокость не объясняется, ибо Б—ва не слыхала и не разбирала, былъ ли это крикъ о пощадѣ и помощи, были ли это брань и оскорбленіе, или же просто болевой рефлексъ. Далѣе, интересное явленіе—это разговоръ со сторожемъ: «помню, что говорила, о чемъ—не знаю, и держалъ онъ еще шайку съ рожью—это помню». Послѣ крика, слышнаго изъ сарая, о чемъ же какъ не объ этомъ могъ спрашивать сторожъ? Данъ былъ и отвѣтъ на вопросъ. Ничего этого не помнить, а мелочь, неимѣющая отношенія къ дѣлу и тогдашнему положенію—шайка съ рожью—врѣзалась въ память. Все это служитъ яснымъ доказательствомъ отсутствія координированнаго мышленія, при которомъ ряды представленій располагаются въ правильной постепенности соподчиненія. Напротивъ, здѣсь на лицо то нарушеніе обычнаго хода представленій, которое Meunert охарактеризовалъ терминомъ *Verworrenheit*—замѣшательство въ мысляхъ, спутанность.

Вслѣдъ за преступленіемъ Б—ву охватываетъ чувство страха, сопровождающееся галлюцинаціями зрѣнія, а затѣмъ она впадаетъ въ сумеречное состояніе: высаживается на станціи Рославль, не ниѣя на это никакого мотива, не зная города, не чувствуетъ ничего

и не думаетъ ни о чемъ; такая умственная одеревенѣлость сгибается, наконецъ, полнымъ истощеніемъ и Б—ва впадаетъ въ глубокой сонъ, подъ открытымъ небомъ, на невѣдомомъ ей «бугрѣ». Физическое и психическое истощеніе, какъ слѣдствіе бурнаго разрѣженія энергій—новое доказательство аффекта. Рѣзко выраженная истеро-эпилепсія, наблюдавшаяся въ отдѣленіи въ формѣ тяжелыхъ и продолжительныхъ припадковъ, является несомнѣнно психопатологической основой для возникновенія аффектовъ.

Здѣсь напрашивается интересный и очень важный въ практическомъ отношеніи вопросъ, къ какому времени относится начало заболѣванія гистеро-эпилепсией? Быть можетъ, въ моментъ совершенія преступленія Б—ва владѣла вполне интактною нервной системой. Быть можетъ, эта инвалидность нервной системы есть результатъ послѣдовавшихъ за преступленіемъ причинъ и главнымъ образомъ десяти-мѣсячное лишеніе свободы и неблагоприятныя гигиено-дѣтическія условія тюремной жизни? Постараемся разбраться, на сколько это возможно, въ рѣшеніи поставленнаго вопроса.

Б—ва совершила убійство 20 іюня 1892 года; во время пребыванія въ Рославльской тюрьмѣ въ первый разъ родила мертворожденный недоношенный (какого возраста изъ дѣла неизвѣстно) плодъ 5 октября 1892 г. Первый разъ подверглась медицинскому освидѣтельству 2 декабря 1892 года, т. е. почти два мѣсяца спустя послѣ родовъ. Изъ этого свидѣтельства, для рѣшенія вопроса, нельзя почерпнуть рѣшительно никакихъ данныхъ, за отсутствіемъ ихъ. Чтобы не быть голословнымъ, я приведу заключеніе этого свидѣтельства, которое безъ всякихъ измѣненій гласитъ слѣдующее: «Хотя первая беременность и оказываетъ весьма сильное вліяніе на интеллектуальныя способности и душевныя качества беременной, тѣмъ не менѣе въ этомъ случаѣ самое преступленіе является какъ месть, вслѣдствіе ревности къ своей соперницѣ въ любовномъ отношеніи. Такъ что преступленіе является въ данномъ случаѣ болѣе результатомъ аффекта ревности, чѣмъ результатомъ психическаго расстройства вслѣдствіе беременности; впрочемъ беременность Б—вой могла имѣть только лишь усиленіе аффекта, послѣдствіемъ чего явилось убійство».

Воздерживаясь отъ комментарія этого документа, не могу не пожалѣть о своихъ погибшихъ надеждахъ найти въ немъ тѣ или другія нужныя мнѣ свѣдѣнія. 16 февраля 1893 года Б—ва вновь свидѣтельствована, по возбужденію товарищемъ прокурора сомнѣнія въ нормальномъ состояніи умственныхъ способностей преступницы; въ этотъ разъ найдено: «Б—вой отъ роду 21 годъ, тѣлосложенія крѣпкаго, питанія удовлетворительнаго. Б—ва не страдаетъ никакими нервными болями, не страдаетъ ни головокруженіемъ, ни разстройствомъ памяти; у нея не бываетъ ни галлюцинацій, ни иллюзій, какъ зрѣнія, такъ и слуха, совершенно здорова. На основаніи разспроса больной, а также данныхъ, добытыхъ при изслѣдованіи (какихъ?!), я нахожу, что Б—ва не страдаетъ разстройствомъ умственныхъ способностей, имѣетъ здравый разумъ и совершенно здорова». Была ли изслѣдована кожная чувствительность, сухожильные рефлексы, область позвоночника и яичниковъ, т. е. всѣ тѣ мѣста, гдѣ локализируются характерныя расстройства, найденныя въ психіатрическомъ отдѣленіи въ первый день изслѣдованія (далеко до обнаруженія припадковъ)—неизвѣстно изъ свидѣтельства. Я имѣю всѣ основанія утверждать, что въ указанныхъ направленіяхъ изслѣдованія не производилось, ибо его можно было бы вотировать въ свидѣтельствѣ и необходимо было бы это сдѣлать, если бы даже изслѣдованіе дало отрицательные результаты. Такимъ образомъ заключеніе 16 Февраля 1893 года, что Б—ва «совершенно здорова» сдѣлано безъ достаточныхъ къ тому основаній. Затѣмъ въ дѣлѣ слѣдуетъ рядъ опросовъ: жены старшаго рабочаго, жены дорожнаго мастера, жены сторожа.

Наблюдательнѣе всѣхъ, изъ державшихъ отвѣтъ по этому вопросу, оказался старшій надзиратель Рославльской тюрьмы, который показалъ, что Б—ва была раздражительна и ссорилась часто, такъ что за мѣсяцъ до родовъ ее пришлось перевести въ другую комнату. Послѣ родовъ Б—ва угрожала арестанткѣ Наталіи, что никогда не спуститъ ей и убьетъ ее за то, что Наталія бросила въ нее во время ссоры башмакомъ, отчего, по мнѣнію Б—вой, и произошелъ выкидышъ. Рядомъ съ снохожденіемъ и угрозой смотрителя одѣтъ Б—ву въ сумасшедшую рубаху—это показаніе имѣетъ нѣкоторое зна-

ченіе. (Смотритель за отсутствіемъ не давалъ самъ показаній). Но все-таки по даннымъ дѣла рѣшить вопроса нельзя и къ этому рѣшенію надо подойти съ другой стороны.

При поступленіи въ больницу Б—ва представляется субъектомъ крѣпкаго тѣлосложенія, довольно хорошо упитаннымъ съ незначительной блѣдностью кожи и слизистыхъ оболочекъ. Очевидно, тюремное житіе мало повліяло на физическое благосостояніе организма. Даже припадки въ больницѣ обнаружались послѣ пятинедѣльнаго пребыванія въ сравнительно очень выгодныхъ гигиено-діетическихъ условіяхъ, благодаря которымъ Б—ва съ физической стороны еще больше поздоровѣла. Такимъ образомъ, допущеніе 'этіологій заболѣванія въ видѣ истощающихъ организмъ моментовъ, слѣдовавшихъ за преступленіемъ, — совершенно неосновательно. Для допущенія психическихъ моментовъ въ видѣ ли терзаній совѣсти, печальныхъ думъ, гнетущихъ ощущеній — больная не даетъ также никакихъ поводовъ. Напротивъ, она по своему истерическому характеру относится поверхностно, легко къ своему положенію, какъ и ко всѣмъ прочимъ впечатлѣніямъ: рассказывая о преступленіи врачу, она поплачетъ, но это не помѣшаетъ ей въ тотъ же день увлечься забавами и играми съ подругой-больной.

Объ этіологій гистеро-эпилепсін намъ извѣстно, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ болѣзнь эта наследственна или же является у лицъ съ психопатологической наследственностью. Проходятъ нерѣдко многіе годы, въ теченіи которыхъ болѣзнь въ латентнаго состоянія, обыкновенно характеризующагося истерическимъ характеромъ, развивается въ вполне выраженную форму. Что касается наследственности въ нашемъ случаѣ, то собранныя на мѣстѣ родины больной свѣдѣнія даютъ отрицательный результатъ, хотя къ этимъ даннымъ надо относиться осторожно, ибо въ крестьянской средѣ лишь рѣзко выраженныя формы заболѣваній идутъ въ счетъ. Если на основаніи имѣющихся данныхъ необходимо считать болѣзнь приобрѣтенной, то во всякомъ случаѣ нѣтъ никакихъ основаній относить это къ недавнему времени. Гораздо правильнѣе не дѣлать неосновательнаго исключенія для даннаго случая, и считать его развившимся исподволь въ теченіи значительнаго промежутка времени. Такому предположенію нѣтъ возраженій, легко напрашивающихся

при другомъ возможномъ предположеніи, что болѣзнь развилась въ недавнее время.

Такимъ образомъ Б—ва по роду болѣзни вообще склонна къ аффектамъ и появившійся аффектъ является патологическимъ, т. е. происшедшимъ на почвѣ нервной системы, подорванной болѣзью, поэтому онъ долженъ быть признанъ, какъ одинъ изъ симптомовъ общаго нейроза—гистеро-эпилепсіи, которымъ въ рѣзкой и глубокой степени страдаетъ Б—ва, почему и преступленіе, совершенное ею подъ вліяніемъ этого болѣзненнаго аффекта съ полнымъ уничтоженіемъ дѣятельности регулирующихъ мышленіе центровъ, не можетъ быть вмѣнено ей въ вину по смыслу 3 п. 92 ст. Уст. Улож. о наказ.

Въ такомъ смыслѣ дано было заключеніе суду, который въ распорядительномъ засѣданіи 8 іюля, выслушавъ мнѣніе экспертовъ, призналъ преступленіе совершеннымъ въ болѣзненномъ аффектѣ, а Б—ву не подлежащей отвѣтственности. Рѣшительно отказываюсь понимать, почему коронный судъ, по мнѣнію Я. А. Боткина, долженъ отнестись иначе къ преступленію Позднышева! Одинъ изъ экспертовъ въ засѣданіи 8 іюля остался при особомъ мнѣніи, которое, въ качествѣ возраженія на мое заключеніе, я приведу цѣликомъ. *Audiatur et altera pars!*

«По моему мнѣнію, Б—ва совершила преступленіе въ припадкѣ умоизступленія, но этотъ припадокъ развился не на болѣзненной почвѣ, а естественно вытекалъ, какъ результатъ всей совокупности обстоятельствъ, предшествовавшихъ преступленію. Въ настоящее время, на основаніи наблюденій въ больницѣ, Б—ву слѣдуетъ признать страдающей истеріей».

Никто не станетъ оспаривать, надѣюсь, ни самъ даже экспертъ, что «припадокъ умоизступленія» до сихъ поръ никогда не считался признакомъ психо-физиологическаго состоянія. Юристы знаютъ, что «*сильное раздраженіе*»—состояніе, свойственное и здоровому чело-вѣку, признается за обстоятельство, уменьшающее вину (134 ст. 5 п. Улож. о наказ.), а *умоизступленіе* характеризуетъ болѣзнь и считается за причину, по коей содѣянное не должно быть вмѣняемо въ вину (92 ст. 3 п.). Судебнымъ врачамъ это необходимо помнить, хотя бы для того, чтобы не писать особаго мнѣнія, кото-

рое по существу совѣшь не особое, а тождественное. Экспертъ называлъ состояніе Б—вой припадкомъ, а здоровая центральная нервная система исключаетъ возможность возникновенія припадковъ умозступленія, а ужъ если онъ появился, то, значить, и почва была не здоровая, а болѣзненная. Что же касается всей совокупности обстоятельствъ, какъ результата, изъ котораго вытекалъ припадокъ умозступленія, то кому же неизвѣстно, что вся совокупность жизненныхъ условій, начиная отъ внутри-утробной жизни, приводитъ людей въ сумасшедшій домъ; надо вспомнить хоть вліяніе зачатія въ пьяномъ видѣ на послѣдующую психическую организацію плода, чтобы не утверждать противнаго. Если экспертъ хотѣлъ указать, что болѣзненная индивидуальность Б—вой, тутъ ни при чемъ, что убійство долженъ былъ совершить всякій въ положеніи Б—вой, безъ различія нервно-психической организаціи, что оно вытекало для всѣхъ съ той же неумолимой необходимостью, съ которой погибаетъ *весь* экипажъ ветхаго судна, разбитаго въ щепки морской бурей, — то это совершенно не вѣрно. Суть вѣдь обстоятельствъ предшествовавшихъ проста и для современнаго общества заурядна: прислуга съ которой баринъ жилъ въ интимной связи, увольняется. Если такое положеніе ставитъ въ роковую необходимость совершить убійство, то какое же преступленіе должны совершать люди, связь которыхъ освящена церковью, закономъ, обществомъ, когда одному изъ нихъ приходится «увольняться»? Мы бы пережидали поминки въ время звѣрскихъ преступленій.

Подъ моимъ наблюденіемъ въ настоящее время находится молодая дѣвушка, съ среднимъ образованіемъ, которую изнасиловалъ Петербургскій баринъ, отецъ семейства, пригласившій ее гувернанткой къ своимъ дѣтямъ. Несчастная жертва современной разнузданности нравовъ попала въ сумасшедшій домъ, но не совершила преступленія, находясь въ положеніи далеко худшемъ, чѣмъ Б—ва.

Подробное изученіе нѣсколькихъ аналогичныхъ судебныхъ дѣлъ даетъ мнѣ основаніе высказать слѣдующее заключеніе о судебно-медицинскомъ значеніи аффектовъ:

Если установлено, что убійство совершено въ состояніи аффекта, то о физиологическомъ аффектѣ тутъ не можетъ быть и рѣчи.

ибо придется признать физиологическимъ состояніемъ такую сумму ощущеній и психическихъ нарушеній, которая роковымъ образомъ приводитъ субъекта къ самому страшному изъ всѣхъ преступленій, къ самой ужасной дикости и жестокости. Такого состоянія мы не можемъ признать физиологическимъ ни въ одномъ случаѣ. Одно изъ двухъ: либо здѣсь не было аффекта и преступленіе совершено съ опредѣленной цѣлью послѣ свободнаго выбора здравымъ умомъ всѣхъ мотивовъ pro и contra, т. е. нормальная всесторонняя для даннаго субъекта ассоціація идей дала равнодѣйствующую въ формѣ заключенія о необходимости преступленія или вѣрнѣе о достаточности мотивовъ къ его совершенію; либо здѣсь было нарушеніе ассоціативной дѣятельности въ томъ или другомъ направленіи, каковое нарушеніе относится къ патологій, въ какой бы формѣ не проявлялось. Степенью этого нарушенія обуславливается сила аффекта, которая для стеническихъ аффектовъ стоитъ въ прямой пропорціональности съ жестокостью и звѣрствомъ насильственныхъ дѣйствій.

Рѣчь идетъ не о сопутствующихъ всякому даже заранѣе обдуманному преступленію аффектахъ: самый закоренѣлый преступникъ въ моментъ совершенія преступленія испытываетъ безпокойство, если не по этическимъ побужденіямъ, то по чувству страха изъ боязни грядущаго наказанія, въ случаѣ обнаруженія преступленія. Я имѣю въ виду только тѣ аффекты, которые къ преступленію относятся, какъ причина къ слѣдствію. Здѣсь нѣтъ мѣста сопутствующимъ аффектамъ, настолько стимулирующій аффектъ захватываетъ всѣ душевныя силы: совершающему преступленіе подъ влияніемъ аффекта чужды угрызенія совѣсти, чужда боязнь за свое существованіе. Въ одинъ разъ ужасное преступленіе совершается съ обдуманностію и разчитанностію и легко можетъ собой симулировать дѣйствіе здороваго человѣка; въ другой—дикое необузданное чувство неудержимо толкаетъ на преступленіе, сообщая ему тотъ характеръ дикости, который нашимъ уголовнымъ закономъ обозначается терминомъ умоназступленія.

Всякій аффектъ сохраняетъ физиономію того общаго страданія центральной нервной системы, на почвѣ котораго онъ разыгрался. Такъ, аффектъ Поздышева или же упомянутаго паціента П. И.

Ковалевскаго суть такіе же выразительные моменты параной, какъ настоящій аффектъ Б—вой—одинъ изъ симптомовъ быстро протекающей спутанности (*amentiae acutissimaе*), обоснованной на нервной системѣ, ослабленной истеро-эпилепсіей. Въ самомъ дѣлѣ, инаніція ослабленной нервной системы, вызванная чрезмѣрнымъ напряженіемъ ограниченного числа мыслительныхъ центровъ, вслѣдствіе однородныхъ внѣшнихъ впечатлѣній, сопровождавшихся сильными однородными же отрицательными ощущеніями, даетъ нарушеніе ассоціаціи—спутанность, сильное двигательное возбужденіе, необоснованное чувство страха, галлюцинаціи; этотъ періодъ возбужденія смѣняется угнетеніемъ въ видѣ сумеречнаго состоянія, близкаго къ ступорозному, и заканчивается глубокимъ сномъ, за которымъ только наступаетъ правильное отношеніе къ дѣйствительности. Этотъ рядъ психическихъ измѣненій, изъ которыхъ состоялъ аффектъ Б—вой, при отсутствіи у нея психо-патологической наследственности, характеризуетъ въ то же время и аменцію.

И весьма понятно, почему изъ одного аффекта безошибочно можно установить діагностику основного страданія; при наблюденіи больныхъ *en passe* во время ихъ спокойнаго состоянія не сразу можно опредѣлить характеръ страданія. Стоитъ больному выйти изъ состоянія спокойствія, аффектироваться по той или иной причинѣ, и въ этотъ моментъ можно замѣтить многое, что находилось до снѣ поръ латентнымъ,—и чѣмъ сильнѣе аффектъ, тѣмъ рѣзче сказываются тѣ или ныя стороны психическихъ нарушеній.

Да не подумаютъ, что я утверждаю, будто аффектъ на почвѣ истеро-эпилепсіи непременно долженъ носить характеръ аменціи: истеро-эпилепсія—благодарная почва, на которой всѣ формы психозовъ могутъ развиваться одинаково хорошо и соответственно той или другой формѣ развитого или развивающагося психоза будетъ принимать свою фізіономію и аффектъ.

Dr. Ewald Hecker.

## Скрытое и abortивное состояніе тоски и страха при нейрастеніи.

Переводъ Н. Н. Ковалевской.

Общезвѣстно, что проявленія тоски и страха представляются однимъ изъ наиболѣе частыхъ признаковъ нейрастеніи. Löwenfeld <sup>1)</sup> допускаетъ, что «приступы страха и тоски наблюдаются по крайней мѣрѣ у одной четверти, а быть можетъ и въ гораздо болѣе значительномъ числѣ, нейрастеніи». Въ прежнихъ своихъ работахъ я указалъ, что эти *рѣзко-выраженныя* явленія бывають у нейрастениковъ болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ. Каан <sup>2)</sup> называетъ чувство страха «однимъ изъ постояннѣйшихъ проявленій нейрастеніи». У нѣкоторыхъ больныхъ наблюдается только одинъ приступъ страха въ теченіи всей ихъ болѣзни,—у другихъ они бывають значительно чаще. Эти приступы наступаютъ или при исполнѣ опредѣленныхъ и весьма положительныхъ случайныхъ причинахъ, какъ напр. агорафобія и подобныя ей фобіи,—или же они наступаютъ неожиданно и безъ всякаго къ тому повода. Еще въ иныхъ случаяхъ они являются не въ видѣ отдѣльныхъ приступовъ, а въ формѣ болѣе или менѣе затяжной, овладѣвая больнымъ въ теченіи всего дня.

При всѣхъ этихъ различныхъ формахъ тоски и страха замѣчается одно достойное вниманія явленіе, на которое указываетъ Löwenfeld <sup>3)</sup>,—а именно, что характеръ овладѣвающего больнымъ чувства не всегда сознается имъ, какъ страхъ и тоска, и, пока они ему не будутъ выяснены, онъ истолковываетъ ихъ иначе. Въ болѣе ранней своей работѣ я

---

<sup>1)</sup> Löwenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie, 1893.

<sup>2)</sup> Каан, Der neurasthenische Angst-affect etc., 1893.

<sup>3)</sup> Löwenfeld, l. c.

обращалъ вниманіе на это явленіе и сообщилъ случай, въ которомъ больной, страдавшій въ теченіи четырехъ лѣтъ нейрастеническими приступами тоски и страха, считалъ себя больнымъ астмою и былъ лѣчимъ всѣми врачами, какъ астматикъ <sup>1)</sup>).

Извѣстно, что раньше очень часто состояніе тоски и агорафобіи принимали за головокруженіе, и вмѣсто «страхъ открытыхъ пространствъ» говорили «головокруженіе при открытыхъ пространствахъ». Это явленіе объясняется непра-

<sup>1)</sup> *Hecker*, Zur Behandlung der neurasthenischen Angstzustände, Berlin. klin. Wochenschrift, 1892, 47.

Здѣсь я привожу слѣдующій случай. Больной, 60 лѣтъ, вслѣдствіе цѣлаго ряда нервныхъ недомоганій, былъ посланъ своимъ домашнимъ врачомъ въ Marienbad. Тамъ онъ познакомился съ женщиной, почти равныхъ съ нимъ лѣтъ, принадлежавшей къ лучшему кругу общества. Между ними завязалось дружественное знакомство. Усилившаяся нервно-сть и появившееся неопредѣленное безпокойство заставили его прекратить курсъ леченія раньше, чѣмъ онъ рассчитывалъ. Направившись въ обратный путь на Рейнъ, онъ едва доѣхалъ до Эрфурта, какъ былъ охваченъ столь внезапно и безотчетно побужденіемъ къ свиданію съ своей знакомой и такою тоскою по ней, что ему не оставалось ничего болѣе, какъ съ первымъ же поѣздомъ возвратиться назадъ. Самыя постыдныя мысли имъ бурно овладѣли. Онъ упрекалъ себя въ томъ, что онъ, женатый человѣкъ и дѣдъ, могъ возмѣть столь неповятную, необъяснимую и достойную порицанія склонность. Но все это не помогало. Онъ успокоился только свиданіемъ съ дамой, объяснивъ свое возвращеніе вымышленнымъ предлогомъ. Спусти нѣсколько дней, въ теченіи которыхъ онъ чувствовалъ себя довольно порядочно, собравшись съ духомъ, онъ уѣхалъ вторично. Благополучно доѣхалъ онъ до Франкфурта на Майнѣ, но тутъ его охватилъ новый приступъ влеченія и тоски къ указанной дамѣ. Онъ бы обязательно вторично вернулся, если бы случайно не встрѣтилъ тутъ своего зятя, который увезъ его домой. Дома больной впалъ въ весьма жалкое состояніе. Онъ рѣшительно не могъ отдѣлаться отъ влеченія къ указанной особѣ, дѣлалъ себѣ горькіе упреки и дошелъ почти до меланхоліи. Къ этому присоединилось значительное безпокойство, вслѣдствіе котораго онъ не находилъ себѣ мѣста, и настоящую причину своего состоянія, стыдась, онъ скрывалъ отъ своихъ родныхъ. Приглашенъ былъ врачъ, который и направилъ больного ко мнѣ. Уже краткое наблюденіе показало, что больной страдалъ приступами тоски и страха и что все ранее, нераспознанное больнымъ, состояніе томленія представляло собою не болѣе, какъ проявленіе тоски и страха. Когда я назвалъ ему его болѣзнь настоящимъ именемъ, больной почувствовалъ себя какъ бы освобожденнымъ отъ тяжелой вины. Какъ бы въ подтвержденіе моего діагноза, у больного явилось нѣсколько приступовъ уже настоящей тоски, безъ всякаго отдѣльнаго стремленія. Подъ вліяніемъ надлежащаго леченія наступило довольно быстро прочное выздоровленіе.

вильными заявленіями больныхъ, которые жаловались не на тоску и страхъ, а на головокруженіе и дурноту.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ «скрытыхъ состояній страха», какъ бы я предложилъ ихъ назвать,—имѣется нераспознаваніе своеобразнаго душевнаго состоянія, которымъ больной страдаетъ. Больной смѣшиваетъ это состояніе съ инымъ, быть можетъ, болѣе знакомымъ ему психическимъ состояніемъ, какъ въ описанномъ случаѣ съ состояніемъ тоски и побужденія, или же онъ считаетъ это состояніе за чисто тѣлесное, вслѣдствіе того, что обращаетъ особенное вниманіе на одно изъ соматическихъ явленій, сопровождающихъ страхъ; такъ, онъ принимаетъ данное явленіе за астму, за головокруженіе и страшный голодъ.

Исходя изъ этихъ наблюденій, я въ послѣдніе годы обращалъ особенное вниманіе на тѣлесныя проявленія, сопровождающія страхъ, и мнѣ пришлось установить слѣдующее: у нейрастениковъ удивительно часто развиваются, вмѣсто полнаго приступа страха, тотъ или другой физическій признакъ страха *единично*, въ видѣ рѣзко выраженныхъ приступовъ, не сопровождаемыхъ душевнымъ чувствомъ страха.

Наблюдая человѣка, находящагося въ состояніи страха, страха основательнаго, или неосновательнаго (болѣзненнаго), мы находимъ, что у него, повидимому, одновременно съ психическимъ состояніемъ, наступаютъ опредѣленныя физическія или тѣлесныя явленія. Эти явленія подробно описаны въ работѣ Lange'a<sup>1)</sup>, къ которому мы ниже еще обратимся. Къ сожалѣнію, Lange не вполне удачно смѣшиваетъ явленія страха и тоски съ явленіемъ испуга, упуская изъ виду, что страхъ и тоска есть аффектъ ожиданія испуга. Въ работѣ Domrich'a<sup>2)</sup>, вполне достойной прочтенія и въ наше время, эти явленія замѣчательно ясно и подробно описаны. Желая быть вполне объективнымъ, я положилъ въ основу своихъ изслѣдованій это описаніе Domrich'a.

Въ трудѣ Domrich'a, на стр. 322, стоитъ слѣдующее: «физическія или соматическія явленія боязни прежде всего наступаютъ въ области сердца, въ легкой степени явленія эти состоятъ въ трудно-описуемомъ чувствѣ безпокойства и тоскливой боли: чувствуешь, ощущаешь свое сердце! За-

<sup>1)</sup> Lange, Ueber Gemüthsbewegung, 1887.

<sup>2)</sup> Domrich, Die psychischen Zustände, ihre organische Vermittlung und ihre Wirkung in Erzeugung körperlicher Krankheiten, 1849.

тѣмъ это чувство становится болѣе выраженнымъ, страхъ заставляетъ сердце биться, оно начинаетъ работать крайне быстро и бурно». Затѣмъ ускоряются дыхательныя движенія, они становятся весьма быстрыми и короткими, до нѣкоторой степени дрожащими и поверхностными, безъ того, чтобы являлась настоящая задержка дыханія. Далѣе наступаетъ уменьшеніе (ослабленіе) иннерваціи всѣхъ произвольныхъ мускуловъ, вслѣдствіе чего сила этихъ послѣднихъ ослабляется, является дрожь мускуловъ, въ особенности въ области колѣнъ. При высокой степени боязни дѣло доходитъ до того, что зубы стучать. Затѣмъ замѣчается затрудненіе при стояніи, которое можетъ доходить до головокруженія. Сознаніе грозитъ исчезнуть. Въ конечностяхъ появляются аномальныя ощущенія, какъ похолодѣніе и онѣмѣніе. По тѣлу пробѣгаетъ знобъ, кожа то блѣдна и холодна (куриная кожа), то покрыта изобильнымъ потомъ (отъ страха обливается потомъ), замыкающіе мускулы ослабѣвають при усиленной перистальтикѣ, калъ и моча непроизвольны и весьма усиленно отдѣляются. Затѣмъ при страхѣ судорожно сокращается пищеводъ, прямая кишка и глотка (отъ страха стянуло горло). Что боязнь влечетъ за собою безсонницу, какъ и всякій эффектъ ожиданія—достаточно извѣстно.

Всѣ эти симптомы, только что описанные мною, какъ я уже указывалъ, удивительно часто появляются у нейростениковъ, безъ слѣда или намека на психическое чувство страха въ сознаніи больныхъ. Мы вкратцѣ обсудимъ эти явленія въ выше-упомянутомъ порядкѣ:

1) Во первыхъ—приступъ *сердцебіенія*, который мы встречаемъ у этихъ больныхъ, безъ зависимости или происхожденія его отъ чувства страха. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ дальнѣйшемъ теченіи страхъ вторично присоединяется къ приступамъ сердцебіенія, но весьма часто онъ вполне отсутствуетъ.

2) Объ изолированныхъ *разстройствахъ дыханія* я уже говорилъ. Я вспоминаю цѣлый рядъ подобныхъ случаевъ. Гдѣ приступообразно наступало быстрое, поверхностное дыханіе, безъ присоединенія чувства страха.

По поводу преній объ астмѣ на 4 конгрессѣ внутреннихъ болѣзней я коротко охарактеризовалъ эти приступы ложной астмой и указалъ, что при нихъ никогда не имѣется настоящаго затрудненія дыханія—на что и Domrich указывалъ.

ваетъ при страхѣ—въ особенности же отсутствуетъ затрудненіе выдыханія, характерное для астмы. Leyden прекрасно назвалъ подобный случай, приславъ больного для леченія ко мнѣ, «asthma psychicum.»

3) Весьма обычны у нейрастениковъ внезапныя разстройства мускульной иннерваціи, которыя проявляются въ *общей утомленности и слабости, дрожи и неустойчивости*, въ особенности въ ногахъ.

4) Весьма извѣстны *приступы головокруженій* у нейрастениковъ, наступающіе безъ чувства страха и доходящіе въ связи съ общей слабостью до *обморочныхъ состояній*, какъ, на примѣръ, въ слѣдующемъ случаѣ:

Женщина 23 лѣтъ, Е. Б. (изъ клиники Крона—Берлинъ), заболѣла года два тому назадъ затяжными приступами затрудненія дыханія, чисто-нейрастеническаго характера, подобно описанному мною выше. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ, къ нимъ присоединились приступы страха, постепенно усиливавшіеся и проявлявшіеся въ формѣ Strassenfurcht, боязни улицъ. Въ концѣ концовъ больная уже не осмѣливалась выйти на улицу, такъ какъ ею овладѣвала мысль и боязнь, что съ нею будетъ обморокъ на улицѣ. Тутъ съ больной стали случаться ежедневно дома, при вполнѣ покойной обстановкѣ и настроеніи, обморочные приступы, съ похолодѣніемъ конечностей и полу-потерей сознанія. Больная настойчиво утверждаетъ, что не ощущаетъ при этомъ ни малѣйшей боязни къ *собственному ея удивленію*.

5) О *разстройствахъ кровообращенія*, связанныхъ съ аномальными ощущеніями у нейрастениковъ, можно не распространяться, они слишкомъ извѣстны,—также и 6) приступы *потоотдѣленія*, наступающіе то односторонне, то по всему тѣлу. Особенно-же характерны 7) такъ называемыя *нервныя діарреи*, по своей неудержимости и внезапности весьма напоминающія произвольныя дефекаціи при чувствѣ страха и боязни.

Не менѣе извѣстны 8) явленія *раздражительности пузыря*, весьма тягостныя и рѣзко выраженныя у нейрастениковъ.

Наконецъ мы дошли 9) до *судорожнаго сокращенія пищевода* и глотки, послѣдняго проявленія въ описаніи эффекта страха и боязни. Мнѣ приходилось часто наблюдать эти явленія у настоящихъ нейрастениковъ, безъ всякаго осложненія истеріей. Такъ какъ въ литературѣ это явленіе мало или совсѣмъ не упоминается, то я позволяю себѣ

кратко описать два случая, въ которыхъ это явленіе было весьма рѣзко и характерно выражено.

М. Г. Студентъ-медикъ, 22 лѣтъ, присланъ ко мнѣ профессоромъ Морицемъ-Шмидтъ (Франкфуртъ на Майнѣ). Больной безъ наслѣдственнаго предрасположенія, страдаетъ съ десятилѣтняго возраста такъ называемымъ Grübelsucht съ сильными состояніями боязни (страха и тоски), доводящими его до того, что онъ рвалъ на себѣ волосы и одежду. Полтора года тому назадъ отецъ нашего больного скоропостижно скончался; съ этихъ поръ больной сталъ страдать ощущеніемъ сильной тяжести и давленія въ головѣ, съ явленіями головокруженія и весьма сильной возбудимостью сердца (пульсъ превышаетъ 200), — появилось значительное двигательное безпокойство и боязнь удара и паралича. Съ самаго начала болѣзни нашъ пациентъ страдалъ своеобразными затрудненіями глотанія, наступающими только при проглатыванія твердой пищи. (Хочу коротко добавить, что лечу въ настоящее время чистѣйшій случай нейрастеніи съ насильственными представленіями, гдѣ также имѣется затрудненіе глотанія, въ особенности жидкостей, такъ что больной пришлось прибѣгнуть къ желудочному зонду). Нашъ первый больной, мучимый приступами боязни въ различнѣйшихъ видахъ, настойчиво утверждаетъ, что при этихъ затрудненіяхъ глотанія онъ не испытываетъ ни малѣйшаго страха или боязни. Для того, чтобы проглотить твердую пищу, ему приходится запивать ее жидкостью и такимъ образомъ какъ-бы споласкивать пищу и заставлятъ ее спуститься по пищеводу. Наибольше трудно ему глотать мясо и хлѣбъ, — страннымъ образомъ хлѣбная корка немного легче проглатывается имъ. — Второй случай поступилъ ко мнѣ въ заведеніе специально вслѣдствіе подобныхъ затрудненій глотанія. Больной 23 лѣтъ, студентъ, направленъ ко мнѣ д-ромъ Heingich изъ Висбадена. Больной, наслѣдственно предрасположенный, представлялъ уже съ дѣтства своеобразную боязливость и аккуратность во всѣхъ мелочахъ. Такъ наприимѣръ, поставивъ предметъ на столъ, онъ непременно 3 или 4 раза прикасался къ нему, дабы проверить, правильно-ли онъ поставленъ. До окончанія университетскихъ занятій онъ заболѣлъ, вслѣдствіе злоупотребленія алкоголемъ при одновременныхъ напряженныхъ занятіяхъ для подготовленія къ экзаменамъ. Появилось заболѣваніе желудка, потеря аппетита и упадокъ силъ. Однажды онъ ощутилъ при глотаніи явное затрудненіе, какъ-бы препятствіе

въ глоткѣ, судорожное стягиваніе, къ которому тотчасъ же присоединилась боязнь не попала-ли пища въ дыхательное горло, не можетъ-ли онъ задохнуться. Это состояніе стало настолько рѣзкимъ, что больной нѣсколько дней питался только жидкой пищей, боясь подавиться твердой, а затѣмъ наступилъ полный отказъ отъ пищи, что продлилось нѣсколько дней. У этого же больного и позже, когда наступило выздоровленіе и боязнь удушенія уже исчезла, изрѣдка все таки наступали неожиданныя судорожныя затрудненія глотанія.

10) О явленіи *бессонницы* при боязни и при найрастеніи мнѣ нѣтъ необходимости говорить. Перебравъ рядъ главнѣйшихъ соматическихъ проявленій боязни и установивъ, что эти же явленія, каждое въ отдѣльности, весьма часто наступаютъ приступообразно при нейрастеніи, я, вѣроятно, не встрѣчу противорѣчія или опроверженія моему предложенію назвать эти приступы—*абортивными или неполными состояніями боязни*. Я думаю, что это возрѣніе выяснитъ намъ цѣлый рядъ главнѣйшихъ симптомовъ нейрастеніи. Еще болѣе значенія приобрѣтаетъ этотъ взглядъ, если мы примемъ въ соображеніе, что не только приступообразныя, но и болѣе хронически протекающіе атрибуты длительной боязни или боязливости, одновременно также представляютъ собой длительныя явленія нейрастеніи, какъ напимѣръ: постоянное чувство утомленія и безсилія, дрожь, тяжелая, несвѣжая голова, нѣкоторыя разстройства кровообращенія, хроническія разстройства желудка или, лучше сказать, пищеваренія и т. д. Во всякомъ случаѣ оказывается, что картина болѣзни нейрастеніи болѣе даже, нежели это предполагалось до сихъ поръ, находится подъ властью чувства боязни, —наступаетъ-ли послѣдняя въ видѣ рѣзко выраженныхъ приступовъ, или въ видѣ длительной боязливости или, наконецъ, въ скрытыхъ или абортивныхъ формахъ.

Теперь намъ необходимо выяснитъ внутреннюю связь, существующую между психическимъ чувствомъ боязни и тоски и его физическими проявленіями, въ надеждѣ такимъ образомъ пролить нѣсколько лучей свѣта на сущность нейрастеніи. Для этого намъ снова нужно вернуться къ уже упомянутымъ изслѣдованіямъ Lange'a, въ которыхъ авторъ, какъ извѣстно, съ достаточной вѣроятностью доказалъ, что, въ противоположность принятому до сихъ поръ возрѣнію, —физическія явленія всякаго эффекта составляютъ не послѣдствія, а при-

чину душевнаго движенія; такимъ, образомъ, что душевное движеніе состоитъ именно въ воспріятіи этихъ физическихъ проявленій. Различіе аффектовъ основано на различіи сочетаній, въ которыхъ группируются разстройства то усиленной, то ослабленной иннерваціи мускуловъ произвольныхъ и сосудистыхъ. Если при аффектѣ единичныя физическія проявленія по отношенію къ остальнымъ слишкомъ рѣзко выражаются, то, понятнымъ образомъ, это можетъ повлечь за собою неправильное толкованіе данной смѣшанной картины, что и выясняетъ происхожденіе такъ называемыхъ скрытыхъ сомнѣній страха и тоски. Однако возможно и обратное—тамъ, гдѣ опредѣленный аффектъ уже часто наступалъ (напримѣръ, аффектъ боязни при нейрастеніи), тамъ случайное появленіе хотя бы только одного изъ проявленій даннаго аффекта, напримѣръ сердцебіенія, можетъ тотчасъ обусловить иррадіацію и по другимъ проложеннымъ путямъ, и такимъ образомъ случайно созданная полная совокупность физическихъ проявленій приступа страха можетъ въ дѣйствительности вызвать таковой.

Въ основѣ вышеназванныхъ различныхъ проявленій разстройствъ иннерваціи при аффектахъ, по Lange'у, лежитъ одна единственная причина, а именно: измѣненія отправленій сосудодвигательнаго аппарата въ такой формѣ, что разстройства циркуляціи въ различныхъ органахъ и частяхъ тѣла для каждаго отдѣльнаго аффекта будутъ иныя.

Выше мы разобрали, какимъ образомъ эти проявленія аффекта боязни составляютъ въ опредѣленную картину,—если же далѣе наблюденіе покажетъ намъ, что значительное число главнѣйшихъ проявленій нейрастеніи сходны съ проявленіями аффекта боязни, то мы будемъ въ правѣ предположить близкую связь между анатомо-физиологическими основами этихъ двухъ состояній. И дѣйствительно, новѣйшія теоріи нейрастеніи подтверждаютъ это предположеніе. Во первыхъ я напому гипотезу Каап'а, съ которой Müller и Löwenfeld <sup>1)</sup> въ главнѣйшихъ пунктахъ согласны. Теорія эта основана на остроумныхъ положеніяхъ Меупегг'а, о компенсаторной гипереміи подкорковыхъ центровъ чувствъ, при одновременной слабости органа ассоціаціи,—ощущеніе боязни при нейрастеніи, по этой теоріи, объясняется значительнымъ

<sup>1)</sup> *Stricker's Archiv für animale Nahrungsmittelkunde*, 1891, Н. 4, цит. по Wolff's Referat: *deutsche Medicinalzeitung*, 1891, № 45.

распространеніемъ данной гипереміи черезъ сочетанія продолговатаго мозга, при чемъ она приводитъ въ возбужденіе, тамъ гдѣ сѣрые узлы сливаются съ сѣрымъ веществомъ ромбовидной ямки, центры вдыханія и выдыханія.

Съ этой физической теоріей соперничаетъ химическая теорія, основателемъ которой является проф. П. И. Ковалевскій <sup>1)</sup>. Онъ находитъ, что нейрастеническія явленія бывають послѣдствіемъ чрезмѣрнаго раздраженія и утомленія отдѣльныхъ группъ мозговыхъ клѣтокъ, чѣмъ обуславливается инаниція сихъ послѣднихъ. Но такъ какъ одновременно существуетъ замедленное удаленіе образовавшихся продуктовъ обратнаго метаморфоза, то и создается отравленіе всего организма этими лейкомаинами, что въ свою очередь обуславливаетъ физическія явленія нейрастеніи. Замѣчательное и интересное совпаденіе съ этой теоріей представляютъ выводы Mariot, по отношенію къ явленію страха, въ работѣ, озаглавленной «Hautgout und Fleischgift». Mariot указываетъ на тотъ фактъ, что вкусъ мяса животнаго своеобразно измѣняется, если это животное передъ его убіеніемъ травить и пугать. Онъ предполагаетъ, что аффектъ страха обуславливаетъ совершенно своеобразные продукты распада въ мозгу, которые нельзя приравнять ни къ производимымъ напряженною душевною дѣятельностью (увеличеніе фосфорной кислоты и хлористаго натра, по Vogel'ю, Molechot'у и др.), ни къ создаваемымъ явленіями утомленія (образованіе молочной кислоты и кислаго фосфорно-кислаго калия, Ranke). Эти химическія летучія мозговія вещества пропитываютъ и отравляютъ всѣ ткани и такимъ способомъ обуславливаютъ физическія проявленія боязни. И такъ мы видимъ, что и эти гипотезы даютъ возможность выяснить тѣсную связь между состояніемъ боязни (какъ полнымъ, такъ и абортивнымъ) и нейрастеніей. Дальнѣйшія наблюденія и изслѣдованія должны пролить больше свѣта на эту связь, которая пріобрѣтаетъ еще болѣе интереса вслѣдствіе того, что мы можемъ допустить подобную же связь между истеріей и другими различными аффектами, особенно же аффекта испуга. Какъ извѣстно, истерія имѣетъ значительное число признаковъ, общихъ съ нейрастеніей; но вѣдь испугъ и боязнь имѣютъ также много общихъ отдѣльныхъ проявленій. Физическія проявленія, от-

<sup>1)</sup> *Prof. Kowalevsky, Zur Lehre von Wesen der Neurasthenie, Centralblatt für Nervenheilkunde, 1890, H. IX—X.*

личающія истерію отъ нейрастенія, совершенно тѣ же, которыя отличаютъ испугъ отъ боязни, а именно: склонность къ судорожности и атоничности («окаменѣлъ отъ испуга»), параплегія («отъ испуга отнялись ноги»), афонія и нѣмота («онѣмѣлъ отъ страха»), параличи органовъ чувствъ. Это удивительное и интересное явленіе я подробнѣе описалъ въ работѣ, которая одновременно появится въ *Therapeutische Monatshefte*, на что я и позволяю обратить вниманіе читателей.

---

## Къ ученію о сенсомоторныхъ явленіяхъ.

Д. И. Поляковъ.

(Изъ фізіологическаго кабинета проф. В. Я. Данилевскаго).

Со времени открытія Charles'омъ Bell'емъ (1811) его же именемъ названнаго закона, по которому передніе спинно-мозговые корешки содержатъ двигательныя, и задніе—чувствительныя нервныя волокна, начали появляться экспериментальныя работы, старавшіяся выяснитъ функціональную зависимость между чувствительными и двигательными нервами; но при разслѣдованіи этого вопроса изслѣдователи направляли свое вниманіе преимущественно на чисто рефлекторное отношеніе чувствительныхъ нервовъ къ возбужденію двигательныхъ нервовъ и на центры рефлекторныхъ движеній; отношеніе же ихъ къ произвольнымъ движеніямъ, повидимому, мало интересовало ученыхъ, не смотря на то, что первые опыты въ этомъ направленіи были произведены знаменитыми фізіологами Bell'емъ и Magendie.

*Bell*<sup>1)</sup> обнажалъ у осла n. infraorbitalem и посредствомъ механическаго раздраженія и перерѣзки его вызывалъ боль и нечувствительность въ области его распространенія, и изъ этого вывелъ заключеніе, что названный нервъ есть чувствительный; перерѣзка его съ одной стороны не обнаружила никакого нарушенія въ движеніи верхней губы; но послѣ перерѣзки этого нерва и на другой сторонѣ тотчасъ, вмѣстѣ съ потерей чувствительности, обнаружился параличъ движенія верхней губы; осель уже не могъ подбирать кормъ верхней губой, такъ какъ способность поднимать и сжимать ее совершенно исчезла, и онъ долженъ былъ сильно прижимать ротъ къ ящичку съ кормомъ и захватывать его языкомъ.

<sup>1)</sup> Изъ статьи Exner'a: Ueber Sensomobilität. Arch. für die gesamt. Physiol. 1891. Bd. XLVIII. § 593.

На основаніи этого Bell поставилъ движеніе губъ, при захватываніи корма, въ зависимость отъ сенсорныхъ впечатлѣній, такъ какъ при этомъ животное сначала должно ощущать кормъ и уже, руководимое этими ощущеніями, дѣлать соотвѣтственныя движенія губами. За двигательный нервъ для мускуловъ лица и верхней губы Bell призналъ 7-ю пару, а пятую пару онъ считалъ чисто чувствительною; но странный результатъ вышеописаннаго опыта поставилъ его въ недоумѣніе и для объясненія его Bell допустилъ, что п. infraorbitalis есть двигательный нервъ, но эта функція его проявляется только лишь при жеваніи.

*Мауо*<sup>1)</sup> повторилъ опытъ Bell'я съ перерѣзкой п. infraorbitalis у осла и нашелъ, что животное, дѣйствительно, послѣ операціи лишилось способности захватывать кормъ верхней губой и съ трудомъ владѣло ею при жеваніи, но могло открывать губы,—что Bell отрицалъ.

Это явленіе Мауо объяснилъ потерей чувствительности въ губѣ, вслѣдствіе чего животное, при захватываніи корма, не чувствовало его, хотя и могло захватить; но что движенія губъ зависятъ отъ п. facialis,—Мауо считалъ внѣ всякаго сомнѣнія.

*Magendie*<sup>2)</sup> дѣлалъ перерѣзку, какъ самага ствола тройничнаго нерва внутри полости черепа, такъ и его изолированныхъ вѣтвей, и замѣтилъ, что, гдѣ, вслѣдствіе этой перерѣзки, была уничтожена чувствительность, тамъ наступалъ параличъ движенія; такимъ образомъ, при перерѣзкѣ *gami orbitalis*, парализовались мускулы, находящіеся въ области распространенія этой вѣтви тройничнаго нерва; при перерѣзкѣ *gami maxillaris superioris*, наступалъ параличъ мускуловъ, находящихся въ области распространенія этой вѣтви; при односторонней перерѣзкѣ всего ствола п. trigemini наступалъ параличъ мускуловъ той же половины лица. Тѣмъ не менѣе *Magendie* зналъ, что п. trigeminus есть чувствительный нервъ, а двигательный нервъ для мускуловъ лица есть п. facialis; онъ демонстрировалъ даже кроликовъ, у которыхъ совершенно сходный односторонній параличъ мускуловъ лица былъ вызванъ перерѣзкой п. trigemini, а у другого—п. facialis; понятно.

<sup>1)</sup> Ibid. § 597 и изъ: Handbuch der Physiologie. J. Müller. 4 Auflage, Bd. I. S. 565.

<sup>2)</sup> Изъ статьи *Exner'a*: U. Sensomobilität. Arch. für d. gesamt. Physiol. 1891. Bd. XLVIII.

что въ первомъ случаѣ чувствительность на оперированной сторонѣ была уничтожена, а во второмъ она была сохранена.

Для объясненія результата такого опыта *Magendie* <sup>1)</sup> допустилъ, что п. *facialis* въ функциональномъ отношеніи такъ сильно зависитъ отъ тройничнаго нерва, что уже не можетъ функционировать, если функція этого послѣдняго уничтожена; зависимость же эту онъ объяснилъ тѣмъ, что п. *facialis* получаетъ отъ п. *trigeminus* чувствительные анастомозы, и если эти анастомозы будутъ разрушены, на примѣръ, при перерѣзкѣ чувствительнаго нерва, то вмѣстѣ съ этимъ соотвѣтствующій двигательный нервъ лишается своей моторной функціи; но такая зависимость, повидимому, существуетъ между лицевымъ и тройничнымъ нервами; подъязычный же нервъ относится иначе къ тройничному нерву и послѣ перерѣзки послѣдняго не лишается своей моторной функціи.

Но совершенно вѣрный фактъ, полученный *Magendie* экспериментальнымъ путемъ, послѣдующими физиологами былъ отвергнутъ и совершенно забытъ только лишь вслѣдствіе ошибочности его толкованія.

Ошибочность этихъ фактовъ казалась еще тѣмъ болѣе вѣроятной, что была доказана ошибочность многихъ другихъ утверженій *Magendie*, зависѣвшая отъ ошибокъ въ самыхъ опытахъ; такъ, на примѣръ, онъ утверждалъ, что послѣ перерѣзки п. *trigeminus* въ полости черепа съ одной стороны, тотчасъ же п. *acusticus* той же стороны теряетъ способность проводить слуховыя впечатлѣнія и что на этой же сторонѣ моментально исчезаетъ способность зрѣнія и обонянія, а п. *facialis* становится неспособнымъ для движенія.

Понятно, что такіе результаты его опытовъ были объяснены одновременной перерѣзкой стволовъ зрительнаго, обонятельнаго и слухового нервовъ, а тѣмъ болѣе долженъ былъ пострадать п. *facialis*, такъ какъ при операциіи въ большинствѣ опытовъ *Magendie* сильно разрушалъ скалистую кость.

*J. Müller* <sup>2)</sup> такіе результаты опытовъ *Magendie* объяснял неизбежнымъ пораненіемъ височной доли мозга; но особенно энергично настаивалъ на ошибочности опытовъ *Magendie*

1) Ibid.

2) *Trigeminus und Gesichtsausdruck*. Filehne. Arch. Du Bois-Rey-  
mond's, 1886.

его соотечественникъ *Longet*<sup>1)</sup>). Такимъ образомъ, утверждения *Magendie* о параличѣ *n. facialis* послѣ перерѣзки *n. trigemini* были забыты и *Ferrier*<sup>2)</sup> въ первомъ изданіи своей книги «функции мозга» (*Functionen des Gehirns*) только лишь упоминаетъ объ этихъ изслѣдованіяхъ.

*J. Müller*<sup>3)</sup> сильно интересовался результатомъ опытовъ *Bell*'я и *Magendie* и старался выяснитъ этотъ вопросъ въ зависимости отъ функциональнаго характера нервовъ, надъ которыми производились экспериментальныя наблюденія; для этого онъ пользовался электрическимъ токомъ и пришелъ къ тому заключенію, что первая и вторая вѣтви *n. trigemini* — чисто чувствительныя, а третья смѣшанная, что *n. infraorbitalis* и *n. auricularis s. temporalis superficialis* чисто чувствительныя и что *n. facialis* есть двигательный нервъ для мускуловъ лица и уха; однако онъ не отрицаетъ фактической результатъ опытовъ *Bell*'я и *Magendie*, и считаетъ совершенно правильнымъ мнѣніе *Mayo*, высказанное имъ для объясненія паралича верхней губы послѣ перерѣзки *n. n. infraorbitalium*. Такимъ образомъ, *J. Müller* смотритъ на этотъ вопросъ, повидимому, совершенно правильно; но онъ имѣлъ въ виду опредѣлитъ чувствительную или двигательную природу нервовъ, а потому нисколько не заботился о выясненіи ближайшей причины и условій такого нарушенія движеній. послѣдующіе физиологи также ограничивались преимущественно опредѣленіемъ природы нервовъ или направляли все свое вниманіе на отыскиваніе центровъ. *Schoeps*<sup>4)</sup>, ученикъ *J. Müller*'а, также кое-что сообщилъ по данному вопросу, хотя очень кратко; онъ нашелъ, что послѣ перерѣзки *n. n. infraorbitalium* у кроликовъ движеніе протягиванія губъ впередъ, относящееся къ функции жеванія, совершенно прекращалось; кошка обнаруживала подобныя же явленія. Находя, что наблюденія *Bell*'я и другихъ вполне согласуются съ его собственными наблюденіями, *Schoeps* счелъ совершенно лишнимъ распространяться по этому поводу.

Вышеописанные результаты своихъ опытовъ относительно даннаго вопроса *J. Müller* опубликовалъ въ 1844 году и съ этого времени до 1886 года физиологи какъ бы забыли

1) Ibid.

2) Ibid.

3) *J. Müller*. Handbuch d. Physiologie. 4 Aufl. Bd. 1. S. 565.

4) Ueber Sensomobilität. Arch. f. die gesamt. Phys. 1891. S. 597.

про опыты Bell'я и Magendie; по крайней мѣрѣ, насколько мнѣ извѣстно, о нихъ уже ничего не писали; но нейропатологи приняли это къ свѣдѣнію и опубликовали нѣсколько случаевъ нарушенія движенія мускуловъ лица въ зависимости отъ изолированной анестезіи n. trigemini, хотя эти сообщенія кратки и почти не касаются сущности явленія; такъ, напр., Romberg'омъ<sup>1)</sup> въ 1838 году было высказано мнѣніе, что при болѣе распространенныхъ анестезіяхъ лица встрѣчаются расстройства мимическихъ движеній лица, и хотя игра минъ выполняема, но гдѣнибудь затронута; а въ 1846 г. онъ описалъ два случая изолированной лѣвосторонней анестезіи въ области распространенія второй вѣтви n. trigemini съ одновременнымъ нарушеніемъ движенія мускуловъ той же стороны лица. Въ первомъ случаѣ дѣло касается 42-лѣтняго мужчины, перенесшаго 12 лѣтъ назадъ сифилитическую опухоль яичка, сопровождавшуюся припуханіемъ паховыхъ железъ; за два мѣсяца до послѣдняго его заболѣванія, онъ по роду службы (онъ былъ сторожемъ въ торговомъ домѣ) постоянно подвергался вліянію сквозного вѣтра лѣвой половиной лица и почувствовалъ въ ней рвущія боли, къ которымъ скоро присоединилось припуханіе лѣвой носовой кости и потеря чувствительности.

При изслѣдованіи 6 мая 1846 года оказалось, что вся область распространенія второй вѣтви n. trigemini была нечувствительна, такъ что при глубокихъ уколахъ иглой кожи лѣвой щеки, кожи и слизистой оболочки лѣвой половины носа, слизистой оболочки лѣвой половины полости рта и десны не чувствовалось ни малѣйшей боли; область же распространенія первой и третьей вѣтви n. trigemini была совершенно нормальна; *движенія мускуловъ лица на лѣвой половинѣ были выполнимы, хотя до известной степени были ограничены, что особенно рѣзко выступало при попыткахъ произвести нюхательныя движенія крыльцевъ носа*; при вліяніи холода больная половина лица тотчасъ же становилась синеватой и по окраскѣ рѣзко отличалась отъ здоровой половины, а лѣвая десна была очень склонна къ кровоточеніямъ; зрѣніе и обоняніе не были нарушены.

Черезъ три недѣли эта анестезія прошла отъ приемовъ іодистаго калия внутрь и іодистой мази снаружи.

<sup>1)</sup> Dr. Romberg. Klinische Ergebnisse, 1846, und Anaesthetie im Gebiete des Quintus. 1838.

Наблюдавшееся здѣсь нарушеніе мимическихъ движеній мускуловъ лица Romberg считаетъ аналогичнымъ такимъ же нарушеніямъ у животныхъ послѣ перерѣзки п. *trigeminі*, но въ разсмотрѣніе сущности этого явленія онъ не входитъ.

Во второмъ случаѣ дѣло касается 56-лѣтней женщины, у которой 12 лѣтъ назадъ до описываемаго заболѣванія появились сильныя боли въ лѣвой половинѣ головы, головокруженіе, лицо ея опухло и скосилось; но больная не могла указать направленія этого скашиванія; энергичное противусифилитическое леченіе вызвало излеченіе, но по временамъ головная боль на той же половинѣ возвращалась, а съ теченіемъ времени появилось онѣмѣніе и, наконецъ, полная нечувствительность лѣвой половины лица.

При изслѣдованіи больной 29 ноября 1844 года оказалось, что *вся область распространенія п. trigeminі sinistra нечувствительна*; лобъ до самой макушки, височная область, передняя поверхность наружнаго уха, щека, наружная поверхность носа, верхняя и нижняя губы, десна, слизистая оболочка щеки и лѣвая половина языка оказались вполне нечувствительными, а conjunctiva лѣваго глаза могла быть проколота иглою, не обнаруживая при этомъ ни малѣйшаго мигающаго движенія вѣка; жевательныя мышцы лѣвой стороны не дѣйствовали; *движеніе лѣвыхъ мимическихъ мускуловъ лица и въ этомъ случаѣ были затруднены, но все-таки выполнимы, такъ что потери проводимости п. facialis не было*; и здѣсь наблюдалась рѣзкая разница въ окраскѣ щекъ: рѣзкаго нарушенія зрѣнія и обонянія не было, а также отсутствовали трофическія нарушенія глаза. Мѣсто пораженія нерва въ этомъ случаѣ Romberg предположилъ въ области клиновидной кости.

*Hasse*<sup>1)</sup> въ своемъ руководствѣ по нервнымъ болѣзнямъ пишетъ, что произвольныя движенія мускуловъ лица на анестезированной сторонѣ въ видѣ правила болѣе вялы, чѣмъ въ нормальномъ состояніи.

*Erb*<sup>2)</sup> въ своемъ руководствѣ по нервнымъ болѣзнямъ говоритъ, что мышцы лица, иннервируемыя п. *facialis*, вполне способны къ произвольному движенію, но все-таки движенія

<sup>1)</sup> Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie. 1855. Bd. IV. S. 110.

<sup>2)</sup> Handbuch der Krankheiten des Nervensystems. 1874. Bd. I S. 201 (in Ziemssen's Sammelwerken).

анестезированной половины лица нерѣдко оказываются парализованными и болѣе вялыми.

*James Roy* <sup>1)</sup> пишетъ, что хотя мускулы, иннервируемые п. facialis, не были парализованы, но лицевыя движенія на анестезированной сторонѣ были медленны и несовершенны.

Теоретическій взглядъ авторовъ того времени на это явленіе былъ слѣдующій: «вслѣдствіе анестезіи, свѣдѣнія относительно степени сокращенія въ мимическихъ мускулахъ и относительно положенія и состоянія мягкихъ составныхъ частей лица не доводятся до сознанія, вслѣдствіе чего душа не можетъ достаточно правильно выполнить мимическія движенія».

*Щелковъ* <sup>2)</sup> въ своемъ учебникѣ физиологіи пишетъ, что при ослабленіи или потерѣ чувствительности нижнихъ конечностей стояніе затрудняется и походка дѣлается неровною и шаткою; это онъ объясняетъ тѣмъ, что при анестезіи впечатлѣнія больше уже не приносятся въ спинной мозгъ, и вслѣдствіе того является нарушеніе движеній.

*Филомаѳитскій* <sup>3)</sup> въ своемъ руководствѣ по физиологіи пишетъ: «къ отличительнымъ признакамъ произвольныхъ движеній принадлежитъ ихъ зависимость отъ наружныхъ чувствъ, иногда неимоверно великая», и въ подтвержденіе этого мнѣнія онъ привелъ сообщеніе доктора Velloly: «одинъ больной могъ держать въ рукахъ чашку только тогда, когда глаза его были обращены на оную, но какъ только онъ отворачивался, чтобы говорить съ кѣмъ нибудь, то чашка выпадала изъ рукъ». Маршалъ-Галль видѣлъ другого больного, пораженнаго несовершеннымъ параличемъ нижнихъ конечностей: «чувство и движеніе въ нихъ было слабо и больной могъ ходить твердо, ежели смотрѣлъ на полъ, но въ темнотѣ запинался безпрестанно». Приводя эти наблюденія изъ области нервной патологіи для подтвержденія своихъ словъ, *Филомаѳитскій*, однако, ничего не говоритъ объ опытахъ Bell'я и Magendie. Такъ какъ въ этой работѣ я имѣю въ виду преимущественно только экспериментальныя данныя, то я и не привожу подробно дальнѣйшую литературу и казуи-

<sup>1)</sup> Trigemini u. Gesichtsausdruck. Filehne. Arch. Du Bois-Reym. 1886.

<sup>2)</sup> Учебникъ физиологіи, выпускъ I, 1871. Стр. 95.

<sup>3)</sup> *Филомаѳитскій*. Физиологія, изданная для руководства своихъ слушателей. Часть II. 1840. Стр. 152.

стику изъ нервной патологии, имѣющей связь съ нашимъ вопросомъ.

*Ціонъ* <sup>1)</sup> говоритъ, что поврежденіе заднихъ столбовъ спинного мозга всегда сопровождается значительными уклоненіями отъ правильности выполненія произвольныхъ движеній, особенно если поврежденія заключались въ вырѣзываніи большихъ частей заднихъ столбовъ обѣихъ сторонъ.

*Клодь-Бернаръ* <sup>2)</sup> наблюдалъ значительное ослабленіе способности координаціи произвольныхъ движеній у лягушекъ, если у нихъ перерѣзать задніе корешки; мышцы нижнихъ конечностей у нихъ послѣ этой операціи не парализуются, однако сложныхъ движеній онѣ не могутъ производить, и вообще такія лягушки менѣе проворны, чѣмъ лягушки, сохранившія чувствительность. На основаніи такихъ наблюденій Клодь-Бернаръ, а вмѣстѣ съ нимъ Ціонъ и другіе физиологи допустили, что чувствительность имѣетъ громадное вліяніе на регулированіе произвольныхъ движеній, и указанные различными учеными регуляторные центры для произвольныхъ движеній обладаютъ этой способностью благодаря проходящимъ въ нихъ чувствительнымъ путямъ. Если чувствительность кожи, мышцъ, костей сочлененій и т. д. будетъ уничтожена, то регулированіе произвольныхъ движеній будетъ нарушено. Кромѣ того для полученія движенія такой же степени, какая была при нормальной чувствительности, потребуется гораздо болѣе сильный произвольный импульсъ при уничтоженной чувствительности, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ выключено постоянное легкое состояніе возбужденія двигательныхъ нервовъ, такъ какъ исчезли постоянные слабые импульсы съ периферіи по чувствительнымъ нервамъ; если же произвольный импульсъ для движенія будетъ такой же силы, какимъ онъ былъ при нормальной чувствительности, то при отсутствіи чувствительности онъ произведетъ болѣе слабый эффектъ.

Въ 1886 году появилось сообщеніе Filehne, въ которомъ онъ довольно тщательно разсмотрѣлъ опыты Magendie и провѣрилъ ихъ перерѣзкой п. trigemini въ полости черепа у кроликовъ. Онъ пришелъ къ заключенію, что факты, указанные Magendie, сами по себѣ не заслуживаютъ забвенія, хотя данное имъ толкованіе не вѣрно, а потому настоятель-

<sup>1)</sup> Курсъ физиологін Ціона, т. II, стр. 95.

<sup>2)</sup> Ibid.

но рекомендуетъ заняться разработкой этого вопроса. Самого его побудило заняться этимъ вопросомъ случайно имъ прочитанное и почему-то не напечатанное фармакологическое изслѣдованіе о ядахъ зрачка, въ которомъ указывалась зависимость между состояніемъ функціи *n. trigemini* и мимическими мускулами лица. Раньше этого Filehne, повидимому, не зналъ объ описанныхъ опытахъ Magendie, а объ опытахъ Bell'я, Mayo и др. онъ въ своей работѣ даже не упоминаетъ. *Filehne*<sup>1)</sup> послѣ перерѣзки у кроликовъ *n. trigemini* въ полости черепа на одной сторонѣ замѣтилъ, что ушная раковина той же стороны тотчасъ послѣ операціи падаетъ на затылокъ и конецъ ея отклоняется за медіальную линію, между тѣмъ какъ другая ушная раковина держится болѣе или менѣе прямо и по временамъ двигается; ушная раковина оперированной стороны такимъ образомъ является парализованной и этотъ параличъ наступаетъ всегда, если только перерѣзка *n. trigemini* удастся, и всегда отсутствуетъ, если перерѣзка не удастся, хотя бы всѣ остальные процедуры операціи были выполнены хорошо. Но параличъ этотъ не бываетъ полнымъ, такъ какъ при шумѣ или при болѣзненномъ ущемленіи кожи непарализованной стороны лица, ушная раковина оперированной стороны можетъ подниматься; это обстоятельство, а также и то, что *n. trigeminus* не даетъ двигательныхъ вѣтвей не только къ уху, но и вообще назадъ, что доказалъ еще J. Müller, а теперь подтвердилъ и Filehne, и что двигательныя нервныя волокна къ мускуламъ уха идутъ отъ *n. facialis*, убѣдило Filehne въ томъ, что это явленіе зависитъ отъ прекращенія функціи чувствительнаго нерва, посредствомъ котораго раздраженія, постоянно идущія отчасти отъ кожи, отчасти, вѣроятно, отъ чувствительныхъ элементовъ въ мышцахъ и въ зависимости отъ внѣшней и внутренней температуры, возбуждали рефлекторный центръ для мимическихъ движеній ушныхъ раковинъ и обуславливали то или другое ихъ рефлекторно-тоническое положеніе; перерѣзка же *n. trigemini* уничтожила это рефлекторно-тоническое возбужденіе мускуловъ ушной раковины, чрезъ посредство лежащаго внѣ большого мозга рефлекторнаго центра для мимическихъ движеній уха; но этотъ тонусъ ихъ временно можетъ появиться, лишь только будетъ произведено болѣе сильное раздраженіе кожи на здоро-

<sup>1)</sup> Trigemini u. Gesichtsausdruck. Arch. Du Bois-Reym. 1886. S. 432.

вой сторонѣ или подѣ вліяніемъ волевого импульса со стороны мозговой корки; движенія же ушныхъ раковинъ у кроликовъ *Filehne*<sup>1)</sup> считаетъ рефлекторными, потому что они постоянно наблюдаются при поглаживаніи рукой щеки кроликовъ, лишенныхъ большого мозга и даже центральныхъ ганглий, и потому еще, что при этомъ они бывають только на той же сторонѣ; нормальные же кролики при такомъ поглаживаніи могутъ проявлять или не проявлять ихъ въ зависимости отъ ихъ психическаго состоянія въ данный моментъ. Эти рефлекторныя мимическія движенія ушныхъ раковинъ *Filehne* считаетъ аналогичными улыбкашестимѣсячнаго ребенка, искусственно вызванной поглаживаніемъ рукой одной щеки, и проявляющейся на той же сторонѣ; у болѣе молодыхъ дѣтей, произвольно еще не смѣющихся, можно вызвать вполне совершенную улыбку поглаживаніемъ обѣихъ щекъ; но у пережившихъ уже первый годъ дѣтей односторонность рефлекторной улыбки уже исчезаетъ, а съ теченіемъ времени все больше и больше подпадаетъ подѣ власть большого мозга.

Такимъ образомъ изъ опытовъ и разсужденій *Filehne* вытекаетъ, что при анестезіяхъ въ области п. *trigemini* послѣ поврежденія его ствола обязательно нарушается рефлекторно-тоническая игра минъ, что можетъ дать поводъ предположить нарушение ствола п. *facialis*; но этого нарушения на самомъ дѣлѣ нѣтъ, такъ какъ, во первыхъ, раздраженіе ствола п. *facialis* индуктивнымъ токомъ даетъ нисколько не ослабленную реакцію всѣхъ снабжаемыхъ имъ мышцъ и во вторыхъ, движенія при этомъ возможны. И такъ, утвержденіе *Magendie*, что п. *facialis* послѣ перерѣзки ствола п. *trigemini* становится неспособнымъ приводить соотвѣтствующія мышцы въ сокращеніе вслѣдствіе нарушения анастомозовъ между ними, оказалось ошибочнымъ.

*Pineles*<sup>2)</sup> повторилъ опытъ *Bell*'я на двухъ лошадяхъ и нашель, что ихъ верхняя губа послѣ перерѣзки п. п. *infra-orbitalium* была моторно парализована, но не вполне, такъ какъ иногда можно было замѣтить въ ней активныя движенія, хотя обыкновенно она безсильно висѣла и не могла бытъ употреблена для захватыванія овса или хлѣба; вся лов-

1) Ibid.

2) Ueber lähmungsartige Erscheinungen nach Durchschneidung sensorischer Nerven. Centralblatt f. Phys. IV. S. 741.

кость движеній ея исчезла и, какъ еще замѣтилъ Bell, лошадь толкала верхнюю губу къ коробу съ овсомъ или къ куску хлѣба, отталкивала ихъ отъ себя, но губа не могла подняться, чтобы захватить кормъ и животное теперь захватывало пищу преимущественно нижней губой. У кроликовъ и собакъ Pineles также перерѣзывалъ п. п. *infraorbitales*, но собаки не дали наглядныхъ результатовъ; у кроликовъ же даже послѣ односторонней перерѣзки этихъ нервовъ движенія лица, особенно же губы и носа, были нарушены, что ясно выступало при нюхательныхъ движеніяхъ.

Перерѣзываемые нервы Pineles раздражалъ индуктивнымъ токомъ и нашель, что они дѣйствительно чисто чувствительные.

*Exner* <sup>1)</sup> перерѣзывалъ у лошадей п. *laryngeum superiorem sinistrum*, который у нихъ чисто чувствительный, что еще раньше показалъ Möller, приписавъ ему и трофическое значеніе, и наблюдалъ при этомъ вмѣстѣ съ анестезіей параличъ мускуловъ той же стороны гортани; но этотъ параличъ не былъ полнымъ и слабыя движенія голосовой связки на оперированной сторонѣ наблюдались, хотя Exner не рѣшаетъ, не зависѣли-ли эти движенія отъ движенія правой стороны гортани; при перерѣзкѣ п. *laryngei superioris dextri* у этой же лошади наступилъ параличъ мускуловъ гортани и анестезія на правой сторонѣ. Нарушеніе этихъ движеній послѣ перерѣзки указанныхъ нервовъ Exner объясняетъ выпаденіемъ сенсорныхъ впечатлѣній и считаетъ это рѣзко выраженной атаксіей, а наступающую послѣ этого атрофію мускуловъ гортани онъ объясняетъ ихъ бездѣятельностью, хотя раньше такую атрофію онъ вмѣстѣ съ Möller'омъ <sup>2)</sup> считалъ за послѣдствіе нарушенія п. *laryngei super.*, какъ трофическаго нерва. При двухсторонней перерѣзкѣ п. п. *lingualium* у собакъ Exner не замѣтилъ нарушенія движенія языка.

Заинтересованный такимъ, повидимому, парадоксальнымъ явленіемъ, что перерѣзка чисто чувствительнаго нерва такъ сильно вліяетъ на соотвѣтствующій двигательный нервъ,

<sup>1)</sup> Ein physiologisches Paradoxon. Centralbl. f. Physiolog. 1889. Bd. III. S. 115.

<sup>2)</sup> Ibid.

рѣзко нарушая его двигательную функцію, *Pineles* <sup>1)</sup> произвелъ микроскопическое изслѣдованіе мускуловъ гортани отъ двухъ лошадей, изъ которыхъ у одной Ехнер'омъ былъ перерѣзанъ п. laryngeus superior, а у другой п. laryngeus inferior. Черезъ 45 дней послѣ перерѣзки п. laryngei superioris гортань была вырѣзана, и уже простымъ глазомъ было замѣтно желтоватое или блѣднорозоватое окрашивание и утонченіе мускуловъ той же стороны (m.m. crico-thyreoid., thyreo-arythaen. ext., crico-arythaen. post.).

Послѣ уплотнѣнія въ Мюллеровской жидкости при изслѣдованіи подъ микроскопомъ на расщепленныхъ препаратахъ особенно рѣзко выступило утонченіе мышечныхъ волоконъ, доходившее до  $\frac{1}{3}$  —  $\frac{1}{10}$ , а при далеко зашедшемъ процессѣ до  $\frac{1}{20}$  нормальной величины; контуръ поперечныхъ разрѣзовъ большихъ волоконъ былъ рѣзко разграниченъ отъ окружающей соединительной ткани; въ начальныхъ стадіяхъ атрофіи наблюдалось мутное набуханіе мышечныхъ волоконъ, края которыхъ въ дальнѣйшемъ становились неясными и какъ бы обгрызанными; поперечная полосатость была слабѣе выражена, а продольная — хорошо; кромѣ того наблюдались различной ширины полоски, идущія обыкновенно въ косомъ направленіи мышечнаго волокна и окрашивающіяся эозиномъ интенсивнѣе остальной субстанции; мышечныя волокна имѣли узловатыя и колбовидныя возвышенія, придававшія имъ варикозный видъ; поперечная полосатость на этихъ возвышеніяхъ уже исчезла и они имѣли гомогенный видъ, представляя стекловидно-гліалиновую, сильно преломляющую, блестящую массу; мышечныя волокна эозиномъ окрашивались не одинаково.

Количество мышечныхъ ядеръ было значительно увеличено и распредѣленіе ихъ неравномѣрно, при чемъ въ однихъ мѣстахъ они совершенно отсутствовали, а въ другихъ были очень многочисленны; въ лучше сохранившихся волокнахъ они были малочисленны и сохраняли свою нормальную форму, а въ болѣе измѣненныхъ — многочисленнѣе и имѣли кругловатую форму; внутри сократительнаго вещества мышечныхъ волоконъ наблюдались ядровидныя образованія круглой формы и немного большей величины сравнительно съ мышечными ядрами; количество ихъ увеличивалось сообра-

<sup>1)</sup> Die Degeneration der Kehlkopfmuskeln beim Pferde nach Durchschneidung des n. laryng. sup. und inf. Arch. f. d. gesam. Physiol. 1891.

но со степенью процесса, такъ что въ концѣ концовъ отъ первичнаго (примитивнаго) мышечнаго пучка иногда ничего не оставалось кромѣ ихъ и узкой полоски сократительнаго вещества. Соединительная ткань была измѣнена въ меньшей степени, чѣмъ мышечная; хотя количество ея обыкновенно было увеличено, но количество ядеръ ея было нормально. Въ различныхъ мускулахъ анатомическій процессъ былъ выраженъ неодинаково. Черезъ 62 дня послѣ перерѣзки *n. laryngei inferioris* у другой лошади микроскопическое изслѣдованіе показало другую картину анатомическаго измѣненія тѣхъ же мускуловъ, чѣмъ въ первомъ случаѣ; дегенерация была выражена менѣе рѣзко, а мутное набуханіе совершенно отсутствовало; мышечныя волокна были истончены отъ  $\frac{1}{2}$  до  $\frac{1}{3}$  нормальной величины и никогда не доходили до такого истонченія, какъ это наблюдалось въ первомъ случаѣ; форма ихъ была кругловата или слегка плоска и отличалась отъ неправильной угловатой формы волоконъ мышцъ неоперированной стороны; края ихъ рѣзко контурированы и никогда не сливаются съ окружающей тканью; ихъ поперечная полосатость ясно сохранена, а продольная наблюдается на немногихъ волокнахъ. Узловатая и колбовидная возвышенія наблюдаются на нѣкоторыхъ мускулахъ, но они выражены не такъ рѣзко, какъ въ первомъ случаѣ; количество мышечныхъ ядеръ также увеличено, но внутри сократительнаго вещества волоконъ ядеръ не было. И такъ, здѣсь измѣненія заключались въ простомъ утонченіи калибра мышечныхъ волоконъ, иногда съ увеличеніемъ количества ядеръ; но за то здѣсь были болѣе рѣзкія измѣненія въ соединительной ткани, которая сильно разрослась не только между отдѣльными пучками, но и между отдѣльными волокнами такъ сильно, что первичныя (примитивныя) волокна иногда были отодвинуты другъ отъ друга на значительное разстояніе; количество ядеръ соединительной ткани увеличено, особенно вокругъ сосудовъ; эозиномъ соединительно-тканые пучки окрашивались лучше.

Такимъ образомъ изъ этихъ изслѣдованій Pineles'a ясно, что послѣ перерѣзки чувствительнаго нерва (*n. laryngeus superior*) наступаетъ рѣзкая дегенерация мускуловъ той же области, хотя ихъ двигательный нервъ не былъ поврежденъ, рѣзко отличающаяся отъ дегенерации, наступающей въ нихъ послѣ перерѣзки ихъ двигательнаго нерва (*n. laryngeus inferior*). Pineles думаетъ, что здѣсь онъ имѣетъ дѣло съ про-

грессивной мышечной дистрофіей, отличающейся по Erb'у отъ прогрессивной мышечной атрофіи тѣмъ, что при ней наблюдается гипертрофія нѣкоторыхъ волоконъ.

*Landois* <sup>1)</sup> приписываетъ чувствительности большое вліяніе на произвольныя движенія и въ своемъ учебникѣ физиологіи человѣка пишетъ, что послѣ перерѣзки заднихъ корешковъ, напримѣръ нервовъ заднихъ конечностей, мышцы хотя и сохраняютъ свое движеніе, но оно все таки подвергается характеристическимъ измѣненіямъ. Измѣненія эти выражаются въ томъ, что животное совершаетъ движенія неловко: движенія этимъ недостають гармоніи, равномерности и ловкости. У собакъ, которымъ *Landois* производилъ двустороннюю перерѣзку заднихъ корешковъ спинного мозга для заднихъ лапокъ, наблюдалось, послѣ полного поправленія въ другихъ отношеніяхъ, балансированіе задней части тѣла и частое опрокидываніе ея при бѣганіи или маханіи хвостомъ. Указанныя нарушенія движенія *Landois* объясняетъ нечувствительностью мышцъ и кожи, вслѣдствіе чего животное, не получая съ периферіи сенсорныхъ впечатлѣній, не въ состояніи опредѣлить силу потребнаго мышечнаго движенія и не производятъ всѣхъ вспомогательныхъ рефлекторныхъ движеній.

*Claude Bernard* <sup>2)</sup> наблюдалъ, что послѣ односторонней перерѣзки всѣхъ заднихъ корешковъ поясничныхъ нервовъ у собаки произвольныя движенія были сильно нарушены.

*Schiff* <sup>3)</sup> также приписываетъ чувствительности очень большое вліяніе на произвольныя и автоматическія движенія: онъ, напримѣръ, автоматію дыхательнаго центра ставитъ въ зависимость отъ периферическихъ сенсорныхъ импульсовъ; и дѣйствительно, проф. *В. Я. Данилевскій* <sup>4)</sup>, сдѣлавъ подчелюстную фистулу у лягушекъ, наблюдалъ постепенное ослабленіе дыхательныхъ движеній; послѣ же 2—3 недѣль со времени операціи наблюдалъ частыя прекращенія дыхательныхъ движеній на нѣсколько минутъ, что онъ объ-

<sup>1)</sup> *Landois*. Учебникъ физиологіи человѣка, переводъ съ 4 изд. подъ редакціей проф. В. Я. Данилевскаго. 1886 г. Стр. 827.

<sup>2)</sup> Цитировано изъ: A. Chauveau. Sur le circuit nerveux sensitivo-moteur des Muscles (perp. Centralbl. für Physiol. Bd. IV. Nr. 6. 1892).

<sup>3)</sup> *Landois*. Учебникъ физиологіи человѣка, переводъ подъ редакціей проф. В. Я. Данилевскаго. 1886 г. Стр. 904.

<sup>4)</sup> Къ вопросу о соотношеніи физиологической дѣятельности головного мозга и вышнихъ раздраженій. 1886 г.

ясняетъ отсутствіемъ сенсорныхъ импульсовъ съ периферіи, такъ какъ вслѣдствіе подчелюстной фистулы послѣ операціи легкія уже не могли достаточно растягиваться и чувствительныя нервныя окончанія въ нихъ не раздражались.

По *Schiff*'у <sup>1)</sup>, послѣ перерѣзки задней половины шейной части спинного мозга, или же послѣ перерѣзки одной только задней части боковыхъ столбовъ развивается нисходящее перерожденіе пирамидальнаго тракта боковыхъ столбовъ и раздраженіе мозговой коры уже не вызываетъ движеній. Слѣдовательно, задніе столбы съ ихъ продолженіемъ къ головному мозгу проводятъ импульсы къ сокращенію (восходящая дуга тактильнаго мозгового рефлекса), которое выполняется затѣмъ черезъ посредство пирамидальныхъ путей (нисходящая ножка рефлекторной дуги); соединительнымъ звеномъ для нихъ служатъ центры тактильныхъ ощущеній въ головномъ мозгу.

По *Schiff*'у <sup>2)</sup>, при раздраженіи двигательныхъ центровъ мозговой коры не происходитъ собственно никакого раздраженія двигательныхъ центровъ, а раздражаются лишь чувствительныя пути рефлекторной дуги, какъ продолженіе заднихъ столбовъ спинного мозга; слѣдовательно, наступающія при этомъ движенія суть рефлекторныя движенія. Такимъ образомъ и волевыя движенія, по мнѣнію *Schiff*'а, суть не болѣе, какъ рефлексы, возбужденныя комбинаціей сознательныхъ ощущеній, въ составъ которой входитъ, какъ звено, представленіе о соотвѣтственномъ движеніи; съ уничтоженіемъ тактильнаго чувства представленіе это лишается точки опоры.

Dr. Heinrich Ewald *Hering* <sup>3)</sup> периферическимъ сенсорнымъ импульсамъ также придаетъ громадное вліяніе на происхожденіе и выполненіе произвольныхъ движеній и говоритъ, что если бы какому-либо животному перерѣзать всѣ центростремительныя волокна, то оно лишилось бы способности къ произвольному движенію; при этомъ онъ указываетъ на чрезвычайно интересный случай, который наблюдалъ *Strümpel*: одинъ 16-лѣтній юноша, получавшій впечатлѣнія отъ внѣшняго міра только лишь чрезъ посредство праваго глаза и

<sup>1)</sup> Ibid.

<sup>2)</sup> Ibid.

<sup>3)</sup> Ueber die nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln auftretende Bewegunglosigkeit des Rückenmarkfrosches. Arch. f. d. gesam. Physiol. 1893. S. 614.

лѣваго уха, черезъ 2-3 минуты спокойно засыпалъ, если ему закрывали правый глазъ и затыкали лѣвое ухо.

Производя перерѣзку заднихъ корешковъ спинного мозга для заднихъ лапокъ у лягушекъ, а потомъ разъединяя спинной мозгъ ихъ выше перерѣзанныхъ корешковъ, Негингъ наблюдалъ, что лягушки не притягивали анестезированныя конечности и самостоятельныя движенія заднихъ конечностей отсутствовали даже послѣ стрихнизаци. Но и у лягушекъ съ неповрежденнымъ спиннымъ и головнымъ мозгомъ послѣ перерѣзки заднихъ корешковъ для заднихъ конечностей наблюдались такія же расстройства движенія заднихъ конечностей, но по степени выраженныя слабѣе, и эти лягушки оставляютъ лежать вытянутыми свои заднія конечности меньшее время.

Гарлесъ, Людвигъ и Ционъ <sup>1)</sup> сдѣлали наблюденіе съ которымъ, однако, несогласны Бецольдъ, Успѣнскій, Грюнгагенъ и Г. Гайденгайнъ), что передніе корешки спинного мозга обладаютъ высшею степенью возбудимости, пока задніе корешки цѣлы и сохранили возбудимость; но что возбудимость первыхъ тотчасъ понижается, какъ только задніе корешки будутъ перерѣзаны. Для объясненія этого явленія нужно допустить, что при нормальномъ состояніи организма черезъ задніе корешки непрерывно притекаетъ въ центры рядъ слабыхъ раздраженій съ периферіи, въ зависимости отъ окружающихъ внѣшнихъ условій, и рефлекторно распространяется черезъ спинной мозгъ на двигательные корешки: въ такомъ случаѣ для возбужденія переднихъ корешковъ потребуется болѣе слабое раздраженіе, чѣмъ при отсутствіи рефлекторнаго импульса со стороны заднихъ корешковъ. т. е. новое раздраженіе какъ бы суммируется съ раздраженіемъ рефлекторнымъ, дѣйствующимъ постоянно, и нервное волокно уже находившееся въ состояніи слабого возбужденія, требуетъ болѣе слабого раздраженія, чѣмъ въ прогивномъ условіи.

Гольтцъ <sup>2)</sup>, какъ извѣстно, считаетъ полукружные каналы периферическимъ органомъ чувствъ для положенія равновѣсія головы, *Махъ* <sup>3)</sup>—для ощущенія движеній головы. По мнѣнію

<sup>1)</sup> Landois. Учебникъ физиологіи человѣка, переводъ подъ редакц. проф. В. Я. Давилевскаго. 1886 г. Стр. 828.

<sup>2)</sup> Учебникъ физиолог. д-ра Ландуа; переводъ подъ редакціей проф. В. Я. Давилевскаго. 1886 г. Стр. 810.

<sup>3)</sup> Ibid.

Гольтца, при каждомъ положеніи головы эндолимфа, дѣйствуя наиболѣе сильно на опредѣленные мѣста полукружныхъ каналовъ, возбуждаетъ периферическія сенсорныя нервныя окончания ампулъ и чисто рефлекторно регулируетъ степень иннервации мышцъ для извѣстнаго произвольнаго положенія или движенія головы; полукружные каналы, такимъ образомъ, являются какъ бы «органомъ чувствъ» для ощущенія равновѣсія, положенія или движеній головы; разрушеніе ихъ, уничтожая эти ощущенія, вызываетъ ненормальныя качанія головы и даже нарушеніе равновѣсія всего тѣла.

Въ 1891 г. появилась работа *М. А. Chauveau*<sup>1)</sup>, въ которой онъ излагаетъ результаты своихъ экспериментальныхъ изслѣдованій надъ перерѣзкой чувствительныхъ нервовъ *m. sterno-maxillaris (sterno-mastoidei)* и *oesophagi* лошади и чувствительныхъ нервовъ лапокъ голубей. *M. sterno-maxillaris (sterno-mastoideus)* лошади получаетъ свои чувствительныя нервныя волокна отъ нижней вѣтви второго шейнаго нерва, а двигательныя—отъ двигательной вѣтви спиннаго нерва; на нѣкоторомъ разстояніи отъ этой мышцы обѣ нервныя вѣтви совершенно отдѣлены одна отъ другой, а потому представляютъ удобныя условія для наблюденія движеній мускула послѣ изолированной перерѣзки его чувствительныхъ нервныхъ волоконъ.

Перерѣзавъ на правой сторонѣ животнаго чувствительную вѣтвь *m. sterno-maxillaris (sterno-mastoidei)*, а на лѣвой его двигательную вѣтвь, Chauveau наблюдалъ, что при наклоненіи головы животнаго для захватыванія сѣна изъ рѣшетки лѣвый мускуль оставался вялымъ, между тѣмъ какъ правый сокращался и дѣлался твердымъ; на основаніи этого наблюденія онъ говоритъ, что послѣ перерѣзки чувствительнаго нерва *m. sterno-maxillaris* не теряетъ способности сокращаться подъ вліяніемъ воли, но нельзя сказать съ положительностію, не нарушено ли болѣе или менѣе произвольное движеніе его.

Лишивъ чувствительности одну изъ лапокъ голубя, перерѣзавъ вокругъ сочлененія *tarsi* четыре нерва, обуславливающихъ чувствительность пальцевъ, Chauveau ихъ кололъ, щипалъ, жегъ и голубъ не выражалъ ни малѣйшей боли;

<sup>1)</sup> Sur le circuit nerveux sensitivo-moteur des muscles. (Mémoire lu dans la séance du 28 novembre 1891. Biologie. Mémoires.—9-e serie, t. III.

поставленный послѣ операціи на землю голубь, повидимому, испытывалъ нѣкоторую нерѣшительность при пользованіи оперированной лапкой во время ходьбы; однако, эта нерѣшительность не долго продолжалась и проходила съ перваго же момента движенія при повторномъ соприкосновеніи пальцевъ оперированной лапки съ землей; животное казалось удивленнымъ, не чувствуя этого соприкосновенія, но при ходьбѣ пользовалось этой лапкой такъ же свободно, какъ и другой; наблюдая такимъ образомъ оперированныхъ голубей въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, Chauveau видѣлъ, что они во время сна стояли почти также часто на анестезированной ногѣ, какъ и на неанестезированной.

Перерѣзавъ центростремительные нервы (восходящія вѣтви п. vagi) для средней и нижней области шейной части oesophagi у лошадей, Chauveau всегда наблюдалъ тяжелыя расстройства функціи этой части oesophagi; эти расстройства выражались то въ видѣ нарушенія координаціи перистальтического движенія, препятствуя правильному ходу акта глотанія, то въ видѣ преходящаго и неправильнаго паралича. По поводу этого наблюденія Chauveau говоритъ, что координація автоматическихъ движеній въ аппаратахъ, находящихся подъ вліяніемъ воли, есть актъ, всецѣло зависящій отъ нервной дуги, какъ и вызываніе самихъ движеній. Нервные клѣтки, расположенныя на протяженіи этой дуги, получаютъ импульсъ, который обуславливаетъ мышечный актъ и который (въ частномъ случаѣ глотанія) первоначально возникаетъ въ слизистой оболочкѣ isthmi faucium; перерывъ въ центростремительной части дуги глубоко нарушаетъ нормальное, физиологическое движеніе мускула oesophagi; но перерывъ центростремительной дуги m. sterno-maxillaris, повидимому, не разстраиваетъ чувствительнымъ образомъ его движенія; такое различіе Chauveau объясняетъ тѣмъ, что первый есть органъ автоматическій, находящійся подъ вліяніемъ психо-физиологическихъ нервныхъ центровъ, а второй подчиненъ вліянію воли; далѣе—всѣ мускулы, составляющіе извѣстную группу, являются солидарными въ произведеніи извѣстнаго движенія; всѣ они при помощи нервной дуги соединены съ группами мозговыхъ клѣтокъ, которымъ передается двигательный импульсъ со стороны психо-физиологическихъ центровъ; понятно, что благодаря такой солидарности всѣ они будутъ вовлечены въ движеніе даже въ томъ случаѣ, когда тотъ или другой мускулъ не имѣетъ цѣльной

центростремительной части, и двигательный импульсъ для него будетъ идти, такъ сказать, по содружественнымъ, ненарушеннымъ центростремительнымъ путямъ и распространяться на его двигательный центръ подобно тому, какъ распространяются рефлексы по закону Pflüger'a.

Чувствительныя окончанія, раздражаемая этимъ начинающимся сокращеніемъ, получаютъ, такъ сказать, сознание условій, въ которыхъ они находятся; это сознание, черезъ центростремительныя нервы, сообщается регуляторнымъ центрамъ, которые въ свою очередь передаютъ мозговымъ клѣткамъ, расположеннымъ въ началѣ двигательныхъ корешковъ, которыя вслѣдствіе этого приходятъ въ дѣйствіе, т. е. регулируютъ сокращеніе, появленіемъ коего онѣ и вызваны къ дѣятельности.

Такимъ образомъ изъ этихъ работъ и многихъ другихъ, здѣсь не указанныхъ, какъ не имѣющихъ прямого отношенія къ разбираемому нами вопросу, очевидно, что движенія для своего происхожденія нуждаются въ сенсорныхъ впечатлѣніяхъ; по крайней мѣрѣ, хорошо извѣстенъ фактъ, что рефлекторное движеніе всецѣло зависитъ отъ сенсорныхъ импульсовъ; а съ другой стороны также извѣстно, что рожденный глухимъ бываетъ обыкновенно нѣмъ, такъ какъ онъ лишенъ сенсорныхъ впечатлѣній, по которымъ сознательно могъ бы регулировать свои моторныя импульсы рѣчи. И тотъ, и другой родъ движенія регулируются сенсорными впечатлѣніями; но какъ между тѣмъ и другимъ движеніемъ существуетъ громадная разница, такъ точно существуетъ громадная разница и между ихъ сенсорной регуляціей. До послѣдняго времени сравнительно мало обращалось вниманія на сенсорную регуляцію низшихъ, чисто рефлекторныхъ и еще меньше высшихъ, психомоторныхъ движеній, а также и на сенсорную регуляцію движеній, стоящихъ между ними; поэтому Ехнер подраздѣлилъ всѣ подобныя движенія, начиная съ самыхъ низшихъ, чисто рефлекторныхъ, на группы, смотря по отношенію и зависимости ихъ отъ органа сознанія, и указалъ для каждой изъ нихъ степень участія и мѣсто сенсорной регуляціи. Чистое рефлекторное движеніе, на прим., открываніе рулогуса на раздраженіе содержимымъ желудка, или суженіе зрачка на освѣщеніе, независимо отъ органа сознанія въ столь сильной степени, что это происходитъ не только послѣ удаленія большого мозга, но даже и въ его присутствіи, однако въ первомъ случаѣ безъ всякаго увѣдом-

ленія органа сознанія, а во второмъ до него доходитъ только сенсорное впечатлѣніе, какъ ощущение свѣта; о двигательномъ же эффектѣ сенсорнаго раздраженія, какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ органъ сознанія не получаетъ никакихъ свѣдѣній и не можетъ произвести на него никакого произвольнаго вліянія. Такимъ образомъ, сенсорная регуляція движеній въ этихъ случаяхъ происходитъ внѣ большого мозга и безъ всякаго на нихъ вліянія воли. Здѣсь же умѣстно замѣтить, что реакція зрачка на свѣтъ, какъ показалъ *Steinach*<sup>1)</sup>, у всѣхъ птицъ и у большей части млекопитающихъ, а также и у лошади всегда наступаетъ на освѣщенномъ глазѣ, т. е. у нихъ сенсорная регуляція бываетъ односторонняя, а слѣдовательно, и нарушеніе этой регуляціи при поврежденіи сенсорнаго пути будетъ только на одной сторонѣ; по отношенію къ описаннымъ опытамъ на животныхъ это важно, потому что можетъ служить аналогіей по отношенію къ одностороннему нарушенію сенсорной регуляціи другихъ движеній, напр., по отношенію къ движеніямъ гортани послѣ перерѣзки п. *laryngei superioris* у лошади въ опытѣ *Ehner's*. Болѣе высокую степень по отношенію къ органу сознанія въ ряду рефлексовъ занимаетъ миганіе вѣкъ на тактильное раздраженіе роговицы; въ этомъ случаѣ до органа сознанія доходятъ свѣдѣнія, какъ о сенсорномъ впечатлѣніи со стороны роговицы и вѣкъ, какъ у зрачковаго рефлекса, такъ и ощущение происшедшаго движенія, отсутствовавшее въ предыдущемъ случаѣ; кромѣ того, здѣсь органъ сознанія посредствомъ волевого импульса до нѣкоторой степени уже можетъ вліять подавляющимъ образомъ на происхожденіе этого рефлекса. Мѣсто сенсорной регуляціи въ этомъ случаѣ, очевидно, происходитъ въ чувствительномъ ядрѣ п. *trigemini* и двигательномъ ядрѣ п. *facialis* вмѣстѣ съ ихъ центральной связью. У человѣка, при одностороннемъ дотрогиваніи до роговицы, этотъ рефлексъ происходитъ обыкновенно на обѣихъ сторонахъ, хотя волей можно сдѣлать его одностороннимъ; у нѣкоторыхъ же животныхъ, какъ на примѣръ, у кроликовъ и кошекъ, этотъ рефлексъ наступаетъ только на экспериментируемой сторонѣ; слѣдовательно, у нихъ двигательныя ядра п. *facialis* при этомъ функционируютъ независимо другъ отъ друга, а слѣдовательно, при нарушеніи чувствительности

<sup>1)</sup> Archiv für die gesamt. Physiol. Bd. 47. S. 289.

въ области *n. trigemini* съ одной стороны, наступитъ и одностороннее нарушеніе сенсорной регуляціи движеній вѣка.

Еще болѣе тѣсная зависимость, чѣмъ въ предыдущихъ случаяхъ, существуетъ между сухожильными рефлексами и волевыми движеніями, напр., между рефлексомъ ахиллова сухожилія и колѣннымъ съ одной стороны и актомъ ходьбы съ другой.

Какъ извѣстно, при быстромъ растяженіи или при ударѣ по ахиллову сухожилію, или по сухожилію *m. quadriceps femoris*, тотчасъ происходитъ рефлекторное сокращеніе соотвѣтствующей мышцы; до органа сознанія въ этомъ случаѣ доводятся свѣдѣнія, какъ о сенсорномъ впечатлѣніи, такъ и о происшедшемъ движеніи; слѣдовательно, этимъ данный примѣръ вполне аналогиченъ мигательному движенію вѣкъ; но если на этотъ сухожильный рефлексъ посмотрѣть, какъ на цѣлесообразное рефлекторное движеніе при ходьбѣ, регуляторный центръ котораго находится въ спинномъ мозгу, то онъ значительно отличается отъ предыдущаго примѣра. Если, на примѣръ, вниманіе человѣка во время ходьбы будетъ сильно занято какими либо соображеніями, слѣдовательно, отвлечено отъ акта движенія ногъ и отъ пути, и если въ это время онъ случайно наступитъ на небольшой камень только передней частью стопы, а подъ пяткой его не будетъ, то въ первый моментъ произойдетъ поднятіе передней части стопы и быстрое растяженіе ахиллова сухожилія; въ слѣдующій моментъ быстро наступитъ рефлекторное сокращеніе икроножныхъ мышцъ и произойдетъ поднятіе пятки и фиксация сустава, и уже потомъ до сознанія доходитъ свѣдѣніе о происшедшемъ и о миновавшей опасности оступиться; точно то же бываетъ при неожиданномъ поднятіи того или другого края стопы во время ходьбы; здѣсь, слѣдовательно, происходитъ быстрая и цѣлесообразная регуляція произвольнаго движенія черезъ сенсорное впечатлѣніе и центръ этой сенсорной регуляціи находится внѣ мозговой корки, слѣдовательно, субкортикально. Если бы у этого человѣка сенсорный периферическій аппаратъ почему либо не проводилъ центростремительныхъ импульсовъ съ нижнихъ конечностей, то эта субкортикальная регуляція не могла бы произойти и дѣятельность мозговой корки съ ея новымъ волевымъ импульсомъ къ мускуламъ ноги запоздала бы, и человѣкъ навѣрное упалъ бы. Вѣдь при спинной сухоткѣ (*tabes dorsualis*) больные тщательно стараются регулировать свою ходьбу по-

6\*

средствомъ органа зрѣнія и все свое вниманіе напрягаютъ на этотъ актъ, хотя движенія ихъ все-таки очень несовершенны и они легко оступаютъ даже на совершенно ровномъ мѣстѣ; а между тѣмъ центробѣжные пути, моторные и психомоторные центры у нихъ не повреждены, а повреждены только центростремительные задніе пучки спинного мозга. Здѣсь, слѣдовательно, мы имѣли бы нарушеніе движенія (mobilität) при сознательно произведенныхъ движеніяхъ, вслѣдствіе нарушенія *чувствительнаго пути* и вслѣдствіе отсутствія чувствительнаго импульса съ периферіи (sensibilität). Если мы произвольно наклоняемъ голову на бокъ, то вмѣстѣ съ шейными мускулами функционируютъ также т. т. obliqui глазу, производя компенсирующее колесовидное вращеніе глазныхъ яблокъ; перемѣщеніе жидкости аппарата преддверія лабиринта уха доставляетъ въ этомъ случаѣ центростремительный импульсъ, вслѣдствіе котораго косые мускулы глаза приводятся въ движеніе; здѣсь, слѣдовательно, наблюдается опять чисто рефлекторное прибавленіе къ эффекту нашего произвольнаго движенія. Если бы аппаратъ преддверія не передавалъ центростремительныхъ впечатлѣній, то вращательныя движенія глазныхъ яблокъ отсутствовали бы при наклоненіи головы на бокъ, слѣдовательно, наступило бы нарушеніе движенія (mobilität) вслѣдствіе нарушенія чувствительности (sensibilität).

Клиницистамъ хорошо извѣстно и *Exner*<sup>1)</sup> испыталъ на себѣ, что смазываніе кокаиномъ полости рта и зѣва дѣлаетъ глотаніе невозможнымъ, а между тѣмъ въ этомъ актѣ глотанія произвольнымъ является сформированіе и принесеніе пищевого комка къ полости зѣва и глотки, а потомъ его дальнѣйшее передвиженіе обуславливается уже чисто рефлекторно, вслѣдствіе сенсорнаго впечатлѣнія, производимаго произвольно принесеннымъ пищевымъ комкомъ на центръ глотанія, находящійся въ продолговатомъ мозгу; слѣдовательно, нарушеніе проводимости центростремительныхъ импульсовъ въ этомъ случаѣ дѣлаетъ невозможнымъ не только рефлекторное движеніе мышцъ зѣва и глотки, т. е. выполненіе второй части акта глотанія, но даже усиліе воли для выполненія этого акта становится недѣйствительнымъ и движеніе самого языка при этомъ сильно затрудняется,—такимъ образомъ и здѣсь,

<sup>1)</sup> Ueber Sensomobilität. Arch. f. d. gesamt. Physiol. 1891. Стр. 603.

вслѣдствіе нарушенія *чувствительности*, наступаетъ нарушение движенія.

Послѣдніе примѣры такимъ образомъ представляютъ изъ себя, такъ сказать, комбинированныя движенія, въ которыхъ воля играетъ довольно видную роль, такъ какъ первоначальный импульсъ для сенсорныхъ субкортикальныхъ регуляцій выходитъ изъ мозговой корки.

Слѣдующую ступень составляютъ движенія, причисляемыя *Exner*'омъ<sup>1)</sup> къ инстинктивнымъ движеніямъ, потому что они стоятъ далеко выше чисто рефлекторныхъ, но и ниже настоящихъ произвольныхъ движеній; при этихъ инстинктивныхъ движеніяхъ участіе мозговой корки выражается въ напряженіи вниманія на сенсорное впечатлѣніе.

Сенсорное впечатлѣніе можетъ пройти, не вызвавъ никакого рефлекса и не оставивъ никакого слѣда въ органѣ сознанія, если вниманіе не было направлено на него; въ противномъ случаѣ оно можетъ вызвать сильный рефлексъ, какъ на примѣръ, при напряженіи вниманія на сенсорное впечатлѣніе въ половой сферѣ, при чемъ возникнутъ извѣстныя ощущенія, представленія и ассоціація этихъ представленій съ картинами фантазіи; однимъ словомъ, въ органѣ сознанія появится извѣстная игра представленій и цѣлыхъ картинъ.

Слѣдующій простой примѣръ болѣе наглядно доказываетъ участіе вниманія при сенсорной регуляціи движеній; если наше вниманіе привлекаетъ какой-либо, находящійся въ пространствѣ, предметъ, то мы взглядываемъ на него, т. е. изъ органа сознанія исходитъ импульсъ, посредствомъ котораго наружнымъ глазнымъ мышцамъ сообщается извѣстная степень напряженія, вслѣдствіе чего зрительныя оси сходятся на объектѣ. Если при этомъ роговица одного глаза будетъ непрозрачна отъ какой бы то ни было причины, то правильная конвергенція не можетъ продолжаться и только зрительная ось здороваго глаза будетъ фиксирована на предметѣ; у больнаго же глаза она уклонится отъ нормальнаго направленія и глазъ будетъ косить; слѣдовательно, для выполненія правильной двигательной иннерваціи глазныхъ мускуловъ въ этомъ случаѣ необходимо сенсорное впечатлѣніе сѣтчатки; вѣдь, всѣмъ извѣстно, что даже одна слабость зрѣнія нарушаетъ правильную координацію движеній глазъ и тѣмъ не

---

<sup>1)</sup> Ibid. Стр. 604.

менѣе конвергенцію зрительныхъ осей обыкновенно причисляютъ къ эффектамъ произвольныхъ мускульныхъ функций.

Такимъ образомъ, здѣсь опять мы имѣемъ дѣло съ параличеподобнымъ явленіемъ, вслѣдствіе выпаденія сенсорнаго впечатлѣнія, т. е. *движеніе* претерпѣло нарушеніе по причинѣ *нарушенія чувствительности*.

Это можно провѣрить на слѣдующихъ чрезвычайно простыхъ опытахъ; если на нѣкоторомъ разстояніи передъ глазами самому держать карандашъ и, закрывъ глаза, стараться фиксировать на немъ свои зрительныя оси, то произвольно этого сдѣлать нельзя, что ясно видно при открываніи глазъ, такъ какъ тогда карандашъ мы видимъ въ двойномъ изображеніи, впрочемъ, быстро сливающимся въ одно; значитъ одно наше вниманіе и волевой импульсъ для конвергенціи глазъ на извѣстное разстояніе не достаточны для правильной иннервации соотвѣтствующихъ мускуловъ, а необходимо еще свѣтовое впечатлѣніе со стороны сѣтчатки; это свѣтовое впечатлѣніе уже безъ новаго волевого импульса, слѣдовательно, субкортикально сообщаетъ правильную степень иннервации мускуламъ глазъ и зрительныя оси ихъ сходятся на предметъ фиксаціи.

Если мы видоизмѣнимъ этотъ опытъ и при закрытыхъ глазахъ будемъ стараться найти положеніе конвергенціи для болѣе далекаго изъ двухъ, поставленныхъ одинъ позади другого, пальцевъ, то при открываніи глазъ тотчасъ сливается въ одно двойное изображеніе дальняго пальца, а для ближняго остается двойнымъ; если же обратить вниманіе на близкій палецъ, то при открываніи глазъ сливается двойное изображеніе этого пальца, между тѣмъ какъ для дальняго оно остается двойнымъ.

Такимъ образомъ, изъ этихъ опытовъ видно, что нашъ волевой импульсъ самъ по себѣ не въ состояніи дать правильной иннервации мускуламъ глаза для конвергенціи ихъ на предметъ, находящемся на извѣстномъ разстояніи, а нуждается для этого въ субкортикальной регуляціи чрезъ впечатлѣніе со стороны сѣтчатки; но эта правильная степень иннервации различна для близкаго и для болѣе далекаго пальца въ зависимости отъ того, на какой палецъ заранѣе было направлено наше вниманіе, которое, слѣдовательно, опредѣленно дѣйствовало на субкортикальную регуляцію. Присоединеніе новаго психическаго элемента въ этомъ примѣрѣ—вниманія, значительно отличаетъ его отъ предыдущихъ

и вмѣстѣ съ тѣмъ указываетъ на болѣе тѣсную связь съ функціей корки движеній, подобныхъ конвергирующему движенію глазъ. *Exner* <sup>1)</sup> сравниваетъ направляемое на чувственный объектъ или движеніе вниманіе съ дѣятельностью стрѣлочника на сѣткѣ рельсовъ, который направляетъ идущій со станціи поѣздъ только по извѣстному пути, между тѣмъ какъ другіе пути, находящіеся также подъ управленіемъ того же стрѣлочника, для этого поѣзда закрыты, но могутъ быть открыты тѣмъ же стрѣлочникомъ для другихъ поѣздовъ.

Такое предварительно направляющее значеніе вниманія касается не только моторныхъ субкортикальныхъ центровъ, потому уже приводимыхъ въ дѣятельность чисто рефлекторно, но и центровъ сенсорныхъ; т. е. стрѣлочникъ, въ сравненіи *Exner*'а, уже заранѣе приготовилъ путь, по которому долженъ пойти и поѣздъ, идущій къ станціи. Эти соображенія можно пояснить на слѣдующемъ примѣрѣ; если мы будемъ опредѣлять наиболе быструю реакцію движенія правой руки на свѣтъ электрической искры, то здѣсь вниманіе, направленное на руку и искру, вмѣстѣ съ выходящимъ изъ корки произвольнымъ импульсомъ, вызвавшимъ въ извѣстныхъ центрахъ, расположенныхъ внѣ органа сознанія, состояніе напряженія, будетъ произвольнымъ, а появившееся вслѣдъ за блескомъ искры, т. е. за свѣтовымъ впечатлѣніемъ, движеніе руки произойдетъ уже безъ новаго волевого импульса, но по тѣмъ путямъ и центрамъ, какіе были приготовлены вниманіемъ. Если то же движеніе правой руки мы должны произвести не на оптическое, а на тактильное раздраженіе кожи лѣвой нижней конечности, то субкортикальное напряженіе отъ вниманія будетъ инымъ по отношенію къ сенсорнымъ центрамъ, а по отношенію къ моторнымъ останется тѣмъ же самымъ.

Такимъ образомъ всѣ подобныя описаннымъ движенія *Exner* называетъ инстинктивными и сюда же причисляетъ движенія глазъ, губъ при ѣдѣ, нѣкоторыя лицевыя движенія и т. д.

Послѣ перерѣзки *n. n. infraorbitalium* у лошади и кролика губы ихъ дѣлаются нечувствительными и психомоторный импульсъ для ихъ движенія субкортикально больше уже не регулируется; мало того, при этомъ отсутствуетъ и направляющее посредствомъ вниманія состояніе напряженія

<sup>1)</sup> Ibid. Стр. 606.

соотвѣтствующаго сенсорнаго субкортикальнаго центра, такъ какъ отсутствуетъ сенсорный импульсъ со стороны губы: волевой импульсъ самъ по себѣ уже не въ состояніи пополнить этотъ недостатокъ, хотя и будетъ производить неловкія движенія; но вѣдь и слѣпой, вслѣдствіе атрофіи п. оптиці, производитъ движенія глазъ, и хотя весь его двигательный аппаратъ при этой болѣзни остался интактнымъ, однако тотчасъ бываетъ замѣтно несовершенство такихъ движеній и безжизненность и безсмысліе выраженія глазъ.

Лошадь, совершенно произвольно опустивъ губы въ ясли, получаетъ извѣстныя сенсорныя впечатлѣнія со стороны губы и, на основаніи ихъ, направляетъ свое вниманіе, въ зависимости отъ котораго будетъ происходить регуляція волевого движенія и губа будетъ то подниматься, то опускаться, двигаться направо или налѣво, уплотняться, сжиматься или заостряться и т. д.; словомъ, отъ игры вниманія будетъ зависѣть игра движеній губы; такимъ образомъ, эти движенія не чисто рефлекторныя, такъ какъ они у здоровой лошади не все захватываютъ губой, а только то, на что будетъ обращено вниманіе; но это и не чисто волевыя движенія, такъ какъ въ такомъ случаѣ оперированная лошадь, вѣя и обнюхивая кусокъ хлѣба съ намѣреніемъ его съѣсть, непременно схватила бы его губой; такую форму сенсорной регуляціи Ехнер называетъ сосредоточеннымъ регулированіемъ двигательнаго побужденія, такъ какъ оно происходитъ въ субкортикальныхъ центрахъ, напряженное состояніе которыхъ для выполненія соотвѣтствующихъ движеній исходитъ отъ вниманія и приводится въ исполненіе подъ вліяніемъ сенсорныхъ импульсовъ. (Ich möchte diese Form der sensorischen Regulierung von Bewegungen die *Intentionsregulierung* nennen, denn sie tritt subcortical nur auf, wenn eine Intention zu den betreffenden Bevegungscombinationen vom sensorium ausgeht, und wird in ihrer Form von der Intention d. h. von dem Spiele der Aufmerksamkeit vollkommen *beherrscht*)<sup>1)</sup>).

Если сильный вѣтеръ дуетъ намъ въ лицо, то мы инстинктивно сморщиваемъ его, чтобы лучше защитить глаза отъ его вліянія; по той же причинѣ, у матросовъ на кораблѣ наблюдаются лица обвѣтренныя и морщинистыя: если бы у одного изъ нихъ чувствительность лица отсутствовала, то онъ былъ бы единственнымъ человѣкомъ на

<sup>1)</sup> Ibid. Стр. 609.

кораблѣ съ гладкимъ лицомъ; еслибы у него чувствительность сохранилась на одной сторонѣ лица, то на этой сторонѣ наблюдалась бы и морщинистость, а на нечувствительной сторонѣ лица, было бы гладкое и матросѣ былъ бы похожъ на человѣка, съ парализованнымъ на одной сторонѣ лицомъ; нѣтъ ничего удивительнаго, что съ теченіемъ времени у такого матроса мускулы на нечувствительной сторонѣ сдѣлались бы слабѣе, чѣмъ, на здоровой, и въ нихъ наступила бы дегенерация. Если бы этотъ матросѣ, не смотря на одностороннюю нечувствительность лица, продолжалъ совершать инстинктивныя движенія обѣими половинами лица, то это говорило бы только за то, что у человѣка функція обоихъ ядеръ п. п. *facialium* находится въ болѣе тѣсной физиологической зависимости и что сенсорный импульсъ съ здоровой половины лица возбуждаетъ къ дѣятельности оба ядра. Замѣченное у лошади нарушеніе движенія голосовой связки только на оперированной сторонѣ послѣ перерѣзки п. *laryngei superiois*, *Exner*<sup>1)</sup> объясняетъ именно одностороннимъ нарушеніемъ сосредоточеннаго регулированія (*Intentionsregulierung*), относя движенія гортани къ группѣ инстинктивныхъ движеній.

Слѣдующую самую высокую ступень по отношенію къ дѣятельности корки представляютъ движенія, въ которыхъ субкортикальная регуляція отстываетъ на задній планъ по сравненію съ участіемъ въ нихъ вниманія и соединительныхъ ощущеній или чувствительныхъ представленій; вниманіе и представленіе въ этихъ движеніяхъ принимаютъ самое живое участіе отъ начала этого акта, давая импульсъ для движенія, направляя его по извѣстному пути и слѣдя при помощи органовъ чувствъ за эффектомъ этого импульса, получая ощущенія и ассоциируя чувствительныя представленія; конечно, въ этихъ движеніяхъ извѣстные субкортикальные центры находятся въ состояніи напряженія и дѣятельности, но самая существенная часть регуляції этихъ движеній протекаетъ въ мозговой коркѣ и при томъ въ зависимости отъ вниманія и представленій; почему *Exner* регуляцію такихъ движеній называетъ кортикальной регуляціей. Если, напри- мѣръ, мы стараемся пройти по узкой доскѣ и не сойти съ нея или сдѣлать какое либо па (при изученіи танца), то

---

<sup>1)</sup> Ibid.

помимо субкортикальныхъ центровъ активное участіе въ выполненіи необходимыхъ для этого движеній, принимаетъ вниманіе и представленіе, такъ какъ мы при этомъ смотримъ на ноги, слѣдимъ за ихъ движеніемъ и стараемся принаровить ихъ къ преподаванному намъ совѣту и примѣру учителемъ, регуляція этихъ движеній протекаетъ главнымъ образомъ въ коркѣ. Если же, на примѣръ, въ темной комнатѣ мы ногой будемъ тушить глѣющую спичку, то легко можетъ случиться, что нѣсколько разъ мы наступимъ мимо, прежде чѣмъ намъ удастся потушить ее; такое несовершенство движенія зависитъ въ этомъ случаѣ отъ выпаденія зрительныхъ представленій; слѣдовательно, это будетъ та форма нарушенія кортикальной регуляціи движеній, которая зависитъ отъ нарушенія чувствительнаго представленія. Если въ подобныхъ движеніяхъ, регулируемыхъ кортикально, произойдетъ еще нарушеніе и въ субкортикальныхъ регуляціяхъ, то въ такихъ случаяхъ нарушеніе движеній проявится поразительно рѣзко, лишь только кортикальная регуляція будетъ выключена; нейропатологамъ это хорошо извѣстно, такъ какъ извѣстенъ цѣлый рядъ болѣзненныхъ случаевъ, въ которыхъ, вслѣдствіе распространенной анестезіи, только тогда больные могутъ сжимать кулакъ, поднимать руку и держать въ ней предметъ, если они контролируютъ глазами свои мышечныя функціи; лишь только они удаляютъ изъ поля зрѣнія держимый ими въ рукахъ предметъ, или закрываютъ глаза, то онъ тотчасъ выпадаетъ изъ рукъ; это параличеподобное нарушеніе движенія и есть слѣдствіе нарушенія рассматриваемой формы кортикальной регуляціи, вслѣдствіе отсутствія чувствительнаго импульса.

Относительно разговорныхъ движеній мы не имѣемъ зрительныхъ представленій и регулированіе здѣсь происходитъ посредствомъ слуховыхъ представленій. Дитя учится говорить, измѣняя произвольные двигательные импульсы для этого до тѣхъ поръ, пока получаемое слуховое ощущеніе и представленіе будетъ такимъ же, какимъ оно привыкло слышать его въ разговорѣ другихъ людей. Глухому отъ рожденія недостаетъ этой формы кортикальной регуляціи и онъ остается нѣмымъ; слѣдовательно, его нѣмота представляетъ нарушеніе движенія, вслѣдствіе отсутствія чувствительнаго импульса; если же глухонѣмой съ величайшимъ трудомъ выучивается говорить, то это зависитъ отъ механическаго обученія его осязательнымъ ощущеніямъ и представленіямъ

органа рѣчи, которыя съ большимъ или меньшимъ совершенствомъ замѣняютъ ему недостающія слуховыя ощущенія и представленія; такой человѣкъ регулируетъ свои разговорныя движенія на подобіе точно такого же механизма, при помощи какаго мы можемъ удалять остатки пищи и тому подобныя предметы изъ щелей зубовъ или съ твердаго неба, хотя яснаго представленія о томъ, какое движеніе при этомъ сдѣлалъ языкъ, гдѣ находился его кончикъ и въ какомъ зубѣ застряла пища, мы затрудняемся сказать, и если можемъ отыскать этотъ зубъ пальцемъ, то во всякомъ случаѣ съ трудомъ, между тѣмъ какъ языкъ снова находитъ это мѣсто скоро и ловко.

*В. Данилевскій* <sup>1)</sup> пишетъ, что физиологическія отношенія между большимъ мозгомъ и дыхательными движеніями, въ связи съ слуховыми воспріятіями, получаютъ особенно важное значеніе въ отношеніи развитія способности рѣчи. Давно было высказано мнѣніе, что рѣчь развивается при посредствѣ слуха, который, вѣроятно, рефлекторно вызываетъ соотвѣтственныя мышечныя движенія механизма рѣчи. Безъ сомнѣнія этотъ взглядъ односторонень, такъ какъ осязаніе, зрѣніе и мышечное чувство органа рѣчи принимаютъ участіе въ актѣ рѣчи, хотя на слуховыя впечатлѣнія все таки нужно смотрѣть какъ на существенный импульсъ для образованія рѣчи. *Куссмауль* <sup>2)</sup> съ этимъ вполне соглашается. *Митск* <sup>3)</sup> уничтожалъ слухъ у собакъ послѣ рожденія и собаки впослѣдствіи оставались нѣмыми.

*В. Данилевскій*, раздражая посредствомъ слабыхъ электрическихъ токовъ у кошекъ и собакъ, наркотизированныхъ морфіемъ, сѣрое вещество *gyrus sigmoideus* и *gyrus postfrontalis* въ области центра *n. facialis Hitzig'a* или задней части полосатаго тѣла, наблюдалъ замедленіе дыханія съ первоначальнымъ усиленіемъ инспираціи. Болѣе сильное электрическое раздраженіе этихъ областей вызывало арное; такой же эффектъ получался въ томъ случаѣ, когда животному внезапно кричали или стрѣляли надъ ухомъ; но послѣ удаленія полушарій этотъ рефлексъ съ *n. acustico* не получался.

<sup>1)</sup> Gehirn und Atmung. Separatabdr. aus dem „Biolog. Centralblatt“. Bd. II, Nr. 22. Стр. 690, 691.

<sup>2)</sup> Разстройства рѣчи. 1879 г. Стр. 48—50.

<sup>3)</sup> Gehirn und Atmung. Separatabdr. aus dem „Biolog Centralblatt“. Bd. II, Nr. 22. Стр. 697.

Вышеуказанный видъ дыханія соотвѣтствуетъ тому, въ которомъ нуждается рѣчь. Съ другой стороны извѣстно, что психо-физиологическая иннервація рѣчи находится въ тѣсной связи съ центромъ дыханія; слѣдовательно, можно думать, что въ большомъ мозгу происходитъ психо-физиологическій процессъ слуховыхъ воспріятій въ связи съ названными центрами для образованія голоса и рѣчи. *Meynert* <sup>1)</sup> показалъ, что центральныя волокна п. acustici можно прослѣдить черезъ claustrum до capsula ext. и до сѣрой субстанции островка Рейля; поэтому можно допустить связь центра рѣчи Broca съ центральною акустической областью въ стѣнкѣ Fossae Sylvii.

Такимъ образомъ, накопилось довольно много данныхъ, подрывающихъ неограниченную власть *воли* въ произведеніи и выполненіи такъ называемыхъ произвольныхъ движеній. поэтому ученые начали постепенно сглаживать разницу между рефлекторными и произвольными движеніями, указали на постепенный переходъ отъ самыхъ низшихъ чистыхъ рефлексовъ, до самыхъ высшихъ произвольныхъ движеній. появились ученія объ автоматіи, инстинктивныхъ движеніяхъ и о физиологическомъ замѣщеніи движеній.

Наиболѣе вѣроятной причиной этого явленія нужно признать то, что понятіе о *воли*, какъ о самостоятельной психо-элементарной единицѣ, съ развитіемъ физиологіи центральной и периферической нервной системы, а также благодаря развитію психологіи, основанной на физиологіи, уже не удовлетворяло естественно-научнымъ требованіямъ.

Въ 1886 г. проф. В. Я. Данилевскій <sup>2)</sup> высказалъ, что въ физиологіи существуетъ рядъ наблюденій надъ постепеннымъ превращеніемъ отраженныхъ дѣятельностей въ произвольныя (во время роста лица), а также и обратно—произвольныхъ—въ *автоматическія* бессознательно-волевого импульса. Здѣсь дѣло идетъ не объ одновременномъ взаимодѣйствіи внѣшнихъ и мозговыхъ импульсовъ, но о послѣдовательномъ замѣщеніи (субституціи) однихъ другими у одного и того же лица въ различные моменты его жизни; превращеніе машинообразной отраженной дѣятельности въ созна-

<sup>1)</sup> Gehirn und Atmung. Sep. aus d. „Biol. Cent.“ Bd. II, Nr. 22. Стр. 698.

<sup>2)</sup> Къ вопросу о соотношеніи физиологической дѣятельности головного мозга и внѣшнихъ раздраженій. 1886 г. Стр. 1—3.

тельно-произвольную происходитъ только постепенно, медленно, по соотвѣтственнымъ степенямъ сложности взаимодействія лица съ внѣшнимъ, окружающимъ его міромъ; простое отраженное дѣйствіе постепенно переходитъ въ болѣе сложное, сознательное волевое, для происхожденія котораго уже нѣтъ надобности въ непосредственномъ внѣшнемъ побужденіи, т. е. происходитъ физиологическое замѣщеніе. Но при извѣстныхъ условіяхъ подобное замѣщеніе можетъ происходить и въ обратномъ порядкѣ: сознательно-волевые импульсы могутъ быть замѣщены соотвѣтственными внѣшними воспріятіями для полученія того же самаго дѣйствія; къ подобнымъ формамъ физиологическаго замѣщенія можно отнести и цѣлый рядъ т. назыв. инстинктивныхъ дѣйствій, которыя возникаютъ подъ вліяніемъ внѣшнихъ возбужденій и которыя постепенно переходятъ въ подчиненіе сознательнымъ импульсамъ.

Такимъ образомъ устанавливается тѣсная связь между произвольными и произвольными движеніями путемъ физиологическаго замѣщенія; но разъ такое замѣщеніе произошло, то *воля* уже вполне самостоятельно и вполне совершенно можетъ выполнить движенія, нисколько не нуждаясь для этого въ внѣшнихъ чувственныхъ впечатлѣніяхъ.

Дальнѣйшее развитіе нервной физиологіи, однако, показало иное, и въ рѣчи, произнесенной на IX Съѣздѣ естествоиспытателей и врачей въ Москвѣ 7-го Января 1894 г., проф. В. Я. Данилевскій <sup>1)</sup> высказалъ взглядъ, что съ генетической точки зрѣнія въ сферѣ *воли* мы находимъ, какъ первичный источникъ, тотъ же внѣшній міръ, который послужилъ причиною возникновенія и чувствованій, и познания; почему нѣкоторые психологи думаютъ, что преобладающее вліяніе какого-либо чувства въ данный моментъ и составляетъ то, что мы называемъ *волею*. Если извѣстный членъ или органъ будетъ нечувствителенъ, то *воля* не будетъ въ состояніи выполнить имъ цѣлесообразныхъ движеній, а чтобы вполне успешно она могла это выполнить, необходимъ соотвѣтственный чувствительный импульсъ.

Я въ своихъ опытахъ на лошадахъ, собакахъ и на овцѣ старался достигнуть анестезіи такихъ органовъ, произвольныя движенія которыхъ выполняются очень тонко и быстро,

<sup>1)</sup> Проф. В. Я. Данилевскій. Чувство и жизнь. Стр. 5.

напр., движенія верхней губы у лошади и овцы при захватываніи корма, движенія языка у собакъ при локаніи, такъ какъ при такихъ условіяхъ нарушеніе произвольныхъ движеній въ зависимости отъ анестезіи, должно выступить рѣзче, чѣмъ если бы движенія и въ нормальномъ состояніи были слабы и грубы. Кромѣ того чувствительные и двигательные нервы для этихъ органовъ идутъ совершенно отдѣльно и даже вдали одинъ отъ другого, а потому очень удобно произвести анестезію органа перерѣзкой его чувствительнаго нервнаго ствола и нисколько не затронувъ его двигательнаго нерва.

Съ цѣлію анестезіи верхней губы у лошади перерѣзались п. п. *infraorbitales*, а съ цѣлію анестезіи языка у собакъ перерѣзались п. п. *linguales* и п. п. *glossopharyngei*; съ цѣлію временной анестезіи слизистой оболочки всей полости рта, языка, губъ и десенъ у собакъ и слизистой оболочки верхней губы у овцы употреблялся 5% свѣжій водный растворъ соляно-кислаго кокаина. Анестезія опредѣлялась по отсутствію поступковъ и движеній животнаго съ цѣлію устранить отъ неприятности и боли, которую старались ему причинить уколами, сильнымъ индуктивнымъ токомъ, кислотами, спиртомъ и горькими веществами, — замѣтивъ предварительно, какъ относилось данное животное къ такимъ раздражителямъ до операціи или вообще до анестезіи. Нарушеніе произвольныхъ движеній въ анестезированныхъ органахъ, а также и общее поведеніе животнаго старались наблюдать во время ѣды, когда животныя бывали голодны, давая имъ наиболѣе любимый кормъ: овесъ, молоко, хлѣбъ и сѣно.

Изложить наблюдавшіяся явленія послѣ экспериментовъ надъ животными я нашелъ удобнымъ въ формѣ ежедневныхъ наблюденій, такъ какъ съ теченіемъ времени эти явленія видоизмѣнялись въ большей или меньшей степени или мнѣ удавалось подмѣтить новыя интересныя явленія. Но излагать здѣсь ежедневныя записи наблюденій надъ животными, подвергшимися опыту, я нахожу излишнимъ, такъ какъ такихъ частыхъ перемѣнъ не было, а между тѣмъ это безъ всякой пользы утомляло бы читателей.

## Душевныя заболѣванія періода кормленія.

Проф. П. И. Ковалевскій.

Женщина, прошедшая благополучно беременность, роды и послѣродовой періодъ, еще не избавлена отъ опасности подвергнуться душевному заболѣванію. Сами эти указанные періоды могутъ способствовать тому, чтобы въ истощеніи и нервной расшатанности, созданной ими, нашло себѣ почву то или другое душевное разстройство въ періодѣ кормленія.

Невозможно допустить мысли, чтобы одно кормленіе грудью ребенка создало кормилицѣ психозъ. Нельзя также думать и того, чтобы предшествующія, нормально протекающія родовыя состоянія, сами по себѣ дали достаточную почву для развитія психоза въ періодѣ кормленія. Въ послѣднемъ случаѣ требуются добавочные моменты: или въ формѣ патологической наслѣдственности, или въ формѣ личнаго предрасположенія, или въ формѣ тяжкихъ нравственныхъ и чувственныхъ потрясеній, или сильныхъ потерь крови и физическихъ страданій и заболѣваній въ теченіи беременности, родовъ и послѣродоваго періода. Само по себѣ кормленіе является причиннымъ моментомъ, рѣшающимъ скрытое и подготовленное болѣзненное состояніе и вызывающимъ его къ жизни.

Какой однако періодъ времени должно считать періодомъ кормленія? Хотя кормленіе грудью можетъ производиться уже съ перваго дня послѣ родовъ, однако принято первыя шесть недѣль считать за послѣродовой періодъ, т. е. такое время, когда половыя органы постепенно переходятъ въ свое обычное состояніе,—и только слѣдующій за симъ періодъ времени будетъ составлять періодъ кормленія. Правда, и въ первыя шесть недѣль кормленіе грудью на нѣкоторыхъ женщинахъ отзывается неблагоприятно, однако постепенное обратное развитіе половыхъ органовъ въ этомъ періодѣ будетъ

дѣйствовать на организмъ родильницы сильнѣе, чѣмъ само кормленіе и только въ очень рѣдкихъ случаяхъ кормленіе оказываетъ на родильницу столь сильное физически- и нервно-истощающее воздѣйствіе, чтобы являющійся нейрозъ или психозъ можно было отнести на долю кормленія. Однако въ этихъ случаяхъ очень трудно расчлениить вліяніе кормленія и вліяніе воздѣйствія измѣненныхъ половыхъ органовъ.

Во всякомъ случаѣ принято считать періодомъ кормленія время, слѣдующее спустя шесть недѣль отъ окончанія родовъ и до конца кормленія.

Претерпѣвъ чрезвычайныя физическія и душевныя потрясенія въ теченіи беременности, родовъ и послѣродоваго періода, кормящая младенца женщина едва ли можетъ считаться вполне крѣпкой, вполне здоровой и вполне мощной женщиной. Всѣ предыдущія жизненныя передрягнута слишкомъ потрясаютъ ея нервную систему, почему для ея успокоенія требуется нѣкоторая опривка, нѣкоторый отдыхъ, нѣкоторое успокоеніе. А такъ какъ кормящая младенца женщина приступаетъ къ этому непосредственно послѣ родовъ, то такой опривки, успокоенія и уравновѣшиванія отправленій на дѣлѣ не имѣется; почему періодъ кормленія нельзя считать за вполне нормальный періодъ. По естественному ходу дѣла, періодъ кормленія должно считать продолженіемъ и заключительнымъ состояніемъ пуэрперального состоянія, почему кормилица до нѣкоторой степени носитъ въ себѣ извѣстную неустойчивость и неуравновѣшенность центральной нервной системы. Такая женщина является и болѣе нервной, и болѣе впечатлительной, и болѣе возбудимой, и менѣе сдержанной по отношенію къ внѣшнимъ возбужденіямъ.

Вторымъ дѣятелемъ, способствующимъ неустойчивости центральной нервной системы кормилицъ, есть само кормленіе, какъ лишній истощающій моментъ для и безъ того истощеннаго организма. Естественно, что женщины крѣпкія, физически здоровыя, съ надлежащимъ количествомъ крови, переносятъ періодъ кормленія не только вполне благополучно, но и въ прекрасномъ душевномъ состояніи. Иначе отзывается кормленіе на женщинахъ малокровныхъ, нервныхъ и истощенныхъ. Ихъ нервная система еще болѣе расшатывается, питаніе организма падаетъ и онѣ начинаютъ представлять прекрасную почву для развитія всевозможныхъ нервныхъ и душевныхъ заболѣваній. При этомъ развивается масса нейралгій, бессонница; головныя боли, головокруженія, обмороки

истерическія проявленія, эпилепсія, частичные параличи, идиопатическія контрактуры и даже тетанусъ. Но надъ всѣмъ этимъ царитъ общая нервная возбудимость и явленія истеричности. Такія женщины необыкновенно раздражительны, безпокойны, въ тяжеломъ душевномъ состояніи, необыкновенно апатичны ко всему окружающему и настроены на самый плачевный ладъ. Все для нихъ немило, всюду мракъ, всюду непріятность, всюду отчаяніе. Самое положеніе матери для нихъ становится въ тягость. Малютка часто не является для нихъ утѣшеніемъ, а самый актъ кормленія ужаснѣйшею пыткой и истязаніемъ, тѣмъ болѣе, что онъ нерѣдко сопровождается необыкновенно мучительными ощущеніями: у кормилицы какъ будто все высасывается изъ головы или изъ спины, какъ будто жилы и соки вытягиваются,—и все это такъ мучительно, что, при одномъ представленіи о предстоящемъ кормленіи женщина приходитъ въ отчаяніе. Естественно, что кормленіе такой женщины не достигаетъ цѣли: ребенокъ голоденъ, ребенокъ плачетъ, ребенокъ болѣетъ. Страданія ребенка еще болѣе усиливаютъ нравственное тяжелое состояніе матери и еще болѣе расшатываютъ ея нервную систему. Сама кормилица видитъ, что ея молоко постепенно становится синимъ и зеленоватымъ, и сознаетъ всю непригодность своего кормленія. Это еще болѣе усиливаетъ ея расшатанность, отражаясь сугубо и на ребенкѣ.

Такимъ образомъ, мать попадаетъ въ заколдованный кругъ, который надлежитъ немедленно разсѣчь, если мы не желаемъ, чтобы это душевное состояніе по наклонной плоскости не пошло непосредственно въ меланхолію и другія душевные заболѣванія.

Данный легкій очеркъ показываетъ, что душевное состояніе кормилицъ ухудшается отъ постепеннаго истощенія кормленіемъ, если къ тому подготовлена надлежащая почва. И чѣмъ состояніе истощенія будетъ хуже, тѣмъ больше расчета на наступленіе душевнаго заболѣванія. А такъ какъ состояніе истощенія организма ухудшается со временемъ, если не будетъ другихъ способствующихъ обстоятельствъ, то и душевное заболѣваніе кормилицъ обыкновенно наступаетъ не въ первое время кормленія, а во второй половинѣ этого періода. Если душевное заболѣваніе кормилицъ наступаетъ въ первое время кормленія, то почти всегда, помимо прямыхъ причинъ—предшествующаго потрясенія и истощенія,—здѣсь мы имѣемъ еще другія причины: внезапное потрясеніе,

физическое заболѣваніе, травму и т. д.; обычно же психозы періода кормленія наступаютъ во второй половинѣ этого періода. Что въ данномъ случаѣ важнѣйшую и господствующую роль играетъ состояніе истощенія—это доказывается и тѣмъ, что заболѣваютъ въ этомъ состояніи преимущественно женщины бѣднаго класса народонаселенія, которыя кормятъ и за себя, и за другихъ, а кормятся далеко недостаточно и для себя. Разумѣется, дѣло далеко хуже будетъ обстоять въ тѣхъ случаяхъ, если къ истощенію организма вообще присоединяются частныя причины, въ формѣ мѣстнаго страданія половыхъ органовъ, грудницы, трещины сосковъ и т. д.

Нужно однако добавить, что количество душевныхъ заболѣваній у кормилицъ не слишкомъ велико: во всякомъ случаѣ несравненно меньше, чѣмъ въ послѣродовомъ періодѣ. Можно думать, что это количество занимаетъ средину между количествомъ душевныхъ заболѣваній въ состояніи беременности и количествомъ заболѣваній въ послѣродовомъ періодѣ. По Ноше <sup>1)</sup>, на 211 случаевъ пуэрперальныхъ психозовъ, на психозы беременности отходитъ 24 случая, — психозы послѣродоваго періода 98 и на періодъ кормленія—89.

Къ этому общему типу душевнаго заболѣванія кормилицъ, обусловливавшемуся общимъ истощеніемъ организма, мы должны добавить второй типъ: душевное заболѣваніе отъ избыточнаго количества крови. По Магсѣ, существуютъ случаи душевнаго заболѣванія, которые развиваются у полнокровныхъ и здоровыхъ женщинъ отъ прекращенія кормленія. Приостановка постоянной затраты питательнаго матеріала на чужой организмъ представляетъ, какъ бы, патологическій избытокъ, который, при неуравновѣшенности питательныхъ соковъ, легко можетъ дать нарушеніе питанія центральной нервной системы и нарушеніе ея отправленій въ формѣ того или другого душевнаго заболѣванія.

Если такіе случаи душевнаго разстройства и бывають, то во всякомъ случаѣ не въ большемъ количествѣ и носятъ на себѣ отпечатокъ остраго и кратковременнаго психоза.

Что касается возраста, въ которомъ наибѣе у кормилицъ развивается душевное заболѣваніе, то, по Rippling<sup>у</sup>,

<sup>1)</sup> Ноше, Ueber puerperale Psychosen, Archiv für Psychiatrie, B. 24, N. 2.

оно падаетъ преимущественно на возрастъ между 25 и 40 годами. Патологическая наследственность въ этихъ случаяхъ не исключается, но она и не представляетъ особенно выдающагося значенія.

Если приходится говорить о формахъ душевныхъ заболѣваній въ періодъ кормленія, при настоящемъ положеніи статистическихъ данныхъ, то должно заявить, что онѣ у различныхъ авторовъ обозначены неодинаково. Такъ, у Marcè на 25 случаевъ душевныхъ заболѣваній періода кормленія было 11 меланхолій, 11 маній и 3 частичнаго бреда. Далеко не такія данныя представляетъ Rippling; у послѣдняго на 47 случаевъ душевныхъ заболѣваній періода кормленія было: 1 случай первичнаго сумашествія, 14 случаевъ маніи, 24 случая меланхолии и 8 случаевъ меланхолии съ переходомъ въ сумашествіе. Очевидно, въ данной статистикѣ преобладаютъ душевныя заболѣванія съ подавленнымъ состояніемъ настроенія духа, — а были ли то чистая меланхолия, или же во многихъ случаяхъ меланхолическое состояніе аменціи, что гораздо вѣроятнѣе, того мы въ настоящее время рѣшить не можемъ.

Мои личныя наблюденія вполне совпадаютъ съ данными Rippling'a. Почти всѣ случаи бывшихъ подъ моимъ наблюденіемъ душевныхъ заболѣваній періода кормленія относились къ психозамъ съ подавленнымъ состояніемъ самочувствія, причемъ одинаково часто наблюдались, какъ чистыя меланхолии, такъ и меланхолическое состояніе аменціи, — манія же періода кормленія мнѣ встрѣчалась рѣдко и тѣ случаи относились къ маниакальному состоянію аменціи.

Относительно предсказанія при душевныхъ заболѣваніяхъ періода кормленія, мнѣнія также расходятся. Такъ, Marcè изъ 26 случаевъ наблюдалъ выздоровленіе въ 23; а Rippling на 46 случаевъ получилъ въ 20 выздоровленіе, въ 5 улучшеніе, въ 20 невыздоровленіе и 1 случай смертельный. Мой личный опытъ заставляетъ меня примкнуть къ мнѣнію Marcè, такъ какъ почти всѣ мои больныя получили выздоровленіе, — хотя я долженъ оговориться, что мои больныя всѣ принадлежали къ богатому классу, пользовались всѣми удобствами жизни и ничего не жалѣли для своего выздоровленія.

Не смотря на то, что мои больныя почти всѣ окончили выздоровленіемъ, тѣмъ не менѣе срокъ, необходимый для ихъ излеченія, потребовался очень длительный, — и вообще душевныя заболѣванія періода кормленія требуютъ для своего излеченія довольно продолжительный періодъ времени.

Лечение душевныхъ заболѣваній періода кормленія вытекаетъ само собою изъ положенія дѣла. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ основѣ болѣзни лежитъ истощеніе, должны быть приняты всѣ мѣры къ прекращенію дальнѣйшаго кормленія и восстановленію разстроеннаго здоровья,—въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ въ основѣ болѣзни лежитъ нарушение распредѣленія и расходования избыточныхъ соковъ организма, должно позаботиться объ отвлеченіи и уравновѣшеніи этого жизненнаго избытка.

Для первой группы случаевъ, разумѣется, прежде всего требуется прекращеніе кормленія. Это прекращеніе должно производиться не тогда, когда уже наступилъ психозъ, а до этого, дабы предотвратить грядущее и наступающее несчастье. Какъ бы ни было ограничено кормленіе, однако во всѣхъ случаяхъ прекращать его надлежитъ не сразу, а постепенно. чѣмъ предотвращаются могущія быть случайности, какъ для матери, такъ отчасти и для ребенка.

Одновременно съ этимъ должны быть примѣняемы тоническія средства и желѣзо, — по первому отдѣлу особенно подходящими будутъ *arsenicum* и *chinin*. Если у больныхъ наблюдаются кровотечения, или другія мѣстныя страданія половыхъ органовъ, то таковыя обязательно должны быть удалены. У нѣкоторыхъ кормилицъ, подъ вліяніемъ общей слабости организма, а въ томъ числѣ и мускуловъ грудныхъ сосковъ, и по прекращеніи кормленія продолжаетъ непрерывно выдѣляться молоко. Не говоря уже объ истощающемъ значеніи такого выдѣленія, нельзя не указать и на ту непріятную сторону, что такія женщины представляются постоянно смоченными своимъ молокомъ и крайне недовольными и раздраженными этой непріятностью. Должно принять всѣ мѣры къ устраненію этого непроизвольнаго отдѣленія молока.

У женщинъ, еще кандидатокъ на душевную болѣзнь, надлежитъ повысить питаніе удобоусвояемыми, но не раздражающими, веществами, для чего особенно пригодны молоко, бѣлое мясо, яйца, легкая крахмалистая и растительная пища и проч.; умѣстно назначеніе какао, кофе и чая, — вино бы я вовсе устранилъ. Теплыя ванны, совершенный физическій и нравственный покой, неутомительныя прогулки на свѣжемъ воздухѣ и проч. суть необходимыя принадлежности леченія такихъ женщинъ. Особенно тщательно должно слѣдить за правильнымъ отдѣленіемъ содержимаго *recti et vesicae*. При

безсонницѣ лучше всего назначать укрѣпляющую и слегка возбуждающую пищу, теплыя ванны, компрессы на голову, движенія на свѣжемъ воздухѣ и проч. Сонъ для такихъ больныхъ можно назначать не только въ опредѣленные часы ночи (отъ 10 до 7—8), но и днемъ, снисходя къ ихъ слабости.

Если больныя уже перешли порогъ душевной нормы, то лучше всего помѣщать ихъ въ благоустроенныя заведенія для душевно-больныхъ. Такое помѣщеніе будетъ полезно какъ больнымъ, такъ и ихъ дѣтямъ, ибо такія больныя, подѣ влияніемъ галлюцинацій, безумныхъ идей и импульсивныхъ побужденій, могутъ совершить самое ужасное преступленіе—дѣтоубійство.

Въ тѣхъ случаяхъ душевнаго расстройства кормилицъ, гдѣ въ основѣ ихъ болѣзни лежитъ пелора, требуется принять немедленныя мѣры, какъ къ мѣстному, такъ и общему уменьшенію крови. Съ этою цѣлю вполне показуются всѣ отвлекающія средства; здѣсь еще болѣе настойчиво требуется помѣщеніе такихъ больныхъ въ благоустроенныя заведенія для душевно-больныхъ. Прекращая кормленіе въ послѣдней категоріи случаевъ, должно особенно заботиться о постепенности этого прекращенія, продолжая, по временамъ и по прекращеніи кормленія, понемногу оттягивать молоко.

Въ *судебно-медицинскомъ отношеніи* психозы періода кормленія не представляютъ ничего особеннаго, такъ какъ по своему проявленію эти душевные заболѣванія ничѣмъ не отличаются отъ обычныхъ душевныхъ заболѣваній, почему преступления этого рода душевно-больныхъ подводятся подѣ обычную мѣрку дѣяній душевно-больныхъ.

## Библиографія.

---

**Д-ръ Н. И. Мухинъ**, Токсическій спастическій параличъ. 1894 года.

Два года назадъ явилось сообщеніе проф. Erb'a относительно болѣзни, которую онъ назвалъ *paralysis spinalis syphilitica*, и въ теченіи этого короткаго промежутка времени успѣлъ явиться цѣлый рядъ болѣе или менѣе дѣльныхъ работъ по данному вопросу. Сюда относятся работы: проф. П. И. Ковалевскаго, Н. И. Мухина, Kuh. Sachs'a, Oppenheim'a, А. Попова, М. А. Трахтенберга и др. Авторъ въ настоящей своей монографіи соединяетъ во едино данныя и мнѣнія по этому вопросу и освѣщаетъ ихъ собственными наблюденіями и собственнымъ взглядомъ. Монографія содержитъ слѣдующіе отдѣлы: подробный обзоръ литературы вопроса, казуистику, гдѣ авторъ приводитъ много новыхъ случаевъ по матеріаламъ Харьковскихъ университетскихъ клиникъ,—клиническую картину болѣзни, ея теченіе и исходъ, этиологию, патологию, прогнозъ и лечение. Данная монографія по этому вопросу является первою во всей медицинской литературѣ и отличается похвальной полнотою, обстоятельностью, самостоятельностью взглядовъ и научностью разъясненій. Во всей монографіи виденъ образованный нейропатологъ и опытный врачъ.

*Н. Н. Львовъ.*

**Проф. Я. А. Анфимовъ**, Сознаніе и личность при душевныхъ болѣзняхъ, 1893 года.

Послѣ очень красиваго вступленія, авторъ касается ученія о сознаніи въ нормальномъ его состояніи, при чемъ откровенно признается, что сущность сознанія неизвѣстна, да едва ли когда и будетъ извѣстна. Точно также невозможно и точное опредѣленіе этого состоянія. Содержаніе сознанія составляютъ внутреннее чувствованіе въ себѣ образовъ внѣшнихъ предметовъ и своихъ ощущеній и чувствованіе себя въ видѣ чего-то отдѣльнаго отъ окружающихъ насъ предметовъ. Жизнь сознанія начинается съ началомъ жизни человѣческаго существа и выражается безостановочнымъ движеніемъ представленій. Средняя длительность въ сознаніи представ-

леній  $\frac{1}{5}$  —  $\frac{1}{8}$  и смѣна ихъ одного другимъ столь же безусловно необходимы, какъ толчки пульса и смѣны дыхательныхъ фазъ. Сознаніе остается неизмѣннымъ отъ начала жизни человѣческаго существа на земномъ шарѣ и до конца жизни этой планеты; разница же его проявленія у различныхъ людей обусловливается особенными свойствами каждой отдѣльной личности. Личность или «я», вѣроятно, есть только особое проявленіе сознанія, формирующее сложную картину нашего душевнаго міра. Понятіе о «личности» обнимаетъ собою понятія о познаніи, чувствѣ и волѣ. Эта дѣятельная сторона сознанія развивается при непремѣнномъ условіи правильнаго тѣлеснаго развитія и, въ частности, такого же развитія мозга. Думаютъ, однако, что съ момента зачатія въ каждомъ изъ насъ дремлетъ весь психическій опытъ всѣхъ предыдущихъ поколѣній (Рибо). Наблюденіе показываетъ, что, какъ въ утробной жизни мозгъ человѣка претерпѣваетъ всѣ видоизмѣненія, напоминающія собою постепенное развитіе мозговъ животныхъ, отъ низшихъ ступеней и до человѣка, такъ и душа новорожденнаго переживаетъ многоразличныя стадіи душевнаго состоянія постепенно совершенствующихся живыхъ существъ даже до человѣка и, наконецъ, переживаетъ многовѣковую жизнь человѣка. Можно думать, что основы личности доисторическаго человѣка были: ассоціація, пассивное вниманіе и элементарный чувственный тонъ. Съ дальнѣйшимъ совершенствованіемъ человѣка личность развивается путемъ активной внутренней работы. Наша центральная сила, или наше «я», или наша личность, пользуясь органами чувствъ, обладаетъ въ дѣлѣ воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній активнымъ выборомъ, составляющимъ вниманіе или активную апперцепцію, благодаря которому наши органы чувствъ воспринимаютъ то, или другое внѣшнее воздѣйствіе. Точно такая же активность нашего «я» проявляется и въ процессѣ мышленія, при чемъ его задерживающая способность направляется къ подавленію всѣхъ внѣшнихъ волевыхъ движеній, мѣшающихъ внутренней ассоціаціи. «Напряженіе вниманія есть актъ произвольный. Безсвязность ассоціацій тогда наступаетъ, когда вниманіе дѣлается ненормальнымъ (Wundt). Наше вниманіе есть частица проявленія нашей воли и съ этой точки зрѣнія наше «я» свободно и человѣкъ способенъ въ извѣстный періодъ жизни управлять своимъ внутреннимъ міромъ. Наше «я» состоитъ главнымъ образомъ изъ двухъ группъ представленій: суммы представленій, составляющихъ сознаніе себя, какъ индивидуума, и абстрактной суммы представленій всего умственнаго богатства. Въ послѣднюю группу включаются: чувство, познавательная способность и воля. Я или личность — это то же сознаніе, но только дѣятельное, та сторона его, которая выражается только при условіяхъ

нормального развитія мозга и организма. Наше «я» не есть величина опредѣленная, а, напротивъ, очень непостоянная и измѣняемая. Оно можетъ представлять слѣдующія градаціи: можетъ отсутствовать у человѣка, т. е. не развиться, какъ, напримѣръ, у idiots, — развиваться до средняго уровня человѣка, — представить картину гениальныхъ людей и, наконецъ, «я» можетъ подвергаться качественнымъ и количественнымъ измѣненіямъ, до полнаго исчезанія всѣхъ своихъ элементовъ. Чаше другихъ измѣненій наблюдается состояніе раздвоенія личности. При этомъ происходитъ нарушеніе или расчлененіе только апперцептивной и синтетической дѣятельности. распаденіе механизма мышленія, или вѣрнѣе—ощѣпенѣніе нѣкоторыхъ его участковъ и, соотвѣтственно этому, заторможеніе ассоціативныхъ путей. Качественное измѣненіе «я» выражается тремя видами: извращеніемъ чувственной окраски душевнаго міра или извращеніемъ чувственнаго тона (меланхолія и манія), — извращеніемъ воспріятія внѣшнихъ и внутреннихъ ощущеній, слѣдовательно, нарушеніемъ ассоціативной работы (первичное сумашествіе и острое галлюциаторное помѣшательство), — и полнымъ извращеніемъ личности, доходящимъ до замѣны перваго, нормальнаго «я» совершенно новыми (первичное сумашествіе). Продолжительное существованіе качественныхъ измѣненій личности ведетъ за собою и количественныя измѣненія ея въ формѣ ослабленія (*dementia secundaria*). Наконецъ, наступаютъ случаи быстрого и полнаго уничтоженія личности (острые психозы). Порядокъ разрушенія личности почти всегда одинъ и тотъ же—отъ болѣе сложнаго къ простому. Но, какъ бы ни была разрушена личность больного, его сознаніе продолжаетъ существовать.

*К. Н. Ковалевская.*

Проф. А. Я. Кожевниковъ, Два случая *ophthalmoplegiae nuclearis*, Медицинское Обозрѣніе, 1894 года.

Клиническіе случаи очень нерѣдко предъявляютъ запросы основнымъ медицинскимъ наукамъ, какъ: анатоміи и физиологіи.—Есть столько неожиданные и трудные, что послѣднія науки далеко не всегда являются готовыми удовлетворить этотъ запросъ. Поэтому клиникѣ, особенно нервной, зачастую приходится находить самой для себя и отвѣтъ. Къ числу такихъ вопросовъ должно отнести предъявленный недавно клинкою вопросъ о началѣ глазодвигательныхъ нервовъ. Не находя себя точнаго разъясненія въ остальныхъ наукахъ, этотъ вопросъ пока долженъ довольствоваться клиническими данными. Очень интересны сообщенные почтеннымъ авторомъ два случая *ophthalmoplegiae nuclearis*, изъ которыхъ одинъ въ ос-

новѣ своей имѣлъ острый процессъ, какъ строго системное страда-  
ніе нервной системы,—а другой случай имѣлъ въ основѣ своей  
болѣе грубый анатомическій процессъ—скорѣе всего кровоизліаніе.

*П. И. Ковалевскій.*

**Д-ръ В. Муратовъ,** Вторичныя перерожденія при очаговыхъ  
страдающихъ двигательной сферы мозговой корки, 1893 года.

Главною задачею автора была установка факта вторичной де-  
генерации при очаговыхъ корковыхъ болѣзняхъ, при чемъ уже по-  
мощью этого способа авторъ стремится установить анатомическую  
связь отдѣльныхъ системъ волоконъ съ различными частями мозга.  
Изложивъ коротко ученіе о двигательномъ значеніи извѣстныхъ  
участковъ мозговой корки, авторъ приступаетъ къ главной своей  
задачѣ. Авторъ начинаетъ изученіемъ перерожденія дугообразныхъ  
волоконъ, при разрушеніи двигательныхъ центровъ корки, при чемъ  
оказалось, что *fibrae arcuatae* и *progratae* при этомъ подвергаются  
перерожденію и это перерожденіе идетъ, какъ къ внутреннему, такъ  
и къ наружному краю полушарій. Изложенію перерожденій въ си-  
стемѣ волоконъ *corporis callosi* авторъ предпосылаетъ анатомическія  
данныя этого отдѣла нервной системы, при чемъ, видимо, онъ и  
самъ не мало поработалъ въ этомъ отношеніи. Эта система волоконъ  
стоитъ въ тѣсной связи съ лобными долями, темянными и заты-  
лочными,—отношеніе къ височной доли авторомъ не установлено.  
Путемъ дегенерации этихъ волоконъ авторъ установилъ, что они  
представляютъ спайку между кортикальными элементами, при чемъ  
они связываютъ мѣста полушарій не только идентичныя, но и во-  
обще данный пунктъ полушарія съ извѣстными точками другого.  
Перерожденіе волоконъ мозолистаго тѣла при удаленіи корковаго  
центра простирается и на другое полушаріе, гдѣ они вѣрообразно  
пересѣкаютъ волокна лучистаго вѣнца. Помимо системы волоконъ  
мозолистаго тѣла, здѣсь еще существуетъ система волоконъ *fasci-  
culus subcallosus* и *gurgus cinguli*. *Fasciculus subcallosus* служитъ  
для соединенія лобныхъ долей съ темянными и затылочными одного  
и того же полушарія, при чемъ раненіе лобныхъ долей влечетъ за  
собою вторичную дегенерацию данной системы волоконъ. По отно-  
шенію къ проекціонной системѣ авторъ получилъ слѣдующія дан-  
ныя: одностороннее и одноименное очагу перерожденіе мозговой нож-  
ки и пирамиды, при чемъ двигательныя волокна локализируются  
въ средней трети основанія мозговой ножки. Въ пирамидѣ продол-  
говатаго мозга всегда замѣчалось сплошное перерожденіе, безъ бо-  
лѣе строгой локализаци. Въ спинномъ мозгу перерожденіе наблю-  
дается въ боковомъ столбѣ противоположной стороны, но не во

всемъ объемѣ,—въ одноименномъ боковомъ столбѣ и въ заднихъ столбахъ только на уровнѣ перекреста. Всѣ эти данныя получены не только экспериментально, но и на патологическихъ мозгахъ у людей. Вообще работа очень серьезна и заслуживаетъ полного вниманія специалистовъ.

*Михаилъ Поповъ.*

**Проф. П. И. Ковалевскій, Функціональныя нервныя расстройства и сифилисъ. Сборникъ имени проф. И. Н. Оболенскаго, 1893 г.**

Сифилитическій ядъ отличается тѣми особенностями, что, поступивши въ организмъ человѣка, вызываетъ въ немъ болѣе или менѣе опредѣленныя рѣзкія органическія измѣненія въ различныхъ частяхъ его, не исключая и центральной нервной системы. Въ головномъ и спинномъ мозгу встрѣчаются всѣ виды сифилитическаго пораженія: гумма, склерозъ мозга, гумозный разлитой процессъ мозговыхъ оболочекъ и сосудовъ, гнѣзда кровоизліяній, воспаленій и размягченій подъ вліяніемъ сифилитическихъ образований, вторичное перерожденіе нервныхъ элементовъ и первичная ихъ гибель подъ вліяніемъ сифилитическаго яда. Болѣе или менѣе хорошо изученныя клиническія картины сифилиса мозга: *tabes dorsalis*, *paralysis progressiva* или *pseudo-paralysis syphilitica*, *epilepsia syphilitica*, *paralysis spinalis syphilitica*, *myelitis*, параличи и т. д., представляются въ такой формѣ, при которой мы обыкновенно допускаемъ въ большей или меньшей степени стойкія и опредѣленныя измѣненія въ тканяхъ и органахъ органическаго характера. На болѣзненные картины съ неопредѣленными патолого-анатомическими данными при сифилисѣ мозга до сихъ поръ или вовсе не обращалось, или же имъ отводили столь мало вниманія, что такъ называемыя функціональныя заболѣванія или нейрозы при сифилисѣ мозга или вовсе неизвѣстны, или находятся подъ большимъ сомнѣніемъ. Въ дѣйствительности же несомнѣнно встрѣчаются многіе случаи функціональныхъ нейрозовъ: идиопатическая эпилепсія, истерія, астма и т. п., въ которыхъ основной заболѣванія служитъ именно сифилисъ, который, помимо рѣзкихъ и очевидныхъ измѣненій въ области центральной нервной системы, несомнѣнно даетъ такія условія ея существованія, при которыхъ развиваются нервныя функціональныя болѣзни. Условія эти таковы: 1) измѣненіе состава крови, 2) измѣненіе состава тканей подъ вліяніемъ энергическаго противосифилитическаго леченія, 3) измѣненіе стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ подъ вліяніемъ образованія въ нихъ патологическихъ процессовъ, 4) измѣненіе состава нервныхъ элементовъ подъ вліяніемъ проникновенія химическаго сифилитическаго яда въ оные элементы. Остановливаясь на подробномъ изученіи этихъ

условія, авторъ приводитъ цѣлый рядъ клиническихъ наблюденій и изслѣдованій различныхъ авторовъ, которыя даютъ полное право сказать, что вышеуказанныя условія составляютъ главные факторы, благодаря которымъ сифилисъ мозга можетъ давать функціональные нейрозы. Авторъ касается четырехъ формъ функціональных нервныхъ заболѣваній: нейрастеніи, истеріи, хореи и грудной жабы. Въ отношеніи нейрастеніи у сифилитиковъ онъ различаетъ четыре вида ея: прирощенную или унаслѣдованную сифилитическую нейрастенію, сифилитическую нейрастенію, вслѣдствіе благопріобрѣтеннагосифилиса, инаниціонную нейрастенію сифилитиковъ, вслѣдствіе истощенія организма подъ вліяніемъ слишкомъ энергичнаго противосифилитическаго леченія, и психотравматическую нейрастенію сифилитиковъ, развившуюся подъ вліяніемъ нравственныхъ мученій, вслѣдствіе зараженія сифилисомъ. Что касается истеріи у сифилитиковъ, то авторъ устанавливаетъ два вида этой болѣзни: собственно сифилитическую истерію и токсическую или меркуріальную, развивающуюся подъ вліяніемъ продолжительнаго употребленія ртути. Кромѣ того авторъ приводитъ изъ своей практики исторію одного случая, который даетъ право допускать возможность развитія этой болѣзни на почвѣ унаслѣдованнаго сифилиса, какъ момента, производящаго вырожденіе въ потомствѣ. По отношенію къ хореѣ авторъ высказываетъ тотъ взглядъ, что сифилисъ несомнѣнно играетъ роль въ области этого нейроза, но только, какъ прирощенный. Для иллюстраціи своего взгляда онъ приводитъ изъ собственной практики исторію семейной хореи, развившейся у дѣтей отца-сифилитика. Грудную жабу сифилисъ вызываетъ, производя измѣненія или въ сердечныхъ стѣнкахъ, или въ сердечныхъ сосудахъ, или, наконецъ, въ нервахъ, завѣдующихъ дѣятельностью сердца. Какъ примѣръ грудной жабы послѣдней категоріи авторъ приводитъ исторію одного случая, опубликованнаго проф. И. Н. Оболенскимъ, гдѣ подъ вліяніемъ антисифилитическаго леченія послѣдовало полное выздоровленіе. (Здѣсь рѣчь идетъ о хорошемъ моемъ знакомомъ, съ которымъ я часто встрѣчаюсь, и могу засвидѣтельствовать, что онъ въ настоящее время пользуется прекраснымъ здоровьемъ и благополучно исполняетъ обязанности ротнаго командира. Реф.). Изъ всѣхъ данныхъ, представленныхъ въ почтенной работѣ автора, вполне позволительно прійти къ слѣдующимъ выводамъ: 1) сифилисъ мозга можетъ давать картины болѣзней, которыя мы доселѣ считали функціональными, какъ: эпилепсія, нейрастенія, истерія, хорея, грудная жаба и проч.; 2) эти функціональныя заболѣванія могутъ являться какъ при благопріобрѣтенномъ, такъ и при унаслѣдованномъ сифилисѣ; 3) прирощенный сифилисъ, повидимому, занимаетъ видное

мѣсто въ числѣ другихъ факторовъ, дающихъ физическое и психическое вырожденіе; 4) при установкѣ въ томъ или другомъ случаѣ явленій вырожденія, мы должны болѣе или менѣе точно устанавливать источники и производитель вырожденія; 5) такая установка источника вырожденія можетъ служить показателемъ, какъ при установкѣ прогноза, такъ и при выборѣ и назначеніи терапіи; 6) случаи вырожденія сифилитическаго характера особенно настойчиво должны быть выдѣлены изъ группы другихъ случаевъ, такъ какъ они имѣютъ свою специфическую терапію и во многихъ случаяхъ болѣе благоприятное предсказаніе.

#### *И. Платоновъ.*

**Д-ръ Н. И. Мухинъ, Артропатія и сифилисъ. Тамъ же.**

Съ цѣлю разрѣшенія вопроса: табетическая артропатія или артропатія у табетиковъ,—авторъ въ своей работѣ подробно анализируетъ клиническую картину «La arthropathie tabétique» Charcot, рассматриваетъ литературныя данныя, относящіяся къ вопросу объ артропатіи вообще и патогенези ея въ частности, сообщаетъ изъ своей практики два случая этого страданія у сифилитиковъ и, въ концѣ концовъ, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) сифилисъ суставовъ у табетиковъ по своей клинической картинѣ можетъ ни чѣмъ не отличаться отъ артропатіи, описанной Charcot; 2) причинная связь артропатіи Charcot съ расстройствами иннерваціи суставовъ, происходящими отъ заболѣванія нѣкоторыхъ отдѣловъ центральной нервной системы, можетъ считаться доказанной; 3) во гораздо, повидимому, чаще артропатія Charcot бываетъ не чисто нервнаго, а смѣшаннаго происхожденія, при чемъ расстройства нервной дѣятельности служатъ только предрасполагающей причиной: ухудшая питаніе суставовъ, они образуютъ почву, удобную для воздѣйствія внѣшнихъ и внутреннихъ вредныхъ агентовъ; кромѣ того они придаютъ характерный отпечатокъ картинѣ болѣзни; 4) причинами, вызывающими болѣзнь, служатъ изъ внѣшнихъ агентовъ чаще всего травма и простуда, а изъ внутреннихъ — сифилисъ и артритизмъ; 5) такъ какъ артропатія наблюдается далеко не при одной только tabes, но и при многихъ другихъ болѣзняхъ спинного, а также и головного мозга, то правильнѣе вмѣсто arthropathia tabidorum принять для него другое названіе arthropathia Charcot или arthropathia neuroparalitica.

#### *И. Я. Платоновъ.*

**Д-ръ Н. В. Краинскій, Изслѣдованіе времени психофизической реакціи на тактильныя и болевыя раздраженія у здоровыхъ и нервно- и душевно больныхъ людей, 1893.**

Авторъ, при помощи устроеннаго имъ новаго аппарата, произвелъ цѣлый рядъ изслѣдованій въ данномъ направленіи у нервно здоровыхъ и нервно- и душевно больныхъ людей. Разумѣется, цифры, полученныя у душевно-больныхъ людей, имѣютъ только относительное значеніе. Особенно интересны данныя, полученныя у табетиковъ.

Первое явленіе, которое у нихъ рѣзко бросается въ глаза по своему постоянству и интенсивности—замедленіе проводимости болевыхъ и тактильныхъ ощущеній, но особенно значительно замедленіе проводимости болевыхъ раздраженій сравнительно съ тактильными. Признакъ этотъ настолько важный и постоянный, что составляетъ необходимый симптомъ *tabes dorsalis*; встрѣчается онъ въ самыхъ раннихъ періодахъ болѣзни, когда имѣется лишь на лицо два—три симптома изъ свойственныхъ этой болѣзни. Въ общемъ же можно сказать, что измѣненія во время реакціи на болевая раздраженія относятся къ таковымъ же при реакціи на тактильныя, какъ 4—5:1.

Вторая группа изслѣдованныхъ больныхъ представляетъ собою болѣзнь, описанную въ новѣйшее время Erb'омъ, подъ именемъ *paralysis spinalis syphilitica*. Какихъ-либо значительныхъ измѣненій, какъ въ качествѣ самихъ ощущеній, такъ и проводимости при этой болѣзни, не замѣчается. Наоборотъ, почти у всѣхъ больныхъ *paralysis spinalis* замѣчается другое очень постоянное и характерное явленіе—это значительное нарушеніе въ сферѣ температурнаго чувства, его проводимости и присутствіе довольно сильныхъ температурныхъ рефлексовъ.—Изслѣдованный случай міэлиты представляетъ значительныя измѣненія въ проводимости тактильныхъ и болевыхъ явленій при раздраженіяхъ нѣкоторыхъ мѣстахъ нижнихъ конечностей, что указываетъ на то, что задѣты въ спинномъ мозгу пути, проводящіе соотвѣтственныя раздраженія. Въ случаѣ *leptomeningitis* замѣчается значительное замедленіе въ проводимости болевыхъ раздраженій и различнаго рода парализовъ. При изслѣдованіи больного *sclerosis lateralis* оказывается, что лишь на передней поверхности голени лѣвой ноги реакція на болевая раздраженія нѣсколько замедлена. Чрезвычайно рѣдкій и интересный случай заболѣванія *sclerosis lateralis amiotrophica et paralysis bulbaris* въ смыслѣ измѣненій времени реакціи на тактильныя и болевая ощущенія не представилъ особенныхъ отклоненій. У больного міэлитомъ значительныхъ отклоненій въ проводимости не замѣчалось; наоборотъ, качественно тактильная чувствительность ясно понижена на всемъ тѣлѣ. Изъ двухъ больныхъ *morbus Basedowi*, ни у одной не найдено постоянныхъ измѣненій времени реакціи. Въ обоихъ случаяхъ эпилепсін изслѣдованныхъ, какъ въ періодъ свѣтлаго промежутка, такъ и вскорѣ послѣ припадковъ, реакція на обою рода раздраженія и при томъ во всѣхъ изслѣдованныхъ точкахъ каждой по-

верхности—оказалась укороченною; больные реагировали очень быстро. Яснѣе это явленіе выступало по отношенію къ тактильному чувству. Въ пяти изслѣдованныхъ случаяхъ гемиплегіи результаты получились не вполне сходные, что, впрочемъ, совершенно совпадаетъ съ патологіею даннаго заболѣванія. Если корень заболѣванія гнѣздится въ *capsula interna*, какъ это имѣется въ случаяхъ автора, то картина заболѣванія будетъ различна въ зависимости отъ того, задѣты ли чувствительные пути, или поражены лишь двѣ переднія трети ея, гдѣ проходятъ исключительно двигательныя волокна. И дѣйствительно, бываютъ гемиплегіи съ нарушеніемъ чувствительности въ пораженныхъ частяхъ тѣла и безъ таковыхъ. Далѣе, хотя еще не доказано точно подраздѣленіе въ области *capsulae internaе* болевыхъ и тактильных путей, однако, вѣроятно, что можетъ быть нарушена, напр., проводимость одного болевого чувства, или одного тактильнаго, какъ напр., у одного больного, гдѣ нарушена проводимость болевыхъ раздраженій пораженной ноги. Два случая представляютъ случаи чистой гемиплегіи безъ нарушенія кожной чувствительности и ея проводимости. Въ двухъ случаяхъ, наоборотъ, обоого рода чувствительность на пораженной сторонѣ ослаблена, при чемъ не столько ослаблена сама чувствительность, сколько замедлена ея проводимость. Совершенно иного характера и чрезвычайно интересныя измѣненія во время реакціи находимъ мы въ области душевныхъ заболѣваній—именно въ изслѣдованныхъ случаяхъ *melancholia passiva*. Больной повторно изслѣдованъ въ періодъ свѣтлаго промежутка и во время ожесточенія болѣзни. Разница въ среднихъ величинахъ огромная—тогда какъ въ первомъ случаѣ мы имѣемъ нормальную реакцію и почти неизмѣненную чувствительность, во второмъ случаѣ и во всѣхъ изслѣдованіяхъ среднія величины реакціи очень большія. Но еще рѣзче выступаютъ характерныя особенности въ цѣломъ рядѣ опредѣленій. На ряду съ величинами, совершенно нормальными, встрѣчаются реакціи въ 10 разъ болѣе продолжительныя. Если взглянуть на ряды минимальныхъ величинъ, то онѣ по величинѣ отклоненій отъ нормы значительно уступаютъ ряду максимальныхъ чиселъ. Интересенъ самый характеръ реагирования больного. Хорошо понявъ, что отъ него требуютъ, онъ не совсѣмъ охотно, но тѣмъ не менѣе съ полною готовностью готовится сдѣлать отвѣтное движеніе и, дѣйствительно, въ первые 2—3 раза дѣлаетъ его правильно; въ слѣдующія опредѣленія онъ, однако, какъ бы забываетъ, что долженъ отвѣтить, и, какъ бы спохватившись, даетъ запоздалый сигналъ, чѣмъ и объясняются большія величины реакціи. Совершенно сходныя данныя получились и при изслѣдованіи больной.—Въ изслѣдованномъ случаѣ нейрастеніи реакція была незначительно равно-

мѣрно укорочена. Въ изслѣдованномъ случаѣ рагапоја hypochondrica никакихъ измѣненій во время реакціи не найдено.

*Андрей Поповъ.*

**Д-ръ Андрей Поповъ, Сифилитическій спинномозговой параличъ, сочетанный съ слабоуміемъ, Русская медицина, 1893, № 41.**

Авторъ приводитъ изъ клиники проф. Ковалевскаго слѣдующій интересный случай сочетаннаго сифилитическаго паралича съ слабоуміемъ. Д. С., 48 л., крестьянинъ, по профессіи лакей, поступилъ въ лѣчебницу 21 сентября 1893 года. Отецъ больного здоровый и воздержанный человекъ, имѣлъ глухоту, наступившую вслѣдъ за продолжительнымъ гнойнымъ истеченіемъ изъ обонихъ наружныхъ слуховыхъ отверстій. Братья больного отличаются нервно-раздражительнымъ характеромъ. Больной въ возрастѣ отъ 7—10 лѣтъ имѣлъ течь изъ ушей и струя по всей головѣ; спустя нѣсколько времени то и другое исчезло, но появилось легонькое ослабленіе слуха. Былъ въ дѣтствѣ трусливъ, гнѣвнъ и капризенъ, злопамятенъ и мстителенъ. Женился 21 года, имѣлъ трехъ дѣтей, которыя умерли въ возрастѣ 2—4 л. отъ неизвѣстныхъ страданій,—у одного изъ мальчиковъ наблюдались мозговые припадки. Выкидышей и преждевременныхъ родовъ у жены не было. Послѣдніе три—четыре года служилъ швейцаромъ при вокзалѣ станціи желѣзной дороги, при чемъ приходилось жить въ сыромъ помѣщеніи. Въ числѣ прочихъ занятій ему случалось частенько натирать полы щетками, привязанными къ ногамъ; за этой работой онъ утомлялся и легко простуживался, выбѣгая потный на свѣжій воздухъ. Водку пилъ, но не злоупотреблялъ. Половыми сношеніями злоупотреблялъ въ молодости и въ зрѣломъ возрастѣ. Лѣтъ девять тому назадъ въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ болѣлъ лихорадкою. Три года тому назадъ былъ на Кавказѣ, въ Пятигорскѣ, съ своимъ большимъ хозяиномъ, при чемъ дѣлалъ ему ртутныя втиранія; спустя нѣкоторое время онъ замѣтилъ постепенное высыпаніе красныхъ просовидныхъ папулокъ, не зудящихъ; появлялись онѣ на спинѣ и передней части туловища. Спустя мѣсяць сыпь исчезла. Два года тому назадъ имѣлъ трипперъ, скоро прошедшій. Въ февралѣ текущаго года больному какъ то случилось изрядно выпить. Проснувшись въ часъ ночи, онъ замѣтилъ, что, не смотря на сильныя натуживанія, ему не удается помочиться и лишь послѣ неоднократныхъ попытокъ послѣдовала незначительная эксурнація. На слѣдующій день онъ почувствовалъ тяжесть и тупую боль въ крестцѣ и слабость правой ноги: больной не могъ ее поднимать на должную высоту; казалось, что „къ ней сто пудовъ подвѣшено“. Лѣвой ногой дѣйствовалъ свободно. Одновременно появились запоры, продолжавшіеся недолго (около недѣли). Спустя недѣлю развились слѣдующія явленія: чувствовался позывъ къ мочеиспусканію,

больной натуживался, но безуспѣшно; спустя 3'—5' моча выдѣлялась вялой, отвьсно падавшей струей, наконецъ останавливалась, но когда больной, считая мочеиспусканіе законченнымъ, приводилъ себя въ порядокъ, она произвольно вновь отдѣлялась въ платъѣ. Бывало и такъ, что вслѣдъ за желаніемъ помочиться, моча быстро выдѣлялась, такъ что больному приходилось страдать нравственно. Ночью нерѣдко эксуринація бывала „подъ себя“. Спустя мѣсяць со дня заболѣванія развилась импотенція; *libido sexualis* существовало. Случалось, не часто, правда, недержаніе кала. Слабость ногъ постепенно усиливалась, при чемъ правая нога какъ-бы одеревенѣла, съ трудомъ сгибалась, часто появлялись внезапныя судорожныя подергиванія,—въ лѣвой ногѣ бывало то же, но въ меньшей степени. Поднять высоко ноги, а равно дѣлать большіе шаги не могъ; скоро безъ палки ходить уже не могъ. Въ то же время изрѣдка появлялись тупыя боли въ поясницѣ. Врачъ, къ которому больной обратился, рекомендовалъ антисифилитическое леченіе, но долго его продолжать больной не могъ за неимѣніемъ средствъ. Весной онъ отправился въ Славянскъ, гдѣ въ теченіи 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсяцевъ ежедневно принималъ ванны въ 27°—30°, внутрь принималъ іодистыя и ртутныя препараты. Состояніе здоровья нѣсколько улучшилось: ночныя произвольныя выдѣленія мочи повторялись не часто; походка стала ровнѣе. По возвращеніи въ Харьковъ вновь состояніе ухудшилось; то задержание мочи, то незадержание, запоры, отсутствіе половой способности, слабость и шаткость походки заставили больного обратиться за помощью въ поликлинику проф. П. И. Ковалевскаго, откуда онъ помѣщенъ былъ въ лѣчебницу д-ра И. Я. Платонова, служащую клинкою проф. П. И. Ковалевскаго. Здѣсь найдено было слѣдующее.

Больной—выше средняго роста (169 снт.), средняго тѣлосложенія, питаніе организма и количество крови недостаточныя (красныхъ форменныхъ элементовъ крови—4,720,000; плотныхъ составныхъ частей крови—42 дѣленія (по Гематокриту Гертнера). Подкожный жирный слой значительно атрофированъ, кожа истончена. Вѣсъ тѣла 4 п. 10 ф. Волосы на головѣ рѣдкіе, темнорусые; волосистость всего тѣла выражена хорошо. Видимыя слизистыя оболочки анемичны; подвижность вѣкъ и глазъ не измѣнена; влажность и блескъ глазъ ничѣмъ особеннымъ не отличаются. Зрачки равномѣрны, первичная и вторичная реакціи слегка ослаблены. Свѣто- и цвѣто-ощущенія сохранены; офтальмоскопическія данныя безъ измѣненій. Подвижность мускуловъ лица въ предѣлахъ нормы; чувствительность кожи лица не измѣнена; выраженіе лица покойное, вполне безучастное къ окружающему. Полость носа и ушей ничего патологическаго не представляетъ. Языкъ при высовываніи дрожитъ *in toto*; язычекъ отклоненъ вправо. Вкусовыя ощущенія безъ измѣненій. Обонятельныя—понижены. Зубы желтовато-

грязнаго цвѣта, есть нѣскольکو-каріозныхъ. Уши средней величины, правильной формы. Слухъ пониженъ; проводимость звука черезъ черепъ существуетъ, дифференцировка тоновъ сохранена, отоскопией ничего ненормального не обнаружено. Область шеи безъ замѣтныхъ уклоненій. Лимфатическія железы шеи увеличены слегка, въ пахахъ и аксиллярныя увеличены значительно. Перкуссіей и аускультацией легкихъ ничего патологическаго не обнаружено. У верхушки сердца первый тонъ глуховать; на аортѣ легкая акцентуація. Пульсъ средней наполняемости, 80—84 удара въ 1'. Температура тѣла нормальна (37°,6—37°,1); кожная температура—36°,5. Границы печени и селезенки въ предѣлахъ нормы; всасываемость желудка, двигательная способность его и содержаніе соляной кислоты достаточны; —кишечникъ слегка тимпаниченъ. Въ состояніи артеріальныхъ и венозныхъ сосудовъ ничего патологическаго не замѣчается. Суточное количество мочи 1500—1800 куб. с.; цвѣтъ слабожелтоватый; удѣльный вѣсъ—1011, реакція слабокислая; бѣлка, сахара и желчныхъ продуктовъ нѣтъ. Больной въ состояніи полной импотенціи, при сохраненіи *libido sexualis*. Оболочка *glans penis* и *praeputii* гиперемирована, кое-гдѣ замѣтны эрозіи, рубцовъ нѣтъ; мошонка растянута, кожа утолщена, морщиниста; кое-гдѣ на ней замѣчаются ссадины; лѣвое яичко увеличено почти въ 3 раза, твердо на ощупь, болѣзненно, форма его не измѣнена; правое—безъ замѣтныхъ уклоненій.

Тактильная чувствительность сохранена; температурное чувство понижено, болевая чувствительность слабо понижена на обѣихъ нижнихъ конечностяхъ, причемъ на правой понижена рѣзче, особенно въ области бедра.—Подожвенный, передній и задній голенный, а еще болѣе колѣнный рефлексы повышены; *fuss. clonus*—слабъ; рефлексы *cremaster'a* и *hypogastrii* отсутствуютъ; —*epigastrii*—рѣзкихъ особенностей не представляетъ;—рефлексъ *m. glutaci* замѣтенъ.—Осязательные рефлексы понижены до *minimum'a*; вазомоторные замедлены и ослаблены вездѣ; болевые на нижнихъ конечностяхъ понижены. Рѣзко повышены рефлексы температурные на нижнихъ конечностяхъ, причемъ болѣе энергично вызываются низкой температурой. Динамометрія правой руки—80, лѣвой—77; потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе не измѣнены. Сонъ покойный, аппетитъ хорошъ; отправленія кишечника неправильны, часто бываютъ запоры, продолжающіеся по два, три дня. Со стороны *vesicae* замѣчается то задержаніе, причемъ больной иногда, замѣтивъ, что моча не выдѣляется, начинаетъ ходить и съ каждымъ шагомъ нагуживается, такъ дѣлаетъ вплоть до момента эксуринаціи; то бываетъ, чаще, недержаніе, за мгновеннымъ позывомъ моча выдѣляется нерѣдко въ платъ, также бываетъ, что за окончаніемъ эксуринаціи слѣдуетъ выдѣленіе нѣкотораго количества мочи въ платъ больного. Струя

всегда вялая и отвѣсно падающая. Ночью бываютъ непроизвольныя мочеиспусканія, то въ моментъ пробужденія, то въ глубокомъ снѣ. Во время электризаціи не разъ были непроизвольныя экскуріаціи, причемъ больной этого даже не замѣчалъ. Довольно характерна походка больного; при ходьбѣ, опираясь на палку, больной „подается“ всѣмъ туловищемъ далеко впередъ и затѣмъ „подтаскиваетъ“ свои ноги, цѣпляя полъ носками, особенно правой ноги. Ноги въ это время почти не сгибаются, находясь какъ-бы въ одеревенѣломъ состояніи; онѣ кажутся больному „налитыми свинцомъ, стопудовыми“.—Иногда при походкѣ замѣтны подпрыгиванія; шаги малы, колѣна обращены внутрь; повороты неуклюжи, быстрые, сопровождаются паденіемъ. Romberg'овъ симптомъ выраженъ слабо. Замѣтна нѣкоторая ригидность нижнихъ конечностей. При попыткѣ согнуть ногу въ голеностопномъ сочлененіи, особенно правую, приходится преодолевать нѣкоторое сопротивленіе со стороны мышцъ бедра.

Вниманіе къ окружающей обстановкѣ понижено. Способность воспріятія ви́шнихъ впечатлѣній, а равно и проводимость ихъ ослаблены. Иллюзіи и галлюцинаціи органовъ чувствъ нѣтъ. Образованіе представленій и количество ихъ понижены въ зависимости отъ недостатка вниманія. Ходъ представленій замедленъ, требуется извѣстная доля напряженія при разговорѣ. Ассоціація представленій замѣтныхъ уклоненій не представляетъ. Насильственныхъ и фиксированныхъ представленій нѣтъ. Способность припоминанія, а равно запоминанія замѣтно ослаблена: онъ не помнитъ, сколько лѣтъ женатъ, сколько ему теперь лѣтъ; когда бываетъ какой постъ, тотъ или иной праздникъ, даже иногда по времени года ихъ не называетъ, а тогда какъ скажутъ другіе, и онъ утверждаетъ, что зналъ это раньше хорошо. Праздникъ Крещенія Господня, по его мнѣнію: „кажется зимою, чи 6-го, чи 7-го, чи 6-го и 7-го вмѣстѣ, а мѣсяца не помню“. Когда бываютъ праздники Успенія или день Петра и Павла—совершенно забылъ. Легко забываетъ, что ѣлъ наканунѣ; даже вечеромъ не скажетъ, что давали во время завтрака. День, число и мѣсяць, сколько дней въ клиникѣ, сколько дней отъ воскресенья до среды и т. д.—ничего этого не можетъ сказать, и если ему скажутъ это, а черезъ  $\frac{1}{2}$  ч. спросятъ вновь—не можетъ повторить. О своемъ прошломъ говоритъ различно, путаетъ года и событія жизни: ему отъ роду то 35 лѣтъ, то 48, то 53, даже 66 лѣтъ; онъ былъ небольшимъ во время войны 1812 года, въ Крымскую кампанію и даже въ послѣднюю русско-турецкую войну.—Сужденія и заключенія не отличаются достаточною осмысленностью и логичностью. Настроеніе духа однообразное, довольно безразличное; нравственное чувство замѣтныхъ дефектовъ не представляетъ. Ничѣмъ не занимается. Замѣтные дефекты представляетъ сообразительность: если его спросить, сколько

будетъ 5 и 7, онъ вычисляетъ долго и или ошибается, или отказывается рѣшить: „не дается“, заявляетъ больной.—По его вычисленіямъ слѣдуетъ:  $7-3=3$ ,  $2+2=4$ ,  $4+3=9$ ; 2 арбуза и 2 дыни=4, но чего, и самъ не знаетъ. 4 мальчика и 3 дѣвочки, по мнѣнію больного, составятъ группу дѣтей въ 7 лицъ, а 3 дѣвочки и 4 мальчика—въ 6 лицъ,—заявляетъ это убѣжденно и обижается, если поправляютъ, указываетъ при этомъ, что у него болятъ ноги и спина, а голова здоровая. Какъ-то больной хотѣлъ писать открытое письмо и долго не могъ сообразить, какія монеты изъ имѣвшихся у него трехъ нужно отдать; у него были копейка и двѣ монеты по двѣ копейки. Когда ему указывали, онъ не вѣрилъ, пока не замѣнили одну и двѣ копейки монетою трехъ-копеечнаго достоинства.

Въ сообщаемомъ случаѣ авторъ принимаетъ сочетаніе *dementia syphilitica prima* съ явленіями спинного сифилитическаго паралича. Больной пробылъ въ клиникѣ всего только 3 недѣли, выдержалъ энергическое противосифилитическое и противонервное леченіе и выписался съ значительнымъ улучшеніемъ, какъ въ области головного, такъ и спинного мозга.

*Н. Н. Львовъ.*

**Проф. В. М. Бехтеровъ**, Болѣзненная неподвижность, Неврологическій Вѣстникъ, т. I, В. 2.

Два года назадъ Möbius'омъ, Erb'омъ и др. описана была особая форма болѣзни, извѣстная подъ именемъ *akinesia algera*. Нынѣ почтенный авторъ приводитъ новый случай такой болѣзни. Больной, сынъ чахоточныхъ родителей, солдатъ, десять лѣтъ назадъ подвергся переезду черезъ его ноги телѣги съ тремя людьми. Въ это время больной отъ испуга лишился сознанія и пролежалъ около недѣли въ постели. Съ тѣхъ поръ начался ломъ въ ногахъ, при чемъ при ходьбѣ боли ногъ усиливались. Къ этому постепенно присоединились нечувствительность кожныхъ покрововъ тѣла и болѣзненность мышць. Около 15 лѣтъ отъ роду страдалъ сомнамбулизмомъ; 16 лѣтъ перенесъ какую-то общую болѣзнь, послѣ которой развились общая слабость, болѣзненность въ костяхъ и усиленіе болей въ мышцахъ. Спустя еще нѣкоторое время явились: тоска, апатія и головокруженіе. При изслѣдованіи больного найдено: аналгезія всего тѣла, за исключеніемъ волосистой части головы, неувѣренная и шаткая походка съ разставленными ногами, при ходьбѣ сильныя боли въ ногахъ, болѣзненность всѣхъ костей отъ нижней части позвоночника и внизъ, рѣзкая гиперестезія всѣхъ мускуловъ организма, анестезія мышечнаго чувства, ослабленіе зрѣнія, слуха, обонанія и вкуса. Больной передвигается съ трудомъ, что обусловливается силь-

ною болѣзненностью мускуловъ, приводимыхъ въ движеніе и всѣхъ остальныхъ. Пассивныя движенія и давленіе на мускулы—болѣзненны. Сухожилия и надкостница также болѣзненны. Сухожильные рефлексы безъ измѣненій, кожные понижены. Осязательная, электрокожная, температурная и болевая анестезія. Разстройство мочеиспусканія, ослабленіе половой дѣятельности, вялость, апатія, постоянное лежанье въ постели.—Möbius приписываетъ это болѣзненное состояніе психическому пораженію, принимая его за особый видъ паранои. Авторъ кладетъ въ основу страданія пораженіе нервное—чрезѣрную гиперестезію и болѣзненность мышцъ и другихъ частей тѣла.

*И. Я. Шатовъ.*

**Проф. А. И. Поспѣловъ**, Современный взглядъ на патогенезъ и терапію микседемы, или слизистаго отека кожи, Медицинское Обозрѣніе, 1893, 22.

Въ этой небольшой статьѣ, авторъ, на основаніи личныхъ наблюденій и современныхъ литературныхъ данныхъ, кратко, сжато и опредѣленно излагаетъ клиническую картину данной болѣзни, сущность и патологоанатомическую сторону ея, причины, теченіе и леченіе. Авторъ окончательно останавливается на томъ взглядѣ, что главная и основная причина данной болѣзни—пораженіе щитовидной железы, а леченіе должно состоять и даетъ успѣшный результатъ только при введеніи въ больной организмъ *gl. thyreoidea*, въ какомъ угодно видѣ. При такомъ ходѣ дѣла почтенный авторъ даетъ несравненно лучшее предсказаніе при данной болѣзни, чѣмъ это было раньше.

*П. И. Ковалевскій.*

**Проф. А. И. Поспѣловъ**, Случай несахарнаго мочеизнуренія и слизистаго отека кожи сифилитическаго происхожденія (*Diabetes insipidus et mucœdema*), Медицинское Обозрѣніе, 1893 года, 22.

Почтенный авторъ приводитъ весьма интересный и рѣдкій случай сифилиса, при которомъ развились обѣ вышеуказанныя болѣзни. Вообще *diabetes insipidus* болѣзнь не частая при сифилисѣ,—*mucœdema* же при сифилисѣ до сихъ поръ была описана только одинъ разъ, а сочетаніе этихъ трехъ болѣзней, насколько мнѣ извѣстно, а я довольно ревниво слѣжу за этими вопросами,—описываютъ въ первый разъ въ литературѣ вообще. Больной получилъ сифилисъ семь лѣтъ назадъ, который протекалъ по весьма надлежащимъ правиламъ. Черезъ пять лѣтъ больной имѣлъ: головокруженіе, тошноту и рвоту, рядомъ съ этимъ была головная боль, при чемъ малѣйшее движеніе головой сопровождалось рвотой. Къ этому присоединилась афазія, аграфія и склонность къ пошатыванію на лѣвую сторону.

Въ 1891 году явилась чрезмѣрная жажда, а вмѣстѣ съ симъ и чрезмѣрное выдѣленіе мочи. Кромѣ того у больного явились: слабый аппетитъ, ко всему апатія, прекращеніе половой потребности, необычайная зябкость. При изслѣдованіи кожи у больного оказалась сухая, блѣдная и отечная кожа, сухость волосъ на головѣ, блѣдность радужной оболочки, утомленное выраженіе лица, красный, сухой и липкій языкъ. Подъ вліяніемъ противосифилитическаго леченія, явленія діабета прошли, — но явленія микседемы остались и только кормленіе щитовидной железой уничтожило и микседему. Авторъ ставитъ микседему въ данномъ случаѣ въ связь съ сифилитическими заболѣваніями *gl. thyreoidea*.

*П. И. Ковалевскій.*

**Д-ръ В. К. Ротъ**, О микседемѣ и ея леченіи, 1893 года.

Авторъ описываетъ два случая микседемы у женщинъ, почти совершенно излеченные кормленіемъ больныхъ щитовидной железой. Предварительно изложенія своихъ, очень интересныхъ случаевъ, авторъ довольно подробно излагаетъ исторію развитія даннаго вопроса, какъ относительно сущности даннаго заболѣванія, такъ и относительно его леченія. Естественно, сущность болѣзни сводится на поражение *gl. thyreoidea* и послѣдующую автоинтоксикацію, а леченіе болѣзни на нейтрализацію автоинтоксикаціи продуктами щитовидной железы, то путемъ пересадки послѣдней, то путемъ ея раздраженія, то путемъ введенія въ организмъ сока щитовидной железы, то путемъ кормленія больныхъ данной железой. Описаніе своихъ случаевъ авторъ иллюстрируетъ фотографіями больныхъ до заболѣванія, во время болѣзни и къ концу леченія.

*П. И. Ковалевскій.*

**Проф. В. М. Бехтеревъ**, Неудержимый или насильственный смѣхъ, Вѣстникъ неврологіи, 1893 года, 3.

Авторъ описываетъ случай сифилитической лѣвой корковой гемиплегіи, сопровождавшейся приступами неудержимаго или насильственного смѣха. По мнѣнію почтеннаго автора, смѣхъ, какъ плачь, выполняется при посредствѣ зрительныхъ бугровъ, при чемъ должна существовать особая система волоконъ зрительныхъ бугровъ, при посредствѣ которой должны проходить, какъ возбуждающіе, такъ и задерживающіе импульсы мозговой корки. Въ данномъ случаѣ фокусное пораженіе мозговой корки было причиною или устраненія задерживающихъ импульсовъ, или же возбужденія дѣйствующихъ центровъ. Въ концѣ работы авторъ приводитъ еще одинъ случай, аналогичный первому.

*Михаилъ Поповъ.*

**А. С. Гросглима**, Къ фізіологiи лобныхъ долей, Архивъ лабораторiи общей патологiи въ Варшавскомъ Университетѣ, издаваемый проф. Лукьяновымъ, т. I, ч. I.

На счетъ фізіологическаго значенiя лобныхъ долей мозга до сихъ поръ существуетъ двѣ теорiи: одна (Hitzig и Fergier) полагаетъ, что онѣ служатъ органомъ высшихъ психическихъ отправления, — по другой (H. Munk, Luciani и Sepilli и особенно Goltz) онѣ служатъ продолженiемъ двигательной области. Съ цѣлю проверки этихъ положенiй, авторъ производилъ въ лабораторiи проф. С. М. Лукьянова изслѣдованiя съ вырѣзыванiемъ одной и обѣихъ лобныхъ долекъ, при чемъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: собаки, у которыхъ удалена одна лобная доля, слышатъ и видятъ такъ же хорошо, какъ животныя неоперированныя, — въ смыслѣ интеллигенцiи и характера онѣ не отличаются отъ собакъ вполне здоровыхъ или по крайней мѣрѣ, отъ тѣхъ, у которыхъ была повреждена собственно двигательная область. За то при этомъ наблюдаются расстройства осязательной, болевой и мышечной чувствительности въ противоположныхъ конечностяхъ, преимущественно въ передней, равно какъ парезъ этихъ конечностей, ведущiй къ предпочтенiю конечностей одноименныхъ при произвольныхъ движенiяхъ. Названныя расстройства и по рѣзкости и по стойкости своей весьма значительно уступаютъ однороднымъ измѣненiямъ, слѣдующимъ за поврежденiемъ двигательной области, даже не обширнымъ. Наблюдаются также пониженiе чувствительности въ противоположной половинѣ затылка и туловища, равно какъ и парезъ тѣхъ мышцъ, которыя управляютъ боковыми движенiями головы и передней половины туловища въ противоположную сторону. Всѣ эти расстройства со временемъ изглаживаются: раньше чувствительныя, а за тѣмъ двигательныя въ конечностяхъ, — и наиболѣе стойкими остаются нарушенiя движенiй позвоночника. Если у собаки, оправившейся отъ таковой операцiи, удалить вторую лобную долю, то опять при этомъ не наблюдается ни расстройствъ интеллекта, ни расстройствъ зрительныхъ и слуховыхъ, при чемъ расстройства чувствительности и движенiй обнаруживаются только на одной и при томъ на противоположной сторонѣ, которыя съ теченiемъ времени постепенно исчезаютъ въ вышеозначенномъ порядкѣ. На основанiи вышеизложенныхъ данныхъ, авторъ признаетъ лобную долю фізіологическимъ центромъ — чувствительнымъ и двигательнымъ — для противоположной половины затылка и туловища, resp. для боковыхъ движенiй позвоночника. Возстановленiе нарушенныхъ отправления происходитъ, повидимому, викарно двигательными частями корки той же стороны.

*Михаилъ Поповъ.*

**Д-ръ Моношко,** О двустороннемъ параличѣ лицевого нерва. Вѣстникъ неврологіи. 1893, 3.

Авторъ описываетъ два случая двусторонняго лицевого паралича, изъ которыхъ одинъ особенно интересенъ въ томъ отношеніи, что болѣзнь послѣдовала полтора мѣсяца спустя послѣ зараженія больного сифилисомъ. Принимая во вниманіе отсутствіе другихъ какихъ бы то ни было причинныхъ моментовъ для появленія болѣзни въ этомъ случаѣ, а также заявленіе Fournier и Dargaud, что лицевой параличъ появляется весьма рано при сифилитической инфекціи, можно думать, что и данный случай обязанъ своимъ происхожденіемъ сифилису. (Не могу обойти молчаніемъ, что и намъ приходилось наблюдать случай лицевого паралича въ клиникѣ проф. П. И. Ковалевскаго, послѣдовавшій спустя мѣсяць послѣ зараженія сифилисомъ). Вообще, авторъ полагаетъ, что причины данной болѣзни далеко еще не выяснены. Работа произведена подъ руководствомъ проф. Н. М. Попова.

*Андрей Поповъ.*

**Е. А. Довнарвичъ,** Нервные клѣтки и блуждающія тѣльца. Архивъ общей патологіи проф. Лукьянова. 1894, т. I, ч. 1.

Въ самое послѣднее время лейкоциты славились своими филоцитозными свойствами и на нихъ обращено было вниманіе, какъ на спасителей отъ болѣзнетворныхъ элементовъ, въ нашъ организмъ проникающихъ. Нынѣ, однако, все болѣе и болѣе начинаетъ выдвигаться второй взглядъ на лейкоциты, — именно, что они сами могутъ служить питательнымъ матеріаломъ для тѣхъ или другихъ клѣтокъ. Настоящая работа автора, произведенная въ лабораторіи проф. Лукьянова, именно трактуетъ въ этомъ направленіи. По его изслѣдованіямъ, вѣдреніе блуждающихъ тѣлецъ въ нервныя клѣтки коры, наблюдаемое вполне отчетливо у теплокровныхъ животныхъ, есть явленіе физиологическое, составляющее принадлежность здоровыхъ мозговъ и служащее прототипомъ для случаевъ патологическихъ. Въ мозговой корѣ здоровыхъ животныхъ вѣдреніе лейкоцитовъ въ клѣтки позволительно признавать за питаніе послѣднихъ. Блуждающія тѣльца, вступивъ въ нервныя клѣтки, доставляютъ этимъ послѣднимъ питательный матеріалъ, причемъ онѣ расходуются либо отчасти, либо цѣликомъ. Основной механизмъ вѣдренія предполагаетъ участіе хемотропизма, съ одной стороны, и участіе подвижности нервныхъ клѣтокъ, съ другой. Току лимфы, какъ таковому, рѣшающаго значенія приписывать нельзя.

*Н. Н. Львовъ.*

**Проф. Введенскій (Спб.),** Наиболье выгодная и наиболье невыгодная фарадизация мышцы.

Вліяніе раздражителей на нервно-мышечный аппарат—вопросъ старый и до сихъ поръ темный. Прежде различали: 1) агенты, раздражающіе нервно-мышечный аппаратъ и 2) агенты, тормозящіе его отправления, и въ послѣднемъ случаѣ говорили о специфическихъ нервахъ. Но, благодаря послѣдующимъ изслѣдованіямъ (Weber, Schiff и др.), оказалось, что и тормазъ есть своего рода возбужденіе двигательныхъ, но не специфическихъ нервовъ. Дальнѣйшими изслѣдованіями Brown-Sequard'a этотъ вопросъ, однако, не былъ выясненъ: явленія утомленія и истощенія нервно-мышечнаго аппарата сильно затрудняли изслѣдованіе. Авторъ указываетъ на то, что и на обыкновенномъ нервно-мышечномъ аппаратѣ можно съ опредѣленностью вызвать и возбужденіе, и торможеніе, въ зависимости отъ частоты и силы раздраженія фарадическими токами. Этимъ вопросомъ докладчикъ занимается уже 9 лѣтъ (съ 85 г.) и пришелъ къ положительнымъ результатамъ: если раздражать нервно-мышечный аппаратъ (черезъ нервъ) ударами прерывистаго индукціоннаго тока и привести его въ состояніе тетаническаго сокращенія путемъ минимальнаго раздраженія (порога), то, при продолжительномъ дѣйствіи тока, нервно-мышечный аппаратъ расслабляется; если теперь увеличить разстояніе между катушками, т. е. ослаблять токъ, то мышца опять и еще сильнѣе сокращается, усиливая же токъ, получимъ обратное. Слѣд., для свѣжаго нервно-мышечнаго аппарата сильный токъ, являющійся отличнѣйшимъ раздражителемъ, затѣмъ теряетъ какъ бы свои раздражающія свойства и, наоборотъ, слабый токъ тогда даетъ ортішмъ раздраженія. Такимъ образомъ значеніе силы раздраженія въ самомъ эффектѣ раздраженія измѣняется, т. е. ортішмъ раздраженія перемѣщается по шкалѣ въ теченіе тетанизации мышцы. Также перемѣнчиво и значеніе частоты тока: вначалѣ лучшее сокращеніе вызываютъ болѣе частые токи, затѣмъ болѣе рѣдкіе опять вызываютъ къ дѣятельности утомленный, повидимому, аппаратъ. Анализируя наблюдаемыя явленія, авторъ показалъ, что нервъ въ нихъ участія принимать не можетъ, а только нервныя окончанія: они, какъ образованія болѣе инертныя, подъ вліяніемъ частыхъ электрическихъ волянь, приходятъ въ состояніе угнетенія, подъ вліяніемъ же сильныхъ и частыхъ сначала раздражаются, затѣмъ раздраженіе ослабляется и подъ вліяніемъ слабыхъ и рѣдкихъ усиливается. Нервныя окончанія мѣняютъ свои электрическія свойства (подобно электротонусу ствола) и впадаютъ въ состояніе невозбудимости, какъ при отравленіи сугаре, что доказывается тѣмъ, что если пропускать прямо черезъ мышцу слабые и рѣдкіе

токи, которые до окончаній нервныхъ не доходятъ, то мышца впадетъ въ столбнякъ, который тотчасъ исчезаетъ, если раздражать нервъ частыми и сильными токами, дѣйствующими тормозящимъ образомъ на нервныя окончанія. Выводы практически важныя: 1) не всегда болѣе сильный токъ даетъ наилучшій эффектъ; 2) данныя, полученныя авторомъ, имѣютъ значеніе для изученія явленій дегенераци въ нервахъ и мышцахъ.

*Русская Медицина 1894, № 2.*

**Prof. Antonio Marro, O сумасшествіи близнецовъ (Della pazzia gemellare, Annali di freniatria). 1893.**

Существованіе потомковъ, не похожихъ по своимъ физическимъ и моральнымъ качествамъ на родителей, нисколько не уничтожаетъ закона наслѣдственности, ибо, на основаніи подобныхъ фактовъ, можно только считать, что передаются наслѣдственно не только постоянныя, но и временныя свойства. Единообразіе же свойствъ, какъ физическихъ, такъ и моральныхъ надо ожидать въ томъ случаѣ, гдѣ идентично было состояніе родителя въ моментъ зарожденія, какъ въ случаѣ происхожденія двойныхъ родовъ. Такой случай Buffon'a, гдѣ одна дама родила бѣлаго и мулата и созналась, что она была изнасилована скоро послѣ того, какъ имѣла сношеніе съ мужемъ. Подобный же случай былъ съ негритянкой изъ Guadalupe, которая родила бѣлаго мальчика и мулата послѣ двойного coitus. Первое свойство, которое доказываетъ единообразіе наслѣдственнаго вліянія, есть частое внѣшнее сходство двойней, гораздо болѣе значительное, чѣмъ то, которое наблюдается между братьями и сестрами, не близнецами. Galton сообщаетъ, что это сходство до такой степени велико, что въ ваннѣ близнецы могутъ быть замѣнены одинъ другимъ. Такое сходство физиономіи соединяется съ единообразіемъ характера, способомъ чувствовать и т. д. Аналогія распространяется далѣе: инфекціонная болѣзнь, которая охватываетъ одного изъ близнецовъ, обыкновенно поражаетъ и другого. То же относится и къ другимъ болѣзнямъ. Такъ, Galton сообщаетъ о двухъ близнецахъ, одновременно пораженныхъ Брайтовой болѣзью и умершихъ отъ нея. Trousseau наблюдалъ одновременное развитіе asthma bronchiale у близнецовъ. Senator видѣлъ, какъ leucaemia splenica развилась одновременно у двухъ близнецовъ-сестеръ 1½-годового возраста, отъ которой обѣ и умерли. Но еще интереснѣе одновременное развитіе аналогичныхъ симптомовъ умственнаго расстройства у двухъ близнецовъ, такъ что получается особая болѣзненная форма, которую и можно обозначить, какъ «pazzia gemellare». Авторъ представляетъ 2 примѣра подобнаго расстройства. Въ первомъ наблюденіи авторъ

сообщаетъ о 2-хъ сестрахъ, Serafina и Angila, рожденныхъ въ сентябрѣ 1868 г. Отецъ ихъ пьяница и расточитель. Мать 48 лѣтъ, старше отца, здоровая. По боковой линіи кузина—душевно-больная, а 2 другія—кретинки, глухо-нѣмыя. Сестры, очень похожія другъ на друга чертами лица, воспитывались вмѣстѣ до 8 лѣтъ жизни. Затѣмъ начали служить въ разныхъ семействахъ. Первою заболѣла Serafina. Въ 1890 г. она была охвачена influenz'ой. Предрасполагающей причиной семейство считало постоянное пребываніе возлѣ жаркой печи при приготовленіи пищи. Въ этомъ болѣзненномъ состояніи Serafina испытала сильную тоску, вслѣдствіе смерти мальчика, своего крестника. Она считала себя причиною смерти племянника, ибо по народному повѣрью крестить вмѣстѣ съ супругомъ составляетъ несчастіе для крещаемого. Подъ непрерывнымъ вліяніемъ подобнаго настроенія, она начала проявлять измѣненія характера и привычекъ. Она начала проявлять необыкновенный аппетитъ; пятнадцать же дней послѣ наступило состояніе маниакальной экзальтаци. Больная непрерывно говорила, била тѣхъ, кто ей противорѣчалъ, видѣла проходящихъ подъ окнами людей. На родинѣ подверглась гидротерапевтическому леченію. Возвратившись въ Туринъ, пыталась утопиться въ По. Наконецъ, была принята въ больницу.

Родители, которые сопровождали ее въ заведеніе, получили извѣстіе, что другая сестра также обнаружила признаки умственного расстройства. Болѣзнь Serafin'ы потрясла глубоко Angela. Она была серьезнѣе сестры и руководила ею. Видъ больной сестры огорчилъ ее и она стала бояться подвергнуться такому же умственному расстройству. Когда сестра была увезена, она впала въ сильно тоскливое настроеніе. Она была поражена ужасомъ потерять рассудокъ, была молчалива, печальна и подвергалась непрерывнымъ приступамъ страха. Въ день, когда сестра была принята въ заведеніе, она пыталась утопиться въ По и повторила попытку на слѣдующій день. Въ заведеніе она была принята четыре дня спустя послѣ сестры. У нея преобладали галлюцинаціи съ характеромъ преслѣдованія, вслѣдствіе чего она была болѣе импульсивна, чѣмъ сестра. Объективное изслѣдованіе не обнаружило особыхъ различій у обѣихъ сестеръ. Рефлексы у обѣихъ были сохранены, чувствительность не была нарушена. Онѣ обнаруживали расстройства идеаци, перескакиваніе и безсвязность рѣчи. Были у обѣихъ слуховыя галлюцинаціи. Въ то время какъ на свободѣ Angela руководила Serafina своими совѣтами, въ заведеніи было обратное. Онѣ постоянно стремились быть вмѣстѣ и если это удавалось достигнуть, то происходилъ настоящій праздникъ. Serafina, послѣ короткаго періода легкой экзацербациі съ слуховыми галлюцинаціями, успокоилась и

вышла изъ заведенія 26 ноября 1892 года. Angela сохранила состояние возбужденія еще нѣсколько дней и выздоровѣла 19 декабря 1892 года. Никакого рецидива ни у той, ни у другой не наступило.

Marandon de Montyel различаетъ три формы этого помѣшательства и даетъ имъ названіе: внушенное, сочетанное (комплицированное) и одновременное помѣшательство. Первое даетъ бредъ, первоначально развивающійся у одного индивидуума; затѣмъ этотъ бредъ путемъ внушенія передается другому лицу, которое воспринимаетъ этотъ бредъ, оставаясь въ остальномъ совершенно нормальнымъ. При сочетанномъ сумасшествіи умственное расстройство, первоначально развившееся у одного лица, передается путемъ контактія или подражанія другимъ лицамъ, которыя остаются одинаковымъ образомъ пораженными. Наконецъ, въ наукѣ описываются случаи, въ которыхъ помѣшательство развивается самостоятельно у двухъ и у большаго числа лицъ, давая такимъ образомъ форму т. наз. «la razzia simultanea». Подобныя формы помѣшательства могутъ развиваться отъ трехъ причинъ: во первыхъ, отъ органическаго внутренняго наслѣдственнаго предрасположенія, отъ приобретеннаго расположенія къ душевному расстройству и, наконецъ, отъ вліянія физической и моральной окружающей обстановки. Если бросить взглядъ на таблицу, въ которой собраны случаи, реферированные авторами, то тотчасъ-же бросается въ глаза аналогія пола между различными парами близнецовъ и опредѣленное преобладаніе женскаго пола: изъ 23 случаевъ, въ одномъ полъ былъ различный, въ 15 помѣшательство охватило сестеръ-близнецовъ, и только въ 7 близнецы были братья. Эта пропорція вполне соотвѣтствуетъ пропорціи рожденій—близнецовъ. Изъ статистическихъ данныхъ, собранныхъ въ Пруссіи за періодъ 24 лѣтъ, оказывается что на 13 милліоновъ рожденій было 150,000 близнецовъ, т. е. 1 на 80, изъ которыхъ было 50,000 двое мужчинъ, 46,000 двое женщинъ, а 54,000 мужчина и женщина.

Преобладаніе заболѣванія женскаго пола можно объяснить различными способами. Во первыхъ, большей восприимчивостью женщинъ сравнительно съ мужчинами.

Во вторыхъ, преобладаніе помѣшательства близнецовъ у женщинъ можетъ быть объяснено большимъ специфическимъ предрасположеніемъ ихъ къ мозговымъ заболѣваніямъ. Наконецъ, еще одинъ факторъ, благоприятствующій развитію этой формы душевнаго расстройства, это—наслѣдственное дегенеративное состояніе. Vall приписываетъ большую важность при появленіи этого расстройства одновременности появленія самыхъ симптомовъ. Авторъ держится на этотъ счетъ иного мнѣнія и не считаетъ такой признакъ слишкомъ

значительнымъ. Взглядъ Ball'я до известной степени имѣетъ еще основаніе въ томъ, что аналогія между близнецами, кромѣ организаціи и общихъ условій окружающей обстановки, существуетъ еще въ тонкихъ особенностяхъ, благодаря чему тѣ же самыя явленія жизни должны быть интересны для обоихъ въ одинаковой степени и съ одинаковой интенсивностью; хотя нужно замѣтить, что, завязывая новыя отношенія съ людьми, близнецы могутъ получать различныя впечатлѣнія, которыя и будутъ видоизмѣнять аффективную индивидуальную сторону каждаго. Что касается до случайныхъ причинъ, которыя вызываютъ помѣшательство близнецовъ, то въ одиннадцати случаяхъ она была неизвѣстна, а въ другихъ—это было депрессивное душевное страданіе, и 8 случаевъ было врожденнаго помѣшательства. Что касается до вторично пораженнаго, то въ шести случаяхъ причина осталась невыясненной, въ 8—также душевное расстройство, произошло то отъ плохого леченія, то по несчастной случайности, то по болѣзни и смерти дорогихъ лицъ. Къ этому нужно еще прибавить печаль по случаю болѣзни ранѣе пострадавшаго близнеца. Не смотря на то, что авторъ не признаетъ одновременности появленія болѣзненныхъ симптомовъ при помѣшательствѣ близнецовъ, однако онъ не считаетъ себя въ правѣ на основаніи одного этого признака считать вышеуказанное помѣшательство внушеннымъ или индуцированнымъ; въ описываемомъ страданіи нѣтъ того преобладанія, которое имѣетъ всегда активное внушеніе надъ пассивнымъ. Наоборотъ, допуская основную органическую аналогію для болѣзни, и идентичность причины, ее вызвавшей, мы при помѣшательствѣ близнецовъ должны имѣть и параллелизмъ развитія и аналогію конца необходимымъ послѣдствіемъ. Если-же вызывающія причины не бываютъ идентичны, то, какъ конецъ, такъ и самыя болѣзненные формы бываютъ различны даже у близнецовъ. Такъ, въ 20-иъ случаяхъ изъ наблюденій Ostermayer'a мы можемъ отмѣтить различный исходъ у перваго близнеца сравнительно со вторымъ. Въ случаяхъ же помѣшательства одновременнаго, не только исходъ, но и самая форма болѣзни представляетъ частыя различія. Такъ, въ случаяхъ Wegner'a 35% представляли различныя формы болѣзни,—въ статистикѣ Wollenberg'a пропорція эта была еще значительнѣе.

И другіе авторы сообщали случаи помѣшательства вдвоемъ, какъ Ostermayer, Moreau de Tours. Ball первый придалъ важность этому помѣшательству, какъ наиболѣе очевидному проявленію аналогіи между интимной организаціей нервной системы и физиологическими послѣдствіями, которыя этимъ вызываются. Подъ именемъ «помѣшательства близнецовъ» онъ объединяетъ слѣдующія три условія:

1-е. Одновременность появленія приступовъ.

2-е. Параллелизм бредовыхъ представлений и другихъ психологическихъ разстройствъ.

3-е. Самопроизвольность появленія бреда, охватившаго каждого изъ двухъ субъектовъ.

Такимъ образомъ, нужно заключить, что «*pazzia gemellare*» есть болѣе высокое и очевидное проявленіе силы наслѣдственности, которая по своему произволу формируетъ живую матерію. По Euphrat «*pazzia gemellare*» есть ни что иное, какъ разновидность *folie á deux*, съ которой способъ происхожденія совершенно аналогиченъ. Schutz, напротивъ, допускаетъ, что «*pazzia gemellare*» происходитъ отъ аналогичнаго развитія мозга близнецовъ, а не отъ взаимнаго вліянія близнецовъ другъ на друга, отъ котораго можетъ происходить индуцированное помѣшательство. Ostermayer дѣлитъ всѣ случаи «*pazzia gemellare*» на 2 категоріи, изъ которыхъ одна представляетъ истинное индуцированное помѣшательство, а другая есть собственно «*pazzia gemellare*», гдѣ нельзя доказать взаимнаго вліянія одного субъекта на другого. Авторы собственно указываютъ 2 состоянія, которыхъ присутствіе необходимо для опредѣленія «*pazzia gemellare*»:

1-е. Идентичность или параллелизмъ бредовыхъ представлений и другихъ нервныхъ разстройствъ.

2-е. Самопроизвольность или автономное происхожденіе бреда у двухъ субъектовъ.

Подобныя формы помѣшательства повторяются въ тѣхъ же самыхъ фамиліяхъ и у тѣхъ же самыхъ индивидуумовъ въ различныя эпохи ихъ жизни. Наибольшую важность для производства подобной формы сумасшествія представляетъ похожая физическая организація субъектовъ, полученная путемъ наслѣдственности. Это подобіе проявляется какъ въ чертахъ фізіономіи, такъ и въ свойствахъ интеллектуальныхъ и нравственныхъ. Второе условіе состоитъ въ повтореніи у одного и того же организма въ извѣстную эпоху одного и того же функціональнаго измѣненія. Не всегда обязательно, чтобы врожденная идентичность организаціи вслѣдствіе одинаковыхъ причинъ вызвала одинаковыя аффекты у различныхъ индивидуумовъ. Такъ, нерѣдко встрѣчаются у различныхъ алкоголиковъ равныя чувственныя галлюцинаціи, видѣнія мышей, ящерицъ, змѣй, а также развитіе бреда ревности, который сталъ характеристиченъ для алкогольныхъ психозовъ. Такія же галлюцинаціи встрѣчаются у добровольныхъ жертвъ опія и гашиша; у параноиковъ мы также встрѣчаемъ чрезвычайно часто преобладающее однообразіе галлюцинацій: обыкновенно они жалуются на магнетическія, гипнотическія, электрическія и физическія воздѣйствія со стороны ихъ враговъ.

Подобныя формы могутъ происходить и подъ вліяніемъ вѣшнихъ вліяній, или подъ вліяніемъ подражанія, гдѣ вызывающимъ моментомъ является первый приступъ, поразившій предрасположеннаго къ нему человѣка. Начинается дѣло съ наиболѣе простыхъ рефлекторныхъ актовъ, какъ зѣвота и смѣхъ, и переходитъ къ самымъ острымъ психическимъ операціямъ. Происходитъ это, какъ мы сказали, путемъ подражанія, или какого-то психического контакта; чѣмъ больше сродство между индивидуумами, тѣмъ легче возникаетъ этотъ контактъ.

Авторъ приводитъ любопытный случай докт. G. Gazzega развитія tarantism'a у различныхъ лицъ одного и того-же семейства. Авторъ въ этихъ случаяхъ совѣтуетъ изоляцію каждаго изъ заболѣвшихъ, трудъ, хорошее питаніе и старается убѣдить главу семьи въ ложности его идеи о причинѣ заболѣванія, при чемъ нерѣдко случалось, что убѣжденія оставались тщетными.

Подобно предыдущему наблюдались эпидеміи истеріи и самоубійства особенно въ средніе вѣка, когда суевѣріе и невѣжество достигали невѣроятныхъ размѣровъ, эти эпидеміи были часты: то монахини оказываются изнасилованными дьяволомъ, то въ нихъ вселяются демоны, то онѣ превращаются въ собакъ или волковъ. Мѣры, тогда практиковавшіяся для пресѣченія зла, какъ задушеніе и сожженіе на кострѣ, нисколько не достигали своей цѣли.

У близнецовъ мы находимъ наибольшую идентичность внутренней организаціи, а, главнымъ образомъ, наибольшую идентичность условій физической и моральной среды; эта общность условій стоитъ въ основѣ помѣшательства близнецовъ.

Въ виду своихъ наблюденій, авторъ приходитъ къ заключенію, что выдѣлить описанное заболѣваніе въ отдѣльную форму подъ именемъ «la razzia analoga» онъ имѣетъ право на основаніи слѣдующихъ характерныхъ свойствъ:

1-е. Одинаковая природа органическаго основанія и причины, которая вызываетъ душевное расстройство.

2-е. Параллелизмъ бредовыхъ представленій и другихъ психологическихъ расстройствъ.

3-е. Однообразное теченіе съ идентичнымъ конечнымъ исходомъ.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Dr. Cesare Rossi**, Измѣненіе дыханія у психопатовъ (*Le alterazioni del respiro nei psicopatici*, Rivista sperimentale di Freniatria, V. XIX, Fasc. II—III, 1893 г.

Древняя гипотеза о томъ, что дыхательные центры исключительно центры рефлекторные, оказалась недостаточной для объяс-

ненія механизма дыханія; поэтому нѣкоторые начали считать дыхательный центръ чисто автоматическимъ. Автоматическая дѣятельность этого послѣдняго можетъ быть измѣнена, какъ рефлекторнымъ путемъ, въ зависимости отъ состоянія чувствительныхъ нервовъ, такъ и центральнымъ въ зависимости отъ психическихъ состояній.

Это послѣднее легко доказывается измѣненіемъ ритма дыханія въ зависимости отъ различныхъ стадій, а также появленіемъ ненормальныхъ движеній при тоскѣ, плачѣ, смѣхѣ.

Дѣйствіе психическихъ состояній на дыхательный центръ чисто рефлекторное и происходитъ при посредствѣ нервныхъ волоконъ, которыя представляютъ путь, связывающій церебральныя гемисферы съ дыхательнымъ бульбарнымъ центромъ.

Съ цѣлью изучить вліяніе психическихъ состояній на респираторную функцію, авторъ и предпринялъ рядъ изслѣдованій состояній дыхательной функціи при различныхъ психическихъ болѣзняхъ.

Nilh Lenker наблюдалъ Шейнъ-Стоксово дыханіе у 7 душевнобольныхъ, 1 деменса и 6 паралитиковъ, охваченныхъ апоплектиформными приступами; въ двухъ изъ этихъ случаевъ респираторная пауза измѣнялась вмѣстѣ съ эпилептиформными конвульсіями.

I. Michle встрѣчалъ у душевнобольныхъ 2 формы аномальнаго дыханія: первая Шейнъ-Стоксово дыханіе съ мало-выраженнымъ характеромъ и только частью недостаточное; вторая представляла общій типъ Шейнъ-Стоксова дыханія безъ апоэтической фазы. Эта послѣдняя форма наблюдалась у двухъ паралитиковъ, въ одномъ случаѣ *lyremania persecutoria* и въ одномъ случаѣ *meningitis tuberculosa*.

Règis наблюдалъ при нѣкоторыхъ эмотивныхъ состояніяхъ настоящія подергиванія грудныхъ мускуловъ, а также дрожь дыхательныхъ мышць.

Musso, изслѣдую состояніе дыхательныхъ движеній въ случаяхъ *anxietas praecordialis* у меланхоликовъ, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1-е. Дыхательныя движенія въ указанномъ случаѣ уменьшаются въ частотѣ и продолжительности, дѣлаются поверхностными и представляютъ значительную иррегулярность въ періодахъ. 2-е. Когда вниманіе больного отвлекается отъ его тоскливаго состоянія, дыханіе замѣтно измѣняется въ частотѣ, глубинѣ и ритмѣ, приближается къ нормальному. 3-е. При легкомъ возбужденіи у меланхоликовъ съ предсердечной тоской проявляется настоящій эмотивный *tremor* дыхательныхъ мышць, который на пневмографической кривой обнаруживается волнообразными колебаніями, близкими другъ къ другу и болѣе возвышенными въ *stadium inspirationis*.

Dr. Gucci описалъ больную, которая страдала въ теченіе многихъ лѣтъ частыми конвульсивными приступами, которые

шли постепенно уменьшаясь, пока совершенно не исчезли въ возрастѣ 50-ти лѣтъ. У этой особы по временамъ наступала вдругъ необычайная частота дыхательныхъ движеній, взаимная и неправильная смѣна двухъ типовъ дыханія и спазмодическое сокращеніе дыхательныхъ мускуловъ, съ тою особенностью, что эта частота исчезала, когда больная говорила, ѣла и спала. Эти приступы разсматриваются авторомъ, какъ нейрозъ продолговатаго мозга.

Klippel, Bretean и Raschon пришли къ аналогичнымъ результатамъ. По мнѣнію ихъ, измѣненіе дыхательной дѣятельности, соотвѣтственно измѣненію функціи психическихъ процессовъ, бываетъ двухъ типовъ въ зависимости отъ 2-хъ главныхъ симптомовъ, экзальтации и депрессіи: первой соотвѣтствуетъ учащеніе дыхательныхъ движеній, второй—замедленіе респираторной дѣятельности.

Исслѣдованія автора были произведены на большомъ числѣ больныхъ обоого пола, пораженныхъ различными формами душевныхъ болѣзней.

Число больныхъ, подвергнувшихся исслѣдованіямъ, было 120: возрастъ ихъ варіировалъ отъ 25—50 лѣтъ. Аппаратъ всегда прилагался на грудь на уровнѣ третьяго ребернаго хряща. Аппаратъ же представлялъ собою пневмографъ Марea, основанный на принципѣ передачи при посредствѣ воздуха.

Подробное исслѣдованіе грудныхъ органовъ исключало какія нибудь страданія дыхательныхъ органовъ и сердца. Положеніе больного было всегда одно и тоже, т. нормальная. Состояніе моторнаго возбужденія исключалось, ибо мышечная работа измѣняетъ значительно дыхательный ритмъ.

Опыты автора привели его къ подтвержденію гипотезы Raschon'a, по которой состояніе психической дѣятельности оказываетъ большое вліяніе на дыхательный ритмъ. Два главнѣйшихъ состоянія душевной дѣятельности, свойственныхъ всѣмъ мозговымъ болѣзнямъ, есть состояніе экзальтации и депрессіи. Респираторныя измѣненія при различныхъ мозговыхъ страданіяхъ являются результатомъ этихъ двухъ душевныхъ состояній. Съ этой точки зрѣнія авторъ и излагаетъ результаты своихъ исслѣдованій, при чемъ *paralysis progressiva* онъ выдѣляетъ въ особую группу въ виду особенныхъ свойствъ полученныхъ при этомъ кривыхъ.

а) Состояніе депрессіи. Въ легкихъ степеняхъ депрессіи дыханіе не подвергается никакимъ существеннымъ измѣненіямъ. Болѣе рѣзкія измѣненія происходятъ при болѣе тяжелыхъ формахъ, какъ въ случаяхъ меланхоліи, гдѣ съ болѣзненнымъ тонусомъ души ассоціируется глубокое ослабленіе всякой мозговой дѣятельности. Дыханіе у такихъ лицъ всегда измѣнено по объему и обыкновенно по-

верхностно; частота въ нѣкоторыхъ случаяхъ немного ниже нормы, въ другихъ замѣтно уменьшена; *expiratio* удлинена и иногда вдвое больше *inspiratio*. Иногда можно замѣтить особенныя дыхательныя паузы болѣе или менѣе значительной продолжительности, въ теченіе которыхъ можно констатировать легкія и поверхностныя дыхательныя движенія. Когда преобладаютъ бредовыя систематизированныя идеи, когда иллюзіи и галлюцинаціи настолько интенсивны, что повергаютъ субъекта въ фантастическій міръ, тогда и дыхательный ритмъ принимаетъ особенный характеръ: какъ *inspiratio*, такъ и *expiratio* по объему меньше, а ритмъ правильный, хотя учащенный. Дыханіе поверхностное и носитъ характеръ депрессивной формы. Особеннаго измѣненія достигаетъ дыханіе при той формѣ, которая извѣстна подъ именемъ «*luræpania anxiosa*». Частота дыханія при этомъ достигаетъ необычайной величины, до 82—84 дыхательныхъ актовъ въ 1'. Дыхательныя движенія коротки, равны, поверхностны, а дыхательная кривая представляетъ слегка волнистую линію. Отъ времени до времени эта кривая прерывается какимъ нибудь болѣе глубокимъ дыхательнымъ движеніемъ.

Случается также наблюдать при депрессивныхъ формахъ, особенно при меланхоліи, такую форму дыхательной кривой, которая состоитъ не изъ непрерывной кривой, а изъ отдѣльныхъ отрѣзковъ прямой, довольно обширныхъ по протяженію и довольно правильныхъ въ своей совокупности. Dr. Musso сообщаетъ объ одномъ больномъ, одержимомъ меланхоліей съ тоской, у котораго при каждомъ возбужденіи была дрожь дыхательныхъ мышць. Кривая такого дыханія состояла изъ колебаній, довольно обширныхъ, достаточно правильныхъ и близкихъ одно къ другому. Dr. Vissola также представляетъ примѣръ дрожи дыхательныхъ мышць, гдѣ, впрочемъ, колебанія были гораздо болѣе обширны и многочисленны, замѣтно усиливались въ фазѣ вдыханія, но ясно замѣтными оставались и въ фазѣ выдыханія. Эта респираторная дрожь зависитъ отъ усиленія центральной дѣятельности и обязана своимъ происхожденіемъ конвульсивно-клоническому состоянію психо-моторныхъ церебральныхъ центровъ.

б) Состоянія возбужденія. При состояніяхъ возбужденія происходитъ усиленіе дыхательной функции; частота дыханія значительно возрастаетъ, независимо отъ  $t^{\circ}$  тѣла и степени моторнаго возбужденія; объемъ дыхательныхъ движеній также увеличенъ: инспирація глубже, экспирація короче. Ритмъ дыхательныхъ движеній правильный; экспираторная пауза вполне отсутствуетъ.

с) *Paralysis progressiva*. При этой формѣ заболѣванія авторъ всегда почти встрѣчалъ дрожь дыхательныхъ мускуловъ соотвѣтственно существованію дрожи въ другихъ органахъ, какъ въ рукахъ,

языкѣ, мышцахъ лица. Энергическій дыхательный актъ можетъ, особенно въ началѣ болѣзни, остановить дрожь межреберныхъ мышцъ. Для этой дрожи характерною является аритмія. Какъ частота, такъ и объемъ колебаній довольно различенъ, но мелкота этихъ колебаній настолько постоянна, что можетъ считаться характернымъ свойствомъ. У женщинъ, одержимыхъ прогрессивнымъ параличемъ, авторъ также могъ констатировать дрожь респираторныхъ мышцъ. Эта дрожь, за отсутствіемъ другихъ симптомовъ, можетъ помочь при постановкѣ діагноза.

Принимая во вниманіе вліяніе дыханія какъ на дѣятельность самаго сердца, такъ и на наполненіе большихъ сосудовъ, авторъ приходитъ къ вопросу, что измѣненія дыханія, наблюдаемыя при депрессивныхъ состояніяхъ, должны вести къ венозной гипереміи всей области церебральныхъ венъ. Это должно отражаться на патологін головного мозга, а, стало быть, и на его функціи. Въ виду измѣненія наиболѣе важной для жизни функціи, падаетъ обща сопротивляемость организма и облегчается наиболѣе легкое появленіе инфекціонныхъ и дискразическихъ болѣзней. Очень важный моментъ, на который измѣненіе дыханія можетъ указывать, это различныя эмотивныя состоянія. Именно респираторныя измѣненія чрезвычайно рѣзко отражаютъ въ себѣ эти послѣднія состоянія.

При слабомъ раздраженіи это измѣненіе держится въ теченіе нѣсколькихъ секундъ, при болѣе сильномъ гораздо дольше. При объясненіи генеза дрожи дыхательныхъ мускуловъ, авторъ не считаетъ возможнымъ останавливаться на измѣненіяхъ периферическихъ нервовъ. Явленіе со стороны психической сферы и другіе симптомы кортикальнаго происхожденія должны всецѣло быть помѣщены въ основу подобнаго объясненія. Опыты Пастернацкаго относительно кортикальнаго происхожденія дрожи отчасти подтверждаютъ этотъ взглядъ. Авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. При мозговыхъ болѣзняхъ, въ зависимости только отъ одного факта измѣненія функціи психической сферы, встрѣчаются различныя измѣненія дыхательныхъ движеній. 2. Это измѣненіе находится въ зависимости отъ двухъ основныхъ симптомовъ: отъ экзальтаціи и отъ депрессіи, и проявляется въ *hyper* или *hypoactivitas* дыхательной функціи. 3. При депрессивныхъ формахъ, когда съ уменьшенной психической дѣятельностью ассоціируются тяжелыя разстройства чувствительной сферы, дыхательная кривая представляетъ особенныя свойства, которыя рѣзко обнаруживаются при тоскѣ и при той формѣ *ragapnoe*, которая сопровождается тоскою. 4. При легкой возбудимости, которая часто сопровождается депрессивными психическими состояніями, можно отмѣтить эмотивный примѣръ дыхательныхъ мышцъ, очень отлича-

ющійся по своему характеру отъ tremor'a этой природы. 5. У паралитиковъ, кромѣ измѣненій, которыя стоятъ въ связи съ измѣненной психической функціей, дыхательная кривая представляетъ спеціальную, характерную tremor.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Dr. Marro**, Причинная разница въ помѣшательствахъ мужчинъ и женщинъ (Sulle differenze etiologiche della pazzia nella donna e nell'uomo, Giornale della Academia di medicina di Torino, 1893).

Авторъ полагаетъ, что у мужчинъ въ числѣ причинныхъ моментовъ преобладаютъ отравленія, — у женщинъ же пораженіе половыхъ органовъ. Изъ нравственныхъ причинъ у мужчинъ преобладаютъ тѣ, которыя касаются его личнаго самосохраненія, а у женщинъ тѣ, которыя могутъ угрожать инстинкту размноженія.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Sormanni**, Mania pellagrosa, The Lancet, 1893.

Въ Италіи пеллагра возрастаетъ. Эта болѣзнь очень несчастна по своимъ послѣдствіямъ; при ней очень часто обнаруживается умственное разстройство въ видѣ «Mania pellagrosa». Въ Ломбардіи, главной квартирѣ pellagrae, лечебницы для душевно-больныхъ показываютъ широкую пропорцію пеллагрозныхъ сумасшедшихъ. Въ 1885 году Миланскія лечебницы для душевно-больныхъ приняли 122 пеллагрозныхъ, среди которыхъ было 44 смерти; въ 1886 году — всего 147 съ 45 смертными случаями; а въ 1887 году 105 съ 46 смертными случаями. Проф. Sormanni показываетъ, что наибольшее число смертныхъ случаевъ падаетъ на особенную форму, извѣстную подъ именемъ «mania pellagrosa». Въ борьбѣ съ этимъ печальнымъ явленіемъ рекомендуется предупрежденіе скорѣе, чѣмъ леченіе. Въ Миланскихъ провинціяхъ, гдѣ воздвигнуто убѣжище для пеллагрозныхъ, леченіе производится діетическое по преимуществу. Это леченіе состоитъ въ удаленіи смѣшанной мучной и мясной діеты, исключительно предназначенной для работника, именно, поленты изъ испорченной маисовой муки. Хорошій хлѣбъ вмѣсто вышеописанной поленты, молоко и постепенно дозволяемое вино достаточны, чтобы доставить недавно заболѣвшему пеллагрою хорошее питаніе; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ, гдѣ уже обнаруживается нервное пораженіе, та же самая діета вмѣстѣ съ измѣняющими и тоническими рѣдко бываютъ недостаточны для достиженія физическаго и умственнаго выздоровленія. Въ этомъ стадіѣ возможно полное выздоровленіе пеллагрознаго и онъ оставляетъ больницу способнымъ къ дѣлу. Проф. Sormanni полагаетъ, что предупрежденіе, а не леченіе, есть истинный путь въ борьбѣ съ этимъ Итальянскимъ бичомъ.

*Я. Я. Трутовскій.*

9\*

**Dr. Santangelo**, Два случая выздоровленія остраго бреда подъ вліяніемъ катарра кишечника (*Due casi di delirio acuto gueriti in seguito a catarro intestinale*, Il Pisani, 1893).

Одинъ больной представлялъ маниакальный бредъ, а другой— ступорозную меланхолію. Оба они заболѣли острымъ катарромъ кишечника; въ обоихъ случаяхъ кишечное заболѣваніе имѣло благоприятное воздѣйствіе на душевную болѣзнь, потому что кишечная болѣзнь уменьшила количество серозной жидкости и облегчила притокъ крови къ сосудамъ, при чемъ въ первомъ случаѣ наступило уменьшеніе мозговой возбудимости, — а во второмъ—способствовало лучшему всасыванію отечной жидкости.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Chiaruttini**, Изслѣдованіе птомаиновъ при нейрозахъ съ приступами (*Ricerche sulle ptomaine nelle nevrosi accessuali*, Riforma medica, 1893).

Въ промежуткахъ между двумя приступами количество токсическихъ алкалоидовъ въ мозгу меньше, чѣмъ во время приступа и немедленно послѣ него,—то же различіе въ содержаніи токсическихъ алкалоидовъ должно быть отмѣчено и въ крови. Если проявленіе болѣзни не въ видѣ приступовъ, а болѣе или менѣе длительное, то колебаніе въ содержаніи алкалоидовъ выражено слабѣе и качества экстрактивныхъ началъ въ меньшей пропорціи, чѣмъ въ приступообразныхъ нейрозахъ. Выпрыскивая животнымъ полученные алкалоиды, авторъ установилъ болѣе или менѣе явное возбуждающее дѣйствіе на различные аппараты (дыханія, кровообращенія, движенія и проч.). При наступленіи смерти, послѣдняя имѣетъ асфиктической характеръ.

*Михаиль Поповъ.*

**Dr. Renzi**, Электрическое леченіе мозгового кровоизліянія (*Sulla cura elettrica dell'apoplessia cerebrale*, Revista clinica et terapeutica, 1893).

Авторъ полагаетъ, что наилучше примѣнять электрическій токъ съ первыхъ же дней приступа, такъ какъ такое примѣненіе даетъ наилучшіе результаты. Побочныя неблагоприятныя условія устраняются примѣненіемъ легкаго фарадическаго тока, особенно съ помощью влажнаго реофора.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Pacetti**, Эпилептикъ счетчикъ (*Un epilettico calculatore*, Riforma medica, 1893).

Авторъ описываетъ случай эпилептика, который обладалъ необыкновенною способностью счисленія; эта особенность тѣмъ болѣе выдавалась, что вообще больной не отличался особенными умственными способностями. Авторъ полагаетъ, что этого больного можн.

назвать зрительнымъ аритмоманомъ, потому что онъ видитъ предъ собою счисляемыя цифры. Это доказываетъ, что математическія способности могутъ развиваться отдѣльно и существовать безъ остальныхъ умственныхъ способностей и потому нельзя принимать за правило, что дѣти, проявляющія математическія способности, не представляютъ еще вовсе доказательствъ достаточности ихъ умственныхъ способностей.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Carpiati**, Лечение электричествомъ табетической атрофіи зрительныхъ нервовъ (*Riforma medica*, 1893).

При леченіи электричествомъ табетической атрофіи зрительныхъ нервовъ у восьми больныхъ въ теченіе 40 дней, авторъ получилъ улучшеніе въ 2 случаяхъ и нулевой результатъ въ шести случаяхъ. По мнѣнію автора, электричество помогаетъ въ этихъ случаяхъ тамъ, гдѣ ходъ болѣзни медленный и зрѣніе еще не слишкомъ разстроено. Электричество собственно не измѣняетъ картины *papillae n. optici*, а, вѣроятно, улучшаетъ питаніе и отправленіе тѣхъ нервныхъ волоконъ, кои остались непораженными.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Vassale e Cesare Rossi**, О ядовитомъ дѣйствіи сока, добытаго изъ уставшихъ мускуловъ (*Sulla tossicita del succo muscoli affaticati*, *Rivista sperimen. di freniat.* 1893, Vol. XIX, fasc. IV).

Въ 1893 г. въ одной изъ работъ было указано на ядовитое дѣйствіе сока изъ мускуловъ животнаго, умершаго вслѣдствіе удаленія щитовидной железы. Въ виду того, что смерть наступала при судорожныхъ явленіяхъ, могло возникнуть сомнѣніе, дѣйствительно ли ядовитость сока зависѣла отъ отсутствія дѣятельности щитовидной железы? Можетъ быть въ самыхъ мускулахъ развивалось ядовитое вещество подъ вліяніемъ судорогъ? Чтобы исключить послѣднее, авторы поступали такъ: обнаживши мозгъ въ области роландовой борозды, электрическимъ раздраженіемъ въ этомъ мѣстѣ вызывали судороги всего тѣла, до тѣхъ поръ пока не прекращалась возбудимость мозга. Послѣ этого животное быстро убивали и сокъ, добытый изъ мускуловъ, впрыскивали въ вену *jugularis externa* здороваго животнаго. Только въ одномъ случаѣ появилась рвота, изверженіе кала и мочи, слабость заднихъ конечностей, такъ что животное не могло стоять на ногахъ около 10 минутъ, по истеченіи которыхъ совершенно оправилось; у другихъ же животныхъ впрыскиваніе сока не вызывало никакихъ явленій, какъ будто бы сокъ взятъ изъ здоровыхъ, свѣжихъ мускуловъ. Такимъ образомъ несомнѣнно, что ядовитое дѣйствіе сока зависѣло не отъ усталости мускулатуры, а отъ отсутствія щитовидной железы.

*А. И. Ющенко.*

**Dr. Whitmore Steele**, Кровь при меланхолии и эффектъ систематическаго тоническаго леченія (The blood in melancholia and the effect of systematic tonic treatment, American Journal of insanity, 1893, April).

У меланхоликовъ существуетъ, какъ уменьшеніе числа кровяныхъ тѣлецъ, такъ и недостатокъ въ процентномъ содержаніи Hb въ крови—это фактъ, твердо установленный. Масрбай констатируетъ, что кровь многихъ, принимаемыхъ въ госпиталь, лицъ уклоняется отъ нормы, какъ въ отношеніи числа гемцитовъ, такъ и процентномъ содержаніи Hb; кромѣ того онъ утверждаетъ, что улучшеніе умственныхъ симптомовъ прямо согласуется съ улучшеніемъ въ крови этихъ субъектовъ. Smyth при изслѣдованіи 10 случаевъ меланхолии пришелъ къ тому же самому выводу. Кромѣ того онъ нашелъ, что при этомъ удѣльный вѣсъ крови въ большинствѣ случаевъ выше нормы. Авторъ на небольшомъ числѣ случаевъ меланхолии пытается подвести итогъ результатамъ систематическаго тоническаго леченія съ указаніемъ измѣненій, наблюдаемыхъ въ крови, и умственныхъ перемѣнъ, совпадающихъ съ этими измѣненіями. Такъ какъ у автора изслѣдованію подвергались женщины, то онъ выключалъ періодъ менструаціи, такъ какъ въ это время во всякомъ случаѣ происходитъ измѣненіе качества крови. Изслѣдованіе производилось между четвертымъ и пятымъ часомъ послѣ ѣды и всегда утромъ. Большинство изслѣдованныхъ случаевъ—острая меланхолия съ короткой продолжительностью и съ замѣтными депрессіей и бредовыми идеями. Было также нѣсколько случаевъ хронической меланхолии и подострой формы. Авторъ приводитъ таблицу данныхъ, изъ которой дѣлаетъ тотъ выводъ, что въ большинствѣ этихъ случаевъ среднее число кровяныхъ тѣлецъ и среднее содержаніе Hb было ниже нормы. Только у одного изъ тридцати пяти случаевъ было нормальное содержаніе кровяныхъ тѣлецъ и гемоглобина. Во многихъ случаяхъ острой маніи, изслѣдованныхъ въ то же время, оказалось, что процентъ содержанія Hb былъ ниже нормы, но число кровяныхъ тѣлецъ мало отличалось отъ нормы. Оно противорѣчитъ положенію, что при маніи число кровяныхъ тѣлецъ превышаетъ норму, а содержаніе Hb не измѣняется. Изъ 35 случаевъ 12 были подвергнуты тоническому леченію, заключающемуся въ назначеніи рыбьяго жира и желѣза, а также хинина и стрихнина. На основаніи изученія своихъ случаевъ, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: во 1-хъ, при меланхолии, острой или хронической, наблюдается очень замѣтный недостатокъ въ числѣ гемцитовъ, въ очень маломъ числѣ случаевъ наблюдается число ихъ, приближающееся къ нормѣ; процентное содержаніе Hb уменьшено

въ одинаковой пропорціи; во 2-хъ, нѣкоторые случаи показывали значительную зазубренность гемцитовъ; послѣ тоническаго леченія эти послѣдніе представлялись гораздо меньше зазубренными: такому же улучшенію слѣдовали и умственные симптомы болѣзни; въ 3-хъ, систематическое тоническое леченіе оказывается весьма дѣйствительнымъ при этой формѣ умственнаго расстройства. Назначеніе самого по себѣ желѣза, или соединеній желѣза, хинина и стрихнина является одинаково дѣйствительнымъ. Это слѣдуетъ понимать такимъ образомъ, что хотя меланхолія не причиняется истощеніемъ (обѣднѣніемъ) крови, но это послѣднее почти обязательно существуетъ и въ большинствѣ случаевъ улучшеніе умственныхъ симптомовъ совпадаетъ съ улучшеніемъ общаго состоянія здоровья и качества крови.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Dr. G. M. P. Braine-Hartnell**, Острая меланхолія: попытка къ самоубійству посредствомъ вѣдренія иглы въ животъ; смерть послѣдовала спустя 13 мѣсяцевъ (*The Journal of mental science*. July, 1893).

Больная, 40-лѣтняя замужняя женщина, заболѣла впервые и страдаетъ уже 7 недѣль; осмотръ по принятіи въ заведеніе (*Worcester County Asylum*) 11 апрѣля 1891 г. обнаружилъ нѣсколько поверхностныхъ царапинъ на животѣ и на сгибѣ лѣваго локтя; по заявленію больной, она причинила себѣ эти поврежденія съ цѣлью самоубійства; черезъ два дня по поступленіи она созналась, что воткнула себѣ иглу въ животъ, предварительно уйдя изъ дому, съ цѣлью самоубійства. Самый тщательный осмотръ съ цѣлью найти точку введенія иглы далъ отрицательный результатъ; сама же больная, разспрашиваемая объ этомъ, давала разнорѣчивыя и сбивчивыя показанія. 22 апрѣля въ верхней части подчревной области появился абсцессъ, который черезъ два дня разрѣшился; рана была обстоятельно изслѣдована, но опять никакого слѣда иглы не найдено; полость абсцесса была промыта и дренирована. Вскорѣ наступило ухудшеніе въ состояніи больной, что продолжалось до начала мая, когда, по вынутіи дренажа, ранка вскорѣ зажила. 1 іюня была замѣчена другая припухлость съ правой стороны, нѣсколько выше прежней; эта припухлость оказалась абсцессомъ, который былъ тоже опорожненъ, поиски иглы и на этотъ разъ не увѣнчались успѣхомъ; къ концу іюня рана зажила и температура стала нормальной; больная продолжала находиться въ меланхолическомъ настроеніи и обнаруживать склонность къ самоубійству; она постоянно жаловалась на блуждающія боли въ животѣ, не локализируя ихъ въ какой либо его части. Къ концу января 1892 г. у больной наступилъ приступъ

пнеймонія въ основаніи праваго легкаго, который подъ вліяніемъ леченія до нѣкоторой степени разрѣшился, оставивъ послѣ себя кашель и общіе крепитирующіе хрипы; больная была признана страдающей чахоткою; она жаловалась на боль въ правомъ боку, который сталъ чувствительнымъ къ пальпаціи; никакой опухоли не выдавалось наружу; далѣе появились крепитирующіе хрипы въ обѣихъ легочныхъ верхушкахъ, больная стала сильно убывать въ вѣсѣ и 28 апрѣля 1892 г. умерла. Аутопсія обнаружила въ мозгу нѣкоторое количество туберкуловъ и замѣчательную асимметрію зрительныхъ бугровъ; по смытіи гноя съ праваго края печени тамъ была найдена штопальная игла, около 2 $\frac{1}{2}$  дюймовъ длинной, отчасти торчащая внизъ, по направленію длинной оси тѣла. Случай этотъ представляетъ интересъ въ томъ отношеніи, что указываетъ на возможность столь продолжительнаго пребыванія въ брюшной полости инороднаго тѣла, безъ причиненія смерти; игла воткнулась въ печень послѣ предварительнаго странствованія въ брюшной полости; смерть же послѣдовала отъ туберкулеза, совпавшаго, по мнѣнію автора, съ появленіемъ абсцессовъ, вызванныхъ раздраженіемъ иглы. Интересна также иллюстрируемая даннымъ случаемъ та незначительная связь, которая можетъ быть устанавливаема на основаніи показаній больныхъ между очевидной нечувствительностью ихъ къ болямъ и слабыми симптомами, часто указывающими на серьезное заболѣваніе; большое затрудненіе представлялось въ данномъ случаѣ опредѣлить, что въ заявленіяхъ больной могло быть бредомъ и что—дѣйствительностью. Подобный же случай самоубійства душевнобольного описанъ д-ромъ Tate'омъ въ іюльской книгѣ «*Journ. of ment. Science*» за 1888 г.

*А. П. Драгомановъ.*

**Dr. Menzies**, Пуэрперальное помѣшательство (*Puerperal insanity*, *American Journal of Insanity*, 1893).

За послѣдніе три года поступило въ Rainhill Asylum 968 женщинъ душевно-больныхъ. Всѣ онѣ происходили изъ бѣднѣйшаго класса народонаселенія. Наблюденія показали автору, что роды почти во всѣхъ случаяхъ являются не единственнымъ причиннымъ моментомъ, а только лишь моментомъ, рѣшающимъ подготовленное раньше болѣзненное состояніе, вслѣдствіе наслѣдственности, плохой семейной жизни и проч. На 968 случаевъ душевныхъ заболѣваній на долю пуэрперальнаго процесса падаетъ 140 случаевъ или 13,5%. Всѣ эти психозы должны быть раздѣлены на три отдѣла: психозы беременности, родового періода и періода кормленія. Періодомъ беременности называется время до родовъ,—родовымъ періодомъ время шести недѣль отъ родовъ и остальное падаетъ на періодъ кормленія.

Его собственные случаи распредѣлялись такъ: на періодъ беременности 30%, на первый мѣсяцъ послѣ родовъ 40%, на второй мѣсяцъ 11%, на третій 3% и дальше не болѣе 4%.

Такимъ образомъ родовые психозы будутъ принадлежать первымъ двумъ мѣсяцамъ и составлять наибольшій процентъ. Въ большинствѣ случаевъ пuerperальнымъ психозамъ предшествуютъ предвѣстники,—это будутъ: глубокая подавленность, ожиданіе чего то особеннаго, усиленная религіозность, возбужденіе, измѣненіе аппетита и жажды, капризный аппетитъ, сварливость, усиленная ревность, страсть къ выѣздамъ въ свѣтъ, масса безцѣльныхъ поступковъ, крайняя скупость, или расточительность и т. д. Спустя нѣкоторое время появляются болѣе серьезные признаки: усиленная болтливость, спутанность и замѣшательство, усиленіе подавленности, неопредѣленные ожиданія переходятъ въ ясныя безумныя идеи, крайне легкомысленное поведеніе, усиленіе головной возбудимости, рѣдко веселое возбужденіе, переходящее въ острую манію. Мало по малу все это переходитъ въ психозъ.—Типы психозовъ беременности. Если предвѣстники являлись въ видѣ подавленности, то они длятся очень долго. Содержаніе бреда—преступность и грѣховность и болѣзнь ничѣмъ не отличается отъ обычной *меланхолии*. *Манія* беременности бываетъ рѣже. Главный пунктъ этой болѣзни—глубокое извращеніе всѣхъ аперцепцій. Воспоминаніе прошлой жизни не особенно измѣнено, но новыя обстоятельства подвержены болѣзненному поражению. Явленія болѣзни рѣдко начинаются въ первые мѣсяцы беременности,—чаще на 4 и 5 мѣсяцахъ. Ненормальность чаще въ поступкахъ, чѣмъ въ словахъ. Бредъ часто бываетъ религіозный и половой. *Бредъ*, какъ самостоятельная форма, явленіе рѣдкое. Психозы родовые даютъ какъ меланхолическія, такъ и маниакальныя формы. Склонность къ самоубійству рѣже, чѣмъ въ обычной меланхолии. Острая манія явленіе рѣдкое и служитъ проявленіемъ рѣзкаго истощенія. Въ большинствѣ случаевъ родовые психозы появляются на первый и второй день послѣ того, какъ родильница встала съ постели, и основаніе такому соотношенію, по автору, лежитъ въ измѣненіи положенія тѣла и кровообращенія. Въ періодѣ кормленія бываютъ тѣ же формы, что и въ родовомъ періодѣ. Возрастъ не играетъ роли въ производствѣ пuerperальныхъ психозовъ. Родовые психозы чаще въ молодомъ возрастѣ, въ среднемъ 28 лѣтъ,—психозы беременности и кормленія позже—31 года. Родовые психозы развиваются въ болѣе молодомъ возрастѣ потому, что они чаще являются у первородящихъ. Нужно замѣтить, что этотъ психозъ преимущественно является у дегенеративовъ и актъ родовъ здѣсь будетъ окончательнымъ нарушителемъ душевнаго равновѣсія. Количество родовъ остается безъ вліянія на

появленія психозовъ: родовые психозы чаще у перворожениць, психозы беременности рѣдко у перворожениць,—психозы кормленія чаще у много родившихъ и представляются выраженіемъ истощенія организма. Очень часто случаи родовыхъ психозовъ являются повторно, при чемъ на возвраты болѣзни много вліяетъ пьянство. Наслѣдственность наблюдалась въ 26%. Изъ вспомогательныхъ причинъ можно указать: пьянство, домашнія неурядицы, плохое обращеніе мужа, смерть близкихъ людей, тяжкую работу и быстро слѣдующую одва за другою беременность, болѣзни сердца, въ одиннадцати случаяхъ сифилитическія заболѣванія и проч. Принято думать, что родовые психозы протекаютъ лучше, чѣмъ психозы беременности,—это, по мнѣнію автора, не вполне вѣрно. Умерло на 140 человекъ 21, изъ нихъ 10 въ прогрессивномъ параличѣ. Не смотря на то, что въ пуэрперальныхъ психозахъ депрессивныя формы очень часты, склонность къ самоубійству явленіе очень рѣдкое, да и то оно наблюдается чаще до поступленія въ лечебницу. Въ пуэрперальныхъ психозахъ нерѣдко можно наблюдать эротизмъ, особенно въ случаяхъ возбужденія; чаще эротизмъ развивается вскорѣ послѣ родовъ. Авторъ доказываетъ, что незаконность родовъ не оказываетъ никакого вліянія на проявленіе психоза, такъ какъ % заболѣванія пуэрперальнымъ психозомъ совершенно одинаковъ, какъ для законно, такъ и для незаконнорождающихъ. На долю незаконнорождающихъ падаютъ преимущественно психозы беременности и родовъ,—психозовъ же періода кормленія у нихъ не наблюдалось, такъ какъ онѣ почти никогда не кормятъ своихъ дѣтей. Въ числѣ причинныхъ моментовъ у нихъ нѣтъ нравственныхъ потрясеній въ смыслѣ незаконности рожденія, а главнымъ образомъ сифилисъ, пьянство и патологическая наследственность.

Разбирая случаи незаконныхъ рожденій, авторъ находилъ, что всѣ такія роженіцы отличаются нравственной неустойчивостью, необузданностью и вообще явленіями вырожденія; поэтому они склонны къ искушенію невоздержанія и погрѣшностей, неотзывающихся особенно на ихъ душевномъ строѣ въ теченіе беременности. Авторъ наблюдалъ незаконное рожденіе въ трехъ поколѣніяхъ: бабка, дочь, внучка и правнучка. Авторъ полагаетъ, что пуэрперальный процессъ можетъ производить прогрессивный параличъ. Всѣ случаи пуэрперального прогрессивнаго паралича могутъ быть раздѣлены на двѣ категоріи: въ одной прогрессивный параличъ, будучи въ организмѣ скрытымъ, только вызывается къ проявленію пуэрперальнымъ процессомъ, при чемъ послѣдній является моментомъ рѣшающимъ болѣзнь,—такіе случаи бывають обыкновенно въ періодѣ беременности и послѣродовомъ, при чемъ почти всѣ эти больныя имѣли предварительно ст-

фились, — въ другой прогрессивный параличъ является первично, безъ предшествующаго сифилиса, — и это обыкновенно въ періодѣ кормленія, подѣ вліаніемъ истощенія организма. Замѣчательно то, что роды у душевно-больныхъ протекаютъ необыкновенно быстро, въ одну—двѣ потуги. Это явленіе, быть можетъ, объясняется тѣмъ, что при этомъ ткани организма обыкновенно разслаблены, а быть можетъ и тѣмъ, что первый періодъ пропускается, какъ больными, такъ и окружающими. Что касается патологической анатоміи данныхъ болѣзней, то она представляется довольно темной, потому что многіе изъ этихъ случаевъ выздоравливаютъ, а другіе или переходятъ въ хроническое слабоуміе, или оканчиваются смертельно отъ побочныхъ заболѣваній. Относительно сущности пораженій въ этихъ психозахъ авторъ высказываетъ слѣдующее: при беременности происходитъ отравленіе организма продуктами обратнаго метаморфоза азотистыхъ веществъ плода, если въ организмѣ матери существуетъ патологическое наследственное предрасположеніе и если при этомъ въ организмѣ случайно произойдетъ нарушеніе дѣятельности выдѣлительныхъ органовъ, то при этомъ произойдетъ въ организмѣ матери накопленіе продуктовъ обратнаго азотистаго метаморфоза, производящее отравленіе организма и способное при этихъ условіяхъ дать психозъ. Во время родовъ подобное же отравленіе получается отъ задержки и недостаточнаго оттока лимфы въ расширенныхъ лимфатическихъ сосудахъ матки. Въ періодѣ кормленія нерѣдко наступаетъ истощеніе организма отъ затраты питательнаго матеріала для плода, недостаточнаго питанія организма матери и частой бессонницы. Если къ этому добавить отравленіе организма отъ задержки разлагающихся продуктовъ въ области матки, то при этомъ легко могутъ возникнуть душевныя заболѣванія. При леченіи примѣняютъ: ванны, слабительныя, усиленное питаніе, молоко, яйца, для дезинфекціи кишечника — креозотоль, — бромъ и клораль рѣдко должно примѣнять, а опій и гіосціаминъ противопоказуются, — хорошо при лихорадкѣ хининъ и дигиталинъ. Кромѣ того требуются покой, отдыхъ и мѣстное леченіе.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Middlemass**, Общій параличъ въ періодѣ развитія (Developmental general Paralysis, The Journal of mental science, 1894, 1).

Большинство врачей того мнѣнія, что обычный возрастъ для прогрессивнаго паралича отъ 25 до 50 лѣтъ, но безъ сомнѣнія встрѣчаются случаи и до и послѣ этихъ сроковъ. Въ 90 г. Clouston обратилъ особенное вниманіе на форму паралича въ раннемъ возрастѣ и назвалъ его «прогрессивнымъ параличемъ въ періодѣ развитія». Авторъ приводитъ рядъ случаевъ, гдѣ прогрессивный параличъ раз-

вился въ періодъ молодого возраста: 17 лѣтъ дѣвушка, дѣвушка 14 л., дѣвушка 16 л., дѣвушка 16 л. и 11 л.—По мнѣнію Clouston'a. причиннымъ моментомъ данной болѣзни является наследственный сифилисъ; данныя автора вполне подтверждаютъ это положеніе, такъ какъ изъ пяти его случаевъ въ четырехъ былъ именно наследственный сифилисъ,—пятый же случай остался не выясненнымъ. Во всѣхъ пяти, приведенныхъ авторомъ, случаяхъ болѣзнь развилась между 11 и 16 годами, т. е. въ періодъ полового развитія, при чемъ uterini ovarium были въ зачаточномъ состояніи. Изъ литературныхъ данныхъ видно, что въ 17 опубликованныхъ случаяхъ было 5 мальчиковъ и 12 дѣвочекъ. Длительность этого прогрессивнаго паралича значительно продолжительнѣе, чѣмъ у взрослыхъ. При вскрытіи находили: атрофію мозга, значительно пониженный вѣсъ мозга, слипчивое воспаление, дегенерацію нервныхъ клѣтокъ, увеличеніе количества лимфатическихъ элементовъ и веретенообразныхъ клѣтокъ и увеличеніе ядеръ адвентиціи сосудовъ.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Peterson**, Температура въ прогрессивномъ параличѣ (The Journal of nervous and mental disease, 1893).

Авторъ въ Нью-Йоркскомъ неврологическомъ обществѣ сдѣлалъ слѣдующее сообщеніе. Излѣдованіе 25 паралитиковъ показало, что въ общемъ температура прогрессивныхъ паралитиковъ нормальная; ея суточные колебанія тѣ же, что и у здороваго человѣка. Разница между температурой въ подмышкѣ обѣихъ сторонъ весьма ничтожна. Если наступаютъ въ температурѣ уклоненія, то причину ихъ нужно искать не въ прогрессивномъ параличѣ, а въ обстоятельствахъ постороннихъ, какъ воспаление легкихъ, пролежни и проч.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr. Berkley**, Dementia paralytica у негровъ (Dementia paralytica in the negro, The Johns Hopkins hospital, 1893).

Авторъ высказываетъ то мнѣніе, что главной причиной вырожденія негровъ есть цивилизація. Одинъ душевный больной у негровъ приходится на 776, тогда какъ въ бѣломъ населеніи 1 на 425 здоровыхъ людей. Формы душевнаго заболѣванія у негровъ тѣ же, что и у бѣлыхъ, но прогрессивный параличъ между ними весьма рѣдокъ. За два года было только 2 случая этой болѣзни. Прогрессивный параличъ у негровъ протекаетъ весьма быстро.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Fisher**, Ненормальные случаи прогрессивнаго паралича (Anomalous cases of paralysis general, The Journal of nervous and mental disease, 1893, 12).

Savage, въ своемъ руководствѣ по психіатріи, говоритъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы имѣемъ отклоненія въ ходѣ развитія общаго паралича. Именно: бывають случаи, когда болѣзнь выражается только физическими явленіями безъ пораженія психической области,—и бывають такіе случаи, когда болѣзнь протекаетъ въ формѣ простой деменціи. Окончаніе болѣзни устанавливаетъ въ подобныхъ случаяхъ настоящій діагнозъ. Авторъ вполне подтверждаетъ мнѣніе Savage и полагаетъ, что случаи съ одними физическими расстройствами появляются преимущественно на сифилитической и алкогольной почвѣ,—а дементныя формы на почвѣ умственнаго переутомленія. Крімъ того эти случаи обыкновенно имѣють очень длительный періодъ предвѣстниковъ и вообще необыкновенно тягучее теченіе. Авторъ приводитъ четыре случая изъ собственной практики, въ которыхъ именно проявлялись почти исключительно одни физическія явленія. Правда, умственное пораженіе также было, но оно такъ слабо выражалось, въ формѣ легкаго ослабленія умственной дѣятельности, что за проявленіемъ физическихъ уклоненій его почти не было замѣтно. Эти случаи склонны давать ремиссіи и даже возвратъ къ нормальному состоянію, хотя эти проявленія поправленія при неблагопріятныхъ жизненныхъ условіяхъ быстро могутъ исчезать.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Peterson,** Отношеніе сифилиса къ общему параличу (The relation of syphilis to general paralysis, Medical Record, 1893).

Вопросъ объ отношеніи сифилиса къ общему параличу до сихъ поръ является крайне острымъ и живымъ вопросомъ, интересуя лучшіе умы медицинскаго міра. И чѣмъ больше является работъ, тѣмъ большее значеніе закрѣпляется за сифилисомъ въ дѣлѣ производства данной болѣзни. Авторъ, на основаніи статистическихъ данныхъ и логическихъ разсужденій, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Сифилисъ при прогрессивномъ параличѣ проявляется въ 60—70%, при чемъ слѣды благопріобрѣтеннаго или прирожденнаго сифилиса можно найти въ 30—40%. Сифилисъ безъ сравненія чаще встрѣчается при прогрессивномъ параличѣ, чѣмъ при всѣхъ остальныхъ душевныхъ заболѣваніяхъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ должно не забывать и того, что сифилисъ весьма частый факторъ въ этой болѣзни, но не постоянный. Dementia paralytica не можетъ быть названа ни специфическою болѣзью, ни проявленіемъ сифилиса, ни слѣдствіемъ сифилитическаго отравленія.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Parsons,** Сифилисъ нервной системы (Syphilis of the nervous system, The Journal of nervous and mental disease, 1893, 12).

Авторъ высказываетъ ту мысль, что сифилисъ нервной системы, хотя бы онъ выраженъ былъ довольно рѣзко, если онъ своевременно захваченъ, легко поддается специфическому леченію; тогда какъ, напротивъ, запущенный и долго тянущійся сифилисъ нервной системы, хотя бы и легко выраженный, не поддается специфическому леченію. Въ доказательство онъ приводитъ подходящихъ два случая, изъ которыхъ интересъ представляетъ одинъ. Это была молодая женщина, получившая сифилитическую язву губы. Немедленно за симъ у нея появилось истерическое состояніе, послѣ котораго уже развилась сифилитическая сыпь. Пять лѣтъ спустя приступъ истерической маніи, — а за тѣмъ еще нѣсколько лѣтъ спустя приступы эпилепсіи *petit-mal* и *grand-mal*, при чемъ въ послѣднемъ случаѣ послѣ припадковъ наступалъ временный параличъ правой руки. Самое энергичное противосифилитическое леченіе въ послѣднее время не принесло больной никакого улучшенія и она погибла въ состояніи *status epilepticus*.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Sachs**, *Tabes dorsalis and syphilis* (The Journal of nervous and mental disease, 1893, 10).

Статистика Erb'a, Fournier и другихъ доказываетъ тѣсную связь *tabes* и сифилиса. Но помимо этого данная связь доказывается на основаніи слѣдующихъ соображеній. Прогрессивный параличъ очень часто развивается въ теченіе *tabes* и наоборотъ. Теченіе *tabes* нерѣдко осложняется чисто сифилитическими разстройствами, какъ: глазные параличи, стрѣляющія боли, потеря зрачковаго рефлекса. Ртуть и іодъ не остаются безъ вліянія на нѣкоторыя проявленія *tabes*. Въ одномъ случаѣ типическаго *tabes* авторъ нашелъ рядомъ со старымъ склерозомъ свѣжія сифилитическія измѣненія. Много имѣетъ за себя то предположеніе, что сифилитическій склерозъ *tabes* обязанъ своимъ происхожденіемъ измѣненіямъ сосудовъ, вслѣдствіе воздѣйствія на нихъ сифилитическаго яда, а первичное измѣненіе, вѣроятно, лежитъ въ первичномъ измѣненіи сифилитическимъ ядомъ кровяной жидкости.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Fry**, Чувствительныя явленія въ трехъ случаяхъ сифилитическихъ пораженій спинного мозга (The sensory symptoms in three cases of syphilitic spinal cord disease, The Alienist and Neurologist, 1893, 3).

Авторъ касается той болѣзни, которая описана Erb'омъ и Н. И. Мухинымъ въ послѣднее время подъ именемъ сифилитическаго спинальнаго паралича. Sachs въ засѣданіи Нью-Йоркскаго общества сообщилъ, что эта болѣзнь, помимо признаковъ, указанныхъ Erb'омъ, имѣетъ еще и другіе, которые не менѣе постоянны, чѣмъ и Erb'овскіе.

Это будутъ прежде всего обширность области, охватываемой болѣзью, которая занимаетъ шейное, спинное и нижнее поясничное утолщенія. Не смотря однако на обширность области, самое пораженіе бываетъ относительно легкимъ, такъ какъ при этомъ сохраняются очень многія отправления. Многія болѣзненные явленія очень быстро наступаютъ, но зато и очень быстро исчезаютъ. Рядомъ съ указаннымъ симптомокомплексомъ очень часто къ нему присоединяются другія явленія, указывающія на специфическое пораженіе различныхъ отдѣловъ центральной нервной системы. Авторъ сообщаетъ, что въ области чувствительныхъ пораженій существуетъ при этой болѣзни извѣстный параллелизмъ и онъ приводитъ три случая даннаго заболѣванія. При этомъ у больныхъ было потеряно болевое и температурное чувство, при существованіи чувства мѣста. (На расстройства температурнаго чувства еще раньше указалъ Н. Краинскій).

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Newton**, Angina pectoris и эпилепсія въ различныхъ ея формахъ у сифилитика (The occurrence of angina pectoris and epilepsy in varying forms in the same subject, Medical Record, 1893).

Больной 45 л., безъ наследственнаго предрасположенія, алкоголикъ и сифилитикъ. 8 лѣтъ назадъ сифились безъ кожныхъ пораженій. Въ концѣ 1887 г. страбизмъ и опущеніе лѣваго вѣка; уже года два приступы anginae pectoris. Vitium cordis. Въ февралѣ 1888 г. сильный приступъ anginae pectoris, а въ іюлѣ того же года два рѣзкихъ приступа судорожной эпилепсіи. Спустя нѣкоторое время появилась сѣдалищная нейралгія, преимущественно правой стороны, и онѣмѣніе предплечья и кисти правой руки. Спустя еще шесть недѣль развился приступъ психической эпилепсіи.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Hearn**, Эффектъ исправленія аномалій рефракціи у эпилептиковъ (The effect of correcting errors of refraction in epileptics, British medic. Journal, 1894).

Авторъ сообщаетъ пять случаевъ эпилепсіи съ аномаліями рефракціи, при чемъ онъ пытался путемъ исправленія этихъ уклоненій излечить эпилепсію. Въ трехъ случаяхъ это ему удалось, а именно: у одного эпилептика припадки вовсе исчезли, а у двухъ тали значительно рѣже; однако у перваго больного припадки возобновились, какъ только ему случайно пришлось не носить очки.

*М. П.*

**Dr. Wood**, Хореическое движеніе (The Choreic Movement, The Journal of Nervous and Mental Disease, 1893).

Авторъ указываетъ на близкое сходство, которое существуетъ между chorea собакъ и пляской св. Витта дитяти; такъ какъ из-

вѣстно, что собачьи хорейскія движенія происходятъ отъ пораженія спинного мозга, то весьма вѣроятно, что и хорейскія движенія у человѣческаго индивидуума будутъ спинальнаго происхожденія. Ветеринары и человѣческіе врачи соглашаются въ томъ, что почти всегда спинальныя хорейскія движенія соединяются съ абсолютной потерей силы. Задача, такимъ образомъ, которую авторъ ставитъ для себя, состоитъ въ изслѣдованіи совмѣстныхъ эксцессовъ движенія и потери моторной силы. При хорей задѣты 2 моторныя функціи спинного мозга, а именно, функція задержки освобожденія двигательныхъ силъ и функція освобожденія двигательныхъ силъ. По мысли автора, покойный индивидуумъ есть тотъ, у котораго задерживательный спинальный аппаратъ настолько могущественъ, что дѣйствительно контролируетъ моторныя клѣтки мозга; въ случаяхъ же хорей, животнаго или человѣка, задержка становится настолько ослабленной, что теряетъ всякую власть надъ моторными клѣтками. Дальше развивая свою теорію, авторъ считаетъ совершенно возможнымъ возвращеніе клѣтки къ ея первоначальному физиологическому типу, когда въ клѣткѣ происходятъ перемежающіяся освобожденія силъ. Замѣчательно, что хорейскія подергиванія происходятъ непрерывно безъ замѣтной утомляемости. Теорія объясняетъ это такъ, что клѣтки, которыя ритмически освобождаютъ силу, не утомляются: такъ сердце непрерывно бьется безъ остановки и безъ отдыха. Затѣмъ авторъ касается состоянія задержки въ спинномъ мозгу хорейской собаки. Прежде всего онъ старается опредѣлить, какія изъ клѣтокъ у такого рода собаки способны подвергаться задерживающему вліянію. Онъ нашелъ, что послѣ перерѣзки спинного мозга въ нижней дорзальной области, благодаря шоку, движенія не восстанавливаются около  $\frac{1}{4}$  часа послѣ восстановленія сознанія: восстанавливаются же они сначала въ нижнихъ конечностяхъ, а затѣмъ въ верхнихъ. При этомъ въ нижнихъ конечностяхъ движенія болѣе значительны, чѣмъ они были до перерѣзки, но синхронизмъ между верхними и нижними конечностями совершенно устраняется. У хорейскихъ собакъ, такъ же какъ и у дѣтей движенія навѣрное могутъ временно задерживаться мозгомъ. При другомъ опытѣ послѣ полной перерѣзки мозга, хотя сильная фарадизація обнаженнаго сѣдалищнаго нерва не вызвала особенно сильной боли, хорейскія движенія были очень замѣтно задержаны. Отсюда можно вывести, что или въ мозгу спинномъ находятся задерживающіе центры, или что гангліозныя моторныя клѣтки прямо задерживаются периферическими импульсами. Допускаютъ, что атропинъ парализуетъ, хининъ стимулируетъ задерживательную спинальную функцію, и что, такимъ образомъ, они антагонисты другъ.

другу. Допуская далѣе, что хорейскія движенія обязаны своимъ происхожденіемъ слабости задерживательной функціи спинного мозга, мы должны предположить, что хининъ остановитъ движенія путемъ укрѣпленія центровъ, а атропинъ усилитъ ихъ. Авторъ представляетъ кривыя, вполне доказывающія это положеніе. При хорей въ концѣ концовъ можетъ быть полный параличъ и это показываетъ, что моторныя клѣтки сами функціонально угнетены и могутъ подвергаться атрофическимъ измѣненіямъ. При хорей мускульный тонусъ ослабленъ, а, слѣдовательно, и рефлексы должны быть менѣе дѣятельны. Это виднѣе всего на колѣнномъ рефлексѣ. Но прежде нужно предпослать слѣдующее. Каждое рефлекторное вліяніе, первоначально дѣйствующее на извѣстную область спинного мозга, стремится распространиться по всему протяженію этого послѣдняго. При нормальномъ состояніи такое распространеніе встрѣчаетъ препятствіе въ задерживающей функціи. Депрессія этой послѣдней уменьшаетъ препятствія и, такимъ образомъ, благопріятствуетъ усиленію всякаго рефлекторнаго вліянія. При хорей, стало быть, мы должны ожидать ослабленія сухожильныхъ рефлексовъ и усиленія рефлекторнаго вліянія. Авторъ, дѣйствительно, получилъ отъ д-ра Wharton Sinkler'a гвѣреніе, что этотъ послѣдній въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдалъ отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ и усиленіе рефлекторнаго вліянія. При искусственно посредствомъ введенія въ вены стрихнина произведенной хорей собакъ, авторъ нашель, что хининъ останавливаетъ судорожанія, какъ и при натуральной формѣ. Атропинъ же не производитъ никакого яснаго эффекта. Въ виду предположенія о дѣятвн хинина при хорей, авторъ попыталъ хининъ при хорей на одномъ итяти. Уже въ два дня движенія почти прекратились; больной выписался болѣе не возвратился. Авторъ заканчиваетъ свою статью указаніемъ а примѣненіе хинина при хорей у собакъ, произведенномъ въ Ветеринаромъ отдѣленіи Университета въ Пенсильваніи проф. Reardon'омъ. казалось, что 4 гр. хинина, даваемые каждые три часа въ теченіе одной недѣли вызвали почти полное исчезаніе хорейскихъ поергиваній: собака раньше могла только стоять, теперь она, хотя ь трудомъ, можетъ пройти около 100 шаговъ. «Такимъ образомъ, ьключаетъ авторъ, хининъ заслужилъ того, чтобы быть испытаннымъ».

*Я. Я. Трутовскій.*

**Dr. Haig**, Механизмъ черепного кровообращенія и патологія оловной боли, эпилепсін и душевной депрессіи (The physics of the anial circulation and the pathology of headache, epilepsy and ental depression, The Brain, 1893).

Авторъ еще раньше неоднократно проводилъ ту мысль, что ловная боль, въ нѣкоторыхъ случаяхъ приступы эпилепсін и

умственная подавленность стоятъ въ прямой связи съ усиленнымъ накопленіемъ въ крови уратовъ. Такой избытокъ въ крови уратовъ дѣйствуетъ сократительно на стѣнки сосудовъ, производитъ охлажденіе конечностей и кожи, а въ области черепа, производя сокращеніе артеріоль, вызываетъ головную боль, приступы мигрени и эпилепсїи и умственную подавленность. Рядомъ съ этимъ всегда наблюдается уменьшеніе количества выдѣляемой мочи и увеличеніе количества уратовъ. Теперь авторъ задается цѣлю доказать всѣ эти положенія. Прежде всего онъ стремится доказать, что ураты обуславливаютъ сокращеніе мозговыхъ сосудовъ и производятъ повышенное артеріальное давленіе. Изслѣдуя больныхъ при мигрени, мы всегда наблюдаемъ: пульсъ медленный и высокій, количество мочи уменьшенное, кожу холодную, избытокъ мочевой кислоты въ мочѣ на счетъ уменьшенія количества мочевины и, слѣдовательно, чрезмѣрное накопленіе уратовъ въ крови. Такого же явленія можно достигнуть и искусственно, увеличивая или уменьшая количество уратовъ въ крови путемъ введенія въ организмъ лекарственныхъ веществъ. Изъ этихъ наблюденій вытекаетъ два положенія: 1) количество уратовъ въ крови стоитъ въ обратномъ отношеніи къ количеству воды въ сосудахъ и количеству выдѣляемой воды почками, и 2) количество уратовъ въ крови стоитъ въ прямомъ отношеніи съ сократительностью сосудовъ и кровянымъ давленіемъ. Отсюда естественный, по автору, выводъ, что мочевая кислота дѣйствуетъ сократительно на стѣнки артерій, какъ въ организмѣ вообще, такъ и въ особенности въ мозгу. Такія явленія наблюдаются при мигрени, въ нѣкоторыхъ случаяхъ эпилепсїи, лихорадкѣ и проч. Второй вопросъ, которымъ авторъ интересуется, состоитъ въ томъ: какимъ образомъ повышенное артеріальное давленіе, вслѣдствіе сосудистаго сокращенія, вызываетъ разстройство черепного кровообращенія и послѣдующее временное отравленіе центральной нервной системы? Изслѣдованія Geigel'я, Lewy и автора показали, что при этихъ условіяхъ состоянія кровообращанія центральной нервной системы дѣло состоитъ не въ томъ, какое количество крови находится въ области черепа въ данный моментъ, а въ томъ—сколько ея протекаетъ чрезъ эту область, такъ какъ отъ этого зависитъ обмѣнъ веществъ и питание тканей. Изслѣдованія Grashey показали, что при повышенномъ кровяномъ давленіи въ черепѣ, вслѣдствіе суженія черепныхъ артерій, вначалѣ количество крови увеличивается, увеличивается настолько, что даже начинаютъ пульсировать артерїи и вены; но за симъ происходитъ обратное давленіе на вены и кровяной застой. Такимъ образомъ, предъ нашими глазами возникаетъ такой механизмъ при мигрени или мочевиной головной боли, эпилепсїи

лепсії и душевной подавленности: прежде всего бывает уринацидемія или усиленное накопленіе мочевоі кислоты въ крови,—она дѣйствуетъ раздражающе на сосуды, суживаетъ ихъ, производя вмѣстѣ съ симъ поблѣднѣніе покрововъ кожи и уменьшенное отдѣленіе мочи и суженіе артерій мозга,—при суженныхъ артеріяхъ мозга возникаетъ повышенное кровяное давленіе въ черепѣ, усиленный притокъ артеріальной крови, пульсація артеріоль и венъ и послѣдующій кровяной застой,—который въ свою очередь обуславливаетъ головную боль, приступы эпилепсіи и мозговую депрессію. Horsley доказалъ, однако, что при эпилепсіи бываетъ не анемія, а гиперемія. Но это явленіе нисколько не противорѣчитъ вышеуказанному механизму кровообращенія, по которому, начинаясь анеміей, затѣмъ кровесостояніе переходитъ въ застойную гиперемію.—Количество уратовъ въ крови подвергается колебаніямъ въ нормальномъ состояніи и еще болѣе въ патологическомъ. Такъ, предъ приступами мигрени, эпилепсіи и душевной подавленности количество уратовъ въ крови наименьшее, затѣмъ во время приступовъ оно достигаетъ своего шахішм'а. Точно также мы можемъ достигнуть подобнаго колебанія уратовъ въ крови и искусственно. Такъ, введеніемъ въ организмъ нитрогенныхъ веществъ, напр. мяса, мы увеличиваемъ количество уратовъ и способствуемъ появленію приступовъ мигрени, эпилепсіи и проч.,—напротивъ, растительная пища способствуетъ значительному уменьшенію уратовъ, почему устраняетъ приступы, какъ эпилепсіи, такъ и мигрени. Вотъ почему авторъ при мигрени, эпилепсіи и проч. порицаетъ питаніе мясомъ и совѣтуетъ не строгое вегетаріанство. Лично авторъ страдалъ приступами мигрени, которые въ настоящее время уменьшились болѣе, чѣмъ въ 10 разъ, благодаря только употребленію не нитрогенной пищи. Мы знаемъ, что въ производствѣ повышеннаго кровяного давленія въ черепѣ имѣютъ значеніе два дѣятеля: сокращеніе артерій и капилляровъ и усиленная дѣятельность лѣваго желудочка сердца. Слѣдовательно, чтобы достигнуть обратнаго воздѣйствія, нужно прежде всего подѣйствовать разслабляюще на сосуды и ослабляюще на дѣятельность сердца. Первое достигается діетою съ ничтожнымъ количествомъ нитрогенныхъ веществъ, а второе—извѣстными медикаментами. Теорія автора находитъ себѣ подтвержденіе въ томъ обстоятельствѣ, что въ старомъ возрастѣ прекращаются приступы мигрени, такъ какъ въ это время, хотя нитрогенный раздражитель и можетъ существовать въ крови, однако дѣятельность сердца настолько ослабѣваетъ, что усиленіе давленія крови въ черепѣ не проявляється. По мнѣнію автора, частыя явленія эпилепсіи *petit-mal* служатъ выраженіемъ постояннаго урогеннаго діатеза, тогда какъ

10\*

явленія эпилепсiи grand-mal—периодическаго діатеза. Разумѣется, важнѣйшимъ показателемъ во всѣхъ этихъ случаяхъ служитъ изслѣдованіе мочи, каковое при эпилепсiи должно производиться отдѣльными порціями черезъ каждый часъ. Нѣкоторые авторы полагаютъ, что въ отдѣльныхъ случаяхъ развивающіеся въ кишечникѣ птоманни и лейкоманни могутъ служить причиною эпилептическихъ приступовъ. По мнѣнію автора, дѣло стоитъ въ обратномъ видѣ: увеличенное количество уратовъ въ крови дѣйствуетъ сосудосуживающе не только на артеріи покрововъ, почекъ и мозга, но и на артеріи другихъ органовъ. Отсюда понятно, что и дѣятельность всѣхъ органовъ будетъ ослаблена. Ослаблена будетъ и отдѣлительная, и всасывающая дѣятельность пищеварительнаго пути. Находящаяся въ немъ пища будетъ подвергаться разложенію, гніенію, что будетъ способствовать образованію и накопленію птоманновъ и лейкоманновъ. Такимъ образомъ, въ этомъ случаѣ присутствующіе въ организмѣ птоманни и лейкоманни будутъ слѣдствіемъ приступа, а не его причиною. Въ заключеніе авторъ еще разъ настойчиво совѣтуетъ устранить изъ пищи эпилептиковъ мясо и даже до нѣкоторой степени понизить вѣсъ тѣла его ослабляющею діетою.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Hedley**, Безсонница при нейрастеніи (The insomnia of neurasthenia, The Lancet, 1893).

Безсонница при нейрастеніи—явленіе обыкновенно рѣдкое; тѣмъ не менѣе, въ ряду другихъ проявленій этой болѣзни можетъ наступать она и тогда требуетъ медицинскаго вмѣшательства. Авторъ наблюдалъ достаточное количество такихъ случаевъ, которые онъ и излагаетъ очень тщательно и подробно въ своей работѣ. Изъ лечебныхъ средствъ противъ нейрастенической безсонницы прекрасно дѣйствуетъ электричество, какъ въ формѣ ваннъ, такъ и фарадизаціи.

*С. Н. Советовъ.*

**Dr. Maude**, Дрожь при Базедовой болѣзни (Tremor in Graves, disease, The Brain, 1892).

Дрожь при Базедовой болѣзни явленіе довольно частое, при чемъ если она существуетъ, то за симъ остается въ видѣ постояннаго и типическаго явленія. Эта дрожь по своему проявленію не стоитъ въ соотвѣтствіи съ другими признаками, такъ какъ она представляется самостоятельнымъ и независимымъ явленіемъ. Дрожь эта является въ видѣ весьма быстрыхъ колебаній, съ равными промежутками и правильными чередованіями въ амплитудѣ дрожательныхъ движеній. Отъ алкоголической дрожи, дрожь Базедова отличается тѣмъ, что при послѣдней дрожитъ вся рука, а не отдѣльно паль-

цы ея. Ея дрожь имѣетъ тотъ же характеръ, какъ и при *cachexia strumipriva*.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Williams**, Базедова болѣзнь и микседема (*Graves disease and myxödema*, Brit. med. Journal, 1893).

Авторъ наблюдалъ въ данномъ случаѣ сперва Базедову болѣзнь, которая, благодаря надлежащему леченію, была устранена. Пять лѣтъ спустя, наступила микседема, которая опять таки благодаря желѣзу и мышьяку, была устранена. На этомъ основаніи авторъ полагаетъ, что, во время Базедовой болѣзни, была чрезмѣрная дѣятельность щитовидной железы съ послѣдующимъ истощеніемъ ея, которое въ свою очередь породило микседему.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Brown**, Къ ученію о причинахъ хорей (*Contribution to the etiology of chorea*, The Journal of nervous and mental disease, 1893).

Авторъ передаетъ интересный случай хорей. Мальчикъ 11 л., въ семьѣ котораго былъ ревматизмъ, мать нервная. Въ 8 лѣтъ мальчикъ подвергся травмѣ. Спустя нѣкоторое время явились хорейческія движенія, спустя еще нѣкоторое время явились ревматоидныя боли въ суставахъ, но безъ опухолей. Хорея усилилась. Послѣ этого на 10 недѣль хорейческія движенія прекратились, а затѣмъ хорейческія движенія и боли въ суставахъ возобновились, при чемъ явилось и слабое опуханіе мелкихъ суставовъ, боли усиливались преимущественно по ночамъ. Рядомъ съ этимъ по всему тѣлу явились подкожныя узловыя опухоли, въ видѣ шариковъ.—Хорея извѣстна уже очень давно, но механизмъ ея проявленія до сихъ поръ еще не извѣстенъ; повидимому, при ней существуетъ раздраженіе моторныхъ центровъ. Принимая во вниманіе частое совпаденіе ревматизма съ хореей, полагали, что прежде всего появляется ревматизмъ, отъ котораго развивается эндокардитъ, дающій уже пробки въ мозговыхъ моторныхъ центрахъ и послѣдствіемъ сего — хореею. Авторъ смотритъ на дѣло гораздо шире. Онъ полагаетъ, что хорея является не слѣдствіемъ ревматизма, а однимъ изъ его проявленій, ибо бывають случаи, когда ревматизмъ предшествуетъ хорее, но бывають случаи, когда онъ и слѣдуетъ уже за нею. Ревматизмъ есть пораженіе моторныхъ аппаратовъ, хорея — моторныхъ центровъ. Подкожныя узлы постоянно совпадаютъ то съ хореей, то съ ревматизмомъ суставовъ, слѣдовательно, это тоже одно изъ проявленій ревматизма. Существуетъ ревматическій діатезъ, который выражается то въ пораженіи двигательныхъ центровъ, то въ пораженіи двигательнаго аппарата, то того, то другого вмѣстѣ. Подкожныя узловыя образованія аналогичны образованіямъ въ мозгу при хорее. Если хорея является безъ ревматическихъ проявленій, то это будетъ

проявленіе ревматическаго діатеза въ нервныхъ центрахъ, такъ какъ при этомъ Herter находилъ въ мочѣ: увеличеніе мочевоы кислоты, высокій удѣльный вѣсъ, уменьшеніе хлоридовъ и малое количество мочи, т. е. явленія, свойственныя ревматическому діатезу.

*Михаилъ Поповъ.*

**Kellogg**, Интоксикаціонные психозы (The Journal of nerv. and mental disease, 1892).

Въ докладѣ предъ обществомъ нейропатологовъ въ Нью-Йоркѣ, послѣ изложенія симптоматологіи интоксикаціонныхъ психозовъ и нѣсколькихъ замѣчаній по поводу все нарастающихъ данныхъ по этому поводу, К. представилъ слѣдующую таблицу ядовъ, могущихъ вызвать тѣ или инныя психическія и нервныя страданія: 1) минеральные яды и лекарственныя вещества: свинецъ, ртуть, мышьякъ, хлораль, бромистый калий, іодоформъ и паральдегидъ; 2) растительныя яды: опій, belladonna, cannabis, hyosciamus, tabak, cocain, коніинъ, erythroxyton cosa, astragalus hornii и secale cornutum; 3) ядовитые и вредные газы: алкоголь, эфиръ, хлороформъ, углекислота и сѣрная кислота; 4) лихорадка, діатезы и инныя заболѣванія: тифъ, оспа, intermittens, ревматизмъ, подагра, уремиическій діатезъ, ruergereium, инфлюэнца, карцинома, сифилисъ и туберкулезъ; 5) аутоинтоксикація. Достоенъ упоминанія вкратцѣ приведенный случай изъ наблюденій К., гдѣ у страдавшей острымъ колѣннымъ ревматизмомъ молодой женщины, совмѣстно съ симптомами воспалительнаго процесса въ колѣнахъ, наблюдалось состояніе галлюцинаторнаго помѣшательства.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Weir-Mitchel**, Erythromelalgia, Medical News, 1893.

Эту болѣзнь авторъ описалъ въ 1878 г. Въ настоящее время онъ описываетъ новый случай эритромелалгіи и добавляетъ, что больная, описанная имъ въ 1878 г., страдала до 1893 г., когда она умерла. По мнѣнію автора, эта болѣзнь обуславливается нейрозитою концевыхъ нервовъ, вызывающихъ рефлекторно симптоматическія разстройства.

*А. П.*

**Prof. Dana**, Патологія нервныхъ болѣзней (Pathology of nervous disease, Boston medical and surgical Journal, 1893).

Терминъ воспаленіе по отношенію къ нервнымъ болѣзнямъ долженъ нынѣ употребляться очень осторожно, потому что многое изъ того, что прежде приписывалось воспаленію, въ настоящее время является слѣдствіемъ отравленія, почему и самое воспаленіе будетъ являться токсическимъ воспаленіемъ. Въ дегенеративныхъ нейрозахъ имѣется токсинъ внутренняго или внѣшняго для организма проис-

хожденія; протейновыя вещества и тканьъ клѣтки не въ силахъ противостоятъ дѣйствию этого токсина. Мышечныя атрофіи точно также будутъ токсическаго происхожденія,—и здѣсь дѣйствуетъ какой то неизвѣстный ядъ, который нейрологія должна найти и побѣдить. Въ хроническихъ неврозахъ, какъ *paralysis agitans*, эпилепсія, хорей и т. п. также имѣется токсическій факторъ, вѣроятно, обязаный своимъ происхожденіемъ недостаточной дѣятельности железъ, какъ напр., при *Morbus Basedowi et thyroedema*, или же какому нибудь гуморальному яду. Очень многіе неврозы по существу будутъ болѣзни происхожденія железистаго, нутритивнаго, или инфекціоннаго. Вторымъ факторомъ въ производствѣ наслѣдственныхъ болѣзней является недостатокъ сопротивляемости нервной системы вредоносно воздѣйствующимъ на нее агентамъ, какъ внутри, такъ и внѣ организма. Эта уменьшенная энергія сопротивляемости въ однихъ случаяхъ можетъ вызываться волненіями или шокомъ и вотъ въ это время нервныя центры представляются особенно предрасположенными къ воспріятію болѣзнетворныхъ моментовъ. Разбирая случаи *paralysis agitans* и проч., мы очень часто встрѣчаемъ именно этотъ способъ заболѣванія. Этотъ взглядъ имѣетъ тотъ практическій выводъ, что при леченіи такихъ неврозовъ должно примѣнять два вида терапевтическаго воздѣйствія: 1) средства, способныя усилить крѣпость и силу сопротивляемости организма и 2) средства антитоксическія или специфическаго характера. Можно думать, что со временемъ найдутся специфическія средства для очень многихъ болѣзней, которыя нынѣ считаются неизлечимыми. Токсическое происхожденіе установлено уже для микседемы и весьма вѣроятно для хорей и *paralysis agitans*; то же до нѣкоторой степени допускается и для нѣкоторыхъ формъ эпилепсіи. Подъ токсинами должно разумѣть весьма многія вещества и отдѣлительныя продукты железъ, и продукты обмена веществъ, и производныя микроорганизмовъ, и извнѣ поступающіе минеральныя и органическіе яды.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Eskridge**, Диагнозъ и леченіе мозгового кровоизліянія (*Medical News*, 1893).

Авторъ ставитъ отличительное распознаваніе отъ мозгового кровоизліянія слѣдующихъ болѣзненныхъ состояній. *Обморокъ*: блѣдность лица и губъ, слабая дѣятельность сердца и пульса, неправильное поверхностное дыханіе, тонусъ сфинктеровъ и рефлексы интактны, зрачки равномерно расширены, гемиплегическихъ явленій нѣтъ... *Отравленіе хлораломъ*: безсознательность и полное расслабленіе, дыханіе медленное и поверхностное, пульсъ слабый и медленный, температура понижена, отсутствіе мѣстныхъ явленій. *Отравленіе*

*опіемъ*: зрачки сужены, дыханіе медленно, гемиплегическихъ и судорожныхъ явленій нѣтъ. *Алкоольное опьянтіе*: характерный запахъ, отсутствіе мѣстныхъ явленій, склонность къ буйству. *Уремическая сома*: моча съ бѣлкомъ, отеки, сома, запахъ дыханія съ мочей, общія судорожныя явленія. *Эпилептическая сома*: изслѣдованіе предшествующаго состоянія, судорожный приступъ, короткая длительность коматознаго состоянія, общія судороги. *Истерическая сома*: затруднительность діагноза, необходимо принимать во вниманіе antecedенты, большую рѣдкость лицевыхъ параличей и явленія истеріи. *Апоплектические приступы мозговою кровоизліянія*: общіе симптомы, отсутствіе гемиплеги. *Апоплектиформные приступы прогрессирую парализа*: изслѣдованіе antecedентовъ, мѣстные тоно-клоническія судороги, дрожь лицевыхъ мускуловъ, ускоренное дыханіе, пульсъ покойный, обильная испарина, краткая длительность апоплектическихъ явленій. *Простая апоплексія*: походитъ на мозговое кровоизліяніе, свойственна старческому возрасту, при вскрытіяхъ не даетъ никакихъ пораженій. *Эмболія*: существованіе сифилитическаго или сердечнаго пораженія, часто встрѣчается въ пуэрперальномъ состояніи. *Тромбъ*: измѣненіе стѣнокъ артерій, пульсъ мягкій и легко сжимаемый, слабость и неправильность дѣятельности сердца при сердечномъ расширеніи,—весьма часты вторичныя воспалительныя явленія.—Леченіе мозгового кровоизліянія должно быть направлено къ отвлеченію венозной крови изъ мозга, что достигается абсолютнымъ покоемъ, приподнятымъ положеніемъ туловища, приемомъ успокаивающихъ дѣятельность сердца; слабительными, горчичниками и клизмами.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Thomas G. Morton**, Удаленіе яичниковъ, какъ средство леченія сумашествія (*Removal of the Ovaries as a Cure for Insanity*, American Journal of Insanity, 1893).

Со времени недавнихъ успѣховъ хирургіи, экстирпація матки и ея придатковъ очень часто практикуется, какъ для леченія мѣстныхъ разстройствъ въ половой сферѣ, такъ и различныхъ психическихъ разстройствъ, относительно которыхъ думали, что они находятся въ зависимости отъ этихъ мѣстныхъ страданій. Возрастающая частота этихъ экспериментальныхъ изувѣчиваній и ихъ сомнительные конечные результаты побудили автора разобрать, какъ непосредственные, такъ и будущіе результаты подобныхъ операцій. Медицинская литература и статистика этого предмета очень узка, но несомнѣнно много можно подыскать примѣровъ, гдѣ психозъ былъ результатомъ такихъ операцій. Какъ правило, авторъ считаетъ неподходящимъ средствомъ для излеченія умственнаго разстройства

кастрацію — женщинъ даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ причинная связь между разстроеннымъ мозгомъ и яичниками. Въ такихъ случаяхъ на нервные центры, заболѣвшіе и разстроенные, нужно смотрѣть, какъ на фокусы раздражающаго вліянія; поэтому нужно перестать надѣяться на исцѣленіе центрального пораженія путемъ удаленія далеко отстоящаго органа, хотя бы этотъ послѣдній и казался періодически усиливающимъ умственное разстройство. Именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ только кажется, что половой аппаратъ вліяетъ на умственное разстройство, авторъ считаетъ совершенно несправедливымъ дѣлать сѣченіе яичниковъ, хотя на практикѣ и въ этихъ случаяхъ овариотомія очень часто дѣлается. Авторъ принимаетъ за общее правило, что операции у душевно-больныхъ женщинъ съ цѣлью возстановленія ихъ разума неизвинительны. Какой же родственникъ или опекунъ больного имѣетъ нравственное и судебное право давать согласіе на оскопленіе душевно-больного? Какое онъ дастъ удовлетвореніе, если этотъ послѣдній выздоровѣвши будетъ укорять его за изувѣченіе? Душевно-больные имѣютъ гакже кое какія права, а право сохраненія половой индивидуальности — самое священное. Thomas W. Barlow относительно того же самого предмета говоритъ, что «oophorectomia» надъ душевно-больными женщинами не только незаконна, но и груба, безчеловѣчна и не извинительна ни на какомъ разумномъ основаніи. Согласно самымъ лучшимъ медицинскимъ авторитетамъ этотъ способъ для излеченія самый негодный и бесполезный. Thomas W. Barlow прямо заявляетъ, что его долгъ протестовать противъ подобнаго порядка и, какъ членъ комитета о душевно-больныхъ, провозглашаетъ его несправедливымъ.

*А. Я. Трутовскій.*

**Dr. Corning,** Воздѣйствіе лекарственными веществами на мозгъ путемъ внутриносового ихъ примѣненія и одновременнаго прижатія обѣихъ *venae jugulares internae* (The Localisation of the action of Remedies upon the Brain by intranasal Medication and Compression of the internal jugular Veins, Med. Record. 1892).

Авторъ рекомендуетъ носовое примѣненіе (нюханіе, втягиваніе и т. д.) лекарствъ съ одновременнымъ прижатіемъ обѣихъ внутреннихъ венъ, такъ какъ въ такомъ случаѣ получаютъ болѣе быстрые и дѣйствительные результаты, особенно отъ алкалоидовъ, потому что лекарственные вещества слизистой оболочкой носа въ растворѣ легко и быстро всасываются. Далѣе, благодаря близости къ мозгу, онѣ быстрѣе доставляются послѣднему и дѣйствіе ихъ будетъ несомнѣнно вѣрнѣе въ зависимости отъ быстроты притока ихъ къ мозгу и задержанія ихъ въ полости черепа, путемъ воспрепятствованія

оттока венозной крови прижатіемъ в. jugul. internale. Компрессию венъ авторъ совѣтуетъ производить сухими банками, которыя онъ ставитъ на высотѣ гортани и высасываетъ изъ нихъ воздухъ, при чемъ вены всасываются въ банку и прижимаются краями послѣдней. Авторъ приводитъ нѣсколько случаевъ удачнаго примѣненія указаннаго способа леченія, при чемъ рѣчь идетъ большею частью о случаяхъ общей нервной слабости, головной боли и т. п.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Brough,** О возможности примѣненія сульфонала, какъ средства, побуждающаго душевнобольныхъ, отказывающихся отъ пищи къ добровольному приему ея (On the possible use of sulfonal as a medus of inducing insane potients who refuse food to eat voluntarity. The Journ. of Ment. Science, Octob. 1893).

Авторъ описываетъ 5 случаевъ меланхолии съ упорнымъ отказомъ отъ пищи—въ видахъ самоубійства, при чемъ больные, раньше кормимые съ помощью желудочнаго зонда, послѣ повторныхъ 30—40—50-гранныхъ приемовъ сульфонала, даваемыхъ ежедневно по утрамъ, за 2 часа до завтрака, стали добровольно принимать пищу: у нѣкоторыхъ больныхъ появился даже хорошій аппетитъ, улучшалось самочувствіе и больные вообще значительно успокаивались. Наблюденія автора длятся всего лишь  $\frac{1}{2}$  года и онъ рекомендуетъ провѣрить и испытать примѣненіе сульфонала въ подобныхъ случаяхъ тѣмъ врачамъ, которые имѣютъ обширное и благопріятное поле для наблюденія.

*А. П. Драгомановъ.*

**Dr. Thomas Savill,** Второй случай анестезіи, обусловленной поражениемъ сводовой извилины (Another case of anaesthesia due to lesion of the gyrus fornicatus. Brain, 1892, III—IV).

Какъ извѣстно, Ferrier былъ первымъ наблюдателемъ, доказавшимъ, что пораженія крючковой извилины (g. hippocampi) вызываетъ анестезію противоположной стороны (1876 г.). Исслѣдованія Horsley'я и Schafer'a локализовали центръ для болеваго и осязательнаго ощущеній также въ сводовой извилинѣ (1888 г.). Случай автора заключается въ слѣдующемъ: Больной, развочникъ, 47 л. отъ роду, поступилъ подъ наблюденіе автора 1 января 1892 г., въ анамнезѣ имѣется пьянство, но у больного раньше не было никакихъ разстройствъ; послѣднія начались три года до поступления, въ видѣ припадковъ, проявлявшихся серіями по десяти и болѣе за разъ; послѣ одного изъ припадковъ, 8 мѣсяцевъ тому назадъ у больного внезапно наступила лѣвая гемиплегія, по причинѣ которой онъ и поступилъ подъ наблюденіе автора. При исслѣдованіи больной не представилъ какихъ либо психическихъ разстройствъ.

была констатирована частичная потеря силы и нѣкоторая ригидность въ лѣвой рукѣ и ногѣ, а также было нотировано значительное уменьшеніе чувствительности лѣвой руки сравнительно съ правой; тактильная чувствительность была почти, но не абсолютно, потеряна въ лѣвой рукѣ и нормальна въ лѣвой ногѣ и въ другихъ мѣстахъ; колѣнный рефлексъ на правой сторонѣ былъ нормаленъ, а на лѣвой уменьшенъ. При общей слабости оставалась еще достаточная сила въ лѣвой рукѣ и ногѣ, такъ что больной могъ ходить безъ посторонней помощи. Лѣвый зрачекъ былъ шире праваго, но при этомъ отсутствіе паралича черепныхъ нервовъ; за пять дней до поступления больной имѣлъ приступъ, который, по обыкновенію, былъ предвозвѣщенъ ощущеніемъ «холодной воды, текущей на большой палецъ лѣвой ноги и протекающей по лѣвой половинѣ тѣла». Сперва появлялось подергиваніе въ лѣвомъ плечѣ, затѣмъ поднималась лѣвая нога и въ то же самое время клоническими судорогами отбрасывалась голова и глаза вправо; непосредственно вслѣдъ за этимъ наступали общія клоническія судороги лѣвой руки и ноги, между тѣмъ какъ правая рука и нога охватывались состояніемъ тонической ригидности; глаза были широко открыты, конъюнктивы чувствительны, зубы скрежетали, но больной оставался совершенно безсознательнымъ; по прошествіи пяти минутъ, онъ совершенно оправился. Второй припадокъ у него былъ на седьмой день по поступленіи, два припадка были на девятый день, одинъ на десятый и одинъ — на двѣнадцатый. Затѣмъ больной вдругъ обнаружилъ дурное настроеніе духа и сталъ настолько неуживчивымъ и вздорнымъ, что 16-го января его нашли нужнымъ перевести въ рабочій домъ (Workhouse); спустя три дня, онъ впалъ въ коматозное состояніе; продолжая находиться въ камерѣ, на седьмой день онъ умеръ, при чемъ не обнаружилъ, сколько извѣстно автору, никакихъ модификацій въ своихъ симптомахъ; температура тѣла больного въ бытность его въ больницѣ была субнормальной; въ рабочемъ домѣ ее не измѣряли. Аутопсія, произведенная спустя 48 часовъ послѣ смерти, обнаружила опухоль, расположенную на внутренней поверхности задняго сегмента головного мозга, въ области сводовой извилины (къ статьѣ приложенъ чертежъ, указывающій мѣсто опухоли); опухоль, оказавшаяся кругло-клеточной саркомой, по размѣрамъ была равна, приблизительно, малому апельсину, имѣла болѣе или менѣе, сферическій контуръ, но ея границы были не вполне отчетливо ограничены съ внѣшней стороны, инфильтрируя прилежащія ткани, въ особенности сверху и наружи; захваченной опухолью поясъ размягченія соответствовалъ парацентральной и квадратной долькамъ и задней трети сводовой извилины; опухоль вдавалась въ заднюю и верхнюю стѣнки боко-

вого желудочка; авторъ высказываетъ *предположеніе*, что задняя часть *gyri fornicati* служитъ церебральнымъ центромъ для тактильнаго ощущенія руки.

А. П. Драгомановъ.

Dr. E. A. Schäfer, Нервная клѣтка, какъ основа неврологін (The nerve cell considered as the basis of neurology. Brain, 1893).

Свою интересную статью авторъ начинаетъ краткимъ обзоромъ новѣйшихъ методовъ обработки неврологическихъ микроскопическихъ препаратовъ; отдавъ должную дань вниманія методамъ Marchi и Ehrlich'a, авторъ особенно восхваляетъ методъ Golgi; много интереснаго онъ ждетъ отъ физиологическаго метода Gotch'a и Horsley'a. Переида, затѣмъ, къ структурѣ нервной клѣтки, авторъ высказываетъ недоумѣніе, почему терминомъ «нервная клѣтка» ограничились одно тѣло клѣтки безъ клѣточныхъ ея отростковъ и предлагаетъ расширить этотъ терминъ, включивъ въ него и клѣточные отростки. Въ дальнѣйшемъ изложеніи предмета авторъ съ особымъ вниманіемъ останавливается на клѣточныхъ отросткахъ; находя существующіе термины для обозначенія клѣточныхъ отростковъ несоотвѣтственными и слишкомъ длинными, авторъ предлагаетъ осецилиндровые, или нейрофибрилярные отростки называть *нейронами* (neurons), а протоплазматическіе отростки—*дендронами* (dendrons); комбинированные же отростки, подобные имѣющимся у моторныхъ клѣтокъ arthropoda, авторъ называетъ *нейродендронами* (neurodendrons). Нервные клѣтки, въ зависимости отъ того, имѣютъ ли онѣ дендроны, авторъ дѣлитъ на *дендрическія* (dendric) и *адендрическія* (adendric) клѣтки; въ зависимости же отъ числа нейроновъ онѣ различаетъ клѣтки: *монойрическія* (mononeuric) и *полинейрическія* (polyneuric), послѣднія подраздѣляются на *динейрическія* (dineuric), *тринейрическія* (trineuric) и т. д., смотря по тому, 1, 2 или болѣе нейроновъ онѣ имѣютъ; большую часть нервныхъ клѣтокъ авторъ относитъ къ монойрическому классу, какъ напр., клѣтки переднихъ роговъ спинного мозга, многія клѣтки мозговой корки и большіе мозжочковыя клѣтки Пуркинье. Дальнѣйшая классификація нервныхъ клѣтокъ составляется, по автору, раздѣленіемъ на слѣдующіе комбинированные подклассы: а) клѣтки дендрическія и монойрическія, каковы клѣтки переднихъ роговъ спинного мозга. б) клѣтки дендрическія и полинейрическія, каковы нѣкоторые изъ поверхностныхъ клѣтокъ мозговой коры, в) клѣтки адендрическія и монойрическія, каковы клѣтки спинальныхъ ганглій челоуѣка. д) клѣтки адендрическія и полинейрическія, каковы динейрическія или извѣстныя «биполярныя» клѣтки спинальныхъ ганглій нѣкоторыхъ рыбъ и зародышей позвоночныхъ. Клѣтки симпатическихъ ганглій

авторъ, согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ Cajal'a, Retzius'a и Geduchten'a, относитъ къ дендрическимъ и мононейрическимъ (подклассъ а). Изъ своего знаменательнаго доклада, иллюстрированнаго интересными рисунками, авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: 1) Каждая нервная клѣтка образуетъ собой форменный элементъ (structural element), который анатомически изолированъ, но физиологически связанъ съ другими нервными клѣтками. 2) физиологическая связь этихъ элементовъ происходитъ или отъ соприкосновенія (contiguity) развѣтвленныхъ клѣточныхъ отростковъ<sup>1)</sup> различныхъ нервныхъ клѣтокъ другъ къ другу, или отъ соприкосновенія развѣтвленныхъ отростковъ<sup>1)</sup> одной клѣтки съ тѣломъ другой клѣтки. Вслѣдствіе этого соприкосновенія такихъ изолированныхъ клѣточныхъ элементовъ послѣдніе соединяются въ нервныя цѣпи, которыя могутъ быть то простыми, какъ въ нервной системѣ земляного червя и, пожалуй, въ обыкновенной рефлекторной цѣпи позвоночныхъ, то могутъ усложняться до любой степени. 3) Одни и тѣже нервныя импульсы не идутъ непремѣнно отъ одного элемента нервной цѣпи къ ближайшему, но болѣе вѣроятно, что новые импульсы (часто различнаго типа) возникаютъ въ послѣдовательныхъ элементахъ цѣпи. 4) Возникшіе такимъ образомъ новые импульсы могутъ быть признаны проходящими при посредствѣ электрическаго измѣненія, сопровождающаго прибытіе образовавшихся импульсовъ, безъ непремѣннаго прохожденія этихъ же импульсовъ къ ближайшему элементу цѣпи. 5) Съ одной стороны тѣло клѣтки, съ другой, какой-либо изъ ея отростковъ могутъ быть разсматриваемы, какъ возбудитель и передатчикъ нервныхъ импульсовъ; послѣдніе могутъ также возникать посредствомъ сокращенія, производящаго волны давленія или—посредствомъ колебанія поверхностнаго напряженія они могутъ переходить къ волокнамъ. 6) Тѣло клѣтки должно быть признано играющимъ первенствующую роль въ питаніи всего клѣточного элемента; эта трофическая функція находится въ ближайшей связи съ существованіемъ ядра; тѣмъ не менѣе нервныя импульсы могутъ и зарождаться въ тѣлѣ клѣтки и имъ же быть проводимы. Дендроны, или протоплазматическіе отростки, будучи выполнены протоплазмой клѣтки, могутъ первоначально служить къ содѣйствію питательнымъ процессамъ, какъ предполагалъ Golgi, но они также, несомнѣнно, подобно клѣточному тѣлу, могутъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ проводить новые импульсы. 7) Обычныя центробѣжныя пути непроходимы для центростремительныхъ импульсовъ, хотя центростремительные

<sup>1)</sup> Здѣсь рѣчь идетъ объ „арборизаціи“ нейроновъ. *Редф.*

пути могутъ проводить центробѣжныя импульсы; эта физиологическая разница находится въ соотношеніи съ различіемъ въ анатомическихъ свойствахъ при соединеніи соответственныхъ клѣточныхъ элементовъ.

*А. П. Драюмановъ.*

**Prof. Clouston**, Умственные проявленія при микседемѣ и эффектъ леченія ея сокомъ щитовидной железы (The mental symptoms of myxoedema and the Effect on them of the Thyreoid treatment, The Journal of mental science, 1894).

По мнѣнію автора, самыми ранними проявленіями микседемы будутъ: медлительность душевной дѣятельности, болѣзненная подозрительность и подавленность. Къ этому присоединяются раздражительность, вспышки возбудимости, чрезмѣрная подозрительность, затѣмъ ослабленіе, истощеніе и смерть. Изъ девяти случаевъ, только въ одномъ была патологическая наслѣдственность. До примѣненія леченія сокомъ щитовидной железы, авторъ выпустилъ 4 больныхъ съ обозначеніемъ «выздоровленіе»; но въ этихъ случаяхъ наступиле возвраты, леченіе же щитовидной железой дало прочное выздоровленіе. Излеченіе сокомъ щитовидной железы дѣйствительно даетъ прекрасный успѣхъ, но одного этого еще недостаточно; по излеченіи этихъ больныхъ отъ микседемы нужно ихъ въ достаточной мѣрѣ укрѣпить. Всѣ вышеуказанныя психическія ненормальности можно объяснить пропитываніемъ нервныхъ клѣтокъ муцинознымъ веществомъ, каковое пропитываніе вначалѣ производитъ раздраженіе клѣтокъ и дѣятельности ихъ,—а затѣмъ разрушеніе клѣтокъ и торпоръ въ области душевной дѣятельности.

*Михаилъ Поповъ.*

**Prof. Mendel**, Epilepsia tarda, Deutsche medicinische Wochenschrift, 1893.

Подъ именемъ epilepsia tarda Delanef <sup>1)</sup> предложилъ разумѣть такіе случаи эпилепсіи, въ которыхъ припадки появляются впервые послѣ 30-лѣтняго возраста. Такіе случаи несомнѣнно рѣдки, хотя точныя данныя статистики въ этомъ отношеніи даютъ очень мало. Недостаточность статистическихъ данныхъ усиливается еще тѣмъ, что прежнія статистики не могутъ приниматься въ расчетъ, такъ какъ тамъ смѣшивались случаи симптоматической и идиопатической эпилепсіи вмѣстѣ. Въ настоящее время для насъ могутъ имѣть значеніе статистическія данныя Köller'a и автора. Мы ихъ приведемъ здѣсь.

<sup>1)</sup> *Delanef*, Essai sur l'etiologie de l'epilepsie, 1893.

Время появленія эпилепсiи по Mendel'ю, по Köller'y<sup>1)</sup>

Возрастъ		мужчинъ	женщинъ	Общее число	
отъ	1 до 5 лѣтъ	55	57	112	188
»	6 » 10 »	90	51	141	218
»	11 » 15 »	132	74	206	—
»	16 » 20 »	92	72	164	—
»	21 » 25 »	48	37	85	77
»	26 » 30 »	34	10	44	76
»	31 » 35 »	38	17	55	38
»	36 » 40 »	28	16	44	40
»	41 » 45 »	14	6	20	35
»	46 » 50 »	11	4	15	37
»	51 » 55 »	6	2	8	13
»	56 » 60 »	6	1	7	11
»	61 » 65 »	1	2	3	5
»	66 » 70 »	—	—	—	1
Сумма		555	349	904	739

Изъ таблицы видно, что число эпилептиковъ мужчинъ гораздо больше, чѣмъ эпилептиковъ женщинъ (555 противъ 349), далѣе у обоихъ половъ число заболѣванiй до 15 года все болѣе и болѣе увеличивается, и достигаетъ миксима между 11 и 15 годами, — только съ 40 года эпилепсiя дѣлается рѣже, а потому и можетъ, по мнѣнiю автора, быть названа „*tarda*“. Самый позднiй возрастъ, при которомъ авторъ видѣлъ еще начинающуюся эпилепсiю, былъ у одного мужчины 61 г., а двухъ женщинъ 62, resp. 63 годъ. Далѣе авторъ подробно останавливается на вопросѣ о различiи эпилепсiи „*tarda*“ и эпилепсiи, являющейся въ раннемъ возрастѣ, по отношенiю ихъ этиологiи, патологiи и терапiи. *Bennet* думаетъ, что *epilepsia tarda* чаще бываетъ у мужчинъ; *Féré* наоборотъ у женщинъ. Изъ таблицы автора видно, что эпилепсiей *tarda* преимущественно страдаютъ мужчины (38 мужчинъ и только 15 женщинъ).

Что касается наследственности, то *Escheverria* и *Reynolds* ее совершенно отрицаютъ при эпилепсiи *tarda*. *Нотнагель* утверждаетъ, что если субъектъ съ наследственнымъ предрасположенiемъ до 20-лѣтняго возраста остается здоровъ, то онъ и въ дальнѣйшей своей жизни не заболѣетъ больше эпилепсiей. Въ противоположность этому *Féré* и *Delanef* признаютъ, что при *epilepsia tarda* на-

<sup>1)</sup> *Köller*, *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* 1887.

слѣдственность играет не маловажную роль. Наблюденія *Mendel* подтверждаютъ послѣднее; въ одномъ случаѣ, въ которомъ 41-лѣтняя женщина начала страдать эпилепсией, можно было доказать, что мать ея страдаетъ психозомъ; у другой 52-лѣтней женщины братъ и сынъ также страдали эпилепсией; одинъ мужчина, заболѣвшій эпилепсией на 52 году, имѣлъ эпилептика близкаго родственника, другой мужчина, у котораго болѣзнь появилась на 42 году, имѣлъ эпилептическую мать, у которой первые признаки болѣзни появились на 30 году. Одна женщина, которая заболѣла на 63 году, имѣла сумасшедшаго отца и эпилептика брата и т. д. Такимъ образомъ, почти на  $\frac{1}{4}$  всѣхъ случаевъ *epilepsia tarda* авторъ могъ доказать съ положительностью наследственное предрасположеніе. Нерѣдко причиной эпилепсiи считаютъ испугъ. Въ слѣдующемъ случаѣ послѣдній положительно служитъ этиологическимъ моментомъ. Пароходный машинистъ, 41 года отъ роду, сильно перепугался отъ грозившаго его пароходу столкновенія съ другимъ пароходомъ. Черезъ  $\frac{1}{4}$  часа послѣ этого онъ получилъ два типичныхъ эпилептическихъ припадковъ, черезъ годъ третій; въ послѣдующіе 3 года—по одному припадку и т. д. Въ данномъ случаѣ нельзя было доказать никакихъ другихъ причинъ развитія эпилепсiи; не было также и наследственности. Далѣе авторъ разбираетъ значеніе беременности и родовъ, а также и прекращенія менструаціи для заболѣванія эпилепсией. По мнѣнію *Féré*, прекращеніе менструаціи играетъ не маловажную роль при эпилепсiи; въ подтвержденіе своихъ словъ авторъ указываетъ на случай, описанный *Elliot*'омъ, въ которомъ женщина, прежде въ дѣтскомъ возрастѣ страдавшая эпилепсией и впослѣдствіи 30 лѣтъ свободная отъ этой болѣзни, снова, съ наступленія паузы въ менструаціи, сдѣлалась эпилептической. Авторъ наблюдалъ развитіе эпилепсiи у 42-лѣтней женщины послѣ тяжелыхъ родовъ; неоднократно видѣлъ онъ также возвращеніе давно отсутствовавшихъ эпилептическихъ припадковъ во время менструаціи и ухудшеніе ихъ характера, при чемъ болѣзненные психическія явленія показались ему интенсивнѣе. Въ очень только рѣдкихъ случаяхъ бываетъ и обратное явленіе, а именно, послѣ прекращенія менструаціи эпилептическіе припадки дѣлаются все рѣже и рѣже. *Epilepsia tarda* въ нѣкоторыхъ случаяхъ протекаетъ такъ же, какъ и обыкновенная эпилепсія: послѣ перваго припадковъ, появляющагося въ большинствѣ случаевъ у до того совершенно здоровыхъ людей, по истеченіи извѣстнаго времени, наступаетъ второй припадокъ, за которымъ слѣдуютъ другіе въ промежуткахъ, все болѣе и болѣе короткихъ. Во время интервалловъ замѣчается ослабленіе памяти, интеллигентности и настроеніе духа подходитъ подъ то настроеніе.

которое французы называют «*caractère épileptique*». Въ сравнительно большомъ числѣ случаевъ *epilepsia tarda* протекаетъ иначе и клиническая картина ея совсѣмъ другая. Въ цѣломъ рядѣ случаевъ заболѣванію этому предшествуютъ желудочныя расстройства, дліяющія иногда десятки лѣтъ; въ двухъ случаяхъ авторъ наблюдалъ припадки грудной жабы, безъ органическаго заболѣванія сердца, въ грехъ другихъ появленію *epilepsia tarda* предшествовалъ органическій сердечный порокъ. *Epilepsia tarda*, какъ и обыкновенная *epilepsia*, влечетъ за собою различныя формы психическаго расстройства. У нѣкоторыхъ пациентовъ, страдавшихъ на первый взглядъ ипохондріей, тщательное изслѣдованіе показало другое страданіе, а именно: *epilepsia tarda*. При всемъ томъ авторъ на основаніи своихъ долготѣвнихъ наблюденій подтверждаетъ то, что уже разъ замѣчено было *Romberg*'омъ, именно, что интеллектуальная сфера, равно какъ и память, при поздней эпилепсїи ослаблены въ меньшей степени, чѣмъ при ранней, вотъ почему и пациенты его—учителя, чиновники и купцы съ *epilepsia tarda* въ состояніи были заниматься своимъ дѣломъ, не взирая на часто повторявшіеся у нихъ припадки. Отсюда видно, что молодому только развивающемуся мозгу эпилептическіе припадки приносятъ больше вреда, чѣмъ уже развившемуся. Терапія при интересующей насъ формѣ эпилепсїи не разнится отъ терапіи при обыкновенной эпилепсїи. Бромистые препараты въ большихъ дозахъ, *Belladonna* и *Atropin* (подъ кожу) суть тѣ медикаменты, которые заслуживаютъ вниманія при леченіи. Дїета въ общемъ должна быть растительная, спиртные напитки должны быть строго запрещены.

*Медицина, 1894.*

**Dr. Rosin**, Эпилепсія вслѣдствіе болѣзней сердца (*Epilepsie in Befolge von Herzkrankheiten, Centralblatt-für Nervenheilkunde, 1894, I*).

Авторъ описываетъ собственный случай и 12 случаевъ изъ литературы интереснаго сочетанія эпилепсїи и болѣзней сердца. При томъ авторъ касается только тѣхъ случаевъ эпилепсїи, гдѣ существуетъ прямая и непосредственная связь между приступами эпилепсїи и болѣзнями сердца. Во Франціи на эту форму болѣзни указано было въ 1887 г. *Lemoine*'омъ, а затѣмъ *Ballet*. По мнѣнію втора, болѣзни сердца и большихъ сосудовъ безусловно могутъ служить прямою причиною возникновенія эпилепсїи. Когда всѣ остальные причины эпилепсїи исключены, тогда можно признать эпилепсію вслѣдствіе страданій сердца. Эта сердечная эпилепсія можетъ появляться при всѣхъ пораженіяхъ сердца, но особенно часто при артеріосклерозѣ миокардитѣ. Эта эпилепсія основывается на нарушеніи питанія мозга, преимущественно же въ области двигательныхъ центровъ. Эти случаи должны относиться къ группѣ эпилепсїи вслѣдствіе нарушенія

циркуляціи. Остается неустановленнымъ — будутъ ли данные случаи отличаться отъ тѣхъ, кои обуславливаются поражениемъ сосудовъ мозга. Не установлено также и то — играетъ ли при этомъ какую нибудь роль личное предрасположеніе. Возникновенію приступовъ эпилепсіи въ нѣкоторыхъ случаяхъ способствуетъ сонъ. При леченіи данныхъ случаевъ употребляютъ digitalis, бромъ и проч.

*Андрей Поповъ.*

**Prof. Nothnagel**, Эпилепсія, ея сущность и леченіе (Epilepsie, ihr Wesen und Behandlung, Wiener medic. Presse, 1893; Современная клиника, 1893, № 8).

Въ своей лекціи авторъ излагаетъ общезвѣстное ученіе о симптоматологіи, сущности и леченіи эпилепсіи. Изъ всего сказаннаго авторомъ особеннаго вниманія заслуживаетъ отдѣлъ леченія. Здѣсь, разумѣется, первое мѣсто отдается броматамъ, которые онъ назначаетъ отъ 4 до 12 grm. pro die, смотря по случаю; длительность приѣмовъ броматовъ должна быть отъ 1 до 2 лѣтъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ авторъ не получалъ хорошаго успѣха отъ броматовъ, онъ совѣтуетъ сочетаніе Zinci oxydat. (0,03), Ext. belladon. (0,03) и pulv. rad. valer. (1,0) раза по три въ день. Особенно важное значеніе авторъ, въ дѣлѣ леченія эпилепсіи, приписываетъ серьезному жизненному режиму. «Безусловно слѣдуетъ запрещать всѣ напитки, содержащіе теоброминъ, кофеинъ и спиртъ... Больной долженъ тщательно избѣгать всего того, что можетъ вызвать припадокъ, такъ напр., утомленія, психическаго возбужденія, переполненія желудка. Онъ долженъ въ опредѣленный часъ ложиться спать... Я предписываю больнымъ строго соблюдать вегетаріанскій образъ жизни... мы можемъ вполне себѣ представить, что воздержаніе отъ тѣхъ раздраженій, которыя вызываются употребленіемъ мяса, производитъ благопріятное вліяніе на нервы. Остается однако не рѣшеннымъ, не должно ли это благопріятное дѣйствіе вегетаріанизма приписать одновременному воздержанію отъ спиртныхъ напитковъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ цѣли ведетъ строгая молочная діета, если больные обладаютъ для ея проведенія достаточной энергіей. Безъ сомнѣнія, такая полная перемѣна режима должна оказывать вліяніе на болѣзнь. Такъ, я предписалъ одному молодому аристократу, на эпилепсію котораго бромъ не оказывалъ никакого вліянія, строгую молочную діету въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ и достигъ этимъ столь хорошаго результата, что я желалъ бы рекомендовать это средство для особенно упорныхъ случаевъ болѣзни, хотя, конечно, и оно можетъ оказаться недѣйствительнымъ. Если по истеченіи 2—3 мѣсяцевъ больные заявляютъ, что они не въ состояніи больше пить молоко, то тогда совѣтуютъ имъ ѣсть овощи, затѣмъ бѣлое мясѣ»

и только уже значительно позже дозволяютъ черное мясо. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, повидимому, приноситъ пользу гальванической токъ». (Всѣ эти положенія проф. Nothnagel'я уже давно открыто проповѣдываются проф. П. И. Ковалевскимъ, который отъ такого режима наблюдалъ очень хорошія послѣдствія, реф.).

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Rosenberg,** Къ ученію о церебральномъ дѣтскомъ параличѣ и эпилепсiи (Casuistische Beiträge der cerebralen Kinderlähmungen und der Epilepsie, Beiträge zur Kinderheilkunde, Neue Folge, B. IV).

Поверхностное изученіе случаевъ эпилепсiи устанавливало тотъ взглядъ, что эта болѣзнь прирощенная. Однако тщательный разборъ исторiй болѣзни выяснилъ, что многіе случаи эпилепсiи прирощенной должны быть отнесены къ симптоматической, такъ какъ рядомъ съ этимъ встрѣчаются проявленія церебральнаго паралича. Является вопросъ: можно ли отдѣлить эпилепсiю безъ моторныхъ проявленій отъ тѣхъ случаевъ, гдѣ былъ дѣтскій параличъ, и вообще, можно ли отдѣлить прирощенную эпилепсiю отъ симптоматической? При этомъ авторъ соглашается съ мнѣніемъ Freud и Rie, которые смотрятъ на эпилепсiю не какъ на нейрозъ, а какъ на органическое поврежденіе мозга «какъ на церебральный параличъ безъ паралича».

*Андрей Поповъ.*

**Prof. Anton,** Объ участіи мозговыхъ узловъ основанія при разстройствахъ движеній, особенно при хорей (Ueber die Betheiligung der basalen Gehirnganglien bei Bewegungsstörungen und insbesondere bei der Chorea, Wiener klinische Wochenschrift, 1893, 48).

По мнѣнію автора, правильность и цѣлесообразность нашихъ движеній обуславливаются импульсирующимъ факторомъ, регулирующимъ и задерживающимъ. Нарушеніе одного изъ нихъ неизбѣжно влечетъ нарушеніе и въ другомъ, слѣдствіемъ чего являются болѣзненные проявленія въ моторной области. Центрами такихъ импульсовъ служатъ сѣрое вещество поверхности мозга, узловъ основанія мозга и спинной мозгъ. Авторъ не можетъ согласиться съ тѣмъ мнѣніемъ, чтобы при хорей поражался только наружный членикъ течевичнаго тѣла; по его мнѣнію, въ созиданіи данной болѣзни принимаютъ участіе указанные всѣ три отдѣла сѣраго вещества центральной нервной системы, съ особеннымъ однако преобладаніемъ въ области узловъ основанія мозга. Нужно считаться при этомъ съ тѣмъ обстоятельствомъ, что большіе узлы основанія мозга получаютъ притокъ крови непосредственно изъ carotis черезъ тонкія сонечныя вѣточки. Это обстоятельство легко можетъ служить благоприятнымъ условіемъ къ разстройству питанія.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Gaule**, Трофическая дѣятельность нервовъ (Die trophischen Functionen der Nerven, Neurolog. Centrbl., 1893).

Трофическою дѣятельностью нервовъ авторъ называетъ ихъ способность проводить внутреннія силы организма къ той точкѣ, гдѣ требуется уравновѣшиваніе воздѣйствія на нее же внѣшнихъ силъ. Эта сила проявляется въ двухъ формахъ: въ видѣ быстро колеблющейся и постоянной. Первая выражается главнымъ образомъ движеніемъ и падаетъ на долю чувствительныхъ и двигательныхъ нервовъ,—вторая—создается трофическими явленіями. Трофическія свойства нервовъ обуславливаются клѣтками узловъ. Раздраженіе постояннымъ токомъ симпатическихъ узловъ даетъ характерныя измѣненія въ мускулахъ въ формѣ глубокихъ потерь вещества, которыя появляются на тѣхъ же симметрическихъ мѣстахъ мускуловъ и имѣютъ видъ полумѣсяца. Измѣненія начинаются образованіемъ полостей внутри мускульныхъ волоконъ, которое, вѣроятно, имѣетъ въ основѣ своей раствореніе вещества, тогда какъ другая часть волоконъ сливается въ своеобразные пучки. Это можетъ сопровождаться расширеніемъ сосудовъ и кровоизліяніями, но можетъ быть и безъ нихъ. Въ послѣднихъ стадіяхъ происходитъ образованіе своеобразныхъ клѣтокъ соединительной ткани, а также глыбъ и гигантскихъ клѣтокъ въ мускульныхъ волокнахъ. Очевидно, симпатическіе узлы образуютъ какое-то вещество, которое, будучи принесено къ мускуламъ, способствуетъ противодѣйствію ихъ внѣшнему вліянію. Это вещество во всякомъ случаѣ должно проходить черезъ спинные узлы и задніе корешки и, вѣроятно, черезъ спинной мозгъ и двигательные нервы.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Eulenburg**, *Erythromelalgia* (Ueber Erythromelalgie, Neurologisches Centralblatt, 1893).

За послѣдніе два года авторъ наблюдалъ 3 случая этой болѣзни и утверждаетъ прежнее свое мнѣніе, что все дѣло здѣсь сводится къ сенситивно-вазомоторному симптомокомплексу различнаго центрального интрамедуллярнаго происхожденія.—1-й случай. У дамы, 30 лѣтъ, изъ нейропатической, наклонной къ мускульной атрофіи семьи, возникло страданіе послѣ хлоро-анеміи. Приступы болѣзни, чаще ночные, являлись послѣ напряженной ручной работы,—предшествовавшихъ гастрическихъ разстройствъ, передъ менструаціями. Между прочимъ возникаетъ распространенное страданіе мускулатуры плечевого пояса и въ области плечевой кости въ формѣ юношеской дистрофіи (Erb).—2-й случай. У модистки, 45 лѣтъ, изъ нейропатической семьи, отчасти истеричной, этиологическими моментами являлись тяжелые душевные аффекты, заботы о пропитаніи и т. п.

а также продолжительное расстройство пищеварения (хронический катарр желудка и кишек). Болѣзнь наступила вдругъ, сначала по ночамъ, приступы были многочисленны, зимою стали они рѣже и легче. Дѣло сводилось къ слѣдующему. На рукахъ замѣчалось расстройство чувствительности въ формѣ пониженія чувства боли и температуры, особенно на концахъ пальцевъ. Кромѣ эритромелалгii здѣсь наблюдались признаки церебральнаго расстройства: конгестивные и апоплектические приступы, частыя головныя боли, головокруженіе, ломоты, шатающаяся походка, дефекты интеллекта и памяти, галлюцинаціи и пр.; офтальмоскопическое изслѣдованіе дало: значительное концентрическое ограниченіе поля зрѣнія, далѣе въ началѣ болѣзни легенькія воспалительныя измѣненія на papilla, позднѣе rethinitis haemorrhagica въ обоихъ глазахъ. 3-й случай. Портной, 54 лѣтъ, много лѣтъ страдалъ маляріей; недавно развилась эритромелалгiя, сначала на правой ногѣ, потомъ, послѣ холодной ночи, проведенной на стражѣ, появилась въ лѣвой рукѣ и тѣмъ ограничилась.—Интересна наблюдавшаяся здѣсь внезапная потливость и склонность къ кровотечениямъ на пораженныхъ конечностяхъ.—Замѣчается наследственный моментъ: мать долго имѣла подобное страданіе на ногахъ.—Разбирая вкратцѣ этиологию и дифференціальный діагнозъ, авторъ обращаетъ вниманіе на связь эритромелалгii съ извѣстными функціональными расстройствами (напр. akroparästhesia Fr. Schulze и Laquer); общее здѣсь—особая комбинація чувствительныхъ расстройствъ съ вазомоторными, секреторными и трофическими расстройствами. Исходнымъ пунктомъ чувствительныхъ расстройствъ несомнѣнно здѣсь являются какія-то измѣненія въ заднихъ рогахъ; исходный пунктъ вазомоторныхъ и секреторныхъ расстройствъ лежитъ въ intermedio-lateral'номъ клѣточномъ скопленіи Clark'a.

*Андрей Поповъ.*

**Prof. L. Bauer**, Атипическій неврозъ (психозъ и эритромелалгiя) (Eine atypische Neurose, Berlin. klin. Wochenschrift, 1894).

Авторъ сообщаетъ слѣдующій интересный случай невроза. Дѣло касается мальчика, которому теперь 13 лѣтъ, съ нейропатической наследственностью со стороны отца. У него наблюдались нѣкоторыя странности характера, которыхъ не было у его 3 сестеръ. Иногда эти странности достигали степени, близкой къ психозу, при этомъ являлись: вспыльчивость и раздражительность часто по незначительному поводу, неудержимая импульсивность, граничащая съ маніей, все это иногда заканчивалось покушеніемъ на жизнь сверстниковъ его. Въ иное время, если не было раздражающаго мотива, онъ осгавался относительно покойнымъ, погружаясь въ самосозерпаніе. У этого больного вдругъ появлялось нѣкоторое безпокойство, скоро

разражавшееся приступомъ гнѣва и одновременно съ тѣмъ наблюдалась эпилептическая аура. На правой ногѣ появлялась гиперестезія, сопровождаемая сильной мѣстной раздражительностью: малѣйшее прикосновеніе вызывало продолжительныя конвульсіи. Приступъ всегда наступалъ внезапно, безъ предвѣстниковъ, длился семнадцать дней, съ одинаковою напряженностью и потомъ внезапно - же безслѣдно исчезалъ, такъ что больной могъ свободно владѣть конечностью. — Свѣтлый промежутокъ длился 6 недѣль и потомъ вновь наступалъ приступъ, съ той же напряженностью, такимъ же періодомъ длительности и на соотвѣтственныхъ мѣстахъ другой конечности. Только разъ явился эдематозный безцвѣтный отекъ и дважды эритематозная пятнистая краснота на кожѣ пораженной конечности. — Разъ эти явленія наблюдались въ области п. ассессогіи, послѣ чего внезапно развилась полнѣйшая глухота на оба уха, продолжавшаяся 13 мѣс., затѣмъ неожиданно слухъ возвратился внезапно. Во время глухоты никакихъ иныхъ мѣстныхъ явленій не наблюдалось. Сонъ, аппетитъ и отправления растительной жизни были въ порядкѣ: ростъ замѣтно прогрессировалъ. Въ виду слабости слуха, препятствовавшей ученію, больной былъ переведенъ въ лечебницу ушныхъ болѣзней. Авторъ полагаетъ, что этотъ случай имѣетъ нѣкоторую связь съ эритрожелалгіей.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Muller**, Къ ученію о Базедовой болѣзни (*Beiträge zur Kenntniss der Basedowen Krankheiten, Deutsches Archiv f. kl. Medicin. B. XLI*).

Авторъ, на основаніи трехъ вскрытій умершихъ отъ Базедовой болѣзни, нашелъ, что п. sympathicus, во всѣхъ этихъ случаяхъ былъ нормаленъ, такъ какъ тѣ измѣненія, которыя при этомъ въ данномъ нервѣ были найдены, находились и у здоровыхъ людей. За то во всѣхъ случаяхъ были найдены многочисленныя мелкія кровоизліянія въ *medulla oblongata*. Въ первомъ случаѣ они были въ области ядеръ (п.п. *Vagus, glossopharyngeus, abducens*) и верхнихъ оливахъ, во второмъ случаѣ многочисленныя мелкія кровоизліянія находились надѣ четвертаго желудочка, въ области ядра п. *vagus*, — въ третьемъ случаѣ кровоизліяніе въ ромбовидной ямкѣ. Въ виду всего этого теорія о происхожденіи Базедовой болѣзни отъ пораженія п. *sympathici* отстраняется, скорѣе можно допустить раздраженіе п. *sympathici*, чѣмъ его пораженіе.

Изложивъ ученіе о Базедовой болѣзни, авторъ касается существующихъ теорій болѣзни. По его мнѣнію, симпатическая теорія должна быть рѣшительно устранена, такъ какъ она стоитъ въ прямомъ противорѣчій съ большинствомъ клиническихъ, физиологическихъ

и патологических фактовъ. Болѣе разумна теорія бульбарная,—но и она недостаточна для выясненія всей картины болѣзни. Постоянное присутствіе, а иногда и преобладаніе психическихъ разстройствъ въ данной болѣзни, а также сосуществованіе эпилепсін, гемиплегін и проч. неоспоримо доказываютъ соучастіе мозга въ данной болѣзни. Съ другой стороны, существуютъ неоспоримые факты, указывающіе на участіе спинного мозга въ Базедовой болѣзни. Поэтому авторъ полагаетъ, что патологія данной болѣзни никоимъ образомъ не ограничивается однимъ продолговатымъ мозгомъ, а распространяется и на весь мозгъ и на симпатическую систему. Колебательный ходъ болѣзни и случаи ея излеченія устраняютъ органической характеръ поражений. Картина вскрытій даетъ результаты весьма неопредѣленные. Все это даетъ основаніе допустить, что при Базедовой болѣзни имѣется дѣло съ поражениемъ динамическимъ и функциональнымъ. Возникшихъ опредѣленныхъ причинныхъ моментовъ два: патологическое предрасположеніе (наслѣдственность, огорченіе, испугъ) и заболѣваніе щитовидной железы. На послѣднюю связь указываютъ случаи микседемы и Базедовой болѣзни (П. И. Ковалевскій, Sollier). Основа страданія: функциональное поврежденіе щитовидной железы, аномальныя секретіи которой (токсинъ) раздражаютъ прежде всего лимфатическія цервикальныя железы, а затѣмъ и всю нервную систему.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Schaefer**, Менструація и психозы (Beziehungen zwischen Menstruationsprocess und Psychose, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1893).

Воздѣйствіе между менструаціоннымъ процессомъ и отправленіемъ центральной нервной системы общеизвѣстно. Центральная нервная система въздѣйствуетъ на возникновеніе и теченіе менструаціоннаго процесса,—еще болѣе менструаціонный процессъ въздѣйствуетъ на отправленія центральной нервной системы, какъ въ обычной жизни, такъ и особенно при ненормальномъ состояніи. На послѣднее въздѣйствіе было обращено особое вниманіе Schlager'омъ, Schröter'омъ и Krafft-Ebing'омъ, при чемъ послѣдній описываетъ спеціальную форму менструальнаго помѣшательства. Авторъ задается вопросомъ: существуетъ ли извѣстное взаимоотношеніе между извѣстными психозами и менструаціоннымъ процессомъ? На основаніи клиническаго матеріала въ 450 случаевъ онъ полагаетъ, что при первичныхъ аффективныхъ психозахъ, какъ меланхолія и манія, наступающія менструація извѣстнымъ образомъ въздѣйствуютъ. Случаи средней тяжести и очень тяжелой меланхоліи протекаютъ почти всегда съ аменорреей, которая исчезаетъ при улучшеніяхъ душевной

болѣзни; случаи слабой напряженности въ теченіи всей болѣзни сопровождаются менструаціями правильно. Такимъ образомъ, менструаціи протекаютъ параллельно ходу жизненныхъ отравленій. Въ большинствѣ случаевъ простого меланхолическаго разстройства, которое протекало только съ слабымъ нарушеніемъ тѣлесныхъ отравленій, менструаціи появлялись правильно. Въ случаяхъ серьезной мани, сопровождающейся явленіями *delirii acuti*, менструаціи протекали неправильно и вовсе прекращались. Въ пяти случаяхъ циркулирующаго сумашествія во время 6 депрессивныхъ фазъ была аменоррея и во время шести фазъ возбужденія правильно протекали менструаціи. Въ 15 случаяхъ первичнаго ступора, ступора отъ истощенія и первичнаго излечимаго слабоумія 13 случаевъ были безъ менструацій, при чемъ въ 10 изъ нихъ въ періодѣ выздоровленія менструаціи возвратились. Острые интеллектуальные психозы представляютъ неправильное теченіе менструацій. Если аффективные разстройства являются вторично, то и при этомъ всѣ депрессивныя и ступорозныя состоянія сопровождаются аменорреей, которая исчезаетъ при наступленіи выздоровленія, или при переходѣ въ хроническое теченіе. Въ слабыхъ и среднихъ случаяхъ возбужденія менструаціи протекаютъ правильно,—въ сильныхъ случаяхъ возбужденія прекращаются. При хроническихъ интеллектуальныхъ психозахъ (прирожденныхъ) безъ существующихъ аффективныхъ проявленій менструаціи протекаютъ правильно, подчиняясь въ остальномъ воздействию измѣненій въ области представлений. Наступленія обостреній въ области мыслительной сопровождаются менструальными разстройствами, соотвѣтственно преобладанію состоянія депрессіи и экзальтаціи. Въ пяти случаяхъ *dementia paralytica* въ продромальномъ и начальномъ періодахъ менструаціи оставались правильными, тогда какъ въ разгарѣ болѣзни онѣ прекращались.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Friedmann**, О первичныхъ менструальныхъ психозахъ (*Ueber die primordiale menstruelle Psychose, Neurolog. Centralb., 1894*).

Авторъ описываетъ исторіи двухъ, бывшихъ подъ его наблюденіемъ, дѣвушекъ, 14 и 16 лѣтъ,—у которыхъ проявился менструальный психозъ. При этомъ наблюдались рѣзкіе приступы депрессивнаго психическаго разстройства съ потемнѣніемъ сознанія, протекшіе въ 3—4-недѣльный срокъ. Данные приступы походили на обычные менструальные психозы, но заканчивались выздоровленіемъ видѣтъ съ возвращеніемъ раньше отсутствовавшихъ или прерванныхъ менструацій. Интересно то, что въ обоихъ случаяхъ отсутствовало или незначительно проявлялось предрасположеніе къ психозамъ. Авторъ обозначаетъ данное состояніе терминомъ «менструальное психическое

состояніе», которое выдѣляется изъ ряда типическихъ періодическихъ психозовъ по благопріятному прогнозу.—Между прочимъ авторъ упоминаетъ о благотворномъ вліяніи появленія менструацій на эпилепсію.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Beyer,** Къ патологій остраго галлюцинаторнаго помѣшательства (*Zur Pathologie der acuten hallucinatorischen Verworrenheit, Neurologisches Centralblatt, 1894*).

Подъ именемъ этой формы страданія собрано такъ много совершенно различныхъ (по этиологій, ходу, теченію и продолжительности) случаевъ, что авторъ находитъ практически необходимымъ сдѣлать кое-какія подраздѣленія. При этомъ онъ отдѣляетъ одну группу, отличающуюся быстрымъ теченіемъ и наблюдающуюся въ возрастѣ 48—56 лѣтъ, когда типическія формы помѣшательства не встрѣчаются. Специальной этиологій не подмѣчено (тѣлесныя страданія, алкоголизмъ и т. д.). Вслѣдъ за періодомъ нервныхъ страданій (головная боль и т. д.), длящимся отъ одного до нѣсколькихъ лѣтъ, слѣдуетъ депрессивный продромальный стадій отъ 1 до нѣсколькихъ недѣль. Онъ наступаетъ въ видѣ внезапнаго приступа спутанности съ обманами чувствъ и соотвѣтствующимъ расположеніемъ духа и двигательными импульсами, при чемъ все это бываетъ менѣе рѣзко, чѣмъ при типическихъ формахъ. Наибольшее развитіе болѣзни длится 2—3 недѣли, при чемъ теченіе колебательное, съ продолжающимся разстройствомъ сознанія. Затѣмъ въ теченіи 2—4 недѣль наступаетъ постепенное улучшеніе состоянія, проявленіе сознанія. Въ общемъ такимъ образомъ все длится 5—7 недѣль. Рецидивъ наблюдался разъ послѣ 4 лѣтъ и разъ послѣ 6 лѣтъ. Авторъ подробно излагаетъ дифференціальныя діагнозы этой формы отъ различныхъ видовъ *melancholiae* и острой параной, *dementiae acutae* и т. д., равно и отъ помѣшательства въ юныхъ лѣтахъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Aschaffenburg,** *Delirium typhosum* (Ueber Initialdelirien bei Typhus, *Neurologisches Centralblatt, 1894*).

Авторъ излагаетъ исторію болѣзни одной 30-лѣтней дѣвушки, которая была принята въ Гейдельбергскую психическую клинику съ явленіями быстрыхъ двигательныхъ порывовъ, наплывомъ ложныхъ идей съ галлюцинаціями и общей спутанностью,—все это сопровождалось поступками какъ бы въ состояніи опьяненія. Діагностировали тифозное помѣшательство (*Initialdelirium bei Typhus abdominalis*), что подтверждено было секціей. Авторъ высказываетъ, что помѣшательство при тифѣ наблюдается собственно двухъ родовъ (впрочемъ, онъ не отрицаетъ переходныхъ формъ): 1-я напоминающая «*conceptions délirantes*» французскихъ авторовъ, отличающаяся

сноподобными идеями, 2-я сопровождающаяся полнѣйшей спутанностью и значительнымъ возбужденіемъ.—Указавъ на различіе этой формы болѣзни отъ аменціи, эпилепсіи и паралича, авторъ находитъ сходство между данной формой болѣзни и токсическимъ бредомъ при септикеміи, Lyssa и проч., почему онъ склоненъ инициальный бредъ при тифѣ отнести къ интоксикаціоннымъ формамъ бреда.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Schönfeld**, Индуцированное помѣшательство (Ueber das inducirte Irresein, 1893).

Вышеназванная работа представляетъ собою дѣльную диссертацию, особенное достоинство которой заключается въ знакомствѣ автора съ русской литературой. Въ этомъ отношеніи достаточно указать на почтенный трудъ по данному вопросу д-ра Яковенко, чтобы найти оправданіе нашей похвалѣ. Общія взгляды автора не представляютъ чего либо особенно новаго и его трудъ заключается въ систематизаціи прежняго. По мнѣнію автора, параноя есть главная форма, въ которой преимущественно выражается индуцированное помѣшательство.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Vorster**, О содержаніи гемоглобина и удѣльномъ вѣсѣ крови у душевно-больныхъ (Ueber den Hemoglobingehalt und das spezifische Gewicht des Blutes bei Geisteskranken, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1894).

Ислѣдованіемъ крови въ прежнее время занимались только физиологи, такъ какъ существовавшіе способы ислѣдованія ея не могли быть примѣняемы у постели больныхъ. Однако усовершенствованія способовъ ислѣдованія въ послѣднее время дали возможность клиницистамъ изучать состояніе крови не только у больныхъ, страдавшихъ органами кроветворенія и кровообращенія, но и у другихъ больныхъ. Несомнѣнно, что душевные больные въ этомъ отношеніи могутъ дать прекрасный матеріалъ для многихъ работъ, при чемъ въ этомъ направленіи уже три работы существуютъ (Micphail, Smyth и Winkler). Авторъ ислѣдовалъ многихъ больныхъ, при чемъ получилъ слѣдующіе выводы. Очень возбужденный больной съ delirium tremens въ теченіе четырехъ дней возбужденія достаточно потерялъ въ удѣльномъ вѣсѣ и гемоглобинѣ крови, при чемъ по мѣрѣ успокоенія эти потери восстанавливались. По мнѣнію автора здѣсь обѣднѣніе крови происходило не отъ алкоголя, такъ какъ хроническіе алкоголики не теряли ни въ плотности крови, ни въ гемоглобинѣ, а отъ усиленнаго психическаго и моторнаго возбужденія. Въ 8 случаяхъ маніи на высотѣ заболѣванія всегда получалось уменьшеніе гемоглобина и пониженіе удѣльнаго вѣса крови.

при чемъ это паденіе шло пропорціонально паденію вѣса тѣла. Въ циркулирующемъ помѣшателствѣ въ маниакальномъ состояніи удѣльный вѣсъ крови и количество гемоглобина падаютъ, а при меланхоліи они значительно повышаются. Это странное повышение данныхъ величинъ при меланхоліи, не смотря на анемію, объясняется венознымъ стазомъ при послѣдней. Острое сумашествіе въ 12 случаяхъ даетъ въ большинствѣ нормальное состояніе частей крови, у меньшинства пониженіе удѣльнаго вѣса крови и гемоглобина и у двухъ больныхъ только пониженіе содержанія гемоглобина. Smith при меланхоліи наблюдалъ повышенный удѣльный вѣсъ, а содержаніе гемоглобина пониженнымъ; на 19 случаевъ автора, у 4 и то и другое было нормально, въ 2 повышение того и другого, въ 3 пониженіе и того, и другого, въ 3 удѣльный вѣсъ повышенъ, а содержаніе гемоглобина нормально, въ 7 удѣльный вѣсъ нормаленъ, а содержаніе гемоглобина понижено. Такимъ образомъ, въ 10 случаяхъ изъ 19 удѣльный вѣсъ—былъ повышенъ по отношенію къ содержанію гемоглобина; но нужно добавить, что это отношеніе въ теченіе болѣзни колеблется. Замѣчательно однако то, что по мѣрѣ поправленія болѣзни и повышения вѣса тѣла цифры эти падаютъ. Особенно рѣзко это явленіе при сильно атоническихъ формахъ. Изслѣдованіе другихъ авторовъ показало, что вообще при венозномъ стазѣ удѣльный вѣсъ крови и количество гемоглобина повышаются,—этимъ авторъ объясняетъ повышение удѣльнаго вѣса и количества гемоглобина при асфе меланхоліи и паденіе къ концу болѣзни. При психозѣ съ Базедовой болѣзью и бронзировкою кожи лица, шеи и конечностей, кровь имѣла шоколадную окраску и содержаніе гемоглобина страшно пониженное, то же пониженіе количества красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и удѣльнаго вѣса. Orpenheimer, какъ и авторъ, въ другихъ случаяхъ Базедовой болѣзни находили нормальное состояніе удѣльнаго вѣса крови и гемоглобина. У паралитиковъ (29) въ 19 случаяхъ удѣльный вѣсъ нормальный, 18 пониженный и 1 разъ повышенный, гемоглобинъ—въ 7 случаяхъ нормальный и въ 22 пониженъ. Послѣ легкаго апоплектиформеннаго приступа у паралитика наблюдались отрицательныя данныя; у одного получилось повышение и удѣльнаго вѣса, и гемоглобина. Эпилептиковъ изслѣдовалось 22. Изъ 12 эпилептиковъ послѣ приступа у 8 наблюдалось повышение удѣльнаго вѣса и гемоглобина. Smith то же явленіе наблюдалъ изъ 50 у 46 эпилептиковъ по отношенію къ удѣльному вѣсу,—гемоглобинъ же не представлялъ повышения. У остальныхъ 4 больныхъ автора не имѣлось повышения цифръ, но они не представляли судорожныхъ явленій. Такимъ образомъ, на измѣненіе состава крови у эпилептиковъ оказываютъ вліяніе судороги. Но при этихъ судорогахъ

вліяють не мускульныя сокращенія, а задержка дыханія, и стазь крови. Повышеніе этихъ цифръ особенно замѣтно въ первые 24 часа послѣ приступа, но затѣмъ постепенно онѣ падаютъ. Авторъ полагаетъ, что на измѣненіе удѣльнаго вѣса и гемоглобина у эпилептиковъ вліяють также приемы брома.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Schaefer**, Изслѣдованіе обмѣна веществъ въ одномъ случаѣ не типическаго дрожательнаго паралича (*Stoffwechseluntersuchung in einem Fall von nicht typischer Paralysis agitans. Archiv für Psychiatrie. Bd. XXIV. Heft 3. 1892. S. 939*).

Авторъ высказываетъ, что мышечныя движенія при хорѣ и дрожательномъ параличѣ имѣють вліяніе на общій обмѣнъ веществъ и производять увеличенное превращеніе бѣлка въ организмѣ этихъ больныхъ въ конечные продукты (азотистыя вещества мочи). Противрѣчивые результаты Penzold'a, Leube, Seiffert'a, Jules Chéron'a, и нашедшихъ уклоненія отъ нормы содержанія мочевины въ мочѣ при этихъ формахъ болѣзней, и de Rienzi въ двухъ случаяхъ *Chorea minor*, Mosse и Banal'я при *paralysis agitans*, нашедшихъ ее увеличенной, авторъ объясняетъ неточностями въ изслѣдованіяхъ и главнымъ образомъ тѣмъ, что не вычислялось количество азота, выведеннаго съ каломъ. Объектомъ для изслѣдованія автору послужилъ больной, представлявшій картину *paralysis agitans*, но затемнявшійся симптомами наследственной хорей; сестра больного умерла въ этой же клиникѣ отъ такой же болѣзни. Больной почти не былъ въ состояніи ходить и все время сидѣлъ или лежалъ, между тѣмъ какъ переваривалъ очень большія количества пищи безъ всякаго затрудненія, а увеличенія вѣса тѣла не было. Число произвольныхъ мышечныхъ движеній больного въ 1' = 100—150; при покоѣ эти мышечныя движенія уменьшались и во снѣ совершенно исчезали, а при психическихъ волненіяхъ и при кожныхъ раздраженіяхъ усиливались. Мышцы конечностей представляли уменьшеніе грубой силы, а нижнія конечности были парезованы и мускулы ихъ довольно атрофированы. Изслѣдованіе обмѣна веществъ у этого больного было произведено въ два періода, 10 дней въ первомъ періодѣ и 6 дней во второмъ; во второмъ періодѣ количество пищи было увеличено. Въ каждый отдѣльный день опредѣлялось: 1) Принятое съ пищей количество бѣлка въ 24 ч.; 2) Суточное количество мочи; 3) Суточное количество кала (сухой вѣсъ); 4) Общее количество азота, выдѣленнаго мочей въ 24 ч.; 5) Общее количество азота, выдѣленнаго каломъ въ 24 ч. Пища больного въ 24 ч.:

1. Завтракъ:	15 grm. кофе . . . .	2,09 бѣлка.
	90 » сухарики . . . .	6,30 »

2. Завтракъ:	40	ггм. черный хлѣбъ . . .	2,70	бѣлка.
	53	» колбасы . . . . .	9,50	»
3. Обѣдъ:	240	» не жирное жаркое изъ говядины . . . . .	52,80	»
	170	» картофель . . . . .	3,40	»
	200	» компотъ . . . . .	1,00	»
4. Послѣ обѣда:	15	» какао . . . . .	2,00	»
5. Вечеромъ:	100	» не жирная сырая ветчина . . . . .	24,00	»
	10	» масло . . . . .	0,06	»
	30	» черный хлѣбъ . . . . .	1,80	»

---

105,65 ггм. бѣлка.

Суточное количество бѣлка вводимой пищи было вычислено по цифрамъ König'a. Опредѣленіе количества мочевины производилось ю способомъ Kjeldahl'я, модифицированному Hurret'омъ. Каль за 24 ч. подкислялся, сначала высушивался на водяной банѣ, а потомъ въ сушильномъ шкафу и опредѣлялся сухой вѣсъ его; содержаніе въ немъ азота опредѣлялось по Kjeldahl'ю.

Ежедневное среднее количество бѣлка за первый періодъ, принимавшееся больнымъ, равнялось 102,39 ггм.; количество въ немъ азота = 15,87 ггм.; количество выдѣленнаго въ мочѣ азота = 14,33; количество выдѣленнаго въ калѣ азота = 2,60; общее количество выдѣленнаго азота = 16,94; разница между количествомъ воспринятаго и выдѣленнаго азота = 1,07. Слѣдовательно, среднее потребление бѣлка этимъ больнымъ больше нормальнаго количества его для покоющагося взрослого человѣка, найденнаго Playfair'омъ равнымъ 70, 87 ггм.; но общее количество выдѣленнаго азота ежедневно все-таки превышало его ежедневное поступленіе въ организмъ, а вѣсъ тѣла больного между тѣмъ за этотъ періодъ увеличился на  $\frac{1}{2}$  кггм.; послѣднее авторъ объясняетъ увеличеннымъ отложеніемъ жира или случайнымъ увеличеніемъ воспринятія воды. Ежедневное среднее количество принятаго бѣлка во второмъ періодѣ = 115,562 ггм.; количество въ немъ азота = 17,91; количество выдѣленнаго въ мочѣ азота = 16,76; количество выдѣленнаго въ калѣ азота = 2,01; общее количество выдѣленнаго азота = 18,78; разница между количествомъ воспринятаго и выдѣленнаго бѣлка = — 0,87. Такимъ образомъ, среднее превращеніе бѣлка у этого больного значительно больше, чѣмъ это нашли Pflüger, Bleibten и Bohland для работающаго человѣка; причину этого авторъ сводитъ на увеличенныя мышечныя движенія вслѣдствіе болѣзни. Chéron при paralysis agitata въ 3 случаяхъ нашелъ увеличеніе фосфорной кислоты въ

мочѣ въ 3 раза, а другіе этого не находили, но Mossé и Banal вновь подтвердили результаты Chéron'a. Авторъ нашелъ количество выдѣленной въ 24 ч. фосфорной кислоты нормальнымъ въ данномъ случаѣ (2,318 gtm. и 2,150 gtm.). Выдѣленіе хлора у даннаго больного, опредѣлявшееся авторомъ по методу Volhard'a, равно въ среднемъ ежедневно 14,70 gtm. и 11,0 gtm., слѣд., увеличено, если принять данныя Negar'омъ числа для ежедневнаго выдѣленія хлора (7,4—13,9 gtm.). Въ заключеніе авторъ высказываетъ слѣдующія положенія:

1. Абсолютное количество выдѣленія азота въ изслѣдуемомъ случаѣ на небольшую величину больше воспринятаго.
2. Среднее превращеніе бѣлка на 1 klgm. вѣса тѣла больше превращенія его у здоровыхъ мужчинъ и даже превосходитъ среднюю величину, найденную для физически работающихъ мужчинъ.
3. Повышеніе превращенія бѣлка здѣсь должно отнести на счетъ увеличенной мышечной работы.
4. Абсолютное количество фосфорной кислоты въ мочѣ здѣсь нормально.
5. Отношеніе количества фосфорной кислоты къ количеству азота въ мочѣ указываетъ на одностороннее увеличеніе выдѣленія азота.
6. Абсолютное количество хлоридовъ въ мочѣ здѣсь нѣсколько увеличено.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr. Hougberg,** Къ ученію объ этиологіи прогрессивнаго паралича съ особеннымъ вниманіемъ по отношенію къ сифилису (*Beiträge zur Kenntniss der Aetiologie der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, B. 50, N. 3—5*).

Послѣ тщательнаго изложенія литературныхъ данныхъ и помѣщенія 107 случаевъ, бывшихъ въ заведеніи Larrviks въ Гельсингфорсѣ, авторъ приступаетъ къ анализу данныхъ и изложенію вытекающихъ отсюда выводовъ. Съ 1875 и по 1892 гг. въ заведеніи было всѣхъ душевныхъ больныхъ 1520, изъ коихъ 107 (98 м. + 9 женщинъ) были паралитики. Ежегодное поступленіе больныхъ въ больницу было за всѣ годы почти совершенно одинаково, такъ что говорить объ увеличеніи въ послѣдніе годы заболѣваній, на основаніи этихъ данныхъ, невозможно; за то ясно отгѣняется фактъ малаго заболѣванія прогрессивнымъ параличемъ женщинъ сравнительно съ мужчинами. Между мужчинами заболѣваніе чаще наблюдалось у людей высшихъ классовъ, особенно между умственными тружениками, военными и проч., — тогда какъ женщины паралитики принадлежали почти всѣ къ низшему сословію. По возрасту наибольшее число падаетъ на 30—45 л. возрастъ. Сифилисъ наблюдался въ 87%, распредѣляясь такъ: въ 81 случаѣ (75,7%) несомнѣнный сифилисъ,

зъ 12 другія венерическія заболѣванія и у 14 отсутствовали указанія на существованіе сифилиса. Развитие паралича послѣ первичнаго зараженія падало преимущественно на срокъ отъ 5 до 15 лѣтъ. Въ остальныхъ душевныхъ заболѣваніяхъ, 1413, имѣлся въ числѣ причинныхъ моментовъ сифилисъ только въ 4,24%. Авторъ поддерживаетъ взглядъ, высказанный Jespersen'омъ, Rohmell'емъ и Menlel'емъ, что сифилитическія явленія во внѣшности у паралитиковъ вообще очень слабо выражены; это положеніе согласно и съ взглядомъ, высказаннымъ Fourmier, что въ случаяхъ тяжелаго третичнаго сифилиса первичныя и вторичныя сифилитическія явленія бывають очень слабо выражены. Наслѣдственность, пьянство и другіе причинные моменты имѣють въ этихъ случаяхъ второстепенное значеніе. Нанчаще болѣзнь проявлялась въ маниакальной формѣ (62), рѣже въ дементной (35), еще рѣже—въ меланхолической (9) и 1 разъ въ циркулирующей. Эпилептиформные и апоплектиформные приступы наблюдались у 66:48 сифилитиковъ, 9 вѣроятныхъ сифилитиковъ и 9 не сифилитиковъ. Прогнозъ не можетъ быть благопріятнымъ для всѣхъ случаевъ; длительность болѣзни въ 81,8% до 4 лѣтъ и въ 43,4% 2 года,—ремиссии довольно рѣдки. Параличъ, имѣющій въ анамнезѣ сифилисъ, въ своемъ теченіи не представляетъ никакихъ особенностей, характерныхъ для сифилиса; не получается также и улучшенія въ его теченіи отъ противосифилитическаго леченія. Патологоанатомическія вскрытія въ свою очередь не даютъ ничего характернаго для случаевъ паралича сифилитическаго происхожденія.

*П. И. Ковалевскій.*

**Prof. Binswanger,** Патологическая гистологія страданій корки большого мозга при общемъ прогрессивномъ параличѣ по преимуществу острыхъ и раннихъ формъ (*Die pathologische Histologie der Grosshirnrindenerkrankung bei der allgemeinen progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der acuten und Frühformen*). 1. Въ основѣ типическихъ случаевъ общаго прогрессивнаго паралича лежатъ хроническія диффузныя измѣненія корковой субстанции. Таковыя касаются прежде всего тонкихъ нервныхъ развѣтвленій мякотныхъ и безмякотныхъ, но уже въ начальномъ стадіѣ заболѣванія переходятъ на мякотные нервные пучки и на ганглиозныя клѣтки. Въ какой мѣрѣ участвуютъ въ измѣненіяхъ форменныя и безформенныя составныя части основной и поддерживающей ткани—съ достаточной рельефностью выяснитъ не удалось. На ядрахъ клѣтокъ глии замѣтны бывають при надлежащей окраскѣ признаки дегенеративныхъ измѣненій. 2. Уже въ раннихъ стадіяхъ заболѣванія бывають достаточно выражены послѣдовательныя явленія тканевыхъ измѣненій, преимущественно вблизи сосудовъ. Венозные пути всюду

расширены и переполнены красными кровяными тѣльцами. Замѣтнаго увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ внутри этихъ сосудовъ не доказано. Сосудистая стѣнка равнымъ образомъ рано подвергается регрессивнымъ измѣненіямъ, которыя особенно ясно замѣтны на артеріолахъ и капиллярахъ и носятъ характеръ гіалиновой дегенерации. 3. Около этого же времени разыгрываются активныя явленія возстановленія на эндотельныхъ оболочкахъ сосудовъ, на первой линіи венъ, состоящія въ утолщеніи этой оболочки и размноженіи ядеръ эндотелія.—Часть этой „новообразующейся“ ткани въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни подлежитъ гіалиновой дегенерации. На другихъ сосудахъ наблюдаются позднѣе явленія пролифераціи на собственно сосудистой стѣнкѣ и выражаются полосатымъ утолщеніемъ и размноженіемъ ядеръ. Полной облитерации въ раннемъ періодѣ болѣзни не наблюдается. Новообразования сосудовъ ни въ свѣжихъ, ни въ старыхъ случаяхъ съ достаточной ясностью доказать не удалось. 4. Интра и экстраадвентиціальная система соковыхъ путей уже въ раннихъ стадіяхъ заблѣванія въ значительной степени расширена. Интраадвентиціальныя лимфатическія пространства полосообразно отодвинуты отъ media на большомъ разстояніи и заключаютъ непостоянное количество красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, свернутую лимфу, аморфны кровяной пигментъ, мелкозернистый и глыбками. Экстравазаты составныхъ частей крови, въ особенности красныхъ ея тѣлецъ, какъ остатки раньше бывшихъ выходившей крови, наблюдаются въ значительной степени въ случаяхъ, гдѣ сосудистая стѣнка подвергается дегенеративнымъ измѣненіямъ. Накопленіе бѣлыхъ тѣлецъ не достигаетъ никогда большаго распространенія въ случаяхъ постепеннаго теченія болѣзни; противоположное наблюдается въ случаяхъ продолжительнаго или повторнаго стаза въ венозныхъ сосудахъ. Экстраадвентиціальная сѣть соковаго пути всюду расширена, включая и перипеллюлярныя пространства. Здѣсь также, хотя правда въ меньшемъ количествѣ, бывають скопленія бѣлыхъ и красныхъ тѣлецъ крови, гомогенные, фибринные сгустки, а также кровяной пигментъ. Въ соковыхъ щеляхъ корковой субстанціи, какъ въ перипеллюлярныхъ пространствахъ замѣтно размноженіе лимфоидныхъ элементовъ. 5. Процессы разрошенія волокнистой части подмосточной субстанціи почти не встрѣчаются. Только въ областяхъ гліи бывають на ряду съ атрофическими мѣстами также явленія разрошенія и утолщенія пучковъ гліи. Мезодермальныя паукообразныя клѣтки не увеличиваються въ числѣ въ раннихъ формахъ. Впервые ихъ размноженіе появляется въ области гліи. 6. При широкомъ пространствѣ страданія наблюдаются при упомянутыхъ измѣненіяхъ

истинныя воспалительныя эксудативныя явленія, которыя клинически проявляются приступомъ лихорадки, сонливостью и явленіями паралитическихъ приступовъ. Если смерть послѣдуетъ при остроумъ ходѣ болѣзни, то въ интра- и экстраадвентиціальныхъ пространствахъ бывають мелкозернистыя накопленія въ значительномъ количествѣ. 7. При широкомъ развитіи страданія несомнѣннымъ измѣненіямъ подвергается мягкая мозговая оболочка. Въ ранней формѣ *Pia mater convexitatis cerebri* въ незначительной степени (ограничиваясь отдѣльными мѣстами лобной доли) утолщается и переполняется эндотельными ядрами. Рельефное набуханіе и размноженіе ядеръ эндотелія адвентиціи наблюдается по проникающимъ лучами въ корку сосудамъ. Гиперпластическіе процессы на *Piae* можно считать съ большою вѣроятностью, какъ растяженіе эндотельныхъ разрастаній съ сосудистыхъ влагалищъ на эндотельную оболочку. Какъ близь сосудовъ, такъ и въ утолщенномъ участкѣ *Piae* часты облитераціи эпидеребральныхъ пространствъ вслѣдствіе частичнаго срастанія *Piae* съ оболочкой гліи. Каковыя выражаются съ одной стороны проникновеніемъ пучковъ гліи въ мягкую мозговую оболочку, а съ другой разрастаніемъ перепонокъ, достигающихъ эпидеребральныхъ пространствъ и происходящихъ изъ *Pia*. Вслѣдствіе разрастанія эндотелія адвентиціи съ сосѣдней области гліи, затрудняется свободный оттокъ изъ экстраваскулярной системы соковыхъ канальцевъ и чрезъ то возникаетъ застой въ лимфатическихъ пространствахъ области гліи, а также глубокихъ участковъ корки. Патологически увеличенная и видоизмѣненная лимфатическая жидкость вызываетъ преобразование отторгнутыхъ составныхъ частей ткани въ коагуляціонную массу. 8. Острыя формы паралича ничѣмъ особеннымъ не отличаются отъ типическихъ формъ. Явленія дегенерации и возстановленія имѣють быстрое диффузное распространеніе. Смерть слѣдуетъ отчасти при явленіяхъ недостаточнаго принятія пищи, бронхорнеumonіае, кишечныхъ осложненій и т. п. Распространенныя эксудативныя чисто воспалительныя явленія нерѣдко отсутствуютъ. 9. И при типическихъ, хронически протекающихъ, и при галлопирующихъ формахъ диффузный болѣзненный процессъ прежде всего касается лобной и темянной долей, а потомъ переходитъ на височную и затылочную доли. Раняго обширнаго участія затылочной доли наблюдать не приходилось.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. W. Keen**, Случай черепной хирургіи (Cases of cerebral surgery, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1892).

Въ двухъ случаяхъ травматической эпилепсіи авторъ достигъ благопріятныхъ результатовъ посредствомъ трепанаціи черепа и уда-

ленія такого количества мозговой корки, что имѣлъ передъ собою совершенно здоровую мозговую ткань; для опредѣленія состоянія этой ткани авторъ рекомендуетъ употреблять фарадизацію; въ одномъ случаѣ трепанаціонное отверстіе онъ закрылъ декальцинированной костной пластинкой отъ большеберцовой кости животнаго, а въ другомъ кускомъ черепа, взятымъ отъ живой овцы. Трепанаціонное отверстіе можно закрыть также, вшивая отдѣленный отъ трепанаціоннаго куска періостъ остеогенной стороной къ верху, — и остеофикація выполнитъ это отверстіе. Трепанація по случаю травматическаго психоза дала только временное улучшение. Въ одномъ случаѣ трепанаціи вслѣдствіе опухоли мозга авторъ долженъ былъ отказаться отъ операціи вслѣдствіе глубокаго положенія опухоли, а въ одномъ случаѣ онъ видѣлъ небольшое кровоточеніе изъ венки со смертельнымъ исходомъ.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr. Agnew,** Результаты хирургическаго леченія заболѣваній мозга (*Hirnschirurgische Ergebnisse, Centralblatt für Psychiatrie, 1892*).

Авторъ сообщаетъ довольно много случаевъ трепанацій, произведенныхъ въ Филадельфіи по случаю эпилепсін и очаговыхъ заболѣваній мозга. Въ 57 случаяхъ была травматическая эпилепсія, 41 оправились послѣ операціи, 4 умерло, относительно 11 нѣтъ сообщеній, у 32 констатировано временное улучшение; 4, какъ говорятъ, выздоровѣли, а относительно остальныхъ болѣе точнаго ничего неизвѣстно. Въ одномъ изъ «излеченныхъ» случаевъ эпилептическіе припадки отсутствовали 18 мѣсяцевъ, а въ двухъ другихъ — 10 мѣсяцевъ. Эти результаты авторъ считаетъ неудовлетворительными, но думаетъ, что хирургія можетъ сдѣлать очень много при травматической эпилепсін профилактическимъ путемъ, приступая къ трепанаціи при каждой депрессіонной фрактурѣ, какъ бы незначительна она ни была. Въ 14 случаяхъ Jackson'овской эпилепсін былъ удаленъ центръ, отъ котораго исходила эпилепсія и 10 человекъ выздоровѣло, а 4 умерло; изъ оставшихся въ живыхъ 1 излечился, у 4 наступило улучшение, 2 безъ излеченія, а относительно остальныхъ ничего неизвѣстно. Въ 18 случаяхъ абсцессовъ мозга всѣ оперированные умерли въ 14 дней. При внутрочерепныхъ травматическихъ кровоизліяніяхъ въ 5 случаяхъ была сдѣлана трепанація и 4 пережили операцію и были излечены. При остромъ и хроническомъ hydrocephalus 5 разъ производилась операція и всѣ больные умерли, и только одинъ умеръ черезъ 45 дней. Cephalalgia, при которой боль зависѣла отъ рубца на головѣ, въ 5 случаяхъ привела къ трепанаціи и въ 4 была совершенно излечена. При микроцефаліи операція была произведена 7 разъ и 4 умерло (1 отъ

скарлатинозної лихорадки), а три пережили операцію; авторъ полагаєть, что лучше такихъ больныхъ посылать въ пріютъ для идіотовъ, чѣмъ бросаться на нихъ съ ножомъ; только въ случаяхъ микроцефаліи, осложняющихся атетозомъ, можно было бы надѣяться на улучшение. Мозговья опухоли оперировались въ 4 случаяхъ, и въ одномъ случаѣ дѣло касалось большой, въ 120 грм. вѣсомъ, фибромы; со времени операціи (1887 г.) пацієнтъ имѣлъ только 6 эпилептоидныхъ припадковъ. Въ другомъ случаѣ опухоль лежала въ затылочной долѣ и не могла быть удалена. Авторъ думаетъ, что болѣе всего показуема трепанація при абсцессахъ, но какъ можно раньше, и при травматическихъ кровоизліяніяхъ; затѣмъ при травматической эпилепсіи и цефалалгіи. Вообще же наблюденія автора говорятъ скорѣе за ограниченіе, чѣмъ за расширение трепанаціи.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr. Günther**, Лечение и помѣщеніе для душевно-больныхъ преступниковъ (Ueber Behandlung und Unterbringung der irren Verbrecher, Leipzig, 1893).

Авторъ сообщаетъ свои обширныя наблюденія по данному вопросу. Онъ нашель, что душевныя расстройства среди преступниковъ не рѣдкость. Чистыя острыя формы рѣдки, — чаще наблюдались затяжныя душевныя расстройства; особенно интересны формы первичнаго помѣшательства; dementia paralytica рѣдко встрѣчалась. Симуляцію авторъ встрѣтилъ разъ; преувеличеніе своего болѣзненнаго состоянія — не рѣдко. Нѣкоторыя наблюденія автора шли въ разрѣзъ съ взглядами Lombroso. — Авторъ рекомендуетъ при тюрьмахъ устраивать отдѣленія для душевно-больныхъ, — тогда не придется ихъ удалять изъ тюремъ; въ открытыхъ лечебницахъ морально разстроенные преступники — нетерпимы. Эти же отдѣленія могли бы служить для малолетнихъ, такимъ образомъ послѣдніе не сталкивались бы съ закоренѣлыми преступниками.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Bothe** (Toss), О семейномъ уходѣ за душевно-больными по наблюденіямъ въ Dalldorfъ (Ueber Familienpflege Geisteskranken nach den in Dalldorf mit dieser Einrichtung gemachten Beobachtungen, Allgemeine Zeitschrift f. Psych., Bd. 49, p. 650).

Авторъ въ прекрасномъ изложеніи предлагаетъ свои наблюденія по данному вопросу. Вотъ его положенія: 1) Семейное призрѣніе должно считаться пока желательнымъ дополненіемъ къ обычно функционирующимъ лечебницамъ. — 2) Это введеніе доступно при значительномъ числѣ открытыхъ заведеній. — 3) Поставленное на широкую ногу оно можетъ замѣнить обычныя лечебницы. — 4) Во

главѣ этого учрежденія долженъ стоять врачъ. — 5) Матеріальная сторона большой роли не играетъ и 6) Это учрежденіе съ семейнымъ уходомъ слѣдовало бы попробовать поставить получше, прежде чѣмъ сдавать въ архивъ, какъ нѣкоторые рекомендуютъ.

*Андрей Поповъ.*

**Prof. Massalongo**, Впрыскиванія Броунъ-Секаровской жидкости и нервнаго вещества (Ueber die Injectionen des Brown-Sequard'schen Testikelsaftes und der Constantin Paul'schen Nervensubstanz, Internat. klin. Rundschau, 1893).

Впрыскивая во многихъ случаяхъ органическихъ и функціональных заболѣваній ту и другую жидкость, авторъ нашель, что въ первыхъ случаяхъ результаты получились отрицательные, — мимолетныя же улучшенія въ отдѣльныхъ случаяхъ легко объясняются вліяніемъ внушенія, — что же касается функціональных нервныхъ разстройствъ, то и въ нихъ успѣхъ всецѣло относится на долю вліянія внушенія.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Stein**, Къ леченію эпилепсін (Zur Behandlung der Epilepsie).

Авторъ примѣнялъ съ достаточнымъ успѣхомъ способъ Flechsig'a въ 6 случаяхъ. Три изъ нихъ должно исключить, такъ какъ въ послѣднее время онъ не получалъ о нихъ извѣстія (припадки исчезли непосредственно послѣ употребленія 7,5 про діе бромистаго калия). Изъ остальныхъ трехъ, у двухъ женщинъ, въ 35 и 26 лѣтъ, припадки исчезли послѣ двухъ-мѣсячнаго приѣма бромистаго калия совершенно; общее состояніе здоровья улучшилось, вѣсъ тѣла прибавился. Послѣдній случай, мальчикъ 12 лѣтъ, съ тяжелыми и частыми припадками, у котораго съ началомъ приѣма того же препарата приступы исчезли, но спустя 4 недѣли наступили вновь съ прежней силой и частотой, до 9 припадковъ въ ночь. Въ этотъ случаѣ при леченіи однимъ бромомъ наступили гастрическія и мозговья явленія, почему леченіе было прекращено, съ введеніемъ же опія удалось потомъ повысить дозу бромистаго калия до 5,0 про діе, послѣ чего скоро наступило полное излеченіе. — Въ виду послѣдняго обстоятельства авторъ рекомендуетъ примѣнять совмѣстно съ бромомъ и опіумъ, преимущественно у дѣтей, и говоритъ, что кромѣ хорошихъ результатовъ онъ ничего не видѣлъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Derode**, Судебно-медицинскія замѣтки по поводу поджигательства (Note medicolegale à propos d'un incendiaire, Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique, 1893, № 69).

Поджоги со стороны идіотовъ и тупоумныхъ не рѣдкость и могутъ быть предупреждены; иную форму представляетъ ругomania.

Чаще прочих поджигателями являются эпилептики или алкоголики; бредовыя идеи и обманы чувствъ также легко влекутъ къ поджогу; наконецъ, дегенераты и люди съ скрытымъ характеромъ, слабо-мыслящіе, также могутъ явиться поджигателями.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Boissier et G. Lachaux,** Къ клиническому учению о kleptomani (Contribution à l'étude clinique de la kleptomanie. Ann. medico-psychol. 1894, I).

Авторы говорятъ, что kleptomania, какъ одно изъ проявленій вырожденія, имѣетъ свою характерную физиономію, по которой легко поставить діагнозъ. Больные kleptomaniей носятъ на себѣ слѣды глубокаго вырожденія. Когда появляется стремленіе украсть, они сознаютъ, что это дурно; предвидятъ то безчестіе, которое они навлекутъ на себя и свою семью; употребляютъ всѣ усилія противостоять страстному желанію. У нихъ являются боли въ области желудка, холодный потъ на лбу, сильнѣйшая тоска; страсть побѣждаетъ и больной совершаетъ преступленіе. Послѣ этого чувствуетъ какъ бы облегченіе, но сознаніе преступленія, угрызенія совѣсти и страхъ наказанія заставляютъ сильно страдать больныхъ. Изъ украденнаго они не извлекаютъ никакой пользы и даже часто забываютъ, гдѣ оно положено. Авторы подтверждаютъ сказанное тремя исторіями болѣзней: первый случай—женщина 54 лѣтъ изъ зажиточной семьи, отецъ ея пьяница, мать страдала истеро-эпилепсіей, умерла отъ апоплексіи; дядя по отцу умеръ въ пріютѣ для душевно-больныхъ; дочь страдала агорафобіей, сынъ меланхоликъ. Сама больная непостоянна, суевѣрна, любитъ фантазировать и питаетъ непреодолимую любовь къ лентамъ. Первую кражу совершила въ большомъ магазинѣ «Новостей», куда пришла за покупками. При видѣ шелка и ленты у нея появилось непреодолимое желаніе присвоить ихъ. Попытка воздержаться, уйти, вызываетъ сильную тоску, боли въ области желудка, жаръ и холодъ въ тѣлѣ; больная схватываетъ желаемое, хочетъ уйти, но ее останавливаютъ. За первыя двѣ кражи понесла наказаніе, а послѣ третьей попала въ больницу, какъ душевно-больная.

*А. И. Ющенко.*

**Dr. Camuset,** Пироманія (La pyromanie, Annal. medico-psycholog., 1893).

Авторъ дѣлитъ случаи пироманіи на три категоріи. Къ первой категоріи относятся люди, производящіе поджогъ подъ вліяніемъ безумныхъ идей и галлюцинацій. Это будутъ душевно-больные самыхъ разнообразныхъ формъ. Ко второй категоріи относятся дегенераты съ импульсивнымъ непреодолимымъ влеченіемъ къ поджогу. Къ

третьей относятся тоже дегенераты, но такіе, у которыхъ нѣтъ ни безумныхъ идей, ни импульсивныхъ влеченій, ни галлюцинацій,—а простая задержка умственнаго развитія отъ простой неустойчивости и до полной идиотіи. Это бывають обыкновенно дѣти, которыя подъ вліяніемъ обидъ, насмѣшекъ и другихъ оскорбленій, совершаютъ поджогъ по необдуманности, легкомыслію и неразумію. Въ судебно-медицинскомъ отношеніи больные первыхъ двухъ категорій вполне не вмѣняемы; что же касается больныхъ третьей категоріи, то они подлежатъ частичной отвѣтственности и частичному наказанію, при чемъ послѣднее допускается въ виду необходимости и возможности предупрежденія и пресѣченія преступленія чувствомъ страха предъ наказаніемъ. Такой именно случай и приводится авторомъ.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Chatenet**, Меланхолія въ связи съ болѣзнями матки (*De la melancolie dans ses rapports avec les maladies uterines*, 1893).

Различныя заболѣванія матки могутъ рефлекторно вліять на мозгъ и вызывать разнообразныя его заболѣванія. Изъ этихъ заболѣваній чаще всего является меланхолія. Разумѣется, эти заболѣванія наблюдаются у женщинъ съ наследственнымъ или благопріобрѣтеннымъ нервнымъ предрасположеніемъ, при чемъ меланхолія можетъ проявляться въ самыхъ разнообразныхъ формахъ. Въ этихъ случаяхъ обычное для меланхоліи леченіе должно быть дополнено леченіемъ матки. Съ точки зрѣнія судебно-медицинской, такую меланхолію можно приравнять къ пуэрперальнымъ заболѣваніямъ.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr. Baley**, Предвѣстники эклампсін и ихъ леченіе молочной діетой (*Des symptomes prodromiques de l'eclampsie et de leur traitement par le regime lacte*, 1893).

Эклампсія у беременныхъ весьма часто, но не всегда, сопровождается альбуминуріей. При отсутствіи послѣдней всегда наблюдаются: настойчивая и непрерывная головная боль, расстройство зрѣнія и эпигастрическія боли. Эти симптомы составляютъ постоянную прочную тріаду. Но кромѣ этого встрѣчаются головокруженія, рвота, отеки, кровотеченіе изъ носа, боли въ поясницѣ и ощущеніе мурашекъ въ ногахъ, судороги, бессонница, шумъ въ ушахъ, измѣненіе въ характерѣ, блѣдность покрововъ и губъ и пуэрперальная манія. Когда имѣются эти явленія, или альбуминурія, т. е. указанія на возможность возникновенія эклампсін, то должно немедленно установить діету, которая должна быть исключительно молочной. Авторъ считаетъ эклампсію слѣдствіемъ возбужденія нервныхъ центровъ измѣненною въ своемъ составѣ кровью, причина котораго ле-

житъ въ автоннтоксикаціи, при чемъ молоко служить къ освобожденію отъ этихъ ядовитыхъ веществъ.

*В. А. Тихоміровъ.*

**Dr. Roger**, Вліяніе инфекціи на нервную систему (*Influence de l'infection sur le systeme nerveux*, *Revue generale des sciences*, 1893).

Воздѣйствіе инфекціонныхъ заболѣваній на нервную систему можетъ быть очень разнообразно. Сюда относятся: утомленіе, головная боль, въ нѣкоторыхъ случаяхъ бредъ и конвульсіи. Эти явленія могутъ обуславливаться при обычномъ состояніи организма, если образуемая въ немъ ядовитая вещества задерживаются въ организмѣ, вслѣдствіе ослабленія дѣятельности его выдѣлительныхъ органовъ. Рядомъ съ этими общими токсическими явленіями стоятъ явленія чисто мѣстныя, куда относятся параличи, напр. послѣ дифтерита. Эти параличи могутъ быть скоропроходящими и не обуславливаться органическими разстройствами нервной системы,—или же болѣе или менѣе стойкими и обуславливаться органическими пораженіями въ мозгу. Нѣкоторыя нервныя заболѣванія могутъ появляться иногда первично, какъ полиониритъ и полиоміэлитъ, другія всегда являются первично, какъ напр. гидрофобія. Инфекціи иногда служатъ поводомъ къ проявленію нервныхъ страданій, которыя въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ быть стойкими и длительными, но не зависящими отъ матеріальныхъ измѣненій въ мозгу, какъ напр. истерія, эпилепсія, хорея и проч.

*В. А. Тихоміровъ.*

**Dr. Angelucci**, Трофическія измѣненія въ глазу, послѣдующія за экстирпаціей ganglion cervicale supremum у млекопитающихъ (*Sur les alterations trophiques de l'oeil consecutives à l'extirpation du ganglion cervical superieur du sympathique chez les mamiferes*, *Archives italiennes de Biologie*, 1893).

Удаленіе ganglion cervicale supremum вызываетъ на соответственной сторонѣ въ глазу временныя функціональныя разстройства, за которыми слѣдуютъ и стойкія измѣненія въ строеніи. Къ первымъ относятся: myosis, суженіе глазной щели, углубленіе глаза въ глазницѣ, выпаденіе волосъ на мордѣ, дистрофія черепныхъ костей, порочное развитіе зубовъ, меньшее развитіе corneae и scleroticae, вслѣдствіе чего глазъ представляется уменьшеннымъ. У нѣкоторыхъ животныхъ наблюдаются разстройства въ строеніи iridis et choroideae. Сѣтчатка не поражается и свѣтовая способность не измѣняется. Измѣненія обуславливаются преимущественно измѣненіями въ сосудахъ.

*В. А. Тихоміровъ.*

**Prof. Fournier**, Парасифилитическая эпилепсія (*Epilepsie parasiphilitique*, *Revue neurologique*, 1893).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сифилиса мозга наступаютъ приступы эпилепсiи, отличающіеся особенными, отъ другихъ сифилитическихъ эпилепсiй, признаками. Эта эпилепсiя характеризуется слѣдующими явленіями: 1) она никогда не сочетаетсяъ другими какими либо нервными признаками, 2) она не сопровождается никакими другими явленіями мозгового сифилиса, 3) она необыкновенно стойка и длительна, 4) специфическое леченіе не производитъ никакого вліянія на улучшение и излеченіе данной эпилепсiи и 5) единственнымъ лечебнымъ средствомъ служитъ только лишь бромъ. Кроиъ этого мы имѣемъ другія формы сифилитической эпилепсiи, которыя отличаются слѣдующими чертами: 1) онѣ сочетаются съ массою другихъ нервныхъ явленій, 2) онѣ сопровождаются массою другихъ сифилитическихъ явленій, 3) во многихъ случаяхъ онѣ склонны переходить въ излеченіе, или же къ ухудшенію и 4) онѣ весьма склонны къ излеченію именно специфическими средствами. Парасифилитическая эпилепсiя почти всегда наступаетъ внезапно, безъ всякаго повода и безъ предвѣстниковъ. Обыкновенно сразу наступаетъ сильный приступъ *grand-mal*, или же ему предшествуетъ 2—3 приступа *petit-mal*. Въ первые 2—3 года появляются сильные приступы *grand-mal*, которые постепенно переходятъ въ *petit-mal* и таковыми остаются до конца. Обыкновенно приступы *petit-mal* появляются 10—20 разъ въ годъ, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ и чаще. Иногда эти приступы появляются по нѣсколько сразу, напр. 5—6 въ сутки и такъ подъ рядъ дня 2—3, до 20 приступовъ за это время, и затѣмъ опять на время прекращаются. Эта эпилепсiя ровне ничѣмъ не отличается отъ обычной эпилепсiи, какъ по проявленію такъ и по длительности. Вотъ одинъ случай *grand-mal* и одинъ случай *petit-mal*, описанный самимъ больнымъ. Молодой человекъ 25 л. имѣлъ сифилисъ, 9 мѣсяцевъ лечился отъ него и излечился. Черезъ 20 лѣтъ, неожиданно, безъ повода и причины, при полномъ здоровьѣ, вдругъ наступилъ сильнѣйшій приступъ эпилепсiи *grand-mal*. Больной неожиданно упалъ, явились тоническія и клоническія судороги, ціанозъ, пѣна у рта, ступоръ, послѣдовательный сонъ и т. д. Затѣмъ въ теченіе дальнѣйшихъ одиннадцати лѣтъ продолжали являться приступы эпилепсiи *grand-mal* и *petit-mal* въ такомъ порядкѣ: въ теченіе первыхъ двухъ лѣтъ былъ три раза приступъ *grand-mal* и нѣсколько очень легкихъ головокруженій, на третій годъ большіе приступы и головокруженіе замѣнились приступами *petit-mal*, на третій годъ 15 разъ, на четвертый 20, на пятый 20, на шестой 18, на седьмой 19 и т. д. Всѣ эти приступы *petit-mal* были совершенно одинаковы: неожиданно наступало оцѣпенѣніе съ поблѣднѣніемъ лица, ощущеніе исчезанія съ сохраненіемъ сознанія, но съ нѣкоторымъ его помутнѣніемъ.

Больной могъ отвѣчать только «да» и «нѣтъ». При этомъ онъ ощущалъ звонъ колоколовъ и находился въ состояніи какъ бы сновидѣнія, послѣ чего все внезапно исчезало. Другой больной такъ описываетъ свой приступъ petit-mal: внезапно выступаетъ какая-то смутная и неопредѣленная мысль, подавляющая и затемняющая тотъ умственный процессъ, который совершался въ данное время, и овладѣвающая умомъ больного, рядомъ съ нимъ являлось болѣзненное сдавленіе въ области висковъ, поблѣднѣніе лица и за симъ мгновенное исчезаніе всѣхъ этихъ явленій. Едва это состояніе прекращалось, какъ становилось совершенно невозможнымъ вспомнить ту мысль, которая такъ тираннически овладѣвала мозгомъ. По мнѣнію автора, эта эпилепсія есть несомнѣнный дериватъ сифилиса. Это доказывается во 1-хъ тѣмъ, что при этомъ всегда существуютъ сифилитическіе antecedentes, во 2-хъ поздній возрастъ и въ 3-хъ отсутствіе другихъ причинъ. Это есть эпилепсія-нейрозъ, подобный эссенціальной эпилепсией и неимѣющей ничего общаго съ симптоматической сифилитической эпилепсией. Въ данномъ случаѣ имѣется динамическое пораженіе нервной системы, а не органическое. Что здѣсь дѣйствительно только динамическое пораженіе—это доказывается во 1-хъ тѣмъ, что при этомъ дѣйствительно основа заболѣванія сифилитическая, во 2-хъ рядомъ съ этимъ нѣтъ никакихъ другихъ сифилитическихъ проявленій и въ 3-хъ она не поддается антисифилитическому леченію. Эта болѣзнь въ данномъ отношеніи аналогична пигментному сифилиду, нейрастеніи, tabes и paralysis progressiva.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Féfé,** Токсичность мочи эпилептиковъ (Note sur la toxicité des urins des epileptiques, Société de biologie, 1893).

Авторъ того мнѣнія, что моча до приступа эпилепсией болѣе токсична, чѣмъ послѣ приступа,—Voisin же и Peron пришли къ обратнымъ выводамъ. Féfé считаетъ это мнѣніе ошибочнымъ, вслѣдствіе допущенія погрѣшности, состоящей въ медленномъ впрыскиваніи урины.

*В. А. Т.*

**Dr. Martin,** Зрѣніе и эпилепсія (Des rapports de l'oeil avec l'épilepsie, Journal de médecine de Bourdeaux, 1893).

Авторъ нашелъ, что астигматизмъ и гиперметропія не могутъ быть часто признаваемы причиною эпилепсией. Исправляющія вышеуказанныя уклоненія стекла совершенно не вліяютъ на теченіе и улучшеніе припадковъ. Тѣмъ не менѣе во всѣхъ случаяхъ эпилепсией, гдѣ нѣтъ видимой причины болѣзни, слѣдуетъ изслѣдовать состояніе рефракціи.

*И. Н. Егзарьянцъ.*

**Dr. Lannois,** Эпилепсія и тифозная лихорадка (Epilepsie et fièvre typhoïde, Revue de médecine, 1893, № 6).

Было высказываемо мнѣніе, что лихорадочная температура оказываетъ благотворное вліяніе на теченіе эпилепсїи. Авторъ съ этимъ вполне не соглашается. Бываютъ случаи, когда дѣйствительно подъ вліяніемъ лихорадочной высокой температуры леченіе эпилепсїи улучшается, и бываютъ случаи, когда подъ вліяніемъ другого инфекціоннаго повышенія температуры эпилепсїя ухудшается. Авторъ приводитъ исторію одной эпилептики, у которой, подъ вліяніемъ повышенія температуры при флегмонѣ, припадки эпилепсїи прекратились и подъ вліяніемъ повышенія температуры при тифѣ они участились. Очевидно, въ этихъ случаяхъ неодинаковое воздѣйствіе лихорадочныхъ процессовъ на теченіе эпилепсїи обуславливалось различнымъ воздѣйствіемъ на нервную систему различныхъ микроорганизмовъ и ихъ токсиновъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Szűgenyi, Asthasia-abasia** (Gyogyaszat, 1893, Revue de neurologie, 1894, 1).

Авторъ описываетъ случай астазіи-абазїи у одной 17 л. дѣвушки, которая заболѣла подъ вліяніемъ психическаго шока. Больная выздоровѣла послѣ примѣненія четырехъ сеансовъ внушенія въ гипнозѣ. Принимая во вниманіе условія и причину заболѣванія, а также способъ излеченія болѣзни, авторъ приходитъ къ тому выводу, что и самая болѣзнь чисто психическаго характера.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr. Kalindéro, Asthasia-abasia** (La Roumaine Médicale, 1893).

Авторъ описываетъ три случая астазіи-абазїи. Возрастъ пациентовъ былъ 19 лѣтъ, 31 и 34 года. Интересенъ тотъ фактъ, что всѣ больные не могли ни ходить, ни стоять, однако въ то же время лежа и сидя безъ всякаго затрудненія совершенно нормально совершали различныя движенія нижними конечностями. Въ одномъ случаѣ наблюдалась hemianaesthesia. Первый случай авторъ относитъ къ паретической абазїи, второй—трепидативной, при которой во время передвиженій наблюдались колебанія въ одну сторону; третій относится къ абазїи хорейформной, гдѣ при передвиженіяхъ и даже стояніи рѣзко проявляются хорейформныя движенія ногъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Sollier, Sur une forme circulaire de la neurasthenie** (Revue de médecine, 1893).

Авторъ описываетъ особенную форму нейрастенїи, которая по своему развитію занимаетъ средину между острою и хроническою. Онъ предлагаетъ назвать ее циркулирующей по той аналогіи, которую она представляетъ съ циркулирующимъ помѣшательствомъ. Этотъ видъ нейрастенїи характеризуется чередованіемъ періода подавленности, когда больной апатиченъ и неспособенъ къ труду, съ періодами

возбужденія, во время котораго больной проявляет высокую степень дѣятельности. Эти приступы неправильны, какъ по длительности, такъ и по напряженности, но чередованіе ихъ ясно выражено. Предсказаніе довольно неутѣшительно, такъ какъ обычное леченіе часто бываетъ безъ послѣдствій.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr. Raymond**, Сифились и общій параличъ (*Bulletin médical*, 1892).

Авторъ сообщаетъ исторію болѣзни четырехъ паралитиковъ, съ несомнѣнно сифилитическимъ зараженіемъ; при этомъ высказываетъ свой взглядъ на отношеніе сифилиса къ прогрессивному параличу.— По его мнѣнію, нельзя предполагать у всѣхъ паралитиковъ ранѣе бывшее зараженіе сифилисомъ.—Равнымъ образомъ мало достовѣрно предположеніе, что сифились мозга не вызываетъ истиннаго прогрессивнаго паралича.—Сифилитическія измѣненія мозга способствуютъ проявленію паралича мозга симптоматологически.—У молодыхъ людей съ унаслѣдованнымъ сифилисомъ также можетъ наблюдаться параличъ мозга.—При дифференцировкѣ случаевъ истиннаго и сифилитическаго параличей авторъ рекомендуетъ обращать вниманіе на слѣдующее обстоятельство: специфическій параличъ отличается болѣе хроническимъ теченіемъ и меньшею склонностью къ ремиссіямъ, чѣмъ обыкновенный параличъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Regis**, Сифились и общій параличъ (*Archiv. clin. de Bourdeaux*).

R. даетъ историческій обзоръ по этому вопросу.—Сопоставляя статистическія данныя наиболѣе цѣнныхъ работъ, R. опредѣляетъ частоту сифилиса у паралитиковъ въ 85% (8% у прочихъ душевно-больныхъ).—Параллель сифилиса и паралича онъ выражаетъ такъ: «гдѣ рѣдокъ сифились, тамъ и параличъ не частъ». Кажущееся противорѣчіе, что въ нѣкоторыхъ странахъ (Сербія, Сѣверная Африка) при частомъ лues'ѣ рѣдко наблюдается параличъ, по мнѣнію R., объясняется свойствомъ центральной нервной системы жителей этихъ странъ.—Только извѣстная интеллигентность даетъ право на параличъ.—Дальнѣйшіе аргументы—относительная частота сифилиса и паралича у мужчинъ сравнительно съ таковою у женщинъ; у людей съ большей мозговой дѣятельностью (литераторы, военные) предъ остальными (духовные, квакеры); у проститутокъ въ тѣсномъ смыслѣ слова она болѣе рѣзка, нежели у цѣломудренныхъ женщинъ.—R. обращаетъ вниманіе на трудность распознаванія давно бывшаго сифилиса у паралитиковъ (деменція больного, незнаніе или скрытность родственниковъ) и неудобства собиранія анамнеза при наблюдающемся рѣзкомъ увеличеніи частоты сифилиса. Авторъ приводитъ 14 случаевъ паралича въ возрастѣ отъ 16 до 19 лѣтъ. Наслѣдственный сифились изъ 11 случаевъ распознанъ былъ въ 9; одинъ случай не

былъ тщательно разобранъ и только въ одномъ сифилиса не оказалось.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Bitot**, Случай церебрального сифилиса (Sur un cas syphilis cerebrale, Archives cliniques de Baurdeaux, 1893).

Больной 22 лѣтъ заразился сифилисомъ; въ 29 лѣтъ предвѣстниковыя головныя боли, рвота, лѣвосторонній гемипарезъ съ корковой эпилепсией и чувствительными расстройствами на лѣвой сторонѣ; ослабленіе умственныхъ способностей и сифилитическое затвердѣніе въ яичкахъ. Выздоровленіе отъ прилѣженія специфическаго леченія и магнита. Спустя 4 года больной умеръ отъ туберкулеза при вскрытіи не оказалось никакихъ явленій раньше бывшаго органическаго пораженія центральной нервной системы. На этомъ основаніи авторъ полагаетъ, что эти пораженія были функциональныя или истерическаго характера, что, по его мнѣнію, еще болѣе доказывается тѣмъ, что чувствительныя расстройства легко уступили леченію магнитомъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Savage**, Душевные расстройства періода прекращенія менструаций (Bullet. de la société de médecine mentale de Belgique, 1893).

Если климактерическій возрастъ съ прекращеніемъ менструаціи нельзя считать за единственную причину нервного и душевнаго расстройства, то во всякомъ случаѣ должно считать причиной предрасполагающей. Специальной формы для этого періода нѣтъ, во всякомъ же случаѣ душевные расстройства этого періода являются скорѣе съ оттѣнкомъ подавленности, чѣмъ возбужденія. Часто при этомъ обнаруживаются ипохондрическія идеи бреда преслѣдованія и т. д. Выпаденіе волосъ, ослабленіе слуха и особенно потеря слуха часто являются исходнымъ пунктомъ для бреда преслѣдованія. Этотъ періодъ, имѣя въ основѣ своей обратныя развитія въ половых органахъ, очень часто сопровождается и парестезіями этихъ органовъ. Истерическія явленія также часты и они служатъ вертѣлкою основою для бредовыхъ идей. Нерѣдки также половые эксцессы, склонность къ злоупотребленію алкоголемъ, морфіемъ и проч. Прогнозъ болѣе или менѣе благопріятно, хотя выздоровленіе получается далеко не всегда. 54 случая автора дѣлились такъ: 10 маниакальных, 32 меланхолическихъ и 7 систематизированныхъ бредовыхъ. Средній возрастъ 47 лѣтъ. Въ 90% психозъ явился впервые въ этомъ періодѣ, въ 10% повторно. Въ 56% было предрасположеніе къ заболѣванію, склонность къ самоубійству была въ 24 случаяхъ. Изъ 54 случаевъ 47 выздоровѣло, 5 получило облегченіе и 2 умерло. Не слѣдуетъ при этомъ злоупотреблять бромомъ; общія гигиеническія мѣропріятія даютъ наилучшіе результаты.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr. Lachaux**, Скрытність бреда величія параноиковъ (De la lissimulation des idées de grandeur dans le delire chronique à l'évolution systematique, 1893).

Мнѣнія психіатровъ о частотѣ развитія бреда величія у параноиковъ очень различны. Это различіе обусловливается прежде всего скрытностью больныхъ. Эта скрытность въ началѣ болѣзни болѣе совершенна, почему, по мѣрѣ приближенія къ наступленію слабоумія, болѣе менѣе скрывается и болѣе себя выдаетъ. Чѣмъ ближе больной приближается къ слабоумію, тѣмъ менѣе разуменъ и систематиченъ его бредъ величія. Причины скрытности больныхъ весьма различны: сомнѣніе въ себѣ, недовѣріе и подозрительность, опасеніе іроніи, недостаточность доказательствъ и признаніе, что всѣмъ „это уже извѣстно“. Первыя причины свойственны началу болѣзни, — послѣднія концу.

*В. А. Тихоміровъ.*

**Dr. Marandon de Monyel**, Отравленіе малярійнымъ ядомъ и пьянство (Impaludisme et l'alcoolisme, Annal. medico-psychologiq., 1893).

Инфекція малярійнымъ ядомъ обладаетъ особеннымъ преимуществомъ создавать неустойчивость въ области центральной нервной системы при употребленіи алкоголя. Эта неустойчивость нервной системы обусловливается измѣненіемъ въ составѣ крови. При такомъ состояніи чловѣкъ, умѣренно пьющій, при отравленіи этимъ малярійнымъ ядомъ, легко можетъ заболѣть delirio tremente при первомъ же употребленіи алкоголя. Алкогольный наслѣдственникъ, отличающийся особенной сопротивляемостью по отношенію къ алкоголю, — и готь при данныхъ условіяхъ легко поражается delirio tremente. Алкогольный наслѣдственникъ, легко поддающийся опьяненію, не только поражается delirio tremente, но и быстро заболѣваетъ другими душевными болѣзнями съ скорымъ исходомъ въ слабоуміе. Такое вліяніе малярійнаго яда держится очень долго и нервная устойчивость и сопротивляемость алкогольному воздѣйствію восстанавливается только по истеченіи долгаго времени. У латентныхъ пьяницъ отравленіе малярійнымъ ядомъ будитъ эту страсть и вмѣстѣ съ нею создаетъ нервную неустойчивость. У людей, не имѣющихъ присущей имъ склонности къ пьянству, отравленіе болотнымъ ядомъ не создаетъ пьянства.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. A. Vigouroux**, Раннее слабоуміе (Demence précoce, Annal. medico-psycholog., 1894, 1).

Вторичное слабоуміе обыкновенно наступаетъ послѣ очень продолжительнаго существованія первичнаго психоза; но бываютъ случаи, когда это вторичное состояніе наступаетъ послѣ очень кратковременнаго существованія первичнаго психоза. Причину этого быст-

раго и преждевременнаго наступленія вторичнаго слабоумія нѣкоторые авторы видятъ въ патологической наследственности большаго Foville полагаютъ, что устойчивость нервной системы наследственниковъ столь незначительна, что достаточно уже ничтожнаго толчка, чтобы низвести такого больного въ состояніе слабоумія. Такого же мнѣнія и Marcé. Совершенно обратный взглядъ высказываютъ Charpentier, Ritti и Magnan. По ихъ мнѣнію, наследственники переходятъ въ слабоуміе очень рѣдко и притомъ только очень поздно и въ незначительную и не рѣзко выраженную форму его. Такимъ образомъ о значеніи патологической наследственности въ производствѣ вторичнаго слабоумія существуетъ два совершенно противоположныхъ взгляда, которые имѣютъ для себя несомнѣнную фактическую подкладку. Рѣдкость, слишкомъ позднее появленіе и не сильное развитіе вторичнаго слабоумія у однихъ дегенератовъ, по мнѣнію автора, объясняется тѣмъ, что у дегенератовъ вообще умственные способности не глубокиа, почему и пораженіе ихъ будетъ не рѣзко выражено. За то въ другихъ случаяхъ у дегенератовъ нервная система склонна очень быстро разрушаться и давать быструю глубокую степень слабоумія. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ весьма серьезную роль играетъ степень наследственности: чѣмъ сильнѣе наследственность, тѣмъ быстрѣе и рѣзче будетъ слабоуміе. Авторъ приводитъ два случая слабоумія матерей и два случая слабоумія ихъ дочерей. Матери были отягчены патологической наследственностью, но у нихъ вторичное слабоуміе наступило послѣ нѣсколькихъ лѣтъ первичнаго психоза, — у дочерей же ихъ, имѣвшихъ сугубую наследственность, слабоуміе наступило послѣ нѣсколькихъ мѣсяцевъ первичнаго психоза и при томъ въ очень напряженной степени.

*Михаиль Поповъ.*

### С М Ъ С Ъ.

Съ полною готовностью мы, по желанію почтеннаго предсѣдателя Пироговскаго Съезда, проф. С. М. Лукьянова, исправляемъ нашу ошибку, что постановленіе Нейрологической секціи того же Съезда о необходимости образованія Съезда русскихъ психіатровъ было отвергнуто не бюро Съезда, а распорядительнымъ собраніемъ Съезда.

о причинах хореи, 149.—**Dr. Kellog**, Итотоксикаціонные психозы, 150.—**Dr. Weir Mitchel**, Эритромелалгія, 150.—**Prof. Dana**, Патологія нервных болѣзней, 150.—**Dr. Eskridge**, Диагнозъ и леченіе мозгового кровоизліянія, 151.—**Dr. Morton**, Удаленіе яичниковъ, какъ средство при леченіи сумашествія, 152.—**Dr. Corning**, Примѣненіе внутри носового леченія, 153.—**Dr. Brough**, Сульфональ при леченіи воздержанія отъ пищи, 154.—**Dr. Savill**, Анестезія при пораженіи сводовой извилины, 154.—**Dr. Schäfer**, Нервная клітка, какъ основа неврологіи, 156.—**Prof. Clouston**, Умственные разстройства при микседемѣ, 158.—**Prof. Mendel**, Epilepsia tarda, 158.—**Dr. Rosin**, Эпилепсія вслѣдствіе болѣзней сердца, 161.—**Prof. Nothnagel**, Эпилепсія, 162.—**Dr. Rosenberg**, Къ ученію о церебральномъ дѣтскомъ параличѣ, 163.—**Prof. Anton**, Узлы основанія и хорея, 163.—**Dr. Gaule**, Трофическая дѣятельность нервовъ, 164.—**Prof. Eulenburg**, Эритромелалгія, 164.—**Prof. Bauer**, Атипическій нейрозъ (Эритромелалгія), 165.—**Dr. Müller**, Базедова болѣзнь, 166.—**Dr. Schäfer**, Менструаціи и психозы, 167.—**Dr. Friedmann**, Первичный менструальный психозъ, 168.—**Dr. Beyer**, Острое галлюцинаторное помѣшательство, 169.—**Dr. Aschaffenburg**, Delirium thyphosum, 169.—**Dr. Schönfeld**, Индуцированное помѣшательство, 170.—**Dr. Vorster**, Содержаніе гемоглобина и удѣльный вѣсъ крови душевно-больныхъ, 170.—**Dr. Schaefer**, Обмѣнъ веществъ при paralysis agitans, 172.—**Dr. Hougberg**, Къ этиологіи прогрессивнаго паралича, 174.—**Prof. Binswanger**, Гистологія мозга при прогрессивномъ параличѣ, 175.—**Dr. Keen**, Случай черепной хирургіи, 177.—**Dr. Agnew**, Хирургическое леченіе заболѣваній мозга, 178.—**Dr. Günther**, Призрѣніе душевно-больныхъ преступниковъ, 179.—**Dr. Bothe**, Семейное леченіе душевно-больныхъ, 179.—**Prof. Massolongo**, Вырыскиваніе Броунъ-Секаровской жидкости, 180.—**Dr. Stein**, Леченіе эпилепсіи, 180.—**Dr. Derode**, Поджигательство, 180.—**Dr. Boissier et Lachaux**, Клептоманія, 181.—**Dr. Camuset**, Пироманія, 181.—**Dr. Chatenet**, Меланхолія въ связи съ болѣзнями матки, 182.—**Dr. Baley**, Предвѣстники эклампсіи, 182.—**Dr. Roger**, Вліяніе инфекціи на нервную систему, 183.—**Dr. Angelucci**, Трофическія измѣненія, послѣдующія за экстирпаціей ganglion cervicale supremum, 183.—**Prof. Fournier**, Парасифилитическая эпилепсія, 183.—**Dr. Fééré**, Токсичность мочи эпилептиковъ, 185.—**Dr. Martin**, Зрѣніе и эпилепсія, 185.—**Dr. Lannois**, Эпилепсія и тифозная лихорадка, 185.—**Dr. Szögenyi**, Астазія-абазія, 186.—**Dr. Kalindero**, Астазія-абазія, 186.—**Dr. Sollier**, Циркулярная неиррастенія, 186.—**Raymond**, Сифились и общій параличъ, 187.—**Dr. Regis**, Сифились и общій параличъ, 187.—**Dr. Bitot**, Церебральный сифились, 188.—**Dr. Savage**, Климактерическое душевное разстройство, 188.—**Dr. Lachaux**, Бредъ величія, 189.—**Monlyel**, Малярійный ядъ и пьянство, 189.—**Dr. Vigouroux**, Раннее слабоуміе, 189.

Смѣсь . . . . . 190

Только что вышло и продается новое сочиненіе:

*Проф. П. И. Ковалевскій.*

## ПУЭРПЕРАЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ.

1894 г. Цѣна 1 р. 50 к.

**МОЖНО ИМѢТЬ СЛѢДУЮЩІЯ КНИГИ:**

**Проф. П. И. Ковалевскій**, *Пуэриальные психозы*. 1894. Ц. 1 р. 50 к.

*Психіатрическіе эскизы изъ исторіи*. 1892. Ц. 1 р.

*Иоаннъ Грозный и его душевное состояніе*. Изд. 3-е. 1894 г. Ц. 1 р.

*Сумашествіе* (Amentia — Meynert'a). Ц. 1 р.

*Сифилисъ мозга и его леченіе*. 2-е изданіе. 1894. Ц. 2 р.

*Компендіумъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней*. Изд. 2-е. 1893. Ц. 1 р. 25 к.

*Леченіе душевныхъ и нервныхъ болѣзней*. Изд. 2-е. Ц. 2 р.

*Хорія и хорическое сумашествіе*. 1890. Ц. 50 к.

*Пьянство, его причины и леченіе*. Изд. 2-е. 1889. Ц. 50 к.

*Основы механизма душевной дѣят.* Издан. 2-е, исправл. и дополн. Ц. 1 р.

*Положеніе душевно-болѣзныхъ въ Россійской Имперіи*. Ц. 50 к.

*Психіатрія*, 2 т. 1 т. — общая психопатологія, 2-й т. — спеціальная психіатрія. Изд. 4-е. Ц. 4 р. 1891.

*Судебно-психіатрическіе анализы* (для медиковъ и юристовъ). 2-й т., изд. 2-е. Ц. 4 р. 50 к.

*Первичное помышлательство* (для медиковъ и юристовъ). Ц. 1 р. 50 к.

**Михаилъ Поповъ**, *Пятигорскъ и его члѣбные источники*. Въ изящномъ переплетѣ. Ц. 1 р.

**Н. И. Мухинъ**, *Токсическій спастическій параличъ*. 1894. Ц. 1 р. 50 к.

**Prof. Ribot**, *Различныя формы характера*. Пер. Д. Н. Стефановскаго. Ц. 35 к.

**Prof. Meynert**, *Клиническія лекціи по психіатріи*. Пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1890. Ц. 1 р. 50 к.

**Prof. Binswanger**, *Сумашествіе и преступленіе*. Пер. А. Н. Герстфельдъ и О. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 30 к.

**Kerr**, *Пьянство, его причины, леченіе и судебно-медицинское значеніе*. Пер. К. Н. Ковалевской и М. Е.

Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 2 р.

**Dr. Löwenfeld**, *Современныя способы леченія истеріи и нейрастеніи*. Переводъ Н. И. Мухина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 1 р.

**Richet**, *Истеро-эпилепсія*. Переводъ подъ редакціей проф. Ковалевскаго. съ 180 рис. Ц. 5 р.

**Dr. Cullere**, *Границы сумашествія* (Les frontières de la folie). Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 1 р. 50 к.

**Dr. Cullere**, *Гигіена нервныхъ людей и нейропатологія*. Перев. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р. 50 к.

**Remak**, *Электродіагностика и электролеченіе*. Перев. К. Н. Ковалевской, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р.

**Scholz**, *Діагностика духа*. Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р. 50 к.

**Byrom Bramwell**, *Болѣзни спинного мозга*. Пер. М. А. Шульгина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 5 р.

**Meynert**, *Психіатрія*. Перев. М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 3 р.

**Prof. Gowers**, *Болѣзни головного мозга*. Перев. А. А. Говсѣва, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.

**Prof. Charcot**, *Лекціи по нервнымъ болѣзнямъ*. Переводъ подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р.

**Thudichum**, *Физиологическая анатомія головного мозга*. Перев. М. Е. Ліона. Ц. 2 р.

**Robert von Pfungen**, *О разстройствѣ ассоціацій*. Переводъ М. Е. Ліона. Ц. 1 р.

**Dr. Pierson**, *Компендіумъ нервныхъ болѣзней*. Переводъ Н. И. Мухина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Въ изящномъ переплетѣ. 1886. Ц. 1 р. 50 к.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

Студенты кромѣ того пользуются уступкою отъ 20 до 50%.

ГОДЪ ДВѢНАДЦАТЫЙ, 1894. ТОМЪ XXIII — № 3.

АРХИВЪ

# ПСИХІАТРІИ, НѢЙРОЛОГІИ

И  
СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ П. И. КОВАЛЕВСКАГО,

проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

П. М. Автократовъ, Э. И. Андрускій, М. А. Аристовъ, Н. Н. Баженовъ, проф. В. М. Бехтеревъ, В. А. Брянцевъ, С. А. Бѣляковъ, Я. А. Боткинъ, Н. М. Васильевъ, В. Н. Васяткинъ, Я. В. Гиршонъ, Э. В. Гутниковъ, А. А. Говсеевъ, В. Ф. Галенко, А. М. Головина, А. Р. Грунау, В. К. Дидрихсонъ, Н. Добротворскій, А. П. Драгомановъ, И. Д. Ждановъ, И. Н. Егизарьянцъ, В. Н. Ергольскій, К. Н. Ковалевская, проф. С. С. Корсаковъ, Н. П. Каменевъ, П. Н. Лашенко, И. П. Лебедевъ, Н. Н. Львовъ, Мальшицъ, проф. Н. А. Миславскій, Н. И. Мухинъ, Д. І. Орбели, И. Я. Платоновъ, П. П. Платовъ, Н. М. Плохинскій, А. А. Петровъ, проф. Н. М. Поповъ, М. Н. Поповъ, А. О. Поповъ, Д. И. Поляковъ, Г. И. Россолимо, А. И. Роте, В. Сербскій, М. Б. Слуцкій, С. Н. Совѣтовъ, Д. Н. Стефановскій, К. П. Сулима, А. В. Тимоеевъ, В. А. Тихомировъ, А. А. Токарскій, П. А. Троицкій, Я. Я. Трутовскій, В. Н. Тусновъ, проф. В. Ф. Чижъ, С. И. Штейнбергъ, А. И. Ющенко, А. А. Яковлевъ и друг.

Подписная цѣна 8 руб., экземпляры 1887, 88, 89, 90, 91 и 92 гг. по 4 руб., 1885 — 10 руб. и 1893 — 5 руб.; подписка принимается въ Харьковѣ, Новочернышевская ул., № 1.

Харьковъ. Типографія Адольфа Дарре, Рыбная ул., № 28.

# ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стр.
<b>Dr. З. В. Гутниковъ</b> , Къ ученію о химическомъ составѣ головного мозга человека . . . . .	1
<b>Dr. Д. И. Поляновъ</b> , О сенсомоторныхъ явленіяхъ. . . . .	11
<b>Dr. Я. Я. Трутовскій</b> , Mania et melancholia senilis . . . . .	53
<b>Dr. А. И. Ющенко</b> , Случай періодической паранои . . . . .	83
<b>Esmarch и Jessen</b> , Сифилисъ и душевное разстройство, переводъ И. Н. Егіазарьянца . . . . .	98
Нейрологическая секція V сѣзда русскихъ врачей въ Петербургѣ: <b>Проф. В. Ф. Чижъ</b> , О связи сифилиса и прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ въ клиническомъ и причинномъ отношеніяхъ.—	
<b>Dr. П. Я. Розенбахъ</b> , О травматическихъ нейрозахъ.— <b>Проф. В. Ф. Чижъ</b> , О времени ассоціаціи у душевно-здоровыхъ и душевно-больныхъ.—	
<b>Dr. А. А. Корниловъ</b> , О черепно-мозговыхъ амиотрофіяхъ.— <b>Dr. К. Я. Данилевскій</b> , Кимореономъ, реостатъ и радиометръ.— <b>Dr. С. Н. Данилло</b> , О необходимости обученія уходу за душевными больными.— <b>Dr. С. Я. Любимовъ</b> , О возвращеніи патологически измѣненныхъ нервныхъ кѣтокъ въ нормальное состояніе.— <b>Dr. Розенель</b> , Недостаточность большой и малой грудной мышцы.— <b>Dr. Бируля-Бялыницкій</b> , О порозѣ головного мозга.— <b>Dr. М. Н. Нижегородцевъ</b> , О вліяніи метеорологическихъ условій на душевное разстройство съ нѣсколькими данными о распредѣленіи въ году самоубійствъ, преступленій и смертности.— <b>Dr. Б. С. Грейденбергъ</b> , Объ остромъ смертельномъ помѣшательствѣ.— <b>Dr. К. І. Ноишевскій</b> , О душевной слѣпотѣ съ гемипарезомъ . . . . .	
	103
<b>Библиографія</b> : <b>Dr. Alexander</b> , Помѣшательство у дѣтей, 119.— <b>Dr. Коррен</b> , Случай уремического психоза съ симптомами корковой слѣпоты, 124.— <b>Dr. Beyer</b> , Къ патологій остраго галлюцинаторнаго сумашествія, 125.— <b>Dr. Friedmann</b> , Первичный менструальный психозъ, 126.— <b>Dr. Jolli</b> , О гипнотизмѣ и умопомѣшательствѣ, 126.— <b>Dr. Seglas et Brouardel</b> , Преслѣдуемые самообвинители и преслѣдуемые одержимые, 127.— <b>Dr. Voisin</b> , Идіотія, наследственность и умственное вырожденіе, 129.— <b>Dr. Sollier</b> , Идіотія и тупоуміе съ точки зрѣнія носограріи, 130.— <b>Dr. Piper</b> , Къ этиологій идіотіи, 131.— <b>Dr. Voesck</b> , Контагіи сумашествія, 132.— <b>Dr. А. П. Драгомановъ</b> , Нравственное помѣшательство, 132.— <b>Dr. Bernardini ed Petrazzani</b> , Нравственное помѣшательство и притворство, 132.— <b>Dr. Mingazzini</b> , О коллекціонизмѣ при различныхъ психическихъ заблужденіяхъ, 134.— <b>Prof. Morselli</b> , Измѣненія голоса при душевныхъ болѣзняхъ, 136.— <b>Prof. Moravcsik</b> , Истерическое помѣшательство, 137.— <b>Dr. Mitchel</b> , Поле зрѣнія у истеричныхъ, 140.— <b>Dr. А. И. Озерецковскій</b> , Истерическій отекъ, 140.— <b>Dr. Космовскій</b> , Отекъ безъ бѣдка въ мочѣ, 141.— <b>Dr. Массень</b> , Къ вопросу о патогенезѣ эклампсіи, 142.— <b>Dr. Мучникъ</b> , Случай аритромелалгій, 143.— <b>Prof. Oppenheim und Hoppe</b> , Къ патологической анатоміи хронической прогрессивной наследственной хорей, 144.— <b>Dr. Reimbolt</b> , Острая психическая эпилепсія, 145.— <b>Dr. Сурунчи</b> , Къ этиологій morbus Basedovi, 145.— <b>Dr. Gerhard</b> , О ненормальныхъ пульсаторныхъ явленіяхъ при Базедовой болѣзни, 146.— <b>Dr. Marie</b> , О природѣ Базедовой болѣзни, 147.— <b>Dr. Hezel</b> , Къ патологической анатоміи Базедовой болѣзни.—148.— <b>Dr. Maude</b> , О малоизвѣстныхъ факторахъ при Гренсовой болѣзни, 148.— <b>Dr. Thonston</b> , Базедова болѣзнь и ея причины, 149.— <b>Dr. Grube</b> , Къ вопросу о Базедовой болѣзни, 149.— <b>Dr. Seglas</b> , Автоин-	

Дозволено цензурою. Харьковъ, 11 Мая 1894 г.

## Къ ученію о химическомъ составѣ головного мозга человѣка.

Докторъ медицины З. В. Гутниковъ.

Имѣющійся въ моемъ распоряженіи матеріалъ состоитъ изъ пятнадцати головныхъ мозговъ человѣческихъ зародышей обоого пола, отъ трехъ мѣсяцевъ утробной жизни до полнаго созрѣванія плода, и изъ тридцати девяти головныхъ мозговъ людей обоого пола въ возрастѣ до семидесяти трехъ лѣтъ включительно. Весь этотъ матеріалъ раздѣленъ мною на слѣдующія четыре группы:

1. Головной мозгъ человѣческихъ зародышей.

2. Головной мозгъ здоровыхъ людей, умершихъ неожиданно и при условіяхъ, немогшихъ оказать болѣе или менѣе начительнаго вліянія на измѣненіе химическаго состава головного мозга; напр., неожиданно зарѣзанные, умершіе отъ остраго отравленія окисью углерода и т. под.

3. Головной мозгъ людей обоого пола, болѣвшихъ несихическими болѣзнями; эта группа раздѣлена мною на слѣдующія подгруппы:

а) головной мозгъ людей, имѣвшихъ раковыя опухоли;  
б) головной мозгъ людей, страдавшихъ туберкулезомъ;  
с) головной мозгъ людей, имѣвшихъ сифилисъ;  
д) головной мозгъ людей, умершихъ отъ остраго отравленія алкоголемъ;

е) головной мозгъ людей, умершихъ при явленіяхъ хроническаго отравленія алкоголемъ;

4. Головной мозгъ людей, страдавшихъ нѣкоторыми изъ юрихъ душевныхъ болѣзней.

## Группа первая.

При изслѣдованіи въ упомянутомъ направленіи пятнадцати головныхъ мозговъ человѣческихъ зародышей обоого пола отъ 3-хъ мѣсяцевъ утробной жизни до полного созрѣванія плода получены слѣдующія данныя:

	Вода %	Фосфоръ %		Азотъ %		Сѣра %	
		Сухое вв.	Сырое вв.	Сухое вв.	Сырое вв.	Сухое вв.	Сырое вв.
Maximum .	92.35	2.1199	0.2089	9.8417	1.0646	0.9138	0.1073
Minimum .	88.26	1.1148	0.0854	8.7374	0.6814	0.6543	0.0501
Среднее . . .	90.78	1.6503	0.1530	9.1507	0.8425	0.8016	0.0742

При чемъ maximum воды приходится на головной мозгъ 6-мѣсячнаго зародыша женскаго пола; minimum воды приходится на головной мозгъ 2-мѣсячнаго ребенка мужскаго пола [2 мѣсяца внѣутробной жизни]; среднее количество воды ближе всего подходитъ къ содержанію ея въ головномъ мозгу 7-мѣсячнаго зародыша мужскаго пола, гдѣ она найдена въ количествѣ 90.79%.

Далѣе, maximum фосфора въ сухомъ веществѣ приходится на головной мозгъ 4-мѣсячнаго зародыша мужскаго пола; minimum фосфора приходится на головной мозгъ 5-мѣсячнаго зародыша мужскаго пола; среднее количество фосфора ближе всего подходитъ къ содержанію его въ головномъ мозгу доношеннаго плода мужскаго пола, родившагося мертвымъ, гдѣ количество его найдено равнымъ 1.6246%.

Maximum содержанія фосфора въ сыромъ веществѣ мозга приходится на головной мозгъ ребенка 2-мѣсяцевъ [2 мѣс. внѣутробной жизни]; minimum приходится на головной мозгъ 5-мѣсячнаго зародыша мужскаго пола; среднее количество ближе всего подходитъ къ содержанію фосфора въ сыромъ веществѣ головного мозга доношеннаго плода мужскаго пола, прожившаго около 96 ч. и умершаго отъ «слабости», гдѣ количество его найдено равнымъ 0.1586%.

Махітумъ содержанія азота въ сухомъ веществѣ мозга приходится на головной мозгъ 8-мѣсячнаго зародыша женскаго пола, родившагося мертвымъ; мінітумъ приходится на головной мозгъ доношеннаго плода мужскаго пола, извлеченнаго щипцами; среднее количество азота въ сухомъ веществѣ мозга ближе всего подходитъ къ содержанію его въ сухомъ веществѣ головного мозга 3-мѣсячнаго зародыша мужскаго пола, гдѣ количество его найдено равнымъ 9.1894%.

Махітумъ содержанія азота въ сыромъ веществѣ мозга приходится на головной мозгъ ребенка 2-мѣсяцевъ [2 мѣс. внѣтробной жизни]; мінітумъ приходится на головной мозгъ 6-мѣсячнаго зародыша женскаго пола; среднее количество ближе всего подходитъ къ содержанію его въ сыромъ веществѣ головного мозга 7-мѣсячнаго зародыша мужскаго пола, гдѣ количество его найдено равнымъ 0.8561%.

Махітумъ содержанія сѣры въ сухомъ веществѣ мозга приходится на головной мозгъ ребенка 2-мѣсяцевъ [2 мѣс. внѣтробной жизни]; мінітумъ приходится на головной мозгъ 5-мѣсячнаго зародыша мужскаго пола; среднее количество ближе всего подходитъ къ содержанію ея въ сухомъ веществѣ головного мозга доношеннаго плода женскаго пола, гдѣ количество ея найдено равнымъ 0.7976%.

Махітумъ содержанія сѣры въ сыромъ веществѣ мозга приходится на головной мозгъ ребенка 2-мѣсяцевъ [2 мѣс. внѣтробной жизни]; мінітумъ приходится на головной мозгъ 5-мѣсячнаго зародыша мужскаго пола; среднее количество ближе всего подходитъ къ содержанію ея въ сыромъ веществѣ головного мозга доношеннаго плода мужскаго пола, прожившаго около 96 часовъ, гдѣ количество сѣры найдено равнымъ 0.0762%.

### Группа вторая.

При изслѣдованіи въ выше упомянутомъ направленіи семи головныхъ мозговъ, отнесенныхъ мною ко второй группѣ, т. е., головныхъ мозговъ людей обоего пола, умершихъ отъ причинъ, не могшихъ оказать болѣе или менѣе значительнаго вліянія на измѣненіе химическаго состава головного мозга, какъ то: неожиданно зарѣзанные, умершіе отъ острою отравленія окисью углерода и пр., получены слѣдующія данныя:

	В О Д А		Ф О С Ф О Р Ъ			
	Сѣрое в-во	Бѣлое в-во	Сѣрое в-во		Бѣлое в-во	
			Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.
Maximum . .	88.65	73.40	1.4683	0.2675	1.7339	0.5677
Minimum . .	81.78	66.76	0.8245	0.1248	0.7670	0.2110
Среднее. . .	84.62	69.73	1.2128	0.1877	1.1378	0.3454

	А З О Т Ъ				С Ъ Р А			
	Сѣрое в-во		Бѣлое в-во		Сѣрое в-во		Бѣлое в-во	
	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.
Maximum . .	9.3304	1.6032	6.0657	1.8487	0.8310	0.1272	0.6933	0.2027
Minimum . .	8.6496	1.0145	4.7665	1.5316	0.5362	0.0608	0.4527	0.1206
Среднее. . .	8.9082	1.3692	5.5808	0.6027	1.6821	0.0927	0.5250	0.1599

При чемъ maximum воды въ сѣромъ веществѣ головного мозга приходится на головной мозгъ мужчины 22 лѣтъ, умершаго отъ остраго кровоточенія, вслѣдствіе пораненія arteriae femoralis; minimum воды въ сѣромъ веществѣ приходится на головной мозгъ мужчины 46 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе разрыва аневризмы; среднее количество воды въ сѣромъ веществѣ ближе всего подходитъ къ содержанию ея въ сѣромъ веществѣ головного мозга мужчины 30 лѣтъ, умершаго отъ остраго отравленія окисью углерода, гдѣ количество ея найдено равнымъ 84.09%.

Maximum воды въ бѣломъ веществѣ приходится на бѣлое вещество головного мозга женщины 60 лѣтъ, умершей вслѣд-

ствіе остраго отравленія окисью углерода; *minimum* воды въ бѣломъ веществѣ приходится на головной мозгъ мужчины 22 лѣтъ, умершаго отъ остраго кровотеченія вслѣдствіе пораненія *arteriae femoralis*; среднее количество воды въ бѣломъ веществѣ ближе всего подходитъ къ содержанію ея въ бѣломъ веществѣ головного мозга мужчины 60 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе ущемленія грыжи, количество ея здѣсь найдено равнымъ 70.77%.

*Maximum* фосфора въ сухомъ сѣромъ веществѣ приходится на головной мозгъ мужчины 46 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе разрыва аневризмы аорты; *minimum*—на головной мозгъ мужчины 55 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе остраго отравленія окисью углерода; среднее количество фосфора въ сухомъ сѣромъ веществѣ ближе всего подходитъ къ содержанію его въ головномъ мозгу мужчины 22 лѣтъ, умершаго отъ остраго кровотеченія вслѣдствіе пораненія *arteriae femoralis*; количество его здѣсь найдено равнымъ 1.099970.

*Maximum* фосфора въ сыромъ сѣромъ веществѣ приходится на головной мозгъ мужчины 46 лѣтъ, умершаго отъ разрыва аневризмы аорты; *minimum*—на головной мозгъ мужчины 22 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе остраго кровотеченія отъ пораненія *arteriae femoralis*; среднее количество фосфора въ сыромъ сѣромъ веществѣ ближе всего подходитъ къ содержанію его въ головномъ мозгу мужчины 60 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе ущемленія грыжи; количество его здѣсь найдено равнымъ 0.1700%.

*Maximum* фосфора въ сухомъ бѣломъ веществѣ приходится на головной мозгъ мужчины 25 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе остраго кровотеченія изъ перерѣзанныхъ сонныхъ артерій; *minimum*—на головной мозгъ мужчины 60 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе ущемленія грыжи; среднее количество фосфора въ сухомъ бѣломъ веществѣ ближе всего подходитъ къ содержанію его въ головномъ мозгу мужчины 46 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе разрыва аневризмы аорты; количество его здѣсь найдено равнымъ 1.1718%.

*Maximum* фосфора въ сыромъ бѣломъ веществѣ приходится на головной мозгъ мужчины 25 л., умершаго отъ остраго кровотеченія изъ сонныхъ артерій; *minimum* фосфора въ сыромъ бѣломъ веществѣ приходится на головной мозгъ женщины 66 лѣтъ, умершей вслѣдствіе остраго отравленія окисью углерода; среднее количество подходитъ ближе всего къ содержанію въ головномъ мозгу мужчины 22 лѣтъ,

умершаго вслѣдствіе остраго кровоточенія изъ *arteria femoralis*: количество фосфора здѣсь найдено равнымъ 0.3604%.

Maximum азота въ сухомъ сѣромъ веществѣ приходится на головной мозгъ мужчины 30 лѣтъ, умершаго отъ остраго отравленія алкоголемъ; minimum—на головной мозгъ женщины 66 лѣтъ, умершей вслѣдствіе остраго отравленія окисью углерода; среднее количество азота въ сухомъ сѣромъ веществѣ ближе всего подходитъ къ содержанию его въ головномъ мозгу мужчины 22 лѣтъ, умершаго отъ остраго кровоточенія вслѣдствіе пораженія *arteria femoralis*; количество его здѣсь найдено равнымъ 8.9385%.

Maximum азота въ сыромъ сѣромъ веществѣ приходится на головной мозгъ мужчины 46 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе разрыва аневризмы аорты; minimum—на головной мозгъ мужчины 22 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе остраго кровоточенія изъ *arteria femoralis*; среднее количество азота въ сыромъ сѣромъ веществѣ ближе всего подходитъ къ содержанию его въ головномъ мозгу мужчины 60 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе ущемленія грыжи; количество его здѣсь найдено равнымъ 1.3090%.

Maximum азота въ сухомъ бѣломъ веществѣ приходится на головной мозгъ мужчины 30 лѣтъ, умершаго отъ остраго отравленія окисью углерода; minimum—на головной мозгъ мужчины 55 лѣтъ, умершаго отъ остраго отравленія окисью углерода; среднее количество азота въ сухомъ бѣломъ веществѣ ближе всего подходитъ къ содержанию его въ головномъ мозгу мужчины 60 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе ущемленія грыжи; количество его здѣсь найдено равнымъ 5.5053%.

Maximum азота въ сыромъ бѣломъ веществѣ приходится на головной мозгъ мужчины 25 лѣтъ, умершаго отъ остраго кровоточенія изъ сонныхъ артерій; minimum—на головной мозгъ мужчины 55 лѣтъ, умершаго отъ остраго отравленія окисью углерода; среднее количество азота въ сыромъ бѣломъ веществѣ ближе всего подходитъ къ содержанию его въ головномъ мозгу мужчины 30 лѣтъ, умершаго отъ остраго отравленія окисью углерода; количество его здѣсь найдено равнымъ 1.6165%.

Maximum сѣры въ сухомъ сѣромъ веществѣ приходится на головной мозгъ мужчины 60 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе ущемленія грыжи; minimum—на головной мозгъ мужчины 30 лѣтъ, умершаго отъ остраго отравленія окисью углерода; среднее количество сѣры въ сухомъ сѣромъ веществѣ ближе

всего подходит къ содержанію ея въ головномъ мозгу женщины 60 лѣтъ, умершей отъ остраго отравленія окисью углерода; количество ея здѣсь найдено равнымъ 0,5434%.

Maximum сѣры въ сыромъ сѣромъ веществѣ приходится на головной мозгъ мужчины 46 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе разрыва аневризмы аорты; minimum—на головной мозгъ мужчины 22 лѣтъ, умершаго отъ остраго кровоточенія послѣ пораненія arteriae femoralis; среднее количество сѣры въ сыромъ сѣромъ веществѣ ближе всего подходит къ содержанію ея въ головномъ мозгу мужчины 25 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе остраго кровоточенія изъ сонныхъ артерій; количество ея здѣсь найдено равнымъ 0,0934%.

Maximum сѣры въ сухомъ бѣломъ веществѣ приходится на головной мозгъ мужчины 60 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе ущемленія грыжи; minimum—на головной мозгъ мужчины 30 лѣтъ, умершаго отъ остраго отравленія окисью углерода; среднее количество сѣры въ сухомъ бѣломъ веществѣ ближе всего подходит къ содержанію ея въ головномъ мозгу мужчины 46 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе разрыва аневризмы аорты; количество ея здѣсь найдено равнымъ 0,5389%.

Maximum сѣры въ сыромъ бѣломъ веществѣ приходится на головной мозгъ мужчины 60 лѣтъ, умершаго вслѣдствіе ущемленія грыжи; minimum—на головной мозгъ мужчины 30 лѣтъ, умершаго отъ остраго отравленія окисью углерода; среднее количество сѣры въ сыромъ бѣломъ веществѣ ближе всего подходит къ содержанію ея въ головномъ мозгу мужчины 55 лѣтъ, умершаго отъ остраго отравленія окисью углерода; количество ея здѣсь найдено равнымъ 0,1591%.

### Группа третья.

Къ третьей группѣ отнесены мною головные мозги людей обоого пола, болѣвшихъ не психическими болѣзнями; эта группа раздѣлена мною на слѣдующія подгруппы:

- a) головной мозгъ людей, имѣвшихъ раковыя опухоли.
  - Мужчина 40 л.—carcinoma hepatis;
  - Мужчина 40 л.—carcinoma ventriculi;
  - Мужчина 43 л.—carcinoma parolideae dextrae;
- b) головной мозгъ людей, страдавшихъ туберкулезомъ.
  - Мужчина 40 л.
  - Мужчина 43 л.
- c) головной мозгъ людей, имѣвшихъ сифились.
  - Мужчина 45 л.

Мужчина 55 л.

Мужчина 56 л.

д) головной мозгъ людей, умершихъ отъ остраго отравленія алкоголемъ.

Мужчина 40 л.

Мужчина 41 г.

Женщина 26 л.

Женщина 27 л.

е) головной мозгъ людей, умершихъ при явленіяхъ хроническаго отравленія алкоголемъ.

Мужчина 38 л.

Мужчина 40 л.

Мужчина 50 л.

Женщина 27 л.

Женщина 39 л.

Женщина 43 л.

Женщина 55 л.

При разсмотрѣніи головныхъ мозговъ, отнесенныхъ мною къ подгруппѣ а, т. е., головныхъ мозговъ людей, имѣвшихъ раковыя опухоли, получены слѣдующія данныя:

	В О Д А		Ф О С Ф О Р Ъ			
	Сѣр.	Бѣл.	Сѣрое в-во		Бѣлое в-во	
			Сухое	Сырое	Сухое	Сырое
Среднее %-ое содержаніе . .	85.49	69.66	1.3886	0.2014	1.9822	0.4188

	А З О Т Ъ				С Ъ Р А			
	Сѣрое в-во		Бѣлое в-во		Сѣрое в-во		Бѣлое в-во	
	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.
Среднее %-ое содержаніе . .	8.9244	1.2951	5.2677	1.5976	0.6101	0.0885	0.5178	0.1576

При разсмотрѣніи головныхъ мозговъ, отнесенныхъ мною къ подгруппѣ б, т. е., головныхъ мозговъ людей, страдавшихъ туберкулезомъ, получены слѣдующія данныя:

<i>Tuberculosis.</i>	В О Д А		Ф О С Ф О Р Ъ			
	Сѣрое в-во	Бѣлое в-во	Сѣрое в-во		Бѣлое в-во	
			Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.
Среднее $\%$ -ое содержаніе . .	78.14	70.50	1.6283	0.8587	1.2408	0.3734

<i>Tuberculosis.</i>	А З О Т Ъ				С Ъ Р А			
	Сѣрое в-во		Бѣлое в-во		Сѣрое в-во		Бѣлое в-во	
	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.
Среднее $\%$ -ое содержаніе . .	9.1137	1.9984	5.3490	1.5960	0.6987	0.1527	0.5366	0.1583

При изслѣдованіи головныхъ мозговъ, отнесенныхъ мною къ подгруппѣ *c*, т. е., головныхъ мозговъ людей, имѣвшихъ сифилисъ, получены слѣдующія данныя:

<i>Lues.</i>	В О Д А		Ф О С Ф О Р Ъ			
	Сѣрое в-во	Бѣлое в-во	Сѣрое в-во		Бѣлое в-во	
			Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.
Среднее $\%$ -ое содержаніе . .	85.43	71.92	1.3577	0.2030	1.1819	0.3266

<i>Lues.</i>	А З О Т Ъ				С Ъ Р А			
	Сѣрое в-во		Бѣлое в-во		Сѣрое в-во		Бѣлое в-во	
	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.
Среднее $\%$ -ое содержаніе . .	9.3894	1.3585	6.2919	1.7676	0.5973	0.0877	0.5423	0.1511

При изслѣдованіи головныхъ мозговъ, отнесенныхъ мною къ подгруппѣ *d*, т. е., головныхъ мозговъ людей, умершихъ отъ остраго отравленія алкоголемъ, получены слѣдующія данныя:

<i>Alcoholismus chronicus.</i>	В О Д А		Ф О С Ф О Р Ъ			
			Сърое		Бѣлое	
	Сърое	Бѣлое	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.
Среднее $\%$ -ое содержаніе. .	86.38	68.27	1.2460	0.1703	1.3709	0.4345

<i>Alcoholismus chronicus.</i>	А З О Т Ъ				С Ъ Р А			
	Сърое		Бѣлое		Сърое		Бѣлое	
	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.
Среднее $\%$ -ое содержаніе. .	8.7523	1.1932	4.7991	1.5218	0.7349	0.1010	0.5707	0.0811

При изслѣдованіи головныхъ мозговъ, отнесенныхъ мною къ подгруппѣ е, т. е., головныхъ мозговъ людей, умершихъ при явленіяхъ хроническаго отравленія алкоголемъ, получены слѣдующія данныя:

<i>Alcoholismus chronicus.</i>	В О Д А		Ф О С Ф О Р Ъ			
			Сърое		Бѣлое	
	Сърое	Бѣлое	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.
Среднее $\%$ -ое содержаніе. .	86.81	69.63	1.1746	0.1548	1.4209	0.4317

<i>Alcoholismus chronicus.</i>	А З О Т Ъ				С Ъ Р А			
	Сърое		Бѣлое		Сърое		Бѣлое	
	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.	Сух.	Сыр.
Среднее $\%$ -ое содержаніе. .	9.6765	1.2815	5.3278	1.6180	0.5800	0.0765	0.4744	0.1442

# Къ ученію о сенсомоторныхъ явленіяхъ.

Д. И. Поляковъ.

(Изъ фізіологическаго кабинета проф. В. Я. Данилевскаго).

## Опытъ 1-й.

26 января 1893 г. Для опыта была взята худая лошадь, безъ какихъ бы то ни было замѣтныхъ параличей, или какихъ либо другихъ замѣтныхъ заболѣваній въ области п.п. *infraorbitalium*, головы, носа или губъ.

До опыта лошадь захватывала сѣно и овесъ верхней губой, производя ею характерныя при этомъ движенія ловко, быстро и энергично и совершенно не старалась захватывать зубами, при чемъ ясно было видно, что, для выполненія означенной цѣли, главную роль играли движенія верхней губы, а языкъ и нижняя губа второстепенную, слегка только ей помогая. Помощь эта выражалась преимущественно тѣмъ, что языкъ и нижняя губа не позволяли захватываемымъ верхнею губою зернамъ овса и сѣну отодвигаться назадъ отъ нея, служа какъ бы неподвижною преградой, къ которой ихъ прижимаетъ верхняя губа; зерна овса съ поверхности стола она подбирала такъ хорошо и быстро, что неподбранныхъ зеренъ въ концѣ концовъ оставалось очень немного, а нехорошее сѣно и палочки въ немъ она избѣгала уже при самомъ захватываніи сѣна, отстраняя ихъ верхней губой; при послѣдующемъ жеваніи захваченнаго овса или сѣна лошадь удерживала ихъ во рту очень хорошо, такъ что назадъ выпадало ихъ очень немного.—Ватнымъ шарикомъ, пропитаннымъ 2% растворомъ уксусной кислоты, я смочилъ лошади слизистую оболочку подъ верхней губой, при чемъ она тотчасъ вытянула шею и сильно подняла верхнюю губу почти вывернувъ ее, такъ что вся слизистая оболочка ея и слизистая оболочка верхней десны была открыта; опустивъ губу, она тотчасъ же снова поднимала ее и такъ продѣлывала 2—3 раза послѣ каждого смачиванія. При

уколѣ булавкой кожи и слизистой оболочки верхней губы, лошадь быстро отдергивала голову, сильно ею качала, сильно и быстро двигала верхней губой, то отбрасывая ее впередъ и въ стороны, то слегка поднимая, то сильно прижимая къ верхней челюсти, производила жевательныя движенія, по временамъ фыркала, переступала съ ноги на ногу, стуча копытами, пятилась назадъ или въ сторону: словомъ, лошадь чувствовала уколъ булавкой и реагировала на него: она чувствовала также и прикосновение булавкой къ кожѣ и слизистой оболочкѣ верхней губы и всегда при этомъ отдергивала голову, качала ею и двигала верхней губой.

Для перерѣзки п. n. *infraorbitalium* лошадь была положена на полъ при помощи повала, употребляемаго въ такихъ случаяхъ для сближенія и фиксированія ногъ животнаго, а голова ея при помощи веревки, перевитой вокругъ носа ниже поля операціи и за уши, удерживалась по возможности неподвижной. N. *infraorbitalis* у лошади тотчасъ по выходѣ его изъ нижнеглазничнаго отверстія, черезъ кожу ясно прощупывается въ видѣ толстаго шнурка, а потому мѣсто кожного разрѣза для его перерѣзки очень легко опредѣлить. Волосы на мѣстѣ операціи были тщательно выстрижены, поле операціи было вымыто мыломъ и водой, а потомъ 5% растворомъ карболовой кислоты и на  $\frac{1}{4}$  ч. было закрыто ватой, намоченной въ 5% растворѣ карболовой кислоты, всѣ употреблявшіеся при этомъ инструменты и лигатуры были чисты, заранѣе положены въ 5% растворѣ карболовой кислоты; а для очищенія раны отъ крови употреблялись смоченные въ 5% карболовомъ растворѣ шарики изъ гигроскопической ваты.

Кожный разрѣзъ длиною въ 4 сант. былъ сдѣланъ тотчасъ надъ выходомъ нерва изъ нижнеглазничнаго отверстія (*foramen infraorbitale*) продольно положенію нервного ствола; m. *levator labii superioris alaeque nasi* былъ разрѣзанъ продольно ходу его волоконъ во всю длину кожного разрѣза; соединительнотканная прослойка подъ нимъ были разорваны пинцетами, m. *levator labii superioris proprius* былъ отодвинутъ въ сторону по направленію къ спинкѣ носа и теперь въ ранѣ лежалъ открытымъ п. *infraorbitalis*, заключенный въ околонервное влагалище, отъ котораго онъ осторожно былъ изолированъ пинцетами, подъ него была подведена тупымъ крючкомъ лигатура и, удерживаемый на ней, п. *infraorbitalis* былъ перерѣзанъ подведенными подъ него ножницами; кровотечение при операціи было ничтожное; рана была обмыта 5% растворомъ карболовой кислоты, очищена ватными шариками и кожная рана зашита. Послѣ этого лошадь была положена на другой бокъ и при такихъ же точно условіяхъ былъ перерѣзанъ п. *infraorbitalis* на другой сторонѣ

и кожная рана зашита. При перерѣзкѣ этихъ нервовъ лошадь выражала боль сильнымъ движеніемъ головы и ногъ, но изолированнаго движенія верхней губы при этомъ не было замѣтно.

Послѣ операціи лошади была поднесена корзина съ сѣномъ и она напрасно пыталась ухватить его, такъ какъ верхняя губа не дѣйствовала; лошадь видимо начала сердиться, беспокоиться, усиленно переступать съ ноги на ногу и, послѣ нѣсколькихъ напрасныхъ попытокъ захватить сѣно сильнымъ движеніемъ всей головы, оттолкнула корзину прочь.

Насыпанный на столъ овесъ она также не могла захватить, такъ какъ верхняя губа не дѣйствовала и характерныя, ловкія и быстрыя движенія ея, наблюдавшіяся при захватываніи овса до операціи, теперь совершенно отсутствовали и верхняя губа почти неподвижно висѣла надъ зубами. Лошадь сильно прижимала къ поверхности стола губы, надавливая на нихъ передними зубами, двигала ими по поверхности стола, какъ бы гоняясь за овсомъ, разгребала его по столу, ничего не захватывая, а лишь передвигая зерна съ мѣста на мѣсто; она видимо начинала сердиться, выражая это быстрыми и сильными толчками зубовъ по столу, оставляла попытку захватить овесъ и снова также безуспѣшно принималась за работу; видя безуспѣшность попытокъ захватить овесъ верхней губой, она начала усиленно двигать нижней губой и языкомъ, загребая и прижимая зерна овса къ верхней губѣ; движенія нижней губы при этомъ были значительно чаще, чѣмъ это было до операціи и напоминали собой движенія верхней губы; приставшія къ языку при его движеніи по столу зерна овса она уносила въ ротъ и начинала жевать; но попытка замѣнить работу верхней губы работой нижней губы и языка оказалась очень неудовлетворительной и въ ротъ попадало овса очень мало, да при томъ же большая половина его при жеваніи выпадала обратно на столъ; тогда лошадь начала широко раскрывать челюсти и старалась захватить овесъ зубами, сгребая его нижней губой и сильно прижимая зубы къ поверхности стола; усиліе при этомъ было настолько значительно, что столъ дрожалъ и на поверхности его оставались широкія бѣлыя полосы вслѣдствіе сорванной съ него зубами краски. Незначительныя движенія верхней губы при этомъ все-таки наблюдались, но они обуславливались дѣятельностью мускуловъ угловъ рта, при чемъ эти весьма слабыя и неловкія движенія могли только съ трудомъ притянуть ее къ деснамъ, отбросить же ее впередъ или хотя бы немного приподнять не могли;—однимъ словомъ, губа при этомъ притягивалась къ зубамъ пассивно, какъ будто ее притягивали укрѣпленными въ углахъ рта нитками. Смачиваніе слизистой оболочки подъ верхней губой 2%.—

5%—10% растворомъ уксусной кислоты не давало того эффекта, какъ это наблюдалось до операціи,—лошадь не поднимала верхнюю губу и она неподвижно висѣла надъ зубами; на уколы булавкой кожи и слизистой оболочки верхней губы до угловъ рта и кожи спинки и боковъ носа лошадь совершенно не реагировала; тотчасъ же внизъ отъ угловъ рта чувствительность была вполне сохранена.

27 января. Сѣно изъ корзины лошадь брала нижней губой и зубами, при чемъ сильно вдавливала челюсти въ корзину; верхней же губой она не могла захватить корма вслѣдствіе почти полной бездѣтельности ея, хотя въ ней и наблюдались незначительныя движенія, въ зависимости отъ дѣятельности мускуловъ угловъ рта; не отбросить губу впередъ и приподнять ее лошадь совершенно не могла: хорошее сѣно отъ примѣшаннаго къ нему сора и палочекъ лошадь выбирала съ трудомъ, часто захватывала ихъ вмѣстѣ съ сѣномъ и выбрасывала обратно все захваченное въ ротъ. Свою порцію сѣна лошадь поѣдаетъ гораздо медленнѣе противъ нормальнаго состоянія. Насыпанный на столъ овесъ лошадь старалась захватывать языкомъ, нижней губой и зубами, сгребая его очень частыми движеніями нижней губы и прижимая его къ верхней губѣ и къ зубамъ, широко раскрывала ротъ, сильно надавливала зубами на столъ и грызла его поверхность; но, не смотря на значительныя усилія, она все-таки захватывала овса очень мало и только разгребала его по столу, такъ какъ характерныя и ловкія въ нормальномъ состояніи движенія верхней губы теперь совершенно отсутствовали и верхняя губа безсильно висѣла надъ зубами. Смазываніе 2%—5%—10% растворомъ уксусной кислоты слизистой оболочки верхней губы не вызвало поднятія ея, а также лошадь не реагировала на уколы булавкой кожи и слизистой оболочки верхней губы. Кожныя раны плотно закрыты засохшими свертками крови и припухлости на мѣстѣ раненій нѣтъ.

28 января. Насыпанный на столъ овесъ лошадь старалась захватывать зубами, загребая его языкомъ и нижней губой, быстро и энергично двигая ею по направленію къ верхней губѣ, которая теперь не производила обычныхъ для нея хватательныхъ движеній,—не поднималась и не отбрасывалась впередъ, но все-таки, хотя очень слабо, двигалась въ зависимости отъ дѣятельности мускуловъ угловъ рта; вслѣдствіе того, что овса лошадь захватывала мало, да къ тому же большая часть его выпадала изъ рта обратно, она начала сердиться, сильнѣе раскрывать ротъ, придавливать зубы къ столу и грызть его зубами, оставляя бѣлыя полосы отъ сорванной съ него краски; изъ наполненнаго овсомъ тазика она брала овесъ зубами успѣшнѣе, помогая при этомъ движеніями нижней губы и языка;

верхняя губа и въ этомъ случаѣ не принимала никакого участія и безсильно висѣла надъ зубами. Воду пить лошадь не захотѣла, а такъ какъ ей настойчиво подставляли сосудъ съ водой, то она разсердилась и начала производить верхней губой сильныя боковыя движенія на подобіе качанія маятника и расплескала воду; поднятія же верхней губы или отбрасыванія ея впередъ не наблюдалось; не поднимала ее она также и отъ смачиванія ея слизистой оболочки растворомъ уксусной кислоты; на уколы булавкой слизистой оболочки и кожи верхней губы и кожи до угловъ рта и спинки носа лошадь не реагировала.

На слизистой оболочкѣ верхней губы по краю ея на  $2\frac{1}{2}$  снт. въ обѣ стороны отъ срединной линіи появились ссадины.

Раны заживаютъ хорошо, припухлость на мѣстѣ раненій ничтожная и нагноенія не замѣтно.

Считаю необходимымъ сказать, что животныя, подвергнувшіяся моимъ опытамъ, наблюдались мною ежедневно; но во избѣжаніе слишкомъ частыхъ повтореній однихъ и тѣхъ же состояній, я привелъ наблюденія только за нѣкоторые дни.

29 января. Описанныя выше явленія у лошади—въ прежней степени; верхнюю губою она можетъ производить только слабыя и неловкія боковыя движенія, поднять же ее и отбросить впередъ совершенно не можетъ; не поднимаетъ ее также и послѣ смазыванія слизистой оболочки верхней губы растворомъ уксусной кислоты, а также не реагируетъ на уколы булавкой въ упомянутыхъ выше мѣстахъ. Слизистая оболочка верхней губы на пространствѣ  $3\frac{1}{2}$  сант. въ обѣ стороны отъ срединной линіи и на 1 сант. въ ширину уничтожена до мускульнаго слоя, при чемъ чѣмъ ближе къ краю верхней губы, тѣмъ сильнѣе. Припухлость на мѣстѣ бывшей операціи ничтожная, нагноенія нѣтъ.

30 января лошадь пала отъ истощенія.

### Опытъ 2-й.

13 января 1893 г. Для опыта была взята здоровая лошадь безъ замѣтныхъ параличей и безъ какихъ бы то ни было заболѣваній въ области п. п. *infraorbitalium*, головы носа или губъ. Сѣно и овесъ до операціи она захватывала верхней губой хорошо, производя ея характерныя движенія ловко, быстро и энергично и лишь слабо помогая ей нижней губой и языкомъ; движенія послѣднихъ при этомъ актѣ происходили сравнительно съ движеніями верхней губы рѣдко и сводились преимущественно къ тому, чтобы воспрепятствовать захватываемому верхней губою корму отодвигаться слишкомъ далеко назадъ и къ фиксированію его между губами, и совершенно не пы-

талась захватывать кормъ зубами. Порцію сѣна и овса она поѣдала скоро и начисто, ловко выбирая верхнею губою хорошее сѣно и избѣгая примѣшанныхъ къ нему сора и палочекъ; при жеваніи корма изъ рта выпадало очень мало.

Послѣ смачиванія слизистой оболочки верхней губы 2%,—5%,—10% растворомъ уксусной кислоты она не поднимала ее, но всѣкій разъ послѣ этого усиленно производила жевательныя движенія. Уже при слабомъ уколѣ булавкой слизистой оболочки и кожи верхней губы, ноздрей и спинки носа лошадь быстро отдергивала голову и губу и усиленно ею двигала и пятилась назадъ или въ сторону.

Была сдѣлана перерѣзка нижнеглазничнаго нерва на правой сторонѣ (n. infraorbitalis dext.) при точно такихъ же условіяхъ, какъ это описано въ первомъ опытѣ; во время операціи было незначительное кровотеченіе изъ мельчайшихъ артерій; послѣ операціи рана была промыта 4% карболовымъ растворомъ и кожная рана зашита. При перерѣзкѣ нерва лошадь выразила сильную боль обѣими содроганіемъ и сильнымъ движеніемъ ногъ, изолированнаго же движенія верхней губы въ это время не наблюдалось.

Сѣно и овесъ тотчасъ послѣ операціи лошадь захватывала верхней губою, но движенія ея были затруднены и не такъ быстры, ловки и энергичны, какъ это было до операціи; затрудненіе это рѣзче всего проявилось на правой половинѣ верхней губы, такъ какъ при захватываніи корма она всегда отставала отъ лѣвой и уже какъ бы пассивно тянулась вслѣдъ за нею; очень часто, особенно при захватываніи овса сбоку, лошадь охотнѣе употребляла для этого лѣвую половину губы, чѣмъ правую, и наклоняла при этомъ голову на лѣвую сторону; языкъ и нижняя губа теперь принимали уже болѣе активное участіе въ захватываніи овса, производя болѣе частыя и болѣе энергичныя движенія, чѣмъ до операціи; по временамъ лошадь широко раскрывала ротъ и сильно надавливала челюстями на столъ, стараясь зубами захватить овесъ; но все-таки ловкость, частота и энергія движеній верхней губы были настолько удовлетворительны, что насыпанный на столъ овесъ лошадь подбирала почти исключительно ею и довольно чисто, хотя для этого требовался все-таки большій промежутокъ времени, чѣмъ до операціи; активное же участіе языка, нижней губы и зубовъ при захватываніи корма было выражено несравненно слабѣе, чѣмъ это наблюдалось въ первомъ опытѣ, гдѣ были перерѣзаны оба нижнеглазничные нерва.

Захваченный въ ротъ кормъ выпадалъ обратно въ большемъ количествѣ и чаще съ правой стороны, чѣмъ съ лѣвой, но въ гораздо меньшемъ количествѣ, чѣмъ въ первомъ опытѣ; хорошее сѣно отъ сора и палочекъ выбирала она настолько удовлетворительно,

что въ этомъ отношеніи нельзя было подмѣтить болѣе или менѣе рѣзкаго нарушенія.

При покойномъ положеніи верхней губы, правая сторона ея опущена нѣсколько ниже лѣвой. При уколѣ булавкой слизистой оболочки и кожи верхней губы и спинки носа отъ срединной линіи и до праваго угла рта, лошадь совершенно не реагировала, при уколѣ же соотвѣствующихъ мѣстѣ лѣвой стороны, она немедленно и сильно реагировала отдергиваніемъ головы, движеніями верхней губы и общимъ безпокойствомъ; послѣ смачиванія 2%—5%—10% растворомъ уксусной кислоты слизистой оболочки верхней губы лошадь не поднимала ее, но двигала ею и усиленно жевала.

16 февраля. Движенія верхней губы лошади при захватываніи сѣна и овса довольно удовлетворительны; она ее хорошо приподнимаетъ, отбрасываетъ впередъ и двигаетъ въ стороны, но все-таки не такъ ловко и энергично, какъ до операціи; въ особенности это рѣзко замѣтно на правой половинѣ верхней губы при поднятіи и отбрасываніи ея впередъ, такъ какъ въ такомъ случаѣ она всегда отстаётъ и пассивно тянется за лѣвою; угловые мускулы рта работаютъ очень хорошо и въ боковыхъ движеніяхъ верхней губы никакого нарушенія не замѣтно; тѣмъ не менѣе лошадь все-таки старается захватывать овесъ лѣвой половиной верхней губы и для большаго удобства и лучшаго успѣха часто наклоняетъ всю голову налѣво. Иногда она широко открываетъ ротъ, прижимаетъ зубы къ столу и старается захватить овесъ зубами. Всю свою порцію сѣна лошадь поѣдаетъ, хотя для этого требуется больше времени, чѣмъ требовалось для этого до операціи.

Чувствительность при уколѣ булавкою правой половины слизистой оболочки и кожи верхней губы, а также кожи правой половины спинки носа отъ срединной линіи до праваго угла рта отсутствуетъ и лошадь на это не реагируетъ. Кожная рана закрыта засохшимъ сверткомъ крови и въ области раны появилось припуханіе.

20 февраля. Въ движеніи и чувствительности верхней губы никакихъ измѣненій, по сравненію съ предыдущимъ наблюденіемъ, не произошло ни въ смыслѣ усиленія, ни въ смыслѣ ослабленія наблюдавшагося раньше затрудненія движенія и потери чувствительности правой половины верхней губы. На мѣстѣ раны развилась небольшая припухлость и изъ раны выдавливается ничтожное количество гноя; снять шовъ съ нижняго угла раны, которая промывается 3% карболовымъ растворомъ.

Сегодня при точно такихъ же условіяхъ, какія изложены при первомъ опытѣ, былъ перерѣзанъ нижнеглазничный нервъ на лѣвой сторонѣ (n. infraorbitalis sin.); при его перерѣзкѣ лошадь сильно

вздрыгнула и усиленно начала двигать ногами и головой; изолированного же движения верхней губы не наблюдалось. Кровотечение во время операции было ничтожное, кожная рана зашита.

Тотчасъ же послѣ операции при захватываніи сѣна и овса рѣзко проявилось затрудненіе движенія всей верхней губы; слабыя движенія ея при этомъ еще наблюдались, но исключительно въ зависимости отъ дѣятельности мускуловъ угловъ рта и поэтому верхняя губа могла двигаться только въ стороны и очень слабо и медленно притягиваться къ зубамъ; характерныя же движенія ея при захватываніи корма, ловкость, быстрота и энергія ихъ исчезла и поднять и отбросить ее впередъ лошадь совершенно не могла, такъ что, при возможныхъ боковыхъ движеніяхъ, верхняя губа скользила по поверхности стола и отодвигала овесъ прочь, захватить же его ею она совершенно не могла; движеніемъ всей головы и челюстей она какъ бы гонялась за овсомъ, но опущенная и почти бездѣятельная верхняя губа постоянно отодвигала его или впередъ или въ стороны, разгребала его по всему столу, а захватить не могла. Такъ сказать, для компенсаціи нарушенія функціи верхней губы появились быстрыя и усиленные движенія нижней губы, по характеру отчасти напоминающія исчезнувшія движенія верхней губы; къ этимъ движеніямъ нижней губы присоединились усиленные движенія языка, стремившіяся къ той же цѣли; небольшое количество представшихъ къ языку зеренъ овса она уносила въ ротъ и начинала его пережевывать, какъ-бы довольная уже тѣмъ, что могла захватить хотя немного корму. Усиленная, но крайне неловкая и малоуспѣшная въ смыслѣ захватыванія корма дѣятельность нижней губы и языка начинала раздражать лошадь и она, широко раскрывая челюсти и сильно придавливая ихъ къ поверхности стола, старалась зубами захватить овесъ; стараніе это было настолько сильно, что лошадь положительно грызла столъ, оставляя на немъ бѣлыя полосы отъ содранной краски; но, не смотря на усиленное стараніе захватить овесъ зубами, ей удавалось это плохо, а потому она прекращала и снова принималась за столъ же малоуспѣшную работу, еще больше начинала сердиться, стучала зубами по столу, а иногда скребла передней правой ногой по полу. Насыпанный кучкой на столъ или въ тазикъ овесъ она захватывала зубами успѣшнѣе, помогая имъ, впрочемъ, быстрыми движеніями языка и нижней губы; обратно изъ рта выпадало очень много овса, а изолировала сѣно отъ сора и примѣшанныхъ палочекъ очень неловко и пользовалась для этого исключительно нижней губой и языкомъ, часто захватывала ихъ въ ротъ и выбрасывала вмѣстѣ съ палочками все захваченное въ ротъ сѣно.

Въ спокойномъ состояніи верхняя губа безсильно висѣла надъ зубами, какъ разслабленная.

При смазываніи слизистой оболочки верхней губы 2%—5%—10% растворомъ уксусной кислоты лошадь не поднимала губу и ничѣмъ другимъ не реагировала, а стояла спокойно; точно также не реагировала она при уколѣ булавкой слизистой оболочки и кожи верхней губы и спинки носа съ обѣихъ сторонъ до угловъ рта; но на пространствѣ тотчасъ внизъ отъ наружныхъ носовыхъ отверстій на  $\frac{1}{2}$  cent. по обѣ стороны срединной линіи и до начала верхней губы лошадь чувствовала уколы кожи булавкой и всякій разъ отдергивала голову, качала ея и беспокоилась.

Изъ раны на правой сторонѣ выдавливаются небольшое количество гноя и рана выполняется грануляціями.

22 февраля. Характерныя движенія верхней губы при захватываніи корма рѣзко затруднены, а потому лошадь старается захватывать его зубами, языкомъ и нижнею губою.

Въ верхней губѣ, кромѣ существовавшихъ тотчасъ послѣ операциі боковыхъ движеній, зависящихъ отъ дѣятельности мускуловъ угловъ рта, изрѣдка наблюдается небольшое приподниманіе и отбрасываніе ея впередъ, съ цѣлю захватыванія корма; уже глазомъ ясно замѣтно сотрясеніе кожи надъ правымъ поднимающимъ верхнюю губу мускуломъ, и припухлость на мѣстѣ раны при этомъ какъ бы пульсируетъ; при ощупываніи самаго мускула и его сухожилія черезъ кожу ясно замѣтно его сокращеніе при каждомъ движеніи верхней губы вверхъ и впередъ; лѣвый поднимающій верхнюю губу мускулъ совершенно не сокращается; но эти послѣднія движенія настолько слабы и неловки и, повидимому, требуютъ отъ лошади столь значительнаго напряженія воли, что послѣ двухъ—трехъ совершенно безрезультатныхъ попытокъ что либо захватить она ихъ прекращаетъ и снова старается захватывать кормъ зубами, языкомъ и нижнею губою.

На уколы булавкой слизистой оболочки и кожи верхней губы до угловъ рта, а также и на уколы спинки носа лошадь не реагируетъ, но при уколѣ описаннаго выше участка кожи по обѣ стороны срединной линіи отъ наружныхъ носовыхъ отверстій къ основанію верхней губы она отдергиваетъ голову. Изъ раны правой стороны выдѣляется незначительное количество гноя, но припухлость меньше и рана выполняется грануляціями; на лѣвой сторонѣ припухлости нѣтъ и кожная рана закрыта засохшимъ сверткомъ крови.

27 февраля. Если лошадь не ѣстъ, а стоитъ спокойно, то верхняя губа ея постоянно безсильно виситъ надъ зубами.

При захватываніи овса она по прежнему почти не двигается и только изрѣдка наблюдается слабое и неловкое приподнятіе, отбрасываніе и притягиваніе ея, при чемъ на правой сторонѣ замѣтно приподнятіе кожи и какъ бы пульсація опухоли на мѣстѣ раны, а при ощупываніи на этомъ мѣстѣ ощущается слабое сокращеніе праваго поднимающаго верхнюю губу мускула и его сухожилія, но лѣвый поднимающій губу мускулъ не сокращается; угловые мускулы рта сокращаются довольно энергично, а потому боковыя движенія верхней губы совершаются довольно удовлетворительно; но характерныя, ловкія, быстрыя и энергичныя въ нормальномъ состояніи движенія ея исчезли и кормъ лошадь захватываетъ зубами, языкомъ и нижней губой, движенія которой происходятъ гораздо чаще и энергичнѣе, чѣмъ это было до операціи и отчасти напоминаютъ собою нормальныя движенія верхней губы; но, не смотря на усиленную работу зубами, языкомъ и нижней губой, овса и сѣна она захватываетъ очень мало, много его выпадаетъ изо рта обратно на столъ, лошадь сердится, даже грызетъ столъ, усиливаясь зубами захватить овесъ, и отъ досады разгребаетъ и стучитъ правой передней ногой; при такомъ усиліи лошади для болѣе успѣшнаго захватыванія корма, верхняя губа виситъ почти неподвижно надъ зубами, пассивно передвигается по столу при движеніи головы къ овсу, отодвигаетъ его впереди себя или въ стороны и тѣмъ самымъ еще больше препятствуетъ захватывать его зубами, не позволяя ему попадать подъ скользящія по столу зубы и нижнюю губу кучкой или болѣе толстымъ слоемъ и разгребая его по всему столу; это живо производитъ впечатлѣніе, что лошадь какъ будто гоняется за кормомъ. Утомленная такой погоней за овсомъ, лошадь перестаетъ захватывать его, но скоро соблазняется и снова принимается за прерванную работу съ столъ же малымъ успѣхомъ.

Отфыркиваніе, повидимому, нарушено, такъ какъ въ полости носа обильно скопляется секретъ и по временамъ оттуда выпадаетъ по нѣсколько засохшихъ комковъ его. Воду пьетъ теперь несравненно медленнѣе, чѣмъ до операціи, что замѣтно по болѣе медленному опоражниванію сосуда отъ воды и болѣе рѣдкимъ глотаніямъ ея. Характеръ лошади въ послѣдніе 3—4 дня рѣзко измѣнился: до операціи при наблюденіяхъ надъ нею она была вынослива и спокойна; даже послѣ односторонней операціи она еще сравнительно спокойно переносила затрудненіе при ѣдѣ, а теперь сдѣлалась нетерпѣливой, перестаетъ захватывать овесъ послѣ первыхъ же неудовлетворительныхъ попытокъ, или уже съ самаго начала съ видимой злостью начинаетъ грызть зубами столъ, топтать ногами и усиленно качать головой, и часто пытается укусить наблюдателя, чего

до операціи не было замѣтно. При смазываніи слизистой оболочки верхней губы 2%—5%—10% растворомъ уксусной кислоты, а также при уколѣ слизистой оболочки и кожи верхней губы и спинки носа до угловъ рта лошадь не реагируетъ; но при уколѣ узкой полоски кожи по обѣ стороны срединной линіи, между наружными носовыми отверстіями и основаніемъ верхней губы лошадь реагируетъ отдергиваніемъ и качаніемъ головы.

На слизистой оболочкѣ по краю верхней губы приблизительно на 4 cent. въ обѣ стороны отъ срединной линіи образовались ссадины различной величины; нѣкоторыя ссадины слились между собою, образовавъ язвы съ неправильно очерченными краями, а нѣкоторыя отдѣлены другъ отъ друга узкими полосками еще ущѣлѣвшей слизистой оболочки; ссадины эти расположены въ одинъ рядъ по краю верхней губы, соотвѣтственно зубамъ, узкія же раздѣляющія ихъ полоски слизистой оболочки соотвѣтствуютъ промежуткамъ зубовъ. Припухлость раны на правой сторонѣ меньше и рана выполнена грануляціями, а на мѣстѣ раны лѣвой стороны припухлости совершенно нѣтъ и края кожи плотно склеились и швы сняты.

5 марта. При захватываніи корма верхняя губа лошади по прежнему почти бездѣятельна и изрѣдка едва только приподнимается, отбрасывается впередъ и слабо притягивается къ зубамъ; угловые мускулы рта сокращаются тоже по прежнему, но ихъ энергія очень слаба, что рѣзко замѣтно, если пальцами приподнимать и выворачивать верхнюю губу для изслѣдованія чувствительности слизистой оболочки ея уколами булавки или для смачиванія растворомъ уксусной кислоты; въ такихъ случаяхъ неоперированная лошадь очень энергично притягиваетъ губу къ зубамъ и очень ловкими, быстрыми и сильными движеніями вырываетъ ее изъ рукъ изслѣдующаго; а въ данномъ случаѣ не бываетъ почти ни малѣйшаго препятствія со стороны мускуловъ верхней губы и угловъ рта и ее можно свободно поднимать, оттягивать, выворачивать и колоть, такъ какъ весьма слабыя сокращенія мускуловъ ея не въ состояніи мѣшать такимъ манипуляціямъ.

Овесъ и сѣно съ такимъ же малымъ успѣхомъ, какъ и раньше, лошадь старается захватывать языкомъ, зубами и нижней губою, производя ею быстрыя и сильные движенія, а зубами даже грызетъ столъ; верхняя губа при этомъ пассивно скользитъ по столу и разгребаетъ кормъ. Изъ тазика овесъ она захватываетъ преимущественно зубами, слегка помогая имъ языкомъ и нижней губою, и при томъ довольно успѣшно, пока въ немъ много овса и пока можно глубоко погрузить въ него зубы; но если его останется на днѣ тазика мало, то захватываніе становится труднѣе, языкъ и

нижняя губа начинаютъ работать очень энергично, но овесъ скользящю по дну тазика и почти безсилно висящю верхнею губою отстраняется стъ зубовъ и разгребается по дну тазика, а въ ротъ его попадаетъ очень мало.

Порцію сѣна лошадь поѣдаетъ гораздо медленнѣе, чѣмъ это было до операціи, и хорошее сѣно отъ палочекъ и сора выбираетъ очень неловко и медленно. Лошадь очень нетерпѣлива, раздражительна и часто пытается кусать изслѣдователя. Чувствительность слизистой оболочки и кожи верхней губы, спинки и боковъ носа до угловъ рта, а также и наружныхъ отверстій носа къ уколамъ булавкой отсутствуетъ и только чувствительна при этомъ указанная выше полоса кожи между наружными носовыми отверстиями и верхней губой; даже при не сильномъ уколѣ булавкой слизистой оболочки и кожи верхней губы очень легко и довольно большими каплями выступаетъ кровь изъ мѣста укола, какъ будто кожа и слизистая оболочка ея сдѣлались кровоточивѣе. Лошадь сильно исхудала; рана на лѣвой сторонѣ совершенно зажила и нѣтъ ни малѣйшаго припуханія на мѣстѣ бывшаго разрѣза, а на правой сторонѣ еще замѣтно припуханіе и кожная рана зажила рубцомъ.

12 марта. Овесъ и сѣно лошадь по прежнему захватываетъ нижнею губою, языкомъ и зубами; верхняя же губа лишь изрѣдка и слабо поднимается и отбрасывается впередъ и притягивается къ зубамъ; большею же частью она безсилно виситъ надъ зубами, пассивно скользитъ по столу при движеніи головы во время погони за овсомъ и только мѣшаетъ захватывать его зубами и нижней губой, отстраняя его и разгребая по всему столу; при захватываніи овса изъ тазика она сильно надавливаетъ челюстями, стараясь какъ можно глубже вдавить ихъ въ овесъ и удобнѣе, и больше захватить его зубами; но если ей и удастся это, то большая его половина выпадаетъ изъ рта обратно.

Хорошее сѣно отъ сора и палочекъ лошадь выбираетъ неловко, не скоро и часто захватываетъ ихъ въ ротъ вмѣстѣ съ сѣномъ. Къ уколамъ булавкой слизистой оболочки, кожи верхней губы и носа до угловъ рта она нечувствительна, за исключеніемъ уже упомянутаго небольшого участка кожи по средней линіи между наружными носовыми отверстиями и верхней губой; на мѣстахъ сравнительно не сильныхъ укуловъ выступаютъ большія капли крови. Слизистая оболочка по краю верхней губы сплошь уничтожена на 4 сантм. въ обѣ стороны отъ срединной линіи. Лошадь по прежнему очень нетерпѣлива, раздражительна и старается кусать изслѣдователя.

17 марта. Лошадь пала отъ истощенія и вскрытіе области операціи обнаружило, что *m. levator labii superioris alaeque nasi* на

мѣстѣ разрѣза былъ зарощенъ, а остальные мускулы этой области были совершенно не повреждены. Окружающая соединительная ткань въ области операціи была окрашена въ черный цвѣтъ на пространствѣ въ игральную карту.

*N. infraorbitalis dexter* былъ перерѣзанъ не вполне, такъ что небольшой пучекъ нервныхъ волоконъ верхняго края его шириною въ  $\frac{1}{10}$  часть нерва не былъ перерѣзанъ; *n. infraorbitalis sinister* тоже былъ перерѣзанъ не вполне, такъ что два пучка нервныхъ волоконъ верхняго края его шириною въ  $\frac{1}{8}$  часть нерва оказались не перерѣзанными. Концы перерѣзанныхъ нервовъ были сближены и соединены на мѣстѣ бывшаго разрѣза довольно плотною тканью съ узловатыми утолщеніями, четкообразно расположенными поперекъ нерва. Главный стволъ и вѣточки *n. facialis* въ области операціи были прослѣжены и ни одна изъ нихъ не оказалась поврежденной.

### Опытъ 3-й.

16 марта 1893 года. Для опыта была взята довольно хорошо упитанная кобылица лѣтъ 10; лѣвая задняя нога ея была поражена хроническимъ, повидимому, воспалительнымъ процессомъ въ области копыта, такъ что нога въ этомъ мѣстѣ была утолщена и лошадь слегка прихрамывала; какихъ либо болѣзненныхъ явленій въ области головы, носа, челюстей и губъ не было замѣтно.

Овесъ и сѣно лошадь захватывала верхней губой, производя ею характерныя движенія часто, ловко, энергично и спокойно, а нижняя губа и языкъ при этомъ играли второстепенную роль и помогали верхней губѣ въ этомъ актѣ тѣмъ, что не позволяли захватываемому корму отодвигаться назадъ и ускользать, представляя какъ бы неподвижную преграду, къ которой прижимался кормъ верхней губой и уносился въ ротъ; движенія же нижней губы при этомъ были рѣдки и, повидимому, нисколько не приспособлялись къ тому, чтобы ею захватить кормъ. Никогда лошадь не пыталась захватывать кормъ зубами и отъ примѣшанныхъ къ нему палочекъ она ловко изолировала его движеніями верхней губы, никогда не хватывая ихъ въ ротъ; чувствительность слизистой оболочки и кожи верхней губы, крыльевъ и спинки носа до угловъ рта сохранена и при уколѣ булавкой въ этихъ мѣстахъ лошадь быстро отдергивала голову, усиленно ею качала, двигала губами и усиленно переступала, какъ бы пытаясь уйти. При раздраженіи индуктивнымъ токомъ аппарата Du Bois-Reymond'a слизистой оболочки верхней губы и десны лошадь сильно поднимала верхнюю губу, такъ что была видна вся ея слизистая оболочка; нижняя губа при этомъ вытягивалась впередъ и книзу. При смачиваніи слизистой оболочки верхней губы

2%—5% растворомъ уксусной кислоты лошадь сильно поднимала верхнюю губу, обнажая всю ея слизистую оболочку; при всѣхъ манипуляціяхъ надъ верхнею губою лошадь сильно сопротивлялась исследователю сокращеніями мускуловъ верхней губы, то сильно прижимая ее къ челюсти, то быстро отбрасывая ее вверхъ или въ сторону, то быстрыми и сильными движеніями освобождая ее изъ рукъ исследователя.

По описанному при первомъ опытѣ способу у этой лошади были перерѣзаны п. п. *infraorbitales dexter et sinister* въ одинъ приемъ послѣдовательно одинъ за другимъ. Кровотеченіе при операціи было ничтожное; при изолированіи нижнеглазничныхъ нервовъ отъ окружающей ткани, щипанія пинцетомъ и при перерѣзкѣ ихъ лошадь проявляла сильную боль вздрагиваніемъ и безпокойствомъ, но изолированнаго движенія верхней губы при этомъ не было. Послѣ перерѣзки этихъ нервовъ периферическіе концы ихъ раздражались индуктивнымъ токомъ аппарата Du Bois-Reymond'a и сокращенія въ мышцахъ верхней губы не наблюдалось. Послѣ этого раны были промыты 3% карболовымъ растворомъ и зашиты.

Тотчасъ послѣ операціи верхняя губа оказалась парализованной и неподвижно висѣла надъ зубами, какъ разслабленная; при ощупываніи она была дряблая, ее можно было свободно поднимать, оттягивать, отворачивать кверху, щипать, колоть и при этомъ не было ни малѣйшаго сопротивленія, такъ какъ мускулы верхней губы не сокращались; овесъ и сѣно лошадь не могла захватить верхнею губою, такъ какъ она была неподвижна и при движеніи челюстей по столу съ цѣлью захватить кормъ она пассивно передвигалась, то отставая отъ зубовъ, то попадая подъ нихъ, пассивно перегибаясь и собираясь въ складки въ зависимости отъ силы нажиманія челюстями на столъ и отъ направленія ихъ движенія; ни малѣйшаго активнаго движенія съ цѣлью приподнять и отбросить верхнюю губу впередъ или притянуть ее къ челюстямъ не было замѣтно.

Въ нижней же губѣ рѣзко проявились усиленные и учащенные движенія съ цѣлью викарной компенсаціи для захватыванія корма. при чемъ эти движенія напоминали собою характерныя при захватываніи корма движенія верхней губы. Кромѣ нижней губы въ этой компенсаціи принялъ участіе и языкъ, движенія котораго были также направлены къ тому, чтобы загребать и захватывать зерна овса; но, не смотря на чрезвычайно энергичныя движенія нижней губы и языка, овса въ ротъ попадало очень мало и ограничивалось всего нѣсколькими прилипшими къ языку зернами; тогда лошадь начинала широко раскрывать ротъ и сильно нажимать челюстями на столъ

съ цѣлью захватить кормъ зубами; это стараніе было настолько сильно, что она положительно грызла крышку стола, — столъ трещалъ подъ ея зубами и на немъ оставались бѣлыя полосы отъ сорванной съ него краски, но все-таки въ ротъ попадало очень мало овса. Необходимо указать при этомъ еще на одну характерную особенность при захватываніи корма, что лошадь какъ бы гоняется за овсомъ, двигая челюсти по столу, при чемъ бессильно висящая надъ зубами и пассивно передвигаемая по столу вмѣстѣ съ челюстями верхняя губа отодвигаетъ его въ стороны отъ челюстей, не позволяя ему болѣе или менѣе толстымъ слоемъ попадать между ними и разгребая его по всему столу. Сѣно и овесъ изъ тазика лошадь захватываетъ зубами гораздо успѣшнѣе, при чемъ верхняя губа остается неподвижной, а нижняя губа и языкъ усиленно двигаются для захватыванія корма и челюсти сильно вдавливаются въ овесъ съ цѣлью болѣе глубокаго погруженія въ него зубовъ.

Хорошее сѣно она не можетъ изолировать отъ плохого и примѣшанныхъ къ нему палочекъ, такъ какъ верхняя губа неподвижна, а движенія нижней губы и языка не въ состояніи сдѣлать этой для нихъ непривычной и трудной работы; а потому, захвативъ зубами въ ротъ вмѣстѣ съ хорошимъ сѣномъ плохое сѣно и палочки, лошадь обратно выбрасываетъ все это цѣликомъ изо рта. При закрытыхъ глазахъ лошади до операціи она подставленный кормъ захватывала верхней губой вполне хорошо, а послѣ операціи верхняя губа при закрытыхъ глазахъ оставалась бездѣятельной и лошадь старалась захватывать кормъ нижней губой и языкомъ.

Въ мускулахъ угловъ рта существуютъ движенія, но настолько слабыя, что они не могутъ притянуть верхнюю губу къ зубамъ и представить хотя бы слабое затрудненіе изслѣдователю при различныхъ манипуляціяхъ надъ нею, а потому изслѣдованіе состоянія чувствительности слизистой оболочки и кожи верхней губы произвести очень легко и безъ всякихъ затрудненій; при уколѣ булавкой слизистой оболочки и кожи верхней губы, крыльевъ и спинки носа до угловъ рта, лошадь не чувствовала боли и ничѣмъ не реагировала; при раздраженіи индуктивнымъ токомъ аппарата Du Bois-Reymond'a кожи и слизистой оболочки верхней губы, а также при смачиваніи 2%—5% растворомъ уксусной кислоты слизистой оболочки верхней губы и десны, лошадь не только не поднимала верхнюю губу, но даже не производила никакого движенія ею; но при раздраженіи индуктивнымъ токомъ слизистой оболочки верхней десны и нижней губы, лошадь высоко поднимала верхнюю губу, обнажая всю слизистую оболочку ея, а нижнюю губу вытягивала впередъ и внизъ, такъ что передніе зубы и десны были совершенно обнажены;

эти движенія происходили тотчасъ послѣ удаленія электродовъ отъ мѣста раздраженія, но не во время самаго раздраженія.

20 марта. Верхняя губа лошади по прежнему безсильно виситъ надъ зубами безъ всякаго движенія; при ощупываніи и уколахъ слизистой оболочки и кожи ея мускулы верхней губы не сокращаются и не замѣтно ни малѣйшей попытки удалить губу изъ рукъ изслѣдователя или представить ему какія либо затрудненія.

Овесъ и сѣно лошадь старается захватывать нижней губой, языкомъ и зубами; старанія ея при этомъ на столько значительны, что столъ трещитъ и на его поверхности остаются бѣлыя полосы отъ сорванной съ него краски; верхняя губа при этомъ совершенно неподвижна и, то отставая отъ челюстей, то попадая подъ зубы, то пассивно отворачиваясь въ ту или другую сторону и собираясь въ складки въ зависимости отъ силы и направленія движенія челюстей, пассивно передвигается по столу и разгребаетъ овесъ, препятствуя ему попадать между челюстями болѣе или менѣе толстымъ слоемъ и этимъ еще болѣе затрудняя захватываніе овса; не смотря на значительныя усилія нижней губы, языка и челюстей, корма въ ротъ попадаетъ очень мало и лошадь перестаетъ его захватывать; но скоро снова принимается за это съ такимъ же малымъ успѣхомъ. сердито ударяетъ челюстями по столу, грызетъ его зубами, сердито переступаетъ и стучитъ ногами. Насыпанный толстымъ слоемъ овесъ она захватываетъ зубами успѣшнѣе, хотя большая половина его снова выпадаетъ изъ рта; но это захватываніе она производитъ такъ неловко, а пассивно передвигаемая верхняя губа такъ успѣшно отгребаетъ овесъ въ стороны отъ зубовъ, что уже послѣ одной—двухъ попытокъ овесъ оказывается разсыпаннымъ по столу. Уколы булавкой слизистой оболочки и кожи верхней губы, крыльевъ и спинки носа до угловъ рта лошадь не чувствуетъ; при раздраженіи индуктивнымъ токомъ слизистой оболочки верхней губы, а также при смачиваніи слизистой оболочки верхней губы и десны 2%—5% растворомъ уксусной кислоты, лошадь не поднимала верхнюю губу и стояла совершенно спокойно, но при раздраженіи индуктивнымъ токомъ слизистой оболочки верхней десны или нижней губы она сильно поднимала верхнюю губу, а нижнюю вытягивала впередъ и внизъ и такъ держала секунды 3—5. По краю верхней губы противъ переднихъ зубовъ появились небольшія ссадины слизистой оболочки.

Припухлость на мѣстѣ ранъ ничтожная, нагноенія нѣтъ, края кожныхъ разрѣзовъ склеились и покрыты засохшимъ сверткомъ крови.

27 марта. Верхняя губа лошади по прежнему безсильно виситъ надъ зубами; при ощупываніи ея она представляется дряблою и въ мускулахъ ея незамѣтно напряженія и стремленія освободить ее изъ

рукъ наблюдателя. Овесъ и сѣно лошадь захватываетъ нижней губой, языкомъ и зубами, при чемъ усиленныя движенія нижней губы напоминаютъ исчезнувшія движенія верхней губы; челюстями она работаетъ такъ энергично, что столъ трещитъ и на немъ остаются полосы отъ сорванной съ него зубами краски; но овса захватываетъ мало, разгребаетъ его по всему столу и чаще всего ограничивается нѣсколькими зернами, прилипшими къ языку и уносимыми въ ротъ; верхняя губа при этомъ совершенно не производитъ активныхъ движеній и пассивно передвигается по столу при движеніи челюстей, отстраняя въ стороны отъ нихъ попадающійся по пути овесъ и разгребая его по всему столу; при этомъ лошадь движеніемъ всей головы какъ бы гоняется за овсомъ и видимо сердится, что очень мало и съ большимъ трудомъ его захватываетъ, ожесточенно ударяетъ челюстями по столу, грызетъ его, прекращаетъ и снова принимается за это; иногда загребаетъ по полу передней правой ногой, беспокоится и сердито переступаетъ, усиленно качаетъ головой, а иногда пытается ударить ею наблюдателя; характеръ ея замѣтно измѣнился и она сдѣлалась нетерпѣливой, раздражительной и часто пытается укусить кого либо изъ окружающихъ. Сѣно она захватываетъ услышнѣе овса, но не можетъ изолировать его отъ примѣшаннаго сора и палочекъ и, захвативъ въ ротъ, она выбрасываетъ вмѣстѣ съ соромъ и хорошее сѣно обратно на столъ. При захватываніи овса изъ тазика она старается какъ можно глубже погрузить въ него зубы и удобнѣе и больше захватить его; дѣйствительно, такимъ способомъ она захватываетъ его въ ротъ очень много, но половина его при жеваніи снова выпадаетъ изо рта; порцію корма она поѣдаетъ теперь гораздо медленнѣе, чѣмъ до операціи, и не такъ чисто выбираетъ хорошее сѣно отъ сора, оставляя много объѣдковъ. Подъ верхнюю губу постоянно находится большее или меньшее количество овса или плохо пережеваннаго сѣна и во время ѣды несравненно въ большемъ количествѣ; очевидно лошадь не чувствуетъ этого и не старается или не можетъ удалить его изъ подъ губы.

При захватываніи корма мускулы угловъ рта сокращаются, могутъ передвигать верхнюю губу въ стороны и даже притягивать ее къ челюсти, но это производится такъ слабо и неловко, что они должны сдѣлать 3—4 сокращенія, прежде чѣмъ отставшая отъ челюсти губа притянется къ зубамъ; но уже слабое противоѣдѣствіе пальцемъ наблюдателя достаточно для того, чтобы совершенно парализовать усиленную работу этихъ мускуловъ; приподнять же верхнюю губу и отбросить ее впередъ лошадь совершенно не можетъ.

Чувствительность слизистой оболочки и кожи верхней губы, крыльевъ и спинки носа до угловъ рта отсутствуетъ; при раздраженіи индуктивнымъ токомъ и 2%—5% растворомъ уксусной кислоты слизистой оболочки верхней губы лошадь не поднимаетъ ее и стоитъ спокойно; но при раздраженіи индуктивнымъ токомъ слизистой оболочки верхней десны или нижней губы лошадь, тотчасъ по прекращеніи раздраженія, сильно поднимаетъ верхнюю губу, обнажая всю ея слизистую оболочку, и нижнюю губу вытягиваетъ впередъ и внизъ. По краю верхней губы на 4 санти. въ обѣ стороны отъ срединной линіи на слизистой оболочкѣ образовались различной величины и глубины ссадины, расположенныя преимущественно противъ зубовъ; нѣкоторыя изъ нихъ слились между собою, а другія разъединены узкими полосками еще уцѣлѣвшей слизистой оболочки соотвѣтственно промежуткамъ зубовъ.

Нагноенія и припухлости на мѣстѣ ранъ нѣтъ, края кожныхъ разрѣзовъ плотно склеились и швы сняты.

3 апрѣля. Овесъ и сѣно лошадь захватываетъ нижней губой. языкомъ и зубами такъ же плохо, какъ и прежде, а верхняя губа при этомъ пассивно передвигается по столу при движеніи верхней челюсти и разгребаетъ овесъ, препятствуя ему попадать между челюстями; ни малѣйшаго поднятія и отбрасыванія впередъ въ ней не наблюдается; но посредствомъ угловыхъ мускуловъ рта она притягивается къ зубамъ, хотя неловко и не сильно, при чемъ получается такое впечатлѣніе, какъ будто ее тянуть за укрѣпленныя въ углахъ рта нитки съ значительнымъ усиленіемъ и какъ будто сама губа имѣетъ значительную тяжесть, такъ что требуется 2—3 повторныхъ усилія со стороны указанныхъ мускуловъ, чтобы ее сдвинуть съ мѣста и притянуть къ зубамъ; прежняя легкость, ловкость и энергія движеній верхней губы теперь совершенно отсутствуютъ и только усиленныя движенія нижней губы при захватываніи овса слабо напоминаютъ эти движенія. Подъ верхнюю губу скопляется овесъ и плохо пережеванное сѣно и лошадь не удаляетъ ихъ оттуда.

Чувствительность слизистой оболочки и кожи верхней губы, крыльевъ и спинки носа до угловъ рта отсутствуетъ и на уголы булавкой въ этихъ мѣстахъ лошадь не реагируетъ. При раздраженіи индуктивнымъ токомъ и 2%—5% растворомъ уксусной кислоты слизистой оболочки верхней губы она не поднимается, но при раздраженіи индуктивнымъ токомъ слизистой оболочки верхней десны или нижней губы лошадь сильно поднимаетъ верхнюю губу, а нижнюю вытягиваетъ впередъ и внизъ, такъ что ихъ слизистыя оболочки и десны открываются вполне ясно. Кожные раны крѣпко срослись и на мѣстѣ бывшихъ раненій нѣтъ ни малѣйшей припухлости.

10 апрѣля. Овесъ и сѣно лошадь захватываетъ нижней губой, языкомъ и зубами; но такъ какъ это она дѣлаетъ неловко и въ ють захватываетъ корма мало, то она сердится, съ ожесточеніемъ ударяетъ челюстями по столу и грызетъ зубами крышку стола, оставляя на немъ полосы отъ сорванной съ него краски; время отъ времени она слегка отбрасываетъ верхнюю губу впередъ и притягиваетъ ее съ зубамъ, но эти движенія такъ неловки и слабы, и производятся ю такъ рѣдко, что собственно въ захватываніи корма они не играютъ никакой роли; большею же частью верхняя губа бессильно виситъ надъ зубами и пассивно передвигается по столу при движеніи челюстей и разгребаетъ овесъ; сѣно она захватываетъ зубами удобнѣе овса, ю изолировать хорошее сѣно отъ примѣшанныхъ къ нему палочекъ и сора она не можетъ и, захвативъ все это виѣстѣ въ ротъ, выбрасываетъ обратно. Изъ тазика захватываетъ овесъ зубами гораздо съ большею количествѣ, чѣмъ со стола, и при этомъ сильно надавливаетъ челюстями на овесъ, чтобы погрузить въ него глубже зубы; и дѣйствительно захватываетъ овса много, но половина его выпадаетъ снова изъ рта; зубамъ при этомъ она помогаетъ движеніемъ нижней губы и языка, верхняя же губа остается почти неподвижной и рѣдко и бессильно отбрасывается впередъ и притягивается къ зубамъ; но какъ только овса въ тазикѣ остается мало, то захватываніе его дѣлается гораздо труднѣе и лошадь начинаетъ сердиться, гоняется за овсомъ по дну тазика и грызетъ его зубами; точно также и при захватываніи сѣна изъ корзины она старается вдавить челюсти глубже въ сѣно, чтобы удобнѣе его захватить, хотя захватываетъ все-таки небольшими порціями.

По краю верхней челюсти на 4—5 сант. въ обѣ стороны отъ средней линіи образовался сплошной дефектъ слизистой оболочки (ю самаго мышечнаго слоя шириною въ 1 сантиметръ. Уколы булавкой слизистой оболочки и кожи верхней губы, крыльевъ и спинки носа до угловъ рта лошадь не чувствуетъ и ничѣмъ не реагируетъ, а также не поднимаетъ верхнюю губу при раздраженіи ея слизистой оболочки индуктивнымъ токомъ и 2%—5% растворомъ искусной кислоты; но при раздраженіи индуктивнымъ токомъ слизистой оболочки верхней десны и нижней губы она поднимаетъ верхнюю губу, а нижнюю вытягиваетъ впередъ и внизъ.

14 апрѣля. Овесъ и сѣно лошадь по прежнему захватываетъ нижней губой, языкомъ и зубами, верхняя же губа при этомъ время отъ времени слегка отбрасывается впередъ и притягивается къ зубамъ, какъ бы съ цѣлю захватить кормъ; но эти движенія ея настолько неловки и слабы, что не могутъ выполнить указанной цѣли и, сдѣлавъ 3—4 такихъ совершенно безрезультатныхъ дви-

женія, лошадь прекращаетъ ихъ и начинаетъ усиленно захватывать кормъ нижней губой, языкомъ и зубами; верхняя же губа остается на нѣкоторое время неподвижной или пассивно передвигается по столу при движеніи челюстей во время погони за овсомъ и разгребаетъ его по всему столу, если онъ былъ собранъ въ кучку; потомъ лошадь снова дѣлаетъ 3—4 указанныхъ движенія верхней губой. снова перестаетъ и начинаетъ захватывать кормъ нижней губой, языкомъ и зубами и такъ далѣе.

Сила мускуловъ угловъ рта очень слаба, такъ что ихъ дѣятельность не можетъ представить значительнаго препятствія наблюдателю при манипуляціяхъ надъ верхнею губою, между тѣмъ какъ до операціи ее было трудно удержать въ рукахъ и еще труднѣе что либо надъ нею произвести, напримѣръ поднять ее, оттянуть, вывернуть или уколоть слизистую оболочку, такъ какъ сокращенія мускуловъ были быстры, ловки и энергичны. Уже при не очень сильныхъ уколахъ булавкой слизистой оболочки и кожи верхней губы, крыльевъ и спинки носа до угловъ рта легко выступаютъ большія капли крови изъ мѣстъ укола, смачивающія шерсть вокругъ укола и даже стекающія каплями на полъ; но уколы лошадь не чувствуетъ и ничѣмъ не реагируетъ. При раздраженіи индуктивнымъ токомъ и 2%—5% растворомъ уксусной кислоты слизистой оболочки верхней губы, лошадь не поднимаетъ ее и вообще ничѣмъ не реагируетъ на это раздраженіе; но при раздраженіи индуктивнымъ токомъ слизистой оболочки верхней десны или нижней губы, она поднимаетъ верхнюю губу, а нижнюю губу вытягиваетъ впередъ и внизъ.

18 апрѣля. Овесъ и сѣно лошадь продолжаетъ захватывать нижней губой, языкомъ и зубами; верхняя же губа хотя время отъ времени слегка отбрасывается впередъ и слабо притягивается къ зубамъ, но захватить при этомъ корма совершенно не можетъ; да и эти движенія наблюдаются рѣдко и скоро прекращаются вслѣдствіе ихъ безрезультатности; за то нижней губой и зубами лошадь работаетъ очень усердно, такъ что столъ трещитъ вслѣдствіе сердитыхъ толчковъ челюстями и царапанья зубами, которыми лошадь старается захватить овесъ; но не смотря на чрезвычайныя усилія для этого корма захватываетъ она все таки недостаточно; лошадь еще больше начинаетъ сердиться и съ еще большимъ ожесточеніемъ гоняется за овсомъ, стучитъ по столу и грызетъ его зубами. Овесъ изъ тазика и сѣно изъ корзины лошадь захватываетъ зубами гораздо успѣшнѣе, при чемъ старается вдавить зубы какъ можно глубже въ кормъ; и дѣйствительно захватываетъ много корма, но половина его или даже больше того выпадаетъ изо рта при жеваніи. Сѣно отъ сора и примѣшанныхъ палочекъ лошадь не можетъ удовлетво-

рительно изолировать, а потому все это захватывается въ ротъ и снова выбрасывается. Подъ верхнюю губою скопляются зерна овса и плохо пережеванное сѣно и лошадь, повидимому, не старается ихъ удалять оттуда, какъ бы не чувствуя тамъ ихъ присутствія; слизистая оболочка верхней губы по краю ея остается изъязвленной и не замѣтно наклонности къ ея заживленію. Слизистая оболочка и кожа верхней губы, крыльевъ и спинки носа до угловъ рта нечувствительна къ уколамъ булавкой и раздраженію ея индуктивнымъ токомъ и 2%—5% растворомъ уксусной кислоты, при чемъ верхняя губа не поднимается; при раздраженіи же индуктивнымъ токомъ слизистой оболочки верхней десны и нижней губы, тотчасъ по прекращеніи раздраженія, лошадь сильно поднимаетъ верхнюю губу, нижнюю же вытягиваетъ впередъ и внизъ.

25 апрѣля. Овесъ и сѣно лошадь захватываетъ нижней губой, языкомъ и зубами, верхняя же губа хотя время отъ времени слегка приподнимается, отбрасывается впередъ и притягивается обратно къ зубамъ, но эти движенія ея настолько неловки, слабы и медленны, что ими лошадь не можетъ захватить корма, а потому, сдѣлавъ 3—4 такихъ движенія, она ихъ прекращаетъ и снова старается захватывать кормъ нижней губой, языкомъ и зубами, верхняя же губа при этомъ пассивно передвигается по столу при движеніи челюстей и разгребаетъ овесъ; потомъ снова она дѣлаетъ 3—4 движенія верхней губой для захватыванія корма и снова прекращаетъ вслѣдствіе ихъ безрезультатности и такъ далѣе. Разсыпанный по столу тонкимъ слоемъ овесъ лошадь почти совершенно не можетъ захватить и ограничивается въ этомъ случаѣ нѣсколькими зернами, приставшими къ языку; въ такихъ случаяхъ она чрезвычайно сильно раздражается и съ ожесточеніемъ гоняется за овсомъ по всему столу; насыпанный въ кучку овесъ или изъ тазака она захватываетъ зубами довольно удобно; но какъ только его остается на днѣ тазака немного, то она почти не въ состояніи его захватить и снова сердито гоняется за нимъ и грызетъ зубами дно тазака; при захватываніи сѣна изъ корзины, лошадь старается вдавить челюсти какъ можно глубже въ сѣно, такъ какъ въ такомъ случаѣ ей удобнѣе захватывать его зубами. Порцію сѣна лошадь съѣдаетъ гораздо медленнѣе, чѣмъ это было до операціи, и при томъ оставляетъ очень много жѣдъевъ, не будучи въ состояніи удовлетворительно выбирать лучшее сѣно отъ сора и палочекъ. Уколы булавкой слизистой оболочки и кожи верхней губы, крыльевъ и спинки носа до угловъ рта лошадь не чувствуетъ и не поднимаетъ верхнюю губу при раздраженіи ея слизистой оболочки индуктивнымъ токомъ и 2%—5% растворомъ уксусной кислоты; но поднимаетъ ее, а нижнюю губу

вытягиваетъ впередъ и внизъ, при раздраженіи индуктивнымъ токомъ слизистой оболочки верхней десны или нижней губы.

3 мая. Овесъ и сѣно лошадь захватываетъ нижней губой, языкомъ и зубами; въ верхней же губѣ хотя время отъ времени и наблюдаются движенія съ цѣлью захватить кормъ, но настолько неловкія и слабыя, что они не могутъ этого сдѣлать, а потому послѣ первыхъ же попытокъ прекращаются; но черезъ нѣсколько минутъ лошадь снова пытается захватить кормъ верхней губой, производитъ 3—4 слабыхъ и неловкихъ движенія ею и, ничего не захвативъ, снова прекращаетъ ихъ и такъ далѣе; въ промежуткахъ же между этими попытками, верхняя губа остается неподвижной и бессильно виситъ надъ зубами или пассивно передвигается по столу при движеніи по немъ челюстей и разгребаетъ овесъ. Мускулы угловъ рта при захватываніи корма сокращаются довольно энергично и сообщаютъ кое-какія движенія верхней губѣ, но очень слабыя и неловкія, такъ что не могутъ придать ей силы и ловкости, достаточной для захватыванія корма; точно также наблюдающіяся движенія верхней губы недостаточны для того, чтобы удовлетворительно выбирать хорошее сѣно отъ примѣшаннаго къ нему сора и палочекъ, а потому всегда остается много объѣдвевъ. Подъ верхней губой скопляется овесъ и плохо пережеванное сѣно и лошадь не старается удалять ихъ оттуда, повидимому, не чувствуя такъ ихъ присутствія. Изъязвленія слизистой оболочки по краю верхней губы не заживаютъ. Уколы булавкой слизистой оболочки и кожи верхней губы, крыльевъ и спинки носа до угловъ рта лошадь не чувствуетъ и не поднимаетъ верхнюю губу при раздраженіи ея слизистой оболочки индуктивнымъ токомъ или 2%—5% растворомъ уксусной кислоты; но сильно поднимаетъ верхнюю губу, а нижнюю вытягиваетъ впередъ и внизъ, при раздраженіи индуктивнымъ токомъ слизистой оболочки верхней десны и нижней губы.

14 мая. Овесъ и сѣно лошадь захватываетъ нижней губой, языкомъ и зубами, верхняя же губа совершенно не можетъ захватить корма, хотя время отъ времени въ ней и наблюдаются движенія, стремящіяся къ указанной цѣли; большею же частью она или бессильно виситъ надъ зубами, или пассивно скользитъ по столу при движеніи челюстей и разгребаетъ овесъ, не позволяя ему попадать между челюстей болѣе или менѣе толстымъ слоемъ; но и нижней губой, и зубами лошадь захватываетъ овса очень мало, сердится и даже грызетъ столъ, оставляя на немъ полосы отъ сорванной краски.

Хорошее сѣно отъ плохого и примѣшанныхъ къ нему сора и палочекъ она не можетъ удовлетворительно выбирать, захватываетъ

ихъ въ ротъ вѣстѣ съ сѣномъ и снова выбрасываетъ, и въ концѣ концовъ оставляетъ очень много объѣдвѣвъ.

Слизистая оболочка и кожа верхней губы, крыльевъ и спинки носа до угловъ рта нечувствительна къ уколамъ булавкой и при раздраженіи слизистой оболочки верхней губы индуктивнымъ токомъ и 2%—5% растворомъ уксусной кислоты лошадь не поднимаетъ ее; но при раздраженіи слизистой оболочки верхней десны и нижней губы индуктивнымъ токомъ лошадь, тотчасъ по прекращеніи раздраженія, сильно поднимаетъ верхнюю губу, а нижнюю вытягиваетъ впередъ и внизъ, такъ что ихъ слизистыя оболочки вполне открыты.

#### Опытъ 4-й.

24 апрѣля 1893 г. У большой рыжей собаки, совершенно здоровой, въ одинъ приемъ были перерѣзаны оба п.п. *linguales* и п.п. *glossopharyngei*, при чемъ кровотеченіе было незначительное. Чтобы отыскать п. *lingualem*, дѣлался разрѣзъ кожи и глубже лежащихъ мягкихъ частей въ углу, образуемомъ соединеніемъ объѣмъ нижнихъ челюстей, параллельно краю нижней челюсти и отступа на 1 сант. отъ срединной линіи; нервъ тщательно изолировался, захватывался на крючекъ и вырѣзывался кусокъ нерва въ 1 сант. величиною. Для отысканія п. *glossopharyngei* путеводителемъ для насъ служилъ п. *hypoglossus*, который отыскивался въ ранѣ на шеѣ, у угла нижней челюсти; разрывая соединительную ткань межмышечныхъ промежутковъ пальцами и слѣдуя ходу п. *hypoglossi*, мы доходили до такъ называемой *bullam osseam*, на которой лежатъ рядомъ толстый п. *hypoglossus* снаружки и тонкій п. *glossopharyngeus* внутри; послѣдній нервъ тщательно изолировался, захватывался на крючекъ и изъ него ножницами вырѣзывался кусокъ въ 1 сант. величиною. Операция была произведена подъ хлороформнымъ наркозомъ и съ антисептическими предосторожностями; по окончаніи операціи кровотеченіе изъ мельчайшихъ сосудовъ было остановлено тампонаціей ватными шариками; раны тщательно очищены отъ крови, промыты 3% растворомъ карболовой кислоты и кожныя раны зашиты шелкомъ.

На слѣдующій день было произведено наблюденіе надъ состояніемъ чувствительности и движеній языка, при чемъ оказалось, что молоко съ примѣсью значительной дозы хинина и *extractum amatum*, только лишь для обмана зрѣнія смѣшанный съ незначительнымъ количествомъ молока, собака ѣстъ охотно, не чувствуя горькаго вкуса, между тѣмъ какъ нормальныя собаки молоко съ указанными веществами не ѣли. Молоко съ примѣсью значительнаго количества

спирта, уксусной или винокаменной кислоты собака ѣсть также охотно; но сильный запахъ спирта и уксусной кислоты раздражаетъ слизистую оболочку ея органа обонянія, а потому собака при этомъ время отъ времени фыркаетъ и на нѣсколько секундъ прекращаетъ ѣсть; но снова охотно принимается за ѣду, лишь только это раздраженіе прекратится. Если собакѣ смазать языкъ крѣпкимъ растворомъ хинина, крѣпкой винокаменной или уксусной кислотой или спиртомъ, то она на это ничѣмъ не реагируетъ и сидитъ спокойно, не чувствуя, очевидно, ни специфическаго вкуса этихъ веществъ, ни боли вслѣдствіе раздраженія ими. При раздраженіи кончика, краевъ и спинки языка довольно сильнымъ индуктивнымъ токомъ аппарата Du Bois-Reymond'a собака не чувствовала боли. ничѣмъ не реагируя на это раздраженіе, и сидѣла спокойно; точно также при сильныхъ уколахъ языка иглой и при сдавливаніи ея пинцетомъ она не чувствовала боли и нисколько не беспокоилась. Но здѣсь необходимо замѣтить, что собака сопротивлялась пассивному открыванію рта, визжала и усиленно двигала языкомъ съ цѣлю удалить съ челюстей пальцы или пробки, посредствомъ которыхъ челюсти держались раскрытыми; въ такіе моменты, конечно, трудно было судить, чувствуетъ ли собака производимое раздраженіе языка, или нѣтъ; но если челюсти раскрывать не сильно, лишь бы только образовавшаяся между ними щель была достаточна для проведенія иглы, пинцета или электродовъ, то собака можетъ сравнительно долго сидѣть совершенно спокойно и тогда можно ясно опредѣлить эффектъ раздраженія; точно также собака сильно беспокоилась, визжала и усиленно двигала языкомъ, если его не особенно осторожно вытягивать изъ полости рта; если же это дѣлать осторожно, безъ усилія, то можно его немного вытянуть въ сторону, положить между челюстями и придавить ими и собака нѣкоторое время не втягиваетъ его въ полость рта; иногда онъ даже самъ собою свѣшивается впередъ или въ ту, или другую сторону и даже прикусывается зубами, и тогда его можно раздражать индуктивнымъ токомъ и дѣлать уколы и ничто не затемняетъ эффекта раздраженія. Вотъ въ такихъ то положеніяхъ языка и въ минуты совершенно спокойнаго состоянія собаки я раздражалъ языкъ индуктивнымъ токомъ, сильно кололъ его иглой, кончикъ или край его прокалывалъ насквозь, направляя иглу на зубъ, и собака сидѣла спокойно и ничѣмъ не реагировала на эти раздраженія.

Иногда удавалось осторожно перевернуть кончикъ языка верхней поверхностью къ дну полости рта и собака при этомъ была спокойна, не двигала языкомъ, какъ бы не чувствуя ненормальности такого положенія, и не исправляла его. Иногда при облизыва

ни или при усиленныхъ движеніяхъ языка, вслѣдствіе какой либо другой причины, напримѣръ при насильственномъ открываніи челюстей, при раздраженіи органа обонянія во время ѣды молока съ алкоголемъ или уксусной кислотой, замѣтна была неловкость его движеній, какъ бы нарушеніе его артикуляціи, при чемъ онъ время отъ времени безсильно свѣшивался черезъ край нижней челюсти въ ту или другую сторону, придавливался верхней челюстью и въ такомъ положеніи оставался  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 минуту. Молоко лакала и облизывала посуду собака хорошо, такъ что при этомъ нельзя было подмѣтить рѣзкаго нарушенія движеній языка; только довольно рѣзко проявилась усиленная торопливость лаканія и собака поѣдала молоко не за одинъ или два приѣма, какъ это наблюдалось до операціи, а переставала послѣ каждыхъ 3—5 лакательныхъ движеній, облизывалась, отходила отъ молока и снова принималась за ѣду, и порцію молока поѣдала медленнѣе, чѣмъ это было до операціи; это наблюдалось, какъ при лаканіи чистаго молока, такъ и смѣшаннаго съ хининомъ, алкоголемъ, уксусной и винокаменной кислотой; не было замѣтно нарушенія также и въ актѣ глотанія. Собака довольно весела, бодра и ласкова; кровотеченія изъ ранъ не замѣтно и припухлость въ области операціи незначительная.

28 апрѣля. При раздраженіи индуктивнымъ токомъ аппарата Du Bois-Reymond'a кончика, краевъ и спинки языка, а также при уколѣ его иглой, собака не чувствуетъ боли, не старается удалить языкъ отъ раздражителя и ничѣмъ другимъ на эти раздраженія не реагируетъ и сидитъ спокойно; молоко съ примѣсью значительной дозы хинина и extractum апагитъ, смѣшанный съ небольшимъ количествомъ молока, ѣстъ охотно; охотно она ѣстъ также и молоко, смѣшанное со спиртомъ, уксусной и винокаменной кислотой; но при этомъ часто прекращаетъ ѣду, фыркаетъ и усиленно облизываетъ языкомъ ноздри и губы, при чемъ языкъ по временамъ двигается неловко и какъ бы западаетъ черезъ край нижней челюсти въ ту или другую сторону и безсильно свѣшивается на  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 минуту. Въ спокойномъ состояніи собаки языкъ ея часто какъ бы вываливается изо рта, безсильно свѣшивается черезъ край нижней челюсти и придавливается верхней и собака какъ бы не чувствуетъ ни положенія языка, ни боли отъ его ущемленія. Кончикъ языка окровавленъ и на немъ замѣтны язвочки. При лаканіи и слизываніи молока собака двигаетъ языкомъ довольно хорошо и глотаетъ свободно, такъ что здѣсь нельзя подмѣтить рѣзкаго нарушенія, хотя все-таки движенія его не такъ спокойны и ловки, какъ это было до операціи; при томъ собака не долго лакаетъ, а сдѣлавъ 5—8 лакательныхъ движеній, перестаетъ, облизывается, отхо-

дить отъ молока и снова принимается за ѣду и т. д. Собака весела, ласкова, подвижна; раны заживаютъ безъ нагноенія и припухлость тканей въ области раненія ничтожная.

4 мая. При раздраженіи кончика, краевъ и спинки языка индуктивнымъ токомъ, а также при уколахъ его иглою собака не чувствуетъ боли, сидитъ спокойно и не удаляетъ языкъ отъ раздражителя. Молоко съ хининомъ, спиртомъ, уксусной и винокаменной кислотой,—а также extractum amagum съ молокомъ ѣсть охотно.

Рѣзкаго нарушенія движеній языка при лаканіи нѣтъ, хотя во временахъ при облизываніи губъ и носа онъ какъ бы западаетъ черезъ край нижней челюсти, безсильно свѣшивается наружу, придавливается верхней челюстью къ нижней и въ такомъ положеніи остается отъ нѣсколькихъ секундъ до  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 минуты, и движенія языка менѣе энергичны и ловки, чѣмъ это было до операціи; кромѣ того собака часто перестаетъ лакать послѣ 4—8 лакательныхъ движеній языка, снова принимается за ѣду и извѣстную порцію молока поѣдаетъ не такъ быстро, какъ это было до операціи. Собака весела, ласкова, подвижна; припухлости на мѣстѣ ранъ и нагноенія нѣтъ, кожные раны зажили и швы сняты.

7 мая. Въ движеніяхъ языка при лаканіи рѣзкаго нарушенія не наблюдается, хотя ловкость, быстрота и энергія этихъ движеній нѣсколько слабѣе и собака, сдѣлавъ 5—8 лакательныхъ движеній, перестаетъ ѣсть, но скоро снова принимается за ѣду, между тѣмъ какъ до операціи она лакала спокойно, ловко, увѣренно и поѣдала молоко въ одинъ—два приѣма и гораздо быстрѣе. Кромѣ того, иногда во время лаканія, облизыванія или даже въ спокойномъ состояніи кончикъ языка какъ бы выскальзываетъ изъ полости рта, свѣшивается черезъ край нижней челюсти и придавливается къ ней верхней челюстью; но скоро собака уноситъ его обратно въ полость рта, а черезъ нѣкоторое время онъ снова выскальзываетъ на короткое время. При раздраженіи языка индуктивнымъ токомъ и при уколахъ его булавкой собака не чувствуетъ боли, не пытается удалить его отъ раздражителя и сидитъ спокойно; молоко съ хининомъ, спиртомъ, уксусной и винокаменной кислотой, а также extractum amagum съ молокомъ собака ѣсть охотно, хотя отъ спирта и уксусной кислоты она часто прерываетъ ѣду на короткое время, фыркаетъ и тщательно облизываетъ губы и ноздри. Собака весела, ласкова, подвижна; припухлости въ области операціи нѣтъ.

Къ сожалѣнію, такимъ періодомъ времени должны были ограничиться наблюденія надъ этой собакой, такъ какъ 8-го мая ей удалось выскочить изъ клітки и убѣжать.

## Опытъ 5-й.

7 мая 1893 г. У небольшой черной собаки, совершенно здоровой, въ одинъ приемъ были перерѣзаны оба п.п. *linguales* и п.п. *glossopharyngei*, при чемъ кровотеченіе было незначительное; операція была произведена подъ хлороформнымъ наркозомъ и съ антисептическими предосторожностями; по окончаніи операціи кровотеченіе изъ мельчайшихъ сосудовъ было остановлено тампонаціей ватными шариками, раны тщательно очищены отъ крови, промыты 3%, растворомъ карболовой кислоты и кожныя раны зашиты шелкомъ.

10 мая было произведено наблюденіе надъ состояніемъ чувствительности и движеній языка, при чемъ оказалось, что молоко съ хининомъ, спиртомъ, уксусной и винокаменной кислотой, а также *extractum amagum*, къ которому лишь только для обмана зрѣнія было прибавлено небольшое количество молока, собака лакала довольно охотно, хотя часто переставала, усердно облизывала губы и носъ, фыркала и снова принималась за ѣду; очевидно было, что запахъ спирта и уксусной кислоты раздражалъ ея слизистую оболочку носа и она переставала ѣсть; но лишь только это раздраженіе прекращалось, она снова начинала лакать; вкуса же этихъ веществъ она, очевидно, не ощущала; если же и ощущала, то очень слабо. Чистое молоко и смѣшанное съ хининомъ или винокаменной кислотой собака лакала съ частыми перерывами послѣ 5—8 лакательныхъ движеній языка, но только при этомъ уже не фыркала и гораздо рѣже и менѣе тщательно облизывала носъ и губы. При раздраженіи кончика, краевъ и спинки языка сильнымъ индуктивнымъ токомъ аппарата Du Bois-Reymond'a, а также при сильныхъ уколахъ его иглой собака не чувствовала боли, не пыталась удалить языкъ отъ раздражителя, ничѣмъ не реагировала и сидѣла спокойно; но собака визжала, усиленно двигала языкомъ и беспокоилась, если ей сильно раскрывали челюсти и неосторожно вытягивали языкъ изъ полости рта; если же это дѣлалось осторожно и не сильно, лишь бы образовавшаяся между челюстями щель была достаточна для проведенія электродовъ или иглы къ языку, или лишь бы вытащенный изъ полости рта кончикъ языка былъ достаточенъ для приложенія электродовъ, то собака обыкновенно сидѣла спокойно и ничто не мѣшало наблюдать эффектъ раздраженія.

Въ движеніяхъ языка наблюдались кое-какія, хотя и не рѣзкія, нарушенія; эти нарушенія заключались въ томъ, что артикуляція движеній его происходила неловко и языкъ при лаканіи и облизываніи время отъ времени какъ бы заплетался и кончикъ его

свѣшивался черезъ край нижней челюсти; кромѣ того движенія его при лаканіи были менѣе ловки и энергичны, и хотя со стороны собаки замѣтно было большее стараніе и торопливость, но послѣ нѣсколькихъ лакательныхъ движеній собака переставала ѣсть, отходила, снова принималась за ѣду и снова переставала и т. д., и порціе молока поѣдала медленнѣе, между тѣмъ какъ до операціи она это дѣлала въ одинъ—два приѣма, спокойно, увѣренно и очень быстро. Въ спокойномъ состояніи собаки языкъ ея часто какъ бы выскальзывалъ изъ рта, свѣшивался черезъ край нижней челюсти и придавливался верхней челюстью и въ такомъ положеніи оставался  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 минуту; точно также осторожно можно было вытащить его изъ полости рта и свѣсить черезъ край нижней челюсти въ ту или другую сторону и собака въ теченіи  $\frac{1}{2}$ —1 минуты не убирала его, какъ бы не чувствуя его положенія. Собака весела, ласкова, подвижна, свой кормъ поѣдаетъ охотно, припухлость на мѣстѣ ранъ незначительная и нагноенія нѣтъ.

15 мая. Молоко съ хининомъ, спиртомъ, уксусной и вино-каменной кислотой, а также extractum amagum, смѣшанный съ небольшимъ количествомъ молока, собака лакаетъ охотно, хотя отъ спирта и уксусной кислоты она при этомъ часто и сильно фыркаетъ и усердно облизываетъ языкомъ носъ и губы; при лаканіи, какъ чистаго молока, такъ и смѣшаннаго съ указанными веществами она послѣ 5—7 лакательныхъ движеній перестаетъ ѣсть, облизывается, снова лакаетъ и снова перестаетъ и т. д.; при этомъ движенія языка не такъ ловки и энергичны, какъ прежде, хотя собака при этомъ, видимо, старается усерднѣе прежняго и спѣшить. Въ спокойномъ состояніи собаки часто, а иногда и при лаканіи, въ облизываніи, кончикъ языка ея свѣшивается черезъ край нижней челюсти и придавливается верхней, какъ будто собака не чувствуетъ, въ какомъ положеніи находится ея языкъ; но болѣе рѣзкаго нарушенія движеній языка не замѣтно. При раздраженіи языка довольно сильнымъ индуктивнымъ токомъ и при сильныхъ уколахъ его иглой собака не чувствуетъ боли, не пытается удалить его отъ раздражителя и сидитъ спокойно. Собака весела, ласкова, подвижна и свой кормъ поѣдаетъ охотно. Припухлость въ области ранъ ничтожная, нагноенія нѣтъ, края кожныхъ ранъ плотно склеились и швы сняты.

25 мая. Со времени предыдущаго наблюденія и до сего времени не произошло никакихъ переменъ въ чувствительности и движеніяхъ языка собаки; молоко съ хининомъ, горькимъ экстрактомъ, спиртомъ, уксусной и винокаменной кислотой собака лакаетъ охотно, хотя отъ спирта и уксусной кислоты она фыркаетъ и тщательно

облизывается. При раздраженіи языка индуктивнымъ токомъ и при уколахъ его иглой собака не чувствуетъ боли, не удаляетъ языкъ отъ раздражителя и сидитъ спокойно. Рѣзкаго нарушенія движеній языка нѣтъ, но все-таки собака долго лакать не можетъ и часто перестаетъ; при этомъ она обнаруживаетъ излишнюю торопливость, между тѣмъ какъ до операціи она лакала спокойно, увѣренно и поѣдала молоко въ одинъ—два приема; кончикъ языка ея время отъ времени выскальзывается изъ полости рта, свѣшивается черезъ край нижней челюсти и придавливается верхней челюстью, но язвъ на языкѣ не замѣтно. Припухлости на мѣстѣ бывшихъ ранъ нѣтъ и кожныя раны зажили рубцомъ.

4 іюня. При раздраженіи индуктивнымъ токомъ, а также при сильныхъ уколахъ иглой кончика, краевъ и спинки языка собака не чувствуетъ боли, не удаляетъ языкъ отъ электродовъ и сидитъ спокойно. Молоко съ хининомъ, винокаменной кислотой и спиртомъ собака ѣстъ охотно, при чемъ отъ спирта часто фыркаетъ и тщательно облизываетъ языкомъ носъ и губы. Порцію молока собака поѣдаетъ не за одинъ—два приема, но за нѣсколько, съ частыми перерывами; лакательныя движенія языка отличаются ненормальной торопливостью и нѣтъ той увѣренности и спокойствія при лаканіи, которая наблюдалась до операціи; впрочемъ, рѣзкихъ нарушеній въ движеніи языка при лаканіи и облизываніи нѣтъ.

15 іюня. При раздраженіи индуктивнымъ токомъ и при уколахъ иглой кончика, краевъ и спинки языка собака не чувствуетъ боли, не двигаетъ языкомъ и сидитъ спокойно даже тогда, когда кончикъ и края языка прокалываются насквозь иглой по направленію къ какому либо зубу. Молоко съ хининомъ, горькимъ экстрактомъ, винокаменной кислотой и спиртомъ собака поѣдаетъ охотно, хотя съ частыми перерывами послѣ 5—6 лакательныхъ движеній, которыя ненормально торопливы; но какихъ либо другихъ нарушеній въ движеніяхъ языка не замѣтно. На мѣстахъ бывшихъ раненій нѣтъ ни малѣйшей припухлости тканей и собака весела, ласкова, подвижна и ѣстъ свой кормъ охотно.

28 іюня. При раздраженіи индуктивнымъ токомъ и при уколахъ иглой кончика, краевъ и спинки языка собака не чувствуетъ боли и сидитъ спокойно. Чистое молоко, а также смѣшанное съ хининомъ, спиртомъ и винокаменной кислотой собака ѣстъ охотно. Кусочки хлѣба собака подбираетъ съ пола и ловко подхватываетъ ихъ на лету.

5% воднымъ растворомъ соляно-кислаго кокаина собакѣ были тщательно смочены: десны, губы, внутренняя поверхность щекъ, дно полости рта, языкъ, твердое и мягкое небо, и полость глотки, и

уже черезъ 2 минуты собака не могла лакать молокомъ, не лезла на лету и не поднимала съ пола кусочки хлѣба; если же кусочекъ хлѣба положить ей въ ротъ, то онъ тамъ или остается и собака не двигаетъ языкомъ ни съ цѣлью его проглотить, ни съ цѣлью выбросить изъ полости рта, или же она выбрасываетъ его, производя очень неловкія, вялыя и медленныя движенія языкомъ или даже совершенно не двигая языкомъ, а только сильнѣе раскрывая челюсти и сильно качая головой; если же кусочекъ хлѣба продвинуть за мягкое небо, то собака его проглатываетъ. Раздраженіе индуктивнымъ токомъ и уколы булавкой слизистой оболочки по всей полости рта не чувствительны; движенія языкомъ собака производитъ крайне рѣдко и при томъ они вялы, неловки и языкъ не поворотливъ, какъ будто одеревенѣлый. По временамъ собака пытается лакать молоко, но языкъ плохо повинуется ея волевымъ импульсамъ, съ трудомъ вяло и неловко двигается, такъ что молоко отскакиваетъ отъ него и разбрызгивается, и послѣ 2—3 лакательныхъ движеній языка она перестаетъ лакать.

15 іюля. При раздраженіи индуктивнымъ токомъ и при уколахъ иглой кончика, краевъ и спинки языка собака не чувствуетъ боли и сидитъ спокойно. Чистое молоко, а также и смѣшанное съ хининомъ, спиртомъ и винокамеиной кислотой собака ѣстъ охотно; кусочки хлѣба съ пола она подбираетъ быстро и ловко, а также ловко схватываетъ ихъ на лету, такъ что нарушенія движеній языка не замѣтно.

5% растворомъ кокаина собакѣ были тщательно смочены: десны, губы, внутренняя поверхность щекъ, дно полости рта, твердое и мягкое небо и полость глотки, и уже черезъ 2 минуты послѣ этого собака не могла лакать молока, подбирать съ пола и ловить на лету кусочки хлѣба; языкъ ея сдѣлался очень неповоротливъ и собака какъ бы равнодушно смотрѣла на хлѣбъ и молоко, иногда однако обнюхивая ихъ, но ѣсть не могла, хотя была голодна. Если ей положить кусочекъ хлѣба на языкъ, то она къ этому относится нѣкоторое время индифферентно, не проглатываетъ его и не выбрасываетъ изъ рта, а потомъ уже, сильно раскрывая челюсти и качая головой, выбрасываетъ его; языкъ же при этомъ или не двигается или дѣлаетъ медленныя и очень слабыя и неловкія движенія. Если кусочекъ хлѣба продвинуть ей за мягкое небо,—то она его спокойно проглатываетъ; если ей смочить губы и носъ молокомъ, то она не облизывается.

29 іюля. Нарушенія движеній языка у собаки не замѣтно ни при лаканіи молока, ни при облизываніи. Молоко съ хининомъ и винокамеиной кислотой ѣстъ охотно, производя лакательныя дви-

женія языка ловко. При раздраженіи индуктивнымъ токомъ и при уколахъ иглой кончика, краевъ и спинки носа собака не чувствуетъ боли и сидитъ спокойно. Собака весела, ласкова и свой кормъ поѣдаетъ охотно.

18 августа. Молоко лакать и облизывается собака ловко, — нарушенія движеній языка при этомъ не замѣтно. При раздраженіи индуктивнымъ токомъ и при уколахъ иглой кончика, краевъ и спинки языка собака не чувствуетъ боли и сидитъ при этомъ спокойно.

5% растворомъ кокаина собакѣ были тщательно смочены: десны, губы, внутренняя поверхность щекъ, дно полости рта, твердое и мягкое небо и полость глотки; черезъ 2 минуты послѣ этого наступила анестезія и собака не могла лакать молока и подбирать кусочки хлѣба съ пола, хотя обнюхивала ихъ и даже пыталась лакать молоко; но сдѣлавъ два неловкихъ лакательныхъ движенія языкомъ и разбрызгавъ молоко на полъ, она прекратила и больше уже не дѣлала попытокъ. Если ей положить въ ротъ кусочекъ хлѣба, то она его не глотаетъ, а, сильно раскрывъ челюсти, качаніемъ всей головы выбрасываетъ его изъ полости рта; языкъ же при этомъ или совершенно не двигается, или въ немъ замѣтны неловкія и медленные движенія. Если кусочекъ хлѣба продвинуть за мягкое небо, то собака его проглатываетъ.

Черезъ 4 часа послѣ смазыванія кокаиномъ полости рта собака сдохла при явленіяхъ отравленія кокаиномъ.

#### Опытъ 6-й.

8 мая 1893 г. У большой рыжей собаки, совершенно здоровой, въ одинъ приемъ были перерѣзаны оба п.п. *linguales* и п.п. *glossopharyngei*, при чемъ кровотеченіе было незначительное. За  $\frac{1}{4}$  часа до операціи собакѣ было впрыснуто подъ кожу 1% раствора морфія половина праватцовскаго шприца и операція была произведена подъ хлороформнымъ наркозомъ и съ антисептическими предосторожностями; по окончаніи операціи незначительное кровотеченіе было остановлено тампонаціей ватными шариками, раны тщательно очищены отъ крови, промыты 3% растворомъ карболовой кислоты и кожныя раны зашиты шелкомъ.

12 мая. Было произведено наблюденіе надъ состояніемъ вкусовыхъ ощущеній, чувствительности и движеній языка, при чемъ оказалось, что молоко съ хининомъ, спиртомъ, уксусной и виннокислотой, а также *extractum amagum*, лишь только для обмана зрѣнія смѣшанный съ молокомъ, собака лакать охотно; но запахъ спирта и уксусной кислоты раздражаетъ ея слизистую оболочку носа, а потому она часто перестаетъ лакать,

фыркаетъ, тщательно облизываетъ языкомъ носъ и губы. При раздраженіи кончика, краевъ и спинки языка индуктивнымъ токомъ аппарата Du Bois-Reymond'a и при сильныхъ уколахъ его иглой собака не чувствуетъ боли, не удаляетъ языка отъ раздражителя и сидитъ совершенно спокойно; но необходимо, однако, замѣтить, что, при сильномъ пассивномъ раскрываніи челюстей или при неосторожномъ извлеченіи языка изъ полости рта, собака сильно беспокоится, визжитъ, усиленно двигаетъ языкомъ и этимъ мѣшаетъ произвести наблюденіе и сдѣлать заключеніе о состояніи чувствительности языка; если же это дѣлать осторожно и раскрывать челюсти немного, лишь бы образовавшаяся между ними щель была достаточна для проведенія электродовъ или иглы къ языку, или если извлекать языкъ въ сторону осторожно и немного, то собака сидитъ совершенно спокойно, не двигаетъ языкомъ и, повидимому, не чувствуетъ, въ какомъ положеніи онъ находится и что надъ нимъ производятъ. Болѣе или менѣе рѣзкаго нарушенія движеній языка нѣтъ, хотя иногда при облизываніи языкъ какъ бы бессильно свѣшивается черезъ край нижней челюсти въ ту или другую сторону на нѣсколько секундъ, а въ спокойномъ состояніи кончикъ его время отъ времени выскальзываетъ изъ полости рта впередъ, придавливается верхней челюстью и въ такомъ положеніи остается  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 минуту. При лаканіи собака проявляетъ большую торопливость и меньшую ловкость и энергію движеній языка, и сдѣлавъ 5—6 лакательныхъ движеній, она перестаетъ, облизывается и снова дѣлаетъ 5—6 лакательныхъ движеній и снова перестаетъ и т. д. между тѣмъ какъ до операціи она лакала спокойно, ловко, увѣренно и поѣдала извѣстную порцію молока въ одинъ—два приема и быстро, теперь такую же порцію молока она поѣдаетъ медленнѣе и въ 4—5 приемовъ.

Собака весела, ласкова, подвижна, кормъ ѣстъ охотно. Припухлость тканей въ области раненій незначительная, нагноенія нѣтъ и края кожныхъ разрѣзовъ склеились.

15 мая. При раздраженіи кончика, краевъ и спинки языка индуктивнымъ токомъ и при уколахъ его иглой собака не чувствуетъ боли, не удаляетъ его отъ раздражителя, сидитъ спокойно и ничѣмъ не реагируетъ. Молоко съ хининомъ, спиртомъ, уксусной и винокаменной кислотой и съ горькимъ экстрактомъ собака ѣстъ охотно, но отъ спирта и уксусной кислоты послѣ 5—6 лакательныхъ движеній перестаетъ ѣсть, фыркаетъ, тщательно облизываетъ носъ и губы и снова начинаетъ лакать и т. д. Лакательныя движенія языка въ такъ ловки и энергичны, какъ это было до операціи, и собака проявляетъ при этомъ большую суетливость и меньшую увѣренность и

ловкость. Время отъ времени кончикъ языка на короткое время выскальзываетъ изъ полости рта и придавливается верхней челюстью. Если не сильно раскрывать челюсти и насколько возможно слабѣе дотрогиваться до десень, зубовъ и губъ, то кончикъ языка можно перевернуть верхней поверхностью къ дну полости рта, при чемъ собака не только не сопротивляется этому, но даже и не старается привести языкъ въ нормальное положеніе, и только лишь вслѣдствіе эластичности его онъ постепенно расправляется и принимаетъ нормальное положеніе; точно также кончикъ языка можно вытащить изъ полости рта въ ту или другую сторону, перевѣсить черезъ край нижней челюсти и, освободивъ челюсти, придавить его ими, и собака не тотчасъ же убираетъ его, а сидитъ въ такомъ положеніи спокойно  $\frac{1}{4}$ —1 минуту. Рѣзкаго нарушенія движеній языка нѣтъ.

Собака весела, подвижна, свой кормъ съѣдаетъ охотно; припухлость тканей въ области раненій ничтожная, нагноенія нѣтъ, края кожныхъ разрѣзовъ плотно срослись и швы сняты.

25 мая. При раздраженіи кончика, краевъ и спинки языка индуктивнымъ токомъ и при уколахъ его иглой собака не чувствуетъ боли, не удаляетъ языкъ, сидитъ совершенно спокойно и ничѣмъ не реагируетъ на эти раздраженія. Молоко съ хининомъ, горькимъ экстрактомъ, спиртомъ, уксуной и винокаменной кислотой собака лакаетъ охотно, но послѣ 5—8 лакательныхъ движеній языка она перестаетъ ѣсть, облизывается и снова начинаетъ лакать и т. д., при этомъ она торопится и порцію молока поѣдаетъ въ нѣсколько приемовъ и медленно, чѣмъ это было до операціи; движенія языка при этомъ менѣе ловки и менѣе энергичны, но рѣзкаго нарушенія движеній языка незамѣтно. Если на спинку или корень языка осторожно капнуть крѣпкой соляной кислотой или смочить его крѣпкимъ растворомъ хинина, то собака сидитъ спокойно и не двигаетъ языкомъ, повидимому, не ощущая боли отъ раздраженія соляной кислотой и не ощущая горькаго вкуса хинина.

Осторожно кончикъ языка можно перевернуть верхней поверхностью къ дну полости рта, вытащить его и перевѣсить черезъ край нижней челюсти и собака при этомъ сидитъ спокойно, и въ языкѣ не замѣтно ни малѣйшаго сопротивленія, какъ будто собака не чувствуетъ, въ какомъ положеніи находится ея языкъ и что надъ нимъ производятъ.

8 іюня. Молоко съ хининомъ, спиртомъ, винокаменной кислотой, а также extractum amagum съ незначительнымъ количествомъ молока, собака ѣстъ охотно, не ощущая ихъ вкуса; но запахъ спирта раздражаетъ слизистую оболочку носа и собака часто фыркаетъ и тщательно облизываетъ носъ и губы. При раздраженіи индуктивнымъ

токомъ и при уколахъ булавкой кончика, краевъ и спинки языка собака не чувствуетъ боли, не удаляетъ языкъ отъ раздражителя и сидитъ спокойно. Нарушенія движеній языка не замѣтно; лакательныя движенія его совершаются быстро и ловко, хотя наблюдаются частые перерывы при лаканіи молока, чего до операціи не наблюдалось.

16 іюня. Нарушенія движеній языка собаки при лаканіи и облизываніи не замѣтно. Молоко съ хининомъ и винокаменной кислотой собака ѣстъ охотно. При раздраженіи индуктивнымъ токомъ и при уколахъ иглой кончика, краевъ и спинки языка собака не чувствуетъ боли и сидитъ спокойно. Собака весела, подвижна, ласкова, свой кормъ поѣдаетъ охотно. На мѣстѣ бывшихъ раненій нѣтъ и слѣда припухлости.

28 іюня. На раздраженіе языка индуктивнымъ токомъ и на уколы его булавкой собака ничѣмъ не реагируетъ, а молоко съ хининомъ, спиртомъ, горькимъ экстрактомъ и винокаменной кислотой лакать охотно, при чемъ нарушенія движеній языка не замѣтно. Кусочки хлѣба подбираетъ охотно и ловко. Собакѣ полость рта, губы, десны и языкъ были тщательно смочены 5% растворомъ соляно-кислаго кокаина и черезъ 2—3 минуты послѣ этого наступила анестезія слизистой оболочки полости рта, губъ и десенъ. Собака уже не могла лакать молоко, хотя нѣсколько разъ пыталась это сдѣлать; но сдѣлавъ одно—два лакательныхъ движенія, переставала, беспокоилась, суежилась, бѣгала вокругъ тарелки съ молокомъ, снова пробовала лакать, но послѣ одного—двухъ лакательныхъ движеній снова переставала. Кусочки хлѣба совсѣмъ не подбирала, а если положить ихъ ей въ ротъ, то она, неловкими движеніями языка или качаніемъ головы и сильно раскрывая ротъ, выбрасывала ихъ обратно; если же кусочки хлѣба продвинуть ей за мягкое небо, то она ихъ проглатывала. Движенія языка были неловки и слабы.

16 іюля. Боли при раздраженіи языка индуктивнымъ токомъ и при уколахъ его булавкой собака не чувствуетъ, а молоко съ хининомъ, горькимъ экстрактомъ и винокаменной кислотой лакать охотно и ловко. Нарушенія движеній языка не замѣтно; кусочки хлѣба подбираетъ съ пола охотно. Послѣ смачиванія 5% воднымъ растворомъ соляно-кислаго кокаина слизистой оболочки губъ, щекъ, десенъ и полости рта у этой собаки черезъ 2—3 минуты наступила анестезія и она не могла лакать молока, хотя время отъ времени пыталась лакать; но сдѣлавъ одно—два лакательныхъ движенія, она переставала, а кусочки хлѣба совсѣмъ не подбирала; если же ихъ положить ей въ ротъ, то качаніемъ головы или неловкими движе-

ніями языка она выбрасывала ихъ обратно; если же кусочки хлѣба продвинуть за мягкое небо, то она ихъ проглатывала. Движенія языка вялы и неловки; собака при этомъ сильно беспокоится, визжитъ, суетится, бѣгаетъ вокругъ тарелки съ молокомъ, обнюхиваетъ его, пытается лакать, но снова прекращаетъ и продолжаетъ суетиться.

20 августа. Боли при раздраженіи языка индуктивнымъ токомъ и при уколахъ его булавкой собака не чувствуетъ и ничѣмъ на это не реагируетъ. Молоко съ хининомъ, горькимъ экстрактомъ и винокаменной кислотой лакаетъ охотно и ловко, такъ что нарушенія движеній языка не замѣтно. Послѣ смачиванія 5% воднымъ растворомъ соляно-кислаго кокаина слизистыхъ оболочекъ полости рта, щекъ, губъ и десенъ черезъ 2—3 минуты наступала анестезія и собака не могла лакать молока, хотя бѣгала вокругъ тарелки съ молокомъ, обнюхивала его, визжала и суетилась и время отъ времени дѣлала одно—два лакательныхъ движенія. Кусочки хлѣба, положенные ей въ ротъ, качаніемъ головы или неловкими движеніями языка выбрасывала обратно. Эта собака находилась подъ моимъ наблюденіемъ до 6-го ноября 1893 г.

#### Опытъ 7-й.

3 іюня 1893 г. У большой рыжей собаки, совершенно здоровой, въ одинъ приемъ были перерѣзаны оба п. п. *linguales* и п. п. *glossopharyngei*, при чемъ кровотеченіе было незначительное; за  $\frac{1}{4}$  часа до операціи подъ кожу собакъ было впрыснуто 1% раствора морфія половина праватцовскаго шприца и операція была произведена подъ хлороформнымъ наркозомъ и съ антисептическими предосторожностями; по окончаніи операціи кровотеченіе было остановлено тампонадией ватными шариками, раны тщательно очищены отъ крови, промыты 3% растворомъ карболовой кислоты и зашиты шелкомъ. При операціи для перерѣзки п. *glossopharyngei dextri* въ этомъ опытѣ не сразу попали на надлежащій путь, а потому тканямъ было причинено поврежденіе значительно большее, чѣмъ въ предыдущихъ случаяхъ.

Вслѣдствіе значительнаго поврежденія тканей во время операціи на правой сторонѣ шеи и значительной послѣдующей припухлости и болѣзненности наблюденіе надъ состояніемъ вкуса, чувствительности и движеній языка въ первый разъ было произведено только 8-го іюня, при чемъ оказалось, что молоко съ хининомъ и винокаменной кислотой, а также *extractum amagum*, лишь только для обмана зрѣнія смѣшанный съ молокомъ, собака ѣстъ охотно, но молоко со спиртомъ и уксусной кислотой не стала ѣсть, хотя сначала поднесла было ротъ къ тарелкѣ для лаканія, но начала фыркать и отошла отъ нея

прочь. Молоко собака лакаетъ съ частыми перерывами послѣ каждаго 5—6 лакательныхъ движеній, но при этомъ проявляетъ большую торопливость и меньшую ловкость и увѣренность движеній языка. и извѣстную порцію молока поѣдаетъ медленно, чѣмъ это было до операціи. При облизываніи языкъ иногда какъ бы безсильно падаетъ на нижнюю челюсть и свѣшивается черезъ ея край, а въ спокойномъ состояніи собаки кончикъ ея языка выскальзываетъ изъ полости рта, придавливается между челюстями и въ такомъ положеніи можетъ находиться  $\frac{1}{4}$ —1 минуту.

Если собакѣ широко открывать челюсти или неосторожно и сильно извлекать языкъ изъ полости рта, то она вздрогнетъ, усиленно двигаетъ языкомъ и беспокоится; но если это дѣлать осторожно, не сильно, лишь бы образовавшаяся между челюстями щель была достаточна для проведенія электродовъ или иглы къ языку и если при этомъ по возможности слабѣе дотрогиваться до губъ и десенъ. то собака сидитъ совершенно спокойно и тогда легко опредѣлитъ состояніе чувствительности языка.

Въ такомъ случаѣ при раздраженіи кончика, краевъ и спинки языка индуктивнымъ токомъ аппарата Du Bois-Reymond'a, при уколахъ языка иглой и при смазываніи его крѣпкой соляной кислотой собака не чувствуетъ боли, ничѣмъ не реагируетъ на эти раздраженія и сидитъ совершенно спокойно. Болѣе или менѣе рѣзкаго нарушенія движеній языка не замѣтно.

Припухлость въ области раненій на правой сторонѣ значительная и изъ раны при надавливаніи въ ея окружности выдѣляется небольшое количество гноя, а потому съ раны сняты два шва и рана ежедневно промывается 3% карболовымъ растворомъ; припухлость тканей въ области раненій на лѣвой сторонѣ незначительная и края кожныхъ разрѣзовъ склеились довольно плотно.

15 іюня. При раздраженіи индуктивнымъ токомъ кончика, краевъ и спинки языка, а также при уколахъ его иглой и при смазываніи крѣпкой соляной кислотой собака не чувствуетъ боли, не двигаетъ языкомъ и сидитъ совершенно спокойно. Молоко съ хининомъ, горькимъ экстрактомъ и виокаменной кислотой собака лакаетъ охотно, хотя послѣ 5—6 лакательныхъ движеній она перестаетъ, облизывается и снова начинаетъ лакать и т. д. Движенія языка при лаканіи не такъ ловки, спокойны и увѣренны, какъ это было до операціи. языкъ какъ бы менѣе поворотливъ и энергиченъ, хотя собака при этомъ выказываетъ большую общую суетливость. Кончикъ языка можно перевернуть верхней поверхностью къ дну полости рта и въ немъ при этомъ не замѣтно активнаго сопротивленія и въ свое нормальное положеніе онъ приходитъ только лишь вслѣдствіе своей

эластичности и безъ всякаго участія волевого импульса; необходимо, впрочемъ, замѣтить, что не всякій разъ это удается, такъ какъ часто, а особенно если это дѣлать неосторожно и дотронуться до губы, десны или сильно потянуть языкъ, собака быстро вырываетъ языкъ изъ рукъ. При облизываніи или даже въ спокойномъ состояніи собаки языкъ иногда выскальзываетъ изъ полости рта, придавливается между челюстями и въ такомъ положеніи остается  $\frac{1}{4}$ —1 минуту. Припухлость тканей въ области раненій на правой сторонѣ шеи меньше прежняго и гноя изъ раны выдѣляется при давленіи очень мало, а на лѣвой сторонѣ припухлости нѣтъ, края кожной раны срослись и швы сняты. Собака довольно весела и свой кормъ ѣстъ охотно.

25 юня. При раздраженіи индуктивнымъ токомъ кончика, краевъ и спинки языка, а также при уколахъ его иглой и при смазываніи его крѣпкой соляной кислотой собака не чувствуетъ боли, ничѣмъ на это не реагируетъ и сидитъ спокойно. Молоко съ хининомъ, горькимъ экстрактомъ и винокаменной кислотой собака лакаетъ охотно, но молоко со спиртомъ и уксусной кислотой не ѣстъ и, какъ только понюхаетъ его, тотчасъ отходить и больше уже не подходитъ. Движенія языка при лаканіи менѣе ловки и менѣе энергичны, и извѣстную порцію молока собака поѣдаетъ съ частыми перерывами послѣ каждаго 5—8 лакательныхъ движеній; но болѣе рѣзкаго нарушенія движеній языка нѣтъ.

Припухлость на правой сторонѣ шеи почти исчезла, нагноенія нѣтъ и края раны заживаютъ рубцомъ. Собака весела, подвижна, ласкова и свой кормъ ѣстъ охотно.

10 юля. При раздраженіи языка индуктивнымъ токомъ и при уколахъ его булавкой собака не чувствуетъ боли и ничѣмъ на это не реагируетъ. Молоко съ хининомъ, горькимъ экстрактомъ и винокаменной кислотой лакаетъ охотно и довольно ловко, такъ что нарушенія движеній языка не замѣтно.

Раны на шеѣ зажили; собака весела, ласкова и свой кормъ поѣдаетъ охотно.

30 юля. При раздраженіи языка индуктивнымъ токомъ и при уколахъ его булавкой собака не чувствуетъ боли и сидитъ спокойно. Молоко съ хининомъ и винокаменной кислотой лакаетъ охотно, при этомъ нарушенія движеній языка не замѣтно. Кусочки хлѣба съ пола собака подбираетъ охотно и ловко. Послѣ смачиванія 5% воднымъ растворомъ солянокислаго кокаина слизистыхъ оболочекъ полости рта, щекъ, губъ и десенъ черезъ 3 минуты наступила анестезія и собака не могла лакать молоко, хотя обнюхивала его, суетилась и, сдѣлавъ одно—два лакательныхъ движенія, отходила;

кусочки хлѣба не подбирала, а если ихъ клали ей въ ротъ, то качаніемъ головы или неловкими движеніями языка она выбрасывала ихъ; но часто эти кусочки оставались на  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  м. во рту и собака при этомъ сидѣла спокойно или даже бѣгала, но не выбрасывала ихъ, не чувствуя ихъ присутствія во рту, и только при случайномъ открываніи рта, или при попыткѣ лакать молоко эти кусочки выпадали изъ полости рта.

25 іюля. При раздраженіи языка индуктивнымъ токомъ и при уколахъ его булавкой собака не чувствуетъ боли и сидитъ спокойно. Молоко съ хининомъ, горькимъ экстрактомъ и винокаменной кислотой собака лакаетъ охотно и нарушенія движеній языка при этомъ не замѣтно. Послѣ смачиванія полости рта, щекъ, десенъ и губъ 5% воднымъ растворомъ соляно-кислаго кокаина черезъ 2—3 минуты наступала анестезія и собака не могла лакать молоко, хотя обнюхивала его, суетилась и время отъ времени пыталась лакать; во сдѣлавъ одно—два неловкихъ лаканія, при чемъ молоко отскакивало отъ языка и разбрызгивалось по полу, а въ ротъ не попадаю. собака переставала лакать, визжала, суетилась, снова также безуспѣшно пыталась лакать и снова переставала и т. д. Кусочки хлѣба съ пола собака не подбирала, а если ихъ положить ей въ ротъ, то она качаніемъ головы или неловкими движеніями языка выбрасывала ихъ обратно, при этомъ очень сильно открывала ротъ. Иногда эти кусочки оставались у нея въ полости рта на  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  м. и она относилась къ этому спокойно, не пыталась ихъ удалить, какъ бы не чувствуя тамъ ихъ присутствія. Собака эта находилась подъ моимъ постояннымъ наблюденіемъ до 20-го ноября 1893 года и всегда я наблюдалъ у нея явленія точно такія, какія описаны въ предыдущихъ наблюденіяхъ надъ нею, а потому я и не привожу дальнѣйшихъ наблюденій надъ нею.

Кромѣ описанныхъ опытовъ я тщательно анестезировалъ 5% воднымъ растворомъ соляно-кислаго кокаина полость рта, слизистую оболочку языка, губъ, десенъ и щекъ у нормальной собаки, и послѣ этого она не могла лакать молока, хотя сначала сдѣлала одно лакательное движеніе; она суетилась, бѣгала вокругъ тарелки съ молокомъ, нюхала его, отбѣгала и снова подбѣгала, но лакать не могла. Положенные въ ротъ кусочки хлѣба она не глотала, и они на нѣкоторое время или оставались у нея во рту, или сильнымъ раскрываніемъ рта и качаніемъ головы она выбрасывала ихъ обратно, движенія же языка при этомъ были неловки и вялы.

Послѣ тщательной анестезіи 5% воднымъ растворомъ кокаина слизистой оболочки и края передней губы у взрослой овцы ясно наблюдалось ослабленіе движеній передней губы при захватываніи

кусочковъ хлѣба съ пола и съ руки; при этомъ овца сильно нажимала на полъ или руку, а задняя губа начала дѣйствовать гораздо энергичнѣе; когда анестезія исчезла, овца снова дѣйствовала передней губой такъ же хорошо, какъ и раньше; но послѣ тотчасъ же повторенной анестезіи движенія передней губы снова рѣзко ослабли и овца снова усиленно дѣйствовала задней губой.

Предполагая, что свѣтовые впечатлѣнія съ сѣтчатки оказываютъ вліяніе на силу и координацію движеній глазъ во время акта зрѣнія, способствуя ихъ правильному выполнению, мы приступили къ разрушенію *papillae n. optici sin.* у собаки, чтобы устранить свѣтовое впечатлѣніе съ лѣваго глаза и посмотрѣть, какъ будетъ совершаться движеніе глазъ при такомъ условіи.

До операціи разрушенія *papillae n. optici sin.* этой собакѣ была зпрыснута подъ кожу половина праватцовскаго шприца 1% раствора морфія и подъ нижнее вѣко впущенъ атропинъ, послѣ чего она была захлороформирована. Подъ руководствомъ офтальмоскопа узкимъ прямымъ ножомъ, вколотымъ черезъ склеру, проникли къ *papillam n. optici sin.* и сдѣлали на немъ разрѣзъ, захвативъ въ разрѣзъ *art. centralem retinae*. Операція была выполнена при тщательной антисептикѣ, а послѣ операціи вѣки лѣваго глаза были защищены. Въ послѣдующее время лѣвый глазъ ежедневно тщательно промывался растворомъ сулемы (1:5000) и впускался атропинъ. Заживленіе произошло прекрасно, нагноенія не было, роговица совершенно нормальна и синехій нѣтъ; но и черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи еще остались ясные слѣды бывшихъ кровоизліяній въ глазномъ днѣ.

Послѣ разрушенія *papillae n. optici sin.*, когда собака совершенно оправилась отъ операціи, такъ что оперированный глазъ безъ офтальмоскопическаго изслѣдованія нельзя было отличить отъ неоперированнаго, *движенія лѣваго глаза собаки при монокулярномъ зрѣніи были ограниченныя и менше энергичныя, чѣмъ праваго, неоперированнаго глаза*; но нарушенія конвергирующаго движенія глазъ при бинокулярномъ зрѣніи не было замѣтно; впрочемъ, *papilla n. optici sin.* не былъ вполне разрушенъ, такъ что реакція лѣваго радъчка на дневной свѣтъ была ясно выражена и съ завязаннымъ правымъ глазомъ собака при ходьбѣ хотя и натыкалась на предметы и стѣны, ходила боязливо и медленно, но все-таки находила выходныя двери, хотя и не сразу.

На основаніи наблюдавшихся нами явленій у животныхъ, подвергшихся вышеописаннымъ экспериментамъ, мы можемъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Анестезія верхней губы у лошадей, вызванная двусторонней перерѣзкой *n. n. infraorbitalium*, производитъ

параличеподобное состояніе ея (*pseudoparalysis e sensibilitate laesa*), такъ что произвольныя движенія верхней губы съ цѣлью захватыванія корма невозможны, и съ цѣлью выкарной компенсаціи утерянной функціи верхней губы лошади усиленно дѣйствуютъ нижней губой, языкомъ и зубами. Но параличъ этотъ не полный, такъ какъ изрѣдка наблюдаются произвольныя движенія анестезированной верхней губы съ цѣлью захватыванія корма, хотя эти движенія очень рѣдки, слабы и не координированы.

Односторонняя перерѣзка *n. infraorbitalis* у лошадей вызываетъ слабыя, но все же ясно замѣтныя нарушенія произвольныхъ движеній верхней губы для захватыванія корма.

2) Анестезія языка у собакъ, вызванная двусторонней перерѣзкой *n. n. lingualium* и *n. n. glossopharyngeorum* на нѣсколько дней послѣ операціи вызываетъ слабыя нарушенія произвольныхъ лакательныхъ движеній языка, но въ послѣдующее время и эти слабыя нарушенія движеній исчезаютъ и лакательныя движенія языка собакъ совершаются хорошо. Но если у собакъ, которымъ перерѣзаны только что названные нервы, а также у собакъ нормальныхъ, не подвергшихся названной операціи, анестезировать 5% воднымъ растворомъ соляно-кислаго кокаина слизистую оболочку полости рта, десень, губъ и щекъ, а у нормальныхъ собакъ сверхъ того еще и слизистую оболочку языка, то произвольныя лакательныя движенія языка собакъ рѣдко нарушаются; эти движенія хотя и возможны, но слабы, неловки, не координированы и не достигаютъ той цѣли, для которой они должны служить.

3) Указанныя выше нарушенія движеній верхней губы у лошадей и языка у собакъ зависятъ исключительно отъ анестезіи этихъ органовъ, вызванной перерѣзкой снабжающихъ ихъ периферическихъ чувствительныхъ нервовъ или вслѣдствіе анестезирующаго вліянія кокаина на ихъ периферическія окончанія. Периферическіе же двигательные нервы для этихъ органовъ, претерпѣвшихъ при описанныхъ условіяхъ нарушеніе ихъ произвольныхъ движеній, а также ихъ двигательные центры въ продолговатомъ мозгу и въ мозговой коркѣ первично не претерпѣли никакого нарушенія.

4) Для того, чтобы нарушеніе произвольныхъ движеній данного органа проявилось рѣдко, необходимо, чтобы анестезія этого органа была полная и болѣе распространенная, такъ какъ въ противномъ случаѣ впечатлѣнія съ периферіи.

достигая до субкортикальныхъ центровъ и до мозговой корки по центростремительнымъ путямъ неполнѣ анестезированнаго органа или по центростремительнымъ путямъ сосѣднихъ этому органу частей тѣла, или по центростремительнымъ путямъ даже болѣе или менѣе отдаленныхъ органовъ, могутъ служить достаточнымъ импульсомъ для возникновенія и цѣлесообразнаго выполненія произвольнаго движенія. Такіе замѣщающіе чувствительные импульсы будутъ проходить въ центральной нервной системѣ уже не по обычнымъ центростремительнымъ путямъ и будутъ передаваться на двигательные центры даннаго органа, благодаря богато развитымъ въ центральной нервной системѣ ассоціаціоннымъ путямъ. Такъ напр., въ нашихъ опытахъ на собакахъ впечатлѣнія съ периферіи шли къ мозговой коркѣ съ периферическихъ чувствительныхъ нервныхъ окончаній слизистой оболочки полости рта, губъ и десенъ и произвольныя лакательныя движенія языка были возможны и выполнялись хорошо, хотя языкъ былъ вполнѣ нечувствителенъ; когда же, вслѣдствіе кокаинизаціи слизистой оболочки полости рта, губъ и десенъ, наступила анестезія всѣхъ этихъ частей, то произвольныя лакательныя движенія языка претерпѣли рѣзкое нарушеніе. Точно также раздраженіе сильнымъ индуктивнымъ токомъ слизистой оболочки нижней губы лошади постоянно вызывало произвольное поднятіе верхней анестезированной губы, между тѣмъ какъ обычное чувственное впечатлѣніе съ нижней губы при захватываніи корма не могло дать достаточнаго импульса для произвольнаго движенія верхней губы. Сюда же относятся клиническія наблюденія надъ больными съ распространенной анестезіей конечностей, такъ какъ такіе больные могутъ хорошо ходить, сжимать кулакъ или держать въ рукѣ предметъ, если при этомъ они пользуются органомъ зрѣнія; въ противномъ случаѣ у нихъ наступаетъ нарушеніе ходьбы, они могутъ даже упасть, не могутъ сжать кулакъ или держать въ рукѣ предметъ.

5) Такъ называемыя произвольныя движенія и для своего первоначальнаго происхожденія, и для своего цѣлесообразнаго выполненія нуждаются въ одновременныхъ или предшествующихъ чувствительныхъ впечатлѣніяхъ, вызванныхъ извнѣ, съ периферіи.

Настоящее изслѣдованіе произведено въ фізіологической лабораторіи Харьковскаго университета по темѣ и подѣ ру-

ководствомъ профессора Василя Яковлевича Данилевскаго, которому приношу глубокую признательность и благодарность за живое участіе въ моей работѣ.

Считаю для себя пріятнымъ долгомъ выразить искреннюю благодарность моему глубокоуважаемому учителю, профессору Павлу Ивановичу Ковалевскому, за совѣты и указанія, которыми я пользовался въ клиникѣ при изученіи нейропатологіи и психіатріи.

## Манія и меланхолія въ старческомъ возрастѣ.

Д-ра Я. Я. Трутовскаго,

ассистента при кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней въ Харьковѣ.

Меланхолія и манія, первичные психозы здоровыхъ, не инвалидовъ, наследственно не предрасположенныхъ мозговъ—свойственны по преимуществу молодому возрасту. Отъ 15—25 лѣтъ для маніи и отъ 20—35 для меланхоліи—вотъ предѣлы возраста, въ которыхъ преимущественно появляются эти болѣзни. Оба предѣльныхъ возраста, дѣтскій и старческій, возрастъ развитія и увяданія, почему-то оказываются пощаженными подобными формами умственного расстройства. Въ общемъ это вполнѣ вѣрно. Это выводъ, сдѣланный на основаніи анализа статистическаго матерьяла, доставляемаго домами умалишенныхъ. Но бываютъ исключенія, гдѣ вышеуказанные психозы появляются и въ дѣтскомъ, и въ старческомъ возрастѣ. Казуистическая литература по этому вопросу крайне ограничена. Относительно появленія меланхоліи въ дѣтскомъ возрастѣ извѣстны случаи, описанные проф. П. И. Ковалевскимъ въ «Медицинскомъ Вѣстникѣ» за 1883 годъ. Случаевъ маніи въ дѣтскомъ возрастѣ собрано нѣсколько больше, но и они пока еще составляютъ сырой, не систематизированный матерьялъ.

Не большей литературной полнотой отличаются психозы другого возраста, именно старческаго. Мы говоримъ здѣсь о первичныхъ психозахъ, меланхоліи и маніи, ибо старческое слабоуміе можетъ считаться достаточно разработаннымъ, какъ со стороны клинической картины, такъ и съ точки зрѣнія патолого-анатомическихъ измѣненій.

Особенно въ этомъ отношеніи страдаетъ манія. Правда, а ргіогі нужно допустить, что психозъ, характеризующійся

чрезмѣрной гипереміей мозга, выражающійся сильнѣйшимъ обостреніемъ разнообразныхъ функций этого органа въ возрастѣ атрофіи, склероза и анеміи долженъ встрѣчаться рѣдко. Дѣйствительность вполне это подтверждаетъ. Въ литературѣ по этому поводу можно найти лишь отдѣльныя сообщенія. Такъ, Mendel<sup>1)</sup> описываетъ случай мании у 80-лѣтняго старика, окончившійся выздоровленіемъ. Проф. П. И. Ковалевскій наблюдалъ одного 79-лѣтняго, а другого 80-лѣтняго, которые также дали выздоровленіе<sup>2)</sup>. У обоихъ была *mania furribunda*. Проф. Fürstner<sup>3)</sup> въ своей статьѣ «Ueber die Geistesstörungen des Senium» сообщаетъ, что онъ наблюдалъ также случаи *mania* въ старческомъ возрастѣ, но очень рѣдко, гораздо рѣже, чѣмъ *melancholia*. Въ виду такой скудости казуистическихъ данныхъ, мы считаемъ не лишнимъ представить нѣсколько ниже случай *maniae senilis*, наблюдавшійся нами въ клиникѣ проф. П. И. Ковалевскаго. Что касается симптомовъ и теченія старческой мании, то особенныхъ отличій отъ обыкновенной мании средняго или юнаго возраста она не представляетъ. Тѣ же отличія, которыя можно указать, прямо вытекаютъ изъ особенностей старческаго возраста. Манія въ этомъ послѣднемъ никогда не отличается такимъ рѣзкимъ возбужденіемъ и буйствомъ, какъ въ молодомъ возрастѣ. Это вполне понятно. Старикъ. будетъ-ли онъ душевно здоровъ или боленъ, все равно, остается старикомъ, т. е. субъектомъ, организмъ котораго является слабымъ во всѣхъ отношеніяхъ. Онъ не въ состояніи уже развить такое количество нервной и мышечной энергіи, какъ человѣкъ молодой. Понятно, что и буйство старика будетъ далеко менѣе энергично, чѣмъ молодого маниака.

Другая особенность, которая, впрочемъ, не такъ рѣзко обнаруживается, это то, что манія въ старческомъ возрастѣ должна давать гораздо большій процентъ перехода въ слабоуміе, чѣмъ въ молодомъ возрастѣ. Это обстоятельство также вполне понятно, такъ какъ за общій фонъ старческаго возраста должно признать фонъ слабоумія. Нервные элементы, какъ всѣ клѣтки нашего организма, могутъ жить и функционировать только извѣстный періодъ времени. Они проходятъ тѣ же фазы развитія, какъ и весь организмъ, т. е. созрѣванія.

1) Mendel. Manie, 1881 г.

2) П. И. Ковалевскій, Психіатрія. 1890 г.

3) Fürstner, Archiv für Psychiatrie, Band XX, N. 2.

зрѣлости и увяданія. Старческой возрастъ, это—возрастъ постепеннаго увяданія. Не удивительно поэтому, что при той ненормально усиленной дѣятельности, какая характеризуетъ собою манию, клѣтки не выдерживаютъ и даютъ атрофію, какъ основу слабоумія.

Наконецъ, еще одна особенность старческой мании заключается въ томъ, что она даетъ весьма значительный процентъ выздоровленія. Чѣмъ это обуславливается, тѣмъ-ли, что обыкновенно такая маниа бываетъ *tranquilla*, безъ буйства, ведущаго къ чрезмѣрному истощенію силъ, или тѣмъ, что расстройства кровообращенія будутъ менѣе глубоки, способны быстрѣе выравняться, трудно сказать; но фактъ на лицо: старики-маниаки обыкновенно быстро выздоравливаютъ. У нихъ маниа протекаетъ въ гораздо меньшій промежутокъ времени, чѣмъ въ зрѣломъ и юномъ возрастѣ. Въ нашемъ случаѣ вся болѣзнь протекла въ 40—45 дней.

Отсюда явственно слѣдуетъ, что другіе исходы старческой мании, какъ переходъ въ затяжное теченіе, смерть и проч., будутъ встрѣчаться рѣже въ данномъ случаѣ, чѣмъ въ другихъ случаяхъ мании.

I. *Anamnesis*. Больной, Н. П. О., поступилъ въ лечебницу 21-го октября 1893 года. Изъ разспросовъ его удалось узнать, что онъ родился приблизительно въ 1822 году въ г. Тулѣ. Говоритъ приблизительно, такъ какъ годъ его рожденія въ метрическихъ книгахъ не занесенъ. Такую оплошность церковнаго причта больной объясняетъ тѣмъ, что родители, обрадованные его рожденіемъ, задали такую пирушку и такъ напоили духовенство, что послѣднее забыло его внести въ книги. Больной былъ первенцемъ молодой четы. Отцу было 23, а матери 19 лѣтъ. Періодъ беременности у его матери и роды протекли правильно, нормально. До зачатія родители были совершенно здоровы. Нервныхъ и душевныхъ заболѣваній въ семействѣ больного не было. Изъ родственниковъ, какъ со стороны отца, такъ и со стороны матери, также никто не страдалъ упомянутыми болѣзнями. Ходить больной началъ въ возрастѣ одного года. Зубы прорѣзались на 8 мѣсяцѣ. Изъ болѣзней дѣтскаго возраста онъ не перенесъ ни одной. Даже золотуха пощадила больного, не смотря на то, что его братья и сестры въ дѣтствѣ страдали ею. Одинъ изъ его братьевъ остался на всегда горбатымъ, вслѣдствіе туберкулезнаго пораженія позвоночника. Періодъ времени до 10 лѣтъ протекъ у него такъ, какъ обыкновенно проходитъ у дѣтей,

родители которыхъ заняты исключительно добываніемъ насущнаго хлѣба. Цѣлые дни мальчикъ проводитъ на улицѣ въ обществѣ своихъ сотоварищей, играя съ ними во всевозможныя игры, въ которыхъ онъ постоянно первенствовалъ не вслѣдствіе физической силы, а благодаря изобрѣтательности, находчивости и обходительности со своими товарищами-сверстниками. Проводя шумно дни, мальчикъ не успокаивался и по ночамъ: во время сна онъ командуетъ, кричитъ, вскакиваетъ съ постели. 10-ти лѣтъ отъ роду мальчикъ отдають въ школу. Система преподаванія въ этой послѣдней состояла въ томъ, что учитель занимался не со всѣми учениками, а только съ учениками съ выдающимися способностями, которые въ свою очередь занимались съ менѣе способными учениками товарищами. Въ числѣ отличившихся учениковъ былъ и нашъ больной. Когда въ 1834 году родители лишились вслѣдствіе пожара своего состоянія и отецъ сталъ отчетнымъ приказчикомъ, то и мальчикъ былъ взятъ въ лавку въ помощь своему отцу. Здѣсь нашъ больной скоро освоился съ новымъ положеніемъ: узналъ названія и цѣну товарамъ, такъ что вполнѣ замѣнилъ своего отца, которому, къ слову сказать, была больше по душѣ игра въ шашки, чѣмъ торговля.

Въ лавкѣ онъ пробылъ не долго. 16-ти лѣтъ онъ поступаетъ ученикомъ къ землемѣру. Новому занятію онъ предался съ особеннымъ усердіемъ и опять таки, благодаря отличнымъ способностямъ, скоро усвоилъ способъ межеванія. послѣ чего на этомъ поприщѣ начинаетъ работать самостоятельно. Такое занятіе вполнѣ соотвѣтствовало его широкой натурѣ: новыя знакомства, новыя мѣста, кочующая жизнь, хорошій заработокъ достаточно могли служить залогомъ тому, чтобы нашъ больной всецѣло предался этому дѣлу. Межеваніемъ больной занимается до 1858 года, а съ этого времени онъ поступаетъ управляющимъ громаднаго, но запущеннаго имѣнія. На этомъ поприщѣ онъ много и упорно работаетъ. Въ это время здоровье больного начало мало по малу измѣняться: онъ сталъ частенько прихварывать и, наконецъ, заболѣлъ сыпнымъ тифомъ. Послѣднее заболѣваніе сопровождалось сильнѣйшимъ бредомъ: больной не разъ, когда присмотрѣ за нимъ ослабѣвалъ, уходилъ изъ дому и чуть было не утонулъ въ прудѣ. Вскорѣ послѣ выздоровленія отъ тифа новая болѣзнь уложила его въ постель: онъ упалъ съ тарантаса и переломилъ два ребра. Въ должности управляющаго

онъ пробылъ 18 лѣтъ. Потомъ перебрался въ Тулу, гдѣ около 2-хъ лѣтъ занимался въ конторѣ страхового общества. Покупка имѣнія заставила отказаться отъ занимаемой должности. Въ своемъ имѣніи больной прожилъ не долго: у него начали появляться приступы сильнѣйшей тоски, такъ что не разъ онъ покушался на самоубійство. Продавши имѣніе, онъ возвратился въ Тулу къ брату. Что касается образа жизни и характера нашего больного, то можемъ сказать слѣдующее: общительность, веселое настроеніе духа и твердая воля были отличительной чертой его характера. Ни одного удовольствія, развлеченія не обходилось безъ его дѣятельнаго участія. Въ достиженіи разъ намѣченной цѣли онъ отличался упорствомъ и постоянствомъ. Для полной иллюстраціи его характера нужно упомянуть о его добротѣ и гуманности, которую онъ проявлялъ по отношенію къ своимъ родственникамъ и знакомымъ. Такъ, зарабатывая свыше 3-хъ тысячъ, онъ всѣ почти отдавалъ родственникамъ. Выдалъ замужъ и снабдилъ приданымъ своихъ родныхъ и сводныхъ сестеръ. Отъ природы онъ былъ вспыльчивъ, но не злопамятенъ. Странностей въ характерѣ больного никакихъ не замѣчалось. О половой жизни больного можно сказать слѣдующее: съ 10-ти лѣтъ началъ заниматься онанизмомъ и продолжалъ до 60-ти лѣтняго возраста. Но особенно усиленно предавался онъ этому пороку до 45-лѣтняго возраста, когда въ теченіи дня могъ онанировать 4—5 разъ. Первый coitus имѣлъ на 18 году и продолжалъ имѣть, но въ ограниченныхъ размѣрахъ, такъ какъ не питалъ особенной симпатіи къ женщинамъ, къ которымъ онъ могъ имѣть доступъ. Въ 1883 году получилъ Lues, отъ котораго считаетъ себя излеченнымъ. Куренію табаку предавался со страстью, выкуривая иногда до 48 папирозъ въ день. Спиртныхъ напитковъ не употреблялъ, да и вообще можно сказать, что его фамилія отличалась воздержанностью по отношенію къ алкоголю.

Относительно послѣдняго заболѣванія удалось узнать слѣдующее. Послѣ продажи своего имѣнія, больной возвратился въ Тулу, надѣясь зажить тихою, спокойною жизнью въ кругу своихъ родственниковъ. Но судьба распорядилась иначе: вмѣсто тихаго счастья онъ находитъ слезы и уныніе: горячо любимая сестра заболѣваетъ и умираетъ отъ рака половыхъ органовъ. Едва онъ оправился отъ этого потрясенія, какъ надъ семействомъ стряслась новая бѣда: племянница

заболѣла истеріей. Крики, плачь и слѣдующій за тѣмъ смѣлъ дѣйствовали ужасно на больного. Было рѣшено поѣхать въ Крымъ. Эта поѣздка нѣсколько развлекла членовъ семейства. Тяжкая потеря уже не вызывала такой боли. Словомъ, казалось, что свѣтлые дни снова наступили для семьи нашего больного. Но не тутъ-то было: женитьба племянника противъ воли замѣнившего ему отца была новымъ ударомъ. Больной началъ грустить, уединяться отъ общества, сталъ раздражительнымъ, плачетъ безъ всякой причины. Не разъ приходилось слышать окружающимъ его жалобы на утомленіе жизнью; часто говорилъ, что ему хочется умереть. Знакомые начали въ это время замѣчать у него нѣкоторую ненормальность въ рѣчахъ. Онъ быстро сталъ перескакивать съ одного предмета на другой, никогда не оканчивая одной фразы, начинаетъ говорить о другомъ предметѣ. Наконецъ, у больного появилось паралитическое состояніе конечностей: руки и ноги его перестали слушаться. 20-го сентября больной переѣзжаетъ на житье къ своему племяннику. Въ ночь на 17-е октября у больного отнялись руки и ноги и наступило сильнѣйшее возбужденіе. Больной началъ говорить безъ умолку, при чемъ часто повторялъ фразу: «братецъ, я, кажется, сошелъ съ ума!» На другой день состояніе больного нѣсколько улучшилось; онъ началъ ходить: руки же все еще оставались парализованными. На 5-й день заболѣванія у больного появился приступъ буйства: онъ кричалъ, что его ограбили, и порывался бѣжать съ цѣлю отыскать похитителей. Много труда стоило его удержать дома. Другая странность не замедлила явиться на сцену: онъ началъ направо и налево раздавать деньги. Когда же его пытались остановить, то больной приходилъ въ такое раздраженіе, что бросался въ драку. У больного бывали и галлюцинаціи. Такъ, онъ сообщилъ однажды родственникамъ, что къ нему приходилъ Іоаннъ Кронштадтскій и увѣрялъ его, что онъ будетъ здоровъ. Другой разъ онъ видѣлъ ангеловъ, сходящихъ съ неба. Однажды ночью онъ увидѣлъ озаренную свѣтомъ икону Николая Чудотворца, а когда присмотрѣлся попристальнѣе въ ликъ Его, то замѣтилъ, что тотъ киваетъ головой и дергаетъ носомъ; и это, по мнѣнію больного, служитъ признакомъ того, что онъ будетъ здоровъ. Наконецъ, послѣ одного сильнѣйшаго приступа буйства, родные рѣшились, по совѣту врача, помѣстить его въ лечебницу, куда онъ и былъ принятъ 21-го октября 1893 года.

*Status praesens.* Больной, 70 лѣтъ, холостой, мѣщанинъ, православнаго вѣроисповѣданія. Роста 157 сант., слабого тѣлосложенія. Вѣсъ тѣла 2 п. 28 фунт. Объемъ груди 78 с. Питаніе организма ослаблено. Волосы на головѣ сѣдые; волосистость всего тѣла слабо выражена. Наибольшая окружность черепа—56 сант. Затылочнo-ушная линія—22 сант. Лобоушная линія—30 сант. Темяно-ушная линія—34 сант. Подбородочно-ушная линія—31 сант. Прямой діаметръ черепа—19 сант. Кривыя отъ glabella до protuberantia occipitalis externa—32 сант. Поперечный—16 сант. Правый косой—18 сант. Лѣвый косой—18 сант. Діаметръ основанія черепа—24 сант. Діаметръ высоты черепа—15 сант. Продольно-поперечный показатель—84, 21. Продольно-высотный показатель—108, 88. Высота лба—6 с. Ширина лба—17 с. Діаметръ лба—14 сант. Форма головы продолговато-круглая. Уродливостей и неправильностей черепа нѣтъ. Типъ черепа по показателю Вроса brachycephalus. Лицо морщинистое. Слизистыя оболочки анемичны. Подвижность вѣкъ слегка увеличена. Подвижность глазъ также увеличена. Страбизмовъ нѣтъ. Влажность неизмѣнена. Блескъ въ предѣлахъ нормы. Зрачки равномѣрной ширины. Первичная и вторичная реакція ихъ вполнѣ сохранена. Поле зрѣнія не удалось изслѣдовать, такъ какъ больной никакъ не могъ сосредоточить своего вниманія на шарикѣ периметра, постоянно отвлекался и давалъ совершенно негодныя показанія. Такъ, онъ говорилъ, что не видитъ квадратика даже въ то время, когда этотъ послѣдній находился на 0 дуги периметра. Острота зрѣнія utriusque  $\frac{20}{70}$ , и въ отдѣльности обоихъ глазъ та же самая. Свѣто- и цвѣто-ощущеніе вполнѣ сохранено. Подвижность мускуловъ лица сильно увеличена. Чувствительность кожи лица повышена. Выраженіе лица по большей части веселое и довольное. Полость носа ничего особеннаго не представляетъ. Языкъ обложенъ желтоватымъ налетомъ; при высовываніи не дрожитъ. Язычекъ нормальной величины, занимаетъ срединное положеніе. Вкусовыя и обонятельныя ощущенія сохранены вполнѣ. Небо рубцовъ не представляетъ. Многихъ зубовъ недостаетъ. Острота слуха и праваго, и лѣваго уха—весьма значительная: бой карманныхъ часовъ слышитъ на разстояніи  $2\frac{1}{2}$  м. Самъ больной увѣряетъ, что онъ свободно слышитъ разговоръ черезъ стѣну изъ сосѣдней комнаты. Дифференцировка тоновъ и слухъ черезъ черепъ вполнѣ сохранены. Область

шеи ничего особеннаго не представляетъ. Лимфатическія железы, подмышечныя и паховыя увеличены, заушныя и шейныя нѣтъ. Тонъ легкихъ нормаленъ, дыханіе везикулярное. Размѣры сердца безъ измѣненій. Тоны глуховаты, при верхушкѣ систолическій шумъ. Пульсъ 96'. Температура 36,8° R. Печень не увеличена, при давленіи не прощупывается. Селезенка начинается съ 9-го ребра. Кишечникъ вздутъ. Артеріальные и венозные сосуды склерозированы. Количество мочи 800 сс. Цвѣтъ соломенно-желтый. Реакція слабо-кислая. Удѣльный вѣсъ 11,015. Бѣлка и сахара нѣтъ. Мускулы мочевого пузыря правильно функционируютъ. Сфинктеръ прямой кишки также правильно функционируетъ. Половая дѣятельность угасла. Строеніе позвоночника правильное. Чувствительность позвоночника не увеличена. Строеніе конечностей правильное. Ихъ мускулатура мало развита. Мышечная сократительность подъ вліяніемъ фарадическаго тока безъ особенностей.

Тактильная и температурная чувствительность кожи не представляетъ уклоненій отъ нормы. Болевое чувство повышено, особенно въ области лица и голеней. При изслѣдованіи чувства мѣста топо-эстизіометромъ Сивекинга получены слѣдующія данныя: лѣвое бедро—3,2; правое бедро—2,8; лѣвая голень—5,2; правая голень—4,0; лобъ—1,4; лѣвая щека—1,6; правая щека—1,9; правая кисть—1,9; лѣвая кисть—2,3. Сухожильные рефлексы повышены, мускульные не представляютъ измѣненій; гипо- и эпигастральный отсутствуют; болевые нѣсколько повышены; рефлексъ m. stemastegis слѣва отсутствуетъ, а справа существуетъ безъ измѣненій. Динамометрія правой руки 55 klgm., лѣвой—35. Потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе не представляютъ измѣненій. Состояніе покрововъ кожи, кромѣ красноты въ области крестца ничего особеннаго не представляетъ. Подкожный жирноклѣтчатый слой плохо развитъ. Мускулатура всего организма дрябла, атрофирована. Кости скелета правильно сформированы. Сонъ не спокойный, прерывистый. Appetitъ удовлетворительный. Отправленія кишечника нѣсколько задержаны: стулъ бываетъ не каждый день, да и то послѣ клизмы.

Въ началѣ своего пребыванія въ лечебницѣ больной ни на что не жаловался; но впослѣдствіи, дней черезъ 10. началъ жаловаться на то, что его не хотятъ выпускать изъ лечебницы, что онъ свободный человѣкъ и его задерживать никто не имѣетъ права. Онъ не хочетъ совсѣмъ лечиться:

на какомъ же основаніи его здѣсь держать? Онъ будетъ лечиться у доктора С., куда и намѣренъ ѣхать. По этому поводу больной выгналъ свою племянницу изъ комнаты, когда та не пожелала его брать изъ лечебницы. Вниманіе къ окружающей обстановкѣ сильно повышено: больной всѣмъ интересуется, ко всему присматривается. Но долго на чемъ-нибудь останавливать своего вниманія онъ не въ состояніи; онъ какъ-бы разбрасывается и постоянно перескакиваетъ съ предмета на предметъ. Его вниманіе привлекаетъ книга, которую онъ замѣтилъ на столѣ у врача: онъ беретъ ее, разворачиваетъ, но не успѣлъ прочесть и заглавія, какъ взоръ его упалъ на электрическую машинку и онъ уже ею занятъ. Онъ открываетъ ее, передвигаетъ счетчикъ, выдвигаетъ вторичную спираль на индукціонномъ аппаратѣ, словомъ, со всѣхъ сторонъ осматриваетъ, при этомъ крайне торопится. Онъ быстро освоился съ администраціей лечебницы, ходитъ по всѣмъ комнатамъ, знакомится съ больными, словомъ суетъ свой носъ вездѣ и всюду.

Способность воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній значительно повышена; это въ особенности относится къ органу слуха: бой часовъ онъ свободно слышитъ на разстояніи  $2\frac{1}{2}$  метровъ; самъ онъ сообщаетъ, что можетъ слышать разговоръ изъ сосѣдней комнаты черезъ стѣну. Болея чувствительность также повышена: достаточно притронуться до кожи больного, чтобы онъ закричалъ: «больно!». Обоняніе, повидимому, также нѣсколько обострено; по крайней мѣрѣ, больной открылъ запахъ духовъ отъ платка, который былъ надушенъ уже нѣсколько дней тому назадъ. Проводимость впечатлѣній повышена: онъ съ быстротой, какъ при судорожномъ подергиваніи, поворачивается на вашъ зовъ, достаточно приложить булавку, даже не укалывая, какъ больной чувствуетъ ее и проситъ не колоть. Что касается иллюзій и галлюцинацій органовъ чувствъ, то они весьма рѣдки и ограничиваются большею частью только органомъ слуха. Такъ, сидя въ своей комнатѣ, онъ слышалъ, какъ говорили о немъ подъ окномъ, за двойными стеклами, при чемъ онъ совершенно ясно слышалъ: «нужно взять и отправить!» Что взять и куда отправить, больной не можетъ дать себѣ отчета. Онъ слышитъ, какъ за дверью шепчутся. О чемъ шепчутся, онъ въ точности указать не можетъ, но, по всей вѣроятности, онъ и его пребываніе являются предметомъ этихъ перешептываній. Вообще можно сказать, что галлю-

цинаціи у него настолько рѣдки, что и для самого больного проходят незамѣтно. Количество представленій у больного значительно увеличено. Больной нашъ непрерывно говоритъ, и это происходитъ единственно потому, что, какъ онъ самъ выражается, у него происходитъ «наплывъ мыслей». Онъ подробно рассказываетъ о событіяхъ, какъ своей прошлой жизни, такъ и совершившихся во время его болѣзни. Онъ рассказываетъ, какъ въ желѣзнодорожной больницѣ грубо обращались, слѣдствіемъ чего былъ переломъ реберъ. Можетъ назвать имена и фамиліи лицъ, участвовавшихъ въ этой исторіи. Такимъ образомъ, мы можемъ сказать, что представленія его по большей части правильныя, осмысленныя. Мы говоримъ «по большей части», ибо несомнѣнно имъ должны признать у него и ложныя представленія, въ основу которыхъ положены галлюцинаціи. Такъ, онъ очень подробно передаетъ, какъ у него украли деньги на станціи около 500 рублей, которые были въ 5% выигрышныхъ билетахъ 2-го и 3-го внутренняго займа. Дѣло происходило такимъ образомъ. Онъ лежитъ на своей постели и смотритъ на коверъ. За ковромъ находится электрическій аппаратъ, которымъ электризовали ему ногу. (Что это былъ за аппаратъ и какъ имъ дѣйствовали, больной не могъ объяснить). Больной нашъ видитъ, что по угламъ ковра приклеены его 5% бумаги. Онъ всматривается въ нихъ и осторожно, чтобы другіе не замѣтили, оторвалъ ихъ всѣ, скомкалъ и спряталъ подъ подушку. Вдругъ онъ слышитъ, что отворяется дверь. Онъ снова притворился спящимъ и для полной иллюзіи начинаетъ искусственно похрапывать. Входитъ его служитель, въ сопровожденіи кого-то другого (кто это былъ, больной не могъ назвать); подходитъ къ столу и вынимаетъ находившіяся тамъ деньги. Тогда больной кричитъ, чтобы они не брали денегъ. Похитители только сказали ему: «это Вамъ такъ кажется» и скрылись.—Никакихъ денегъ, особенно столь значительной суммы, у него не было. Больной все это создалъ, на основаніи своей галлюцинаціи.

Благодаря усиленному наплыву представленій, они у нашего больного нѣсколько не отчетливы. Больной такъ мало времени останавливается на каждомъ изъ нихъ, какъ-бы скользитъ по нимъ, что они не оставляютъ вполне яснаго слѣда въ его сознаніи. Этимъ можно объяснить, почему онъ одно и то же явленіе, событіе, передаетъ въ разное время

различно. Такъ, говоря о моментѣ своего заболѣванія, онъ одинъ разъ указываетъ октябрь, другой—сентябрь мѣсяцъ. Иногда путаетъ свое мѣстожителство предъ заболѣваніемъ: то это станція Марьино Курско-Харьково-Азовской ж. дор., то г. Таганрогъ, то г. Тула. Въстѣ съ этимъ у него очень достаточное количество возвышенныхъ представленій съ характеромъ бреда величія и самомнѣнія. Онъ чрезвычайно ученый человѣкъ, такъ ученый, что если всѣхъ профессоровъ всего свѣта собрать, то они обнаружатъ ученость меньшую, чѣмъ у него. Онъ перечиталъ массу книгъ; читалъ Ренана, Феррара и другихъ ученыхъ богослововъ; онъ наизусть знаетъ Священное Писаніе. Если-бы ему пришлось говорить съ Ренаномъ или Ферраромъ, онъ-бы имъ доказалъ всю ошибочность ихъ ученій. У него масса книгъ: не меньше 10000 томовъ. Особенно онъ интересуется физикой; впрочемъ, онъ ее знаетъ такъ хорошо, что немного найдется вопросовъ въ этой наукѣ, которые-бы могли быть ему неизвѣстны. Онъ прекрасно, даже увлекательно говоритъ. Здѣсь больной начинаетъ рассказывать, какой фуроръ онъ произвелъ своими рѣчами среди своихъ знакомыхъ. Онъ не особенно богатъ, но имѣетъ средства и поэтому хорошо вознаградитъ всѣхъ, кто за нимъ теперь ухаживаетъ. Доктору онъ сейчасъ предлагаетъ мѣсто въ 2400 рублей въ годъ, при чемъ все его дѣло будетъ сводиться на то, чтобы носить чернильницы снизу вверхъ по лѣстницѣ. Докторъ будетъ получать деньги, не бросая своихъ настоящихъ занятій и должности. Фельдшеру онъ также сейчасъ готовъ дать мѣсто. Ъхалъ сюда въ Харьковъ онъ въ царскомъ вагонѣ, совершенно отдѣльномъ, прицѣпленномъ къ курьерскому поѣзду. Онъ прекрасно играетъ на бильярдѣ. Войдя разъ въ бильярдную комнату и посмотрѣвъ на игру находящихся тамъ больныхъ, больной началъ смѣяться надъ ними, говоря, что они отвратительно играютъ, такъ гадко, что не хочется и смотрѣть. Больной при этомъ легъ на кушетку и отвернулся отъ бильярда. Свою комнату онъ считаетъ отвратительной, какимъ-то хлѣвомъ, между тѣмъ какъ всегда онъ жилъ въ прекрасныхъ помѣщеніяхъ. Онъ самъ бы могъ быть врачомъ, ибо онъ очень много знаетъ по медицинѣ. Не смотря на это, ему совершенно безразлично, что ему даютъ для леченія. «Я, говоритъ больной, могу все, что вамъ угодно, ѣсть, даже изверженія человѣческаго организма, только-бы они были безъ запаха».

Ходъ представленій у нашего больного значительно ускоренъ. Рѣчь его быстрая, отрывистая: онъ какъ-бы торопится высказать то, что у него въ это время проходитъ предъ сознаниемъ, и не всегда въ этомъ успѣваетъ, такъ что онъ часто не кончаетъ фразы. Онъ говоритъ постоянно, во время ѣды, питья, и даже во время сна. Что касается ассоціаціи представленій, то она нѣсколько разстроена. Именно, больной часто не кончаетъ начатой фразы, перескакиваетъ съ предмета на предметъ, безъ посторонней помощи не въ состояніи достигнуть конечнаго пункта. Такъ, начавъ говорить о томъ, какъ онъ заразился сифилисомъ, больной перескочилъ на семью своего брата и кончилъ увѣреніемъ, что онъ потребуетъ отъ директора лечебницы 1000 рублей вознагражденія за незаконное лишеніе свободы. Насильственныхъ представленій у него нѣтъ; фиксированныя идеи у него бываютъ, если этимъ словомъ можно назвать идеи, продержавшіяся въ головѣ больного нѣсколько сутокъ. Такъ, въ началѣ своего пребыванія въ лечебницѣ, больной постоянно говорилъ о томъ, что онъ заразился сифилисомъ и потому для другихъ представляетъ источникъ заразы. Въ виду этого онъ не позволялъ роднымъ цѣловать себя, не подавалъ руки и даже при посѣщеніи профессора попросилъ его не приближаться. «ибо я зараженъ», говорилъ больной. Проходитъ нѣсколько дней и больной какъ-бы забываетъ объ этой идеѣ. Онъ теперь занятъ другимъ. Онъ всѣмъ говоритъ, какъ позорно поступили, насильно посадивъ его въ ванну. Но проходитъ еще нѣсколько дней и больной выступаетъ съ новой идеей. Онъ настоятельно начинаетъ требовать, чтобы его выпустили изъ лечебницы, страшно волнуется по этому поводу, грозитъ привлечь къ суду за незаконное лишеніе свободы всю администрацію лечебницы и хочетъ подкупить ординатора обѣщаніемъ 1000 рублей. Память больного, какъ въ способности запоминанія, такъ и припоминанія, если и измѣнена, то въ положительную сторону: и то, и другое обострено. Больной до мельчайшихъ подробностей припоминаетъ свою прошлую жизнь, можетъ по порядку рассказать, въ какихъ городахъ онъ въ теченіи своей жизни обиталъ, у кого служилъ и даже съ кѣмъ былъ знакомъ. Знаетъ по именамъ своихъ знакомыхъ. Помнитъ, что съ нимъ произошло послѣ заблужденія, какъ его отправили въ желѣзнодорожную больницу, какъ ему тамъ переломили ребро, кто его привезъ въ больницу, когда онъ туда пріѣхалъ и т. д. Запоминаетъ онъ также

прекрасно: на другой день послѣ поступленія въ лечебницу онъ зналъ по именамъ и отчествамъ всю ея администрацію, помнитъ, кто когда къ нему приходитъ; на другой день свободно рассказываетъ, что онъ наканунѣ ѣлъ и даже припоминаетъ мелкія обстоятельства, касающіяся его обыкновенной обстановки. Такъ, онъ уличилъ служителя въ томъ, что тотъ выпилъ его чай. Разъ онъ попросилъ свою племянницу принести ему на расходы 10 рублей. Та въ теченіи нѣсколькихъ дней не приносила и больной всякій разъ ей напоминалъ и укорялъ за неаккуратное исполненіе просьбы. Сужденія и заключенія больного отдаютъ значительной долей сомнѣнія и гиперболичности. Силы больного такъ вообще громадны, что ему ничего не стоитъ выучить наизусть цѣлое ученое произведеніе въ нѣсколько томовъ толщиною. «Сколько-бы Вы времени потратили на то, чтобы на память выучить произведенія Пушкина?» «Не больше недѣли», совершенно серьезно отвѣчалъ больной. Себя онъ считаетъ великимъ ученымъ, хотя, на самомъ дѣлѣ, кончилъ только уѣздное училище и всю жизнь былъ землемѣромъ. Сообразительность и счисленіе больного были также въ прекрасномъ состояніи.

Что касается самочувствія больного, то оно значительно измѣнено. Уже по одному виду больного можно судить объ этомъ измѣненіи. Больной очень подвиженъ; онъ не ходитъ, а какъ-бы подпрыгиваетъ. Физиономія его постоянно улыбается; онъ вѣчно говоритъ. Онъ всегда въ прекрасномъ настроеніи, веселъ, доволенъ и счастливъ безмѣрно. Не спрашивайте его о здоровьѣ: оно всегда въ наилучшемъ видѣ. Подобный отвѣтъ онъ даетъ, даже корчась отъ боли вслѣдствіе перелома ребра. По словамъ больного, ѣсть онъ всегда очень много, желудокъ его поразительно правиленъ, почти не болитъ; сонъ прекрасный. На самомъ дѣлѣ онъ часто не спитъ совсѣмъ, желудокъ не дѣйствуетъ по цѣлымъ суткамъ, а боли на столько сильныя, что онъ не можетъ лечь на лѣвый бокъ. Ко всѣмъ окружающимъ больной относится съ большимъ радушіемъ и любовью. Врачей, фельдшера и служителей онъ называетъ по именамъ и притомъ уменьшительнымъ и ласкательнымъ: Яша, Яшинька, Гриша, Гришенька, Андрюшичка и т. д. Всѣмъ онъ очень доволенъ, т. е. многое ему не нравится, но оно настолько ничтожно, что не можетъ испортить его радостнаго и веселаго настроенія. Онъ часто поетъ, хотя мало внятнымъ голосомъ. Иногда декламируетъ стихи, чаще всего выученные наизусть. Иногда

же пытается и самъ сочинять стихи. Наклонность къ рифмовкѣ у него довольно значительная. Когда при немъ сказали «кудесникъ», онъ тотчасъ же добавилъ: «помѣшникъ, насмѣшникъ». Больной ничѣмъ не огорчается, больно-ли ему, неудобно, онъ никогда не пожалуется, а всегда заявляетъ: «прекрасно!» Нравственное чувство у него также нѣсколько задѣто: нисколько не стѣсняясь, рассказываетъ о своихъ половыхъ отправленіяхъ и любовныхъ похиженіяхъ. Нисколько не стѣсняясь, рассказалъ, какъ онъ, имѣя сношеніе съ одной проституткой, получилъ сифились. Точно также далъ подробныя указанія относительно того, какъ онъ занимался онанизмомъ, сколько разъ въ сутки и при какихъ условіяхъ. Касательно другихъ сферъ семейной и общественной жизни, разспросы не обнаружили уклоненій въ нравственномъ чувствѣ: онъ очень привязанъ къ семьѣ своего брата, съ которой прожилъ всю жизнь. Очень интересуется состояніемъ здоровья своей племянницы и постоянно о ней спрашивается.

Больной весьма интересуется окружающей обстановкой. Онъ въ теченіи дня много проводитъ времени въ бильярдной и въ залѣ въ бесѣдахъ съ больными. Иногда онъ вмѣшивается въ игру на бильярдѣ, при чемъ каждый свой удачный шаръ начинаетъ превозносить до чрезвычайности. Къ окружающимъ лицамъ онъ относится съ большимъ расположеніемъ. Впрочемъ, въ этомъ отношеніи у него было одно исключеніе, когда онъ сильно не влюбилъ своего служителя. Этотъ послѣдній былъ ему непріятель тѣмъ, что не выслушивалъ его безпрекословно, а прерывалъ и запрещалъ больному говорить. Это очень сильно раздражало больного, ибо рѣчи своей онъ совершенно не въ состояніи задержать. Вообще относительно психомоторной сферы можно сказать, что она у него находится въ раздраженномъ состояніи. Больной производитъ массу безцѣльныхъ, совершенно произвольныхъ движеній; ходить прямо онъ не въ состояніи: онъ ходитъ шатаясь, какъ пьяный, изъ стороны въ сторону и заплетаясь ногами о встрѣчающіяся препятствія почвы. Если онъ хочетъ лечь въ постель, то сначала бросается на постель всѣмъ своимъ корпусомъ, а потомъ только подымаетъ ноги. Если заставить больного, лежа на спинѣ, коснуться пяткою колѣна другой ноги, то получится совершенно неудовлетворительный результатъ: больной будетъ болтать по воздуху ногами, но попасть въ назначенное мѣсто не въ состояніи. Больной не въ состояніи влѣзть

въ ванну, онъ обязательно зацѣпится за край ванны. И въ ваннѣ онъ лежать прямо не можетъ: онъ лежитъ бокомъ, упираясь руками о край самой ванны. Въ конечностяхъ постоянныя произвольныя подергиванія. Чтобы удержаться отъ нихъ, больному приходится удерживать конечность другою конечностью. То же самое и относительно рукъ: больной постоянно удерживаетъ одну руку другою. Голову больной не держитъ прямо, а изгибаетъ ее впередъ, то закидываетъ ее сильно назадъ, то склоняетъ ее на бокъ. Лежа въ постели, больной вынужденъ прижимать сильно голову къ подушкѣ, чтобы она (голова) не ворочалась. При разговорѣ больной сильно размахиваетъ руками и жестикулируетъ. Если со стороны посмотрѣть на больного во время его разговора, то можно подумать, что больной одержимъ пляской Св. Витта, до такой степени обильны эти произвольныя движенія больного. Онъ самъ говоритъ, что не въ состояніи удерживать своихъ движеній. Рѣчь больного быстра, отрывиста, не всегда ясна: часто онъ обрываетъ, не договоривши слова, иногда скрадываетъ отдѣльныя слова. Неясность рѣчи у нашего больного происходитъ единственно отъ торопливости, съ какою онъ старается говорить; у него такъ много представлений, что не хватаетъ времени, чтобы каждое ясно выговаривать. Больной обращаетъ очень мало вниманія на себя: брюки его растегнуты, изъ нихъ часто торчитъ рубашка. Письмо больного представляетъ слѣдующія характерныя особенности: буквы написаны размашисто и неровно, одна стоитъ выше другой; онѣ не одинаковой величины: одна больше, другая меньше, встрѣчаются повторенія слоговъ, напр. «нето-неторговаль»; знаковъ препинанія не ставятъ; когда больного спрашивали, почему онъ не ставитъ знаковъ препинанія, то онъ отвѣтилъ: «они—безсмысленны, въ нихъ нѣтъ никакой надобности».

Теченіе болѣзни у нашего больного шло очень благопріятно. Почти съ первыхъ дней пребыванія въ лечебницѣ можно было замѣтить успокоеніе мышечной возбудимости: больной сталъ тише и покойнѣе. Подергиванія сдѣлались менѣе рѣзкими. Онъ сталъ спокойнѣе спать. Походка его улучшилась, онъ уже гораздо меньше прежняго дергалъ ногами. Бредъ также нѣсколько ослабѣлъ. Прогрессирующее улучшеніе шло все дальше и дальше. Больной къ концу декабря сталъ хорошо ходить, пересталъ жаловаться на боль въ груди. Повышенное самочувствіе нѣсколько упало.

Наплывъ представленій также уменьшился. Такимъ образомъ дѣло шло до полного выздоровленія больного.

II. Психологическій антитезъ мании, *меланхолия*, также встрѣчается въ старческомъ возрастѣ, хотя, какъ мы уже раньше сказали, достаточно рѣдко. Съ точки зрѣнія общихъ психологическихъ свойствъ старческаго возраста, появленіе меланхолии имѣетъ гораздо большее основаніе, нежели — мании. Всѣмъ извѣстно, что старики живутъ прошлымъ, воспоминаніями о пройденномъ жизненномъ пути; впереди у нихъ лишь одна могила. Плановъ на будущее не можетъ быть никакихъ. Всѣ радости въ прошломъ. Понятно, что грустное, до извѣстной степени подавленное, настроеніе духа должно быть господствующимъ въ сферѣ самочувствія старика. Присоедините еще сюда безчисленные тѣлесныя недуги, ослабляющіе и безъ того уже слабый организмъ, и вы поймете, почему съ понятіемъ о старикѣ соединяется представленіе или о вѣчно брюжжащемъ, недвижимомъ, или тихомъ подавленномъ существѣ. Умственные интересы старика постепенно суживаются, ибо и субстратъ умственной жизни, мозговая корка, начинаетъ атрофироваться. Старикъ не въ состояніи слѣдить за ростомъ мысли окружающаго поколѣнія, ибо для этого необходимо такое напряженіе умственной дѣятельности, на которое его анемичный и склерозированный мозгъ совершенно не способенъ.

Нравственныя привязанности старика также слабѣютъ: эгоизмъ его выступаетъ на первый планъ. Онъ думаетъ только о себѣ самомъ; онъ только и занятъ мыслью, какъ-бы самому тихо и спокойно дожить свой вѣкъ. Все то, что раньше составляло для него цѣль жизни, семья, дѣти, общественныя обязанности, все это отступаетъ на задній планъ. Альтруистическихъ порывовъ не существуетъ, ибо при этомъ нужно себя урѣзать и стѣснить, на что старики совершенно не способны. Замкнувшись въ самихъ себя, заботясь только о томъ, чтобы ихъ не ограбили, не обокрали, не лишили столь необходимаго для нихъ комфорта, старики какъ-бы добровольно изолируются отъ окружающихъ. Подобная изолированность, прямо вытекающая изъ физиологическихъ свойствъ старости, внушаетъ подобному субъекту идею о томъ, что онъ всѣми покинутъ, оставленъ, забытъ. Возникаетъ недовольное настроеніе, которое ведетъ къ еще большимъ придиркамъ со стороны старика. Окружающіе, чтобы не раздражать и не волновать дорогого для себя члена, ста-

раются еще меньше попадаться ему на глаза и такъ возникаетъ тотъ *circulus vitiosus*, который постепенно приводитъ къ меланхолическому состоянію. Въ самомъ дѣлѣ, взглянувъ вокругъ себя и видя, что всѣ его сторонятся, больной задается вопросомъ, гдѣ же лежитъ причина подобнаго положенія, почему его прежде любили, за нимъ ухаживали, а теперь всѣ его покинули. Здѣсь можетъ быть два случая: одни начинаютъ обвинять во всемъ окружающихъ и еще болѣе замыкаются въ себѣ,—другіе, болѣе добрые по своей натурѣ, переносятъ центръ тяжести въ себя самихъ и въ себѣ самихъ начинаютъ отыскивать причину такого явленія. Отсюда одинъ шагъ до появленія меланхолическаго бреда: то онъ тяжкій грѣшникъ и потому всѣ его сторонятся, то онъ ограбилъ своихъ дѣтей и поэтому его перестали любить и т. д. Вариаций меланхолическаго бреда существуетъ множество. Понятно, что такимъ путемъ развиваются залогі будущей меланхоліи. Чтобы появилась настоящая болѣзнь, для этого требуется какой-нибудь вызывающій поводъ, толчекъ, который бы нарушилъ колеблющееся равновѣсіе душевной жизни. Достаточно бываетъ несчастія, душевнаго потрясенія, потери любимаго лица или состоянія и является вся картина меланхоліи.

Что касается особенностей теченія старческой меланхоліи, то въ этомъ отношеніи нужно указать на неудержимое стремленіе такихъ больныхъ къ самоубійству. Но только стремленіе, ибо для совершенія самаго факта у больного не хватаетъ силы воли. Такіе больные постоянно говорятъ, что имъ нечего жить, имъ нужно умирать; они отказываются отъ пищи. Отсутствие воли, апатія и пассивность особенно рѣзко проявляются въ этомъ послѣднемъ случаѣ. Старики-меланхолики никогда не оказываютъ дѣятельнаго сопротивленія введенію пищи. Положите кусокъ ему въ ротъ и онъ его проглотитъ, между тѣмъ какъ у молодыхъ меланхоликовъ приходится производить огромное насиліе, чтобы влить нѣсколько ложекъ жидкой пищи. Наша больная также отказывалась отъ пищи и сама никогда не дѣлала попытки ее отыскать. Но когда ей въ ротъ заливали жидкую пищу, она не оказывала ни малѣйшаго сопротивленія; также точно она глотала кусочки хлѣба, которые клали ей въ ротъ.

Другая особенность, совершенно аналогичная бывающей при маніи, заключается въ томъ, что возбужденія и злости никогда почти не бываетъ у сенильныхъ меланхоликовъ;

если же въ весьма рѣдкихъ случаяхъ и бываетъ, то никогда не достигаетъ такой бурности проявленій, какъ въ молодомъ возрастѣ. Обыкновенная форма меланхолии старческаго возраста, это—*melancholia passiva*. Больные всегда тихи, скромны; отъ нихъ или совсѣмъ нельзя добиться слова, или только послѣ настойчивыхъ и продолжительныхъ понуканій. Обыкновенно они забиваются въ уголь и по цѣлымъ часамъ тамъ сидятъ, по временамъ качая головой и издавая тяжелые вздохи. Иногда они при этомъ что-то шепчутъ. Подойдите, прислушайтесь, вы услышите, какъ больной говоритъ: «Боже мой, Боже мой!» Выраженіе лица обнаруживаетъ ужасную тоску; поза—всегда скорбная полусогнутая. Вывести ихъ изъ разъ принятаго положенія почти невозможно, ибо это доставляетъ имъ страшное мученье. Наша больная вполне относится къ этой категоріи больныхъ. Prof. Fürstner<sup>1)</sup> дѣлитъ всѣ сенильные психозы на три большія группы: простой функциональный психозъ съ сенильными особенностями, психозы съ интеллектуальными дефектами и психозы съ соматическими расстройствами. Ни интеллектуальныхъ дефектовъ, ни соматическихъ расстройствъ у нашей больной не наблюдалось, такъ что она всецѣло относится къ первой группѣ. Нашъ взглядъ еще болѣе подтвердится, если мы припомнимъ исходы, которые даетъ первая группа. Чаще всего тамъ бываетъ выздоровленіе. Наша больная не является исключеніемъ изъ этого правила, она вполне выздоровѣла. Собственно, вышеуказанное дѣленіе старческой меланхолии произведено примѣнительно къ исходамъ старческой меланхолии. Здѣсь бываетъ выздоровленіе, переходъ въ слабоуміе и смерть—три возможности, вполне соответствующія тремъ его формамъ. Первая форма—функциональные психозы, даетъ выздоровленіе; вторая съ интеллектуальными дефектами переходитъ въ слабоуміе и, наконецъ, третья съ соматическими расстройствами даетъ чаще всего смертельный исходъ. Выздоровленіе при старческой меланхолии наблюдается очень часто. З. В. Гутниковъ<sup>2)</sup> считаетъ характернымъ признакомъ *melancholiae senilis* переходъ въ выздоровленіе. При этомъ въ наблюденныхъ имъ случаяхъ это выздоровленіе произошло очень скоро. Для полного выздоровленія потребовался періодъ времени отъ 45 до 90 дней, тогда какъ меланхолия въ

<sup>1)</sup> Л. с.

<sup>2)</sup> З. Гутниковъ, Старческая меланхолия, Арх. психіатрія. I. VI, 2.

молодомъ возрастѣ требуетъ для полнаго выравниванія всѣхъ разстройствъ по крайней мѣрѣ 2—5 мѣсяцевъ. Мы своимъ случаемъ вполне можемъ подтвердить такой выводъ, ибо наша больная поправилась въ еще меньшій промежутокъ времени, а именно, въ 20 дней. 6-го ноября она была доставлена въ клинику, а 26-го она въ первый разъ улыбнулась. Затѣмъ свѣтлые промежутки все учащались и учащались, пока не привели къ полному выздоровленію. Такая-же быстрота теченія наблюдается и въ томъ случаѣ, когда исходъ бываетъ въ слабоуміе. Достаточно мѣсяца, а иногда и меньше, для того, чтобы появились ясные признаки *dementiae*. Впрочемъ, уже съ самаго момента заболѣванія можно съ большей или меньшей вѣроятностью указать, въ какомъ случаѣ будетъ *dementia*, а въ какомъ нѣтъ. Въ первомъ съ самаго начала можно замѣтить такія особенности, какъ ослабленіе памяти, сообразительности, индифферентизмъ нравственнаго чувства, которыя при дальнѣйшемъ развитіи дадутъ характерныя черты *dementiae*. Словомъ, въ тѣхъ случаяхъ, которые перейдутъ въ *dementia*, съ самаго начала, какъ въ рѣчахъ больного, такъ и въ его поступкахъ можно замѣтить какой-то дементный отпечатокъ. Это относится не къ одной только меланхоліи, но и ко всѣмъ другимъ психозамъ, могущимъ дать деменцію, какъ манія, или рагапоіа.

Наконецъ, послѣдній исходъ, это—летальный, происходящій или огъ случайныхъ интеркуррирующихъ острыхъ заболѣваній, или какъ исходъ хроническихъ процессовъ, тянувшихся всю жизнь, или какъ результатъ старческаго маразма.

Для иллюстраціи всего вышесказаннаго мы приводимъ исторію больной, наблюдавшейся въ клиникѣ проф. П. И. Ковалевскаго.

*Anamnesis.* Больная, Марья Петровна Б., 68 лѣтъ, поступила въ лечебницу 6-го ноября 1893 года съ явленіями крайне угнетеннаго настроенія духа; свѣдѣнія о прошлой ея жизни нельзя было собрать подробно, такъ какъ сама больная, благодаря своему состоянію, не могла ихъ дать, родственники же ея на многіе вопросы совсѣмъ не могли отвѣтить. Данныя, полученныя со словъ ея сына, сводятся къ слѣдующему. Среди родственниковъ больной явныхъ душевныхъ заболѣваній не было, но незначительныя разстройства, которыя вмѣстѣ съ тѣмъ указывали на извѣстную нервную предрасположенность семьи, несомнѣнно существовали.

Такъ, отецъ больной имѣлъ маленькія странности, хотя и не выходившія изъ правилъ общепринятыхъ приличій, но все-же присвоившія ему названіе «чудака!» Дядя ея по отцу обнаруживалъ странности уже въ гораздо болѣе рѣзкой степени: къ концу же жизни, онѣ обнаружилась въ такой формѣ, что цѣликомъ укладывались въ картину извѣстнаго психическаго разстройства. Онъ затворялся въ своей комнатѣ, не хотѣлъ никого видѣть; совершенно не разговаривалъ даже съ самыми близкими людьми и отказывался принимать пищу. Говорятъ, возлѣ его комнаты ставили какой-то горшокъ съ ѣдой; онъ потихоньку, не замѣтно, когда все въ домѣ успокаивалось, подкрадывался, поѣдалъ содержимое и этимъ поддерживалъ свою жизнь. О другихъ родственникахъ ничего опредѣленнаго не извѣстно. Родители больной въ кровномъ родствѣ не состояли. Ни отецъ, ни мать ея никогда не пили. Родилась она своевременно и переносила какія то дѣтскія болѣзни. При появленіи первыхъ регулъ была очень больна, особенно сильно при этомъ у нея болѣли глаза. Съ каждымъ появленіемъ регулъ чувствовала рѣзкія боли, которыя вынуждали ее проводить нѣсколько дней въ постели. Послѣ первыхъ регулъ ей давали какія-то слабительныя, которыя вызывали сильныя разстройства желудка. Когда критическій періодъ прошелъ, больная окрѣпла и въ послѣдующей своей жизни отличалась хорошимъ здоровьемъ. Лѣтъ въ 19 вышла замужъ. Всего имѣла 8 душъ дѣтей, изъ которыхъ 5 умерло, а 3 осталось въ живыхъ. Характеръ больной былъ очень спокойный; почти не наблюдали, чтобы она выходила изъ себя или чѣмъ-нибудь раздражалась. А мужество и присутствіе духа были просто удивительныя. Такъ, не разъ случалось, что ее носили лошади. Она при этомъ никогда не охала, не кричала. Все ея волненіе выражалось въ томъ, что она глубже садилась въ экипажъ и съ возгласомъ: «а ну, стегни ее хорошенько возжей!» спокойно ожидала конца бѣшеннаго бѣга.

Была сообщительна, но откровенной ее ни въ какомъ случаѣ нельзя назвать. Основнымъ фономъ всегда являлось грустное, слегка меланхолическое настроеніе духа. Это рѣзко выражалось, когда больной нашей приходилось испытывать какое-нибудь несчастіе или горе. Тогда ея сосредоточенность и угрюмость еще болѣе сгущались, больная какъ бы уходила совсѣмъ въ себя и ни съ кѣмъ не разговаривала. Такъ было, когда она потеряла двухъ дочерей.

одну за другою, 13 и 15 лѣтъ. Къ окружающимъ всегда относилась хорошо; особенно къ близкимъ людямъ она была всегда добра и снисходительна. Способности были развиты равномерно: фантазія никогда не преобладала надъ разсудкомъ. Въ теченіе своей жизни мало болѣла и всегда казалась моложе своихъ лѣтъ. Такъ больная прожила до 65-лѣтняго возраста, когда три года тому назадъ съ нею случилось несчастье, оставившее неизгладимый слѣдъ въ ея здоровьѣ. Въ кладовой при ихъ домѣ былъ погребъ, въ который вела довольно крутая лѣстница. Больная наша однажды сидѣла въ этой кладовой и рубила сахаръ. Она была одна; вокругъ никого не было. Что съ ней случилось, она не помнитъ, или закружилась голова, или съ сердцемъ что то случилось, только она упала въ погребъ головою внизъ. Произошелъ сильный ушибъ головы. Сознанія, однако, она не потеряла и, еле двигаясь, все-же выкарабкалась изъ погреба и пошла въ комнаты. Ее застали въ корридорѣ страшно блѣдную, весьма значительно ослабѣвшую. Она слегла въ постель. Здоровье ея пошатнулось и, повидимому, достаточно было ничтожнаго повода, чтобы она заболѣла снова. Поэтому нужно поражаться, какъ она могла вынести цѣлый рядъ несчастій и нравственныхъ потрясеній, которыя нахлынули на нее вскорѣ послѣ паденія. Заболѣваетъ очень опасно ея мужъ, котораго она весьма сильно любила. Она выбивается изъ силъ, не спитъ дни и ночи, окружаетъ его самымъ тщательнымъ уходомъ, пока, наконецъ, не вырвала его изъ рукъ безжалостной смерти. Не успѣла она оправиться отъ этого потрясенія, какъ получаетъ извѣстіе, что жена ея сына совершенно разорилась и сыну съ семьей совсѣмъ ѣсть нечего. Мать ея невѣстки умираетъ съ горя, а сынъ долженъ признать себя банкротомъ. У больной были очень незначительныя средства, такъ что помочь горячо любимому сыну она совершенно не могла, и это обстоятельство ее еще болѣе удручало. Но этого мало. Дочь ея лишилась работы и должна была жить въ страшной нищетѣ, едва не умирая съ голода. Кстати подоспѣли 2 неурожайныхъ, почти голодныхъ года, а затѣмъ годъ съ такой высокой платой на рабочія руки, что невозможно было убрать хлѣбъ. Больная стала страшиться за будущее; ей стало казаться, что такой безконечный рядъ несчастій Богъ послалъ ей въ наказаніе за грѣхи. Она сдѣлалась особенно набожной: постоянно посѣщала церковь. Но несчастія ее не оставили. Въ этомъ году

она одно за другимъ перенесла такія несчастія, которыя въ концѣ концовъ и привели ее въ лечебницу для душевно-больныхъ. Она получаетъ извѣстіе, что на ея зятя (мужа дочери) напали грабители, при чемъ тяжело ранили его въ голову. Онъ едва не умеръ. Дочь пишетъ, что средствъ къ жизни у нея нѣтъ никакихъ и проситъ избавить ее отъ голодной смерти. Сынъ, съ своей стороны, жалуется, что онъ погибъ, такъ какъ дѣла его все болѣе и болѣе разстраиваются. Наконецъ, ея младшій сынъ женится на особѣ весьма сомнительнаго поведенія. Женитьба была противъ ея воли; приходилось выбирать изъ родного гнѣзда, такъ какъ особа, которой она не могла переносить, являлась туда полноправной хозяйкой. Больная поспѣшно переѣзжаетъ въ городъ. Дѣла все болѣе запугиваются, такъ какъ, благодаря поспѣшности, она не успѣла сдѣлать по хозяйству никакихъ распоряженій. Эти нравственные волненія все болѣе подтачивали и безъ того уже мало устойчивую нервную систему. Вскорѣ послѣ переѣзда въ городъ она получила извѣстіе, что одна ея подруга дѣтства, родственница и другъ ея жизни, скончалась. Больная стала сильно тосковать. Она видитъ, что лица, близкія къ ней, лица, съ которыми она провела всю жизнь, сроднилась съ ними, сходятъ въ могилу. Мысль о смерти, о будущей жизни все болѣе и болѣе становится неотвязчивой. Ей начинаетъ казаться, что она на этомъ свѣтѣ лишняя; нѣтъ, мало того, вредная личность, такъ какъ собою мѣшаетъ жить другимъ лицамъ. Наконецъ, одинъ фактъ ее окончательно доканалъ. Былъ у нашей больной близкій человѣкъ, который часто велъ дѣла ея семейства, человѣкъ, на котораго она могла вполне положиться. Она узнаетъ, что этотъ господинъ разорился и съ горя застрѣлился... И такъ, все кончено. думаетъ больная, всѣ близкіе и родные меня оставляютъ (и покидаютъ), умираютъ и погибаютъ. Почему же я живу, зачѣмъ судьба мнѣ еще не послала смерти. Неужели отъ того, что я перенесла еще недостаточно! И тяжелая, гнетущая тоска залегла въ ея душу. Болѣзнь начала быстро прогрессировать. Въ двадцатыхъ числахъ октябрю родные замѣтили первые симптомы болѣзни, а 6-го ноября она была доставлена въ лечебницу. Все это время преобладало тяжелое, угнетенное настроеніе духа. Была полная апатія и отсутствіе какой бы то ни было инициативы. Покушенія на самоубійство не было, но больная сама говорила, что

если бы у нея было больше воли, то она обязательно бы себя лишила жизни. Отъ пищи стала очень скоро отказываться, такъ какъ недостойна что бы то ни было ѣсть, хотя нисколько не отрицаетъ того, что если бы ѣла, то была бы здорова. Сонъ вначалѣ былъ очень плохой, а послѣднія двѣ недѣли предъ прїѣздомъ въ лечебницу и совсѣмъ отсутствовалъ, такъ что вынуждены были прибѣгнуть къ снотворнымъ. Дѣйствовалъ лишь одинъ chloral-hydrat и то въ очень значительныхъ дозахъ. За весь періодъ отъ 20-го октября по 6-е ноября былъ одинъ совершенно свѣтлый промежутокъ, именно, когда больная прїѣхала въ Харьковъ и увидѣлась съ своею внучкою. Больная чрезвычайно обрадовалась, возилась цѣлый день съ внучкой, смѣялась, цѣловала ее и даже сама ѣла. Когда позвали къ обѣду, больная, обращаясь къ своей внучкѣ, заявила: «развѣ и себѣ разрѣшить ради тебя, Зина!» Вечеромъ того же дня согласилась взять ванну и спала хорошо безъ снотворнаго. Но свѣтлое мгновеніе прошло и больная вновь впала въ свою безысходную тоску. Въ такомъ состояніи она и была доставлена въ лечебницу.

*Status praesens.* Больная, М. П. Б., жена маіора, Херсонской губерніи, Елисаветградскаго уѣзда, 68 лѣтъ отъ роду, православнаго вѣроисповѣданія, была доставлена въ лечебницу 6-го ноября 1893 года. Ростъ 153 сант. Тѣлосложенія слабого; объемъ груди 81 сант. Вѣсъ тѣла 3 п. 1 ф. Питаніе организма значительно ослаблено. Волосы на головѣ темно-русые съ просѣдью. Волосистость всего тѣла слабо выражена. Наибольшая окружность черепа—54 сант. Затылочнo-ушная линія—20 сант. Лобо-ушная линія—31 с. Темяно-ушная линія—36 сант. Подбородочно-ушная линія—28 сант. Прямой діаметръ черепа—19 сант. Кривая отъ glabella до protuberantia occipitalis externa—36 сант. Поперечный—15,5 с. Правый косо́й—18 с. Лѣвый косо́й—18 с. Діаметръ основанія черепа—11+13 с. Діаметръ высоты черепа—16 с. Продольно-поперечный показатель—81,5. Продольно-высотный показатель—96,8. Высота лба—6 с. Ширина лба—16 с. Діаметръ лба—12,5. Форма головы продолговато-круглая. Уродливостей и неправильностей черепа нѣтъ. Типъ черепа по показанію Broca subbrachycephalus. Лицо морщинисто. Слизистыя оболочки анемичны. Подвижность вѣкъ ослаблена. Подвижность глазъ нормальна. Страбизмовъ нѣтъ. Влажность и блескъ нормальны. Зрачки равномѣрной ши-

рины. Первичная и вторичная реакція ихъ сохранена безъ измѣненій. Поле зрѣнія не ограничено. Острота зрѣнія  $\frac{20}{80}$ . Свѣто- и цвѣто-ощущеніе сохранено въ предѣлахъ нормы. Подвижность мускуловъ лица ослаблена. Чувствительность кожи лица слабо понижена. Выраженіе лица чрезвычайно грустное. Полость носа ничего особеннаго не содержитъ. Языкъ при высовываніи не дрожитъ, совсѣмъ почти не обложенъ. Язычекъ занимаетъ срединное положеніе. Вкусовые и обонятельныя ощущенія безъ замѣтныхъ измѣненій. Небо нормально. 11 зубовъ совсѣмъ нѣтъ: 6 на нижней, 5 на верхней. Величина и форма ушей нормальны. Отоскопія ничего ненормальнаго не дала. Острота слуха праваго уха—254 сант., лѣваго—240 с. Дифференцировка тоновъ сохранена. Слухъ черезъ черепъ также сохраненъ. Область шеи безъ особенностей, лимфатическія железы не увеличены и безболѣзненны. Состояніе легкихъ безъ измѣненій; звукъ нормаленъ; дыханіе безъ измѣненій. Размѣры сердца въ предѣлахъ нормы, тоны его немного глуховаты. Пульсъ 65—68'. Т° тѣла—36,6—36,9. Печень нормальна. Селезенка начинается съ 9-го ребра. Кишечникъ не вздутъ. Артеріальные и венозные сосуды склерозированы. Количество мочи 1450 сс. Цвѣтъ ея блѣдно-желтый. Удѣльный вѣсъ 1015. Реакція кислая. Ни бѣлка, ни сахара не оказывается. Мускулы мочевого пузыря и прямой кишки функционируютъ правильно. Менструаціи отсутствуютъ. Строеніе позвоночника правильное. Чувствительность его нормальна. Подвижность также не представляетъ измѣненій. Строеніе конечностей правильное. Ихъ мускулатура слабо развита. Мышечная сократимость подъ вліяніемъ постояннаго тока безъ замѣтныхъ отклоненій. Тактильная чувствительность кожи слегка понижена. Температурное чувство не представляетъ измѣненій. Болевое чувство значительно ослаблено. Чувство мѣста нормально. Всѣ рефлексы понижены, особенно же болевые и осязательные. Динамометрія правой руки—38; лѣвой—35. Потоотдѣленіе нормально. Покровы не представляютъ измѣненій. Подкожный жирно-клетчатый слой слабо выраженъ. Мускулатура всего организма слабо развита. Кости скелета правильно сформированы, періоститовъ нигдѣ нельзя опредѣлить. Сонъ удовлетворительный, аппетитъ весьма плохой, отправленіе кишечника правильное. Что касается до субъективныхъ жалобъ больной, то всѣ онѣ сводятся на страшную тоску, которая ни на минуту не покидаетъ больной и дѣлаетъ ея существованіе настолько несноснымъ, что

она давно-бы рѣшилась на самоубійство, если-бы хватило рѣшимости и силы воли. Весь міръ для нея совершенно не существуетъ; она всецѣло погружена въ переживаніе своихъ внутреннихъ страданій. Изъ дня въ день тоска гнететъ ее и ей кажется, будто это не жизнь, а какой-то отвратительный ужасный кошмаръ, отъ котораго ей уже не освободиться. Это постоянное углубленіе больной въ самую себя притупило въ значительной степени ея вниманіе къ окружающей обстановкѣ, лицамъ, проходящимъ предъ ея взоромъ, и событіямъ, совершающимся въ окружающемъ мірѣ. Больная не замѣчаетъ ни дня, ни ночи, она не можетъ сказать, что съ ней случилось за этотъ день; даже исполненіе органическихъ функций, какъ принятіе пищи или отправленіе желудка, не оставляетъ у больной никакого воспоминанія. Если чрезъ нѣсколько минутъ или даже секундъ послѣ того, какъ она поѣла, ее спросите, обѣдала-ли она, она ничего не отвѣтитъ, ибо вниманіе ея далеко отъ предложеннаго вопроса. Факты, нарушающіе монотонность обыденной обстановки, впечатлѣніе, совершенно для нея новое, лицо, ей вполнѣ не знакомое, не оставляютъ въ сознаніи больной ни малѣйшаго слѣда. Къ этому нужно прибавить, что и воспріятіе больной далеко ниже средняго уровня, вслѣдствіе чего скудость знакомства съ внѣшней обстановкой еще болѣе возрастаетъ. Рѣзкій стукъ, сильный свѣтъ не вызываютъ ни въ выраженіи лица больной, ни въ ея позѣ ни малѣйшей реакціи: она по прежнему остается неподвижной. По цѣлымъ днямъ больная сидитъ неподвижно, глядя въ окно или на дворъ и сама, по собственному почину, никогда не измѣнитъ своего положенія. Уколите ее булавкой и она едва повертитъ голову съ такимъ выраженіемъ, словно удивляется, что ее побеспокоили и отвлекли отъ самосозерцанія.

Ни иллюзій, ни галлюцинацій у нашей больной нѣтъ; по крайней мѣрѣ, путемъ довольно продолжительнаго наблюденія не удалось открыть ни того, ни другого.

Принимая во вниманіе, что и вниманіе больной къ окружающей обстановкѣ и способность воспріятія сильно ослаблены, мы а ргіогі должны допустить значительное ограниченіе круга представленій. Дѣйствительность это вполнѣ подтверждаетъ: все, что не подходитъ подъ фонъ тоскливаго и грустнаго настроенія духа, совершенно исключается изъ ея умственнаго запаса. Прежде всего она всецѣло погружена въ самую себя; стало быть, все то, что стоитъ внѣ ея, ее не

интересуетъ, не касается и въ виду этого совершенно не затрагиваетъ ея сознанія. Но и изъ представленій, относящихся къ ея личности, только тѣ могутъ надѣяться на вниманіе съ ея стороны, которыя отличаются грустнымъ содержаніемъ. Насильственное воспроизведеніе веселыхъ представленій еще болѣе усиливаетъ ея тоску. Больная еще глубже уходитъ въ себя, сидитъ неподвижно, какъ статуя, и ни какими мѣрами не удается ее расшевелить и вызвать какую-нибудь реакцію. Если продолжаютъ въ такіе моменты къ ней настойчиво приставать, то она только сморщиваетъ брови съ болѣзненной гримасой на лицѣ: это единственный двигательный актъ, которымъ она реагируетъ на назойливые разспросы. Но даже и такая реакція совершается крайне медленно. Вообще можно сказать, что ходъ представленій у нашей больной до крайности замедленъ. Это обстоятельство можно замѣтить изъ анализа рѣчи. Рѣчь ея очень медленная, односложная и крайне неохотная. Больная только на настойчивыя и продолжительныя просьбы рѣшается проуѣдить одно слово, но и тутъ часто останавливается, сказавши первый одинъ или два слога. А иногда просто отмахнется рукой и этимъ считаетъ свои обязанности законченными. Рядомъ съ этимъ у нашей больной существуетъ достаточная доза чисто бредовыхъ представленій. Они сводятся къ бреду самоумаленія, самоуниженія и грѣховности. Сама больная о себѣ говоритъ слѣдующее: она вполне виновна въ разореніи своихъ дѣтей; они погибли черезъ нее и теперь должны умереть съ голоду; она—великая грѣшница, такъ какъ всю жизнь думала о различныхъ грѣховныхъ дѣлахъ: она преступница, ибо всегда замышляла для окружающихъ различныя пакости; поэтому она не достойна жить: она должна умереть и какую-нибудь самую мучительную смертью. Она-бы давно покончила съ собою, такъ не хватаетъ силы воли. Желая мучительной смерти, она отказывается принимать пищу, чтобы такимъ образомъ умереть съ голоду. Кромѣ того при такомъ отказѣ она руководствуется и еще другой идеей. Какъ она можетъ ѣсть, она—такая величайшая грѣшница; какое право она имѣетъ прикасаться къ этой пищѣ; она ея совершенно не достойна. Отказъ отъ пищи, впрочемъ, не достигаетъ значительной напряженности: больная только сама не ѣстъ. Если-же ей пищу предлагаютъ, то она совершенно послушно ее проглатываетъ.

Ассоціація представлений нашей больной разстроена, именно, въ ту сторону, что ассоціируются представленія съ печальнымъ и грустнымъ содержаніемъ, которыя подходятъ подъ фонъ ея настроенія. Если больная сама заговариваетъ, то она говоритъ только о своей тоскѣ, своемъ бредѣ. «Боже мой, Боже мой! что я надѣлала!» говоритъ часто больная съ глубокимъ вздохомъ. «Господи! хотя-бы умереть, хотя-бы скорѣе умереть! Вѣдь я скверная, я загубила своихъ дѣтей, я разорила ихъ!» Кромѣ того, у больной рѣзко обнаруживается явленіе дизестезіи. Когда она слышитъ вокругъ себя веселые разговоры, видитъ веселыя улыбки и лица, она впадаетъ тогда въ еще большую тоску и оцѣпенѣніе.

Насильственныхъ представлений у больной не оказывается; со своими бредовыми представленіями она давно сжилась, нисколько не считаетъ ихъ бессмысленными; наоборотъ, только ими и занята; поэтому ихъ можно назвать фиксированными, но не насильственными. Сфера интеллектуальныхъ способностей, памяти и сообразительности, у нашей больной не представляетъ особенно рѣзкихъ уклоненій, хотя нужно сознаться, что способность запоминанія вслѣдствіе весьма значительнаго ослабленія вниманія къ окружающей обстановкѣ представляется пониженной. Если же больная къ чему-нибудь относится внимательно, то запоминаетъ свободно. Такъ, она послѣ перваго же знакомства запоминала и имя, и фамилію ее посѣщавшаго врача. Когда этотъ послѣдній послѣ разлуки на 2 недѣли снова съ ней увидѣлся, то она его узнала и привѣтствовала. Усвоила хорошо распорядокъ дня въ лечебницѣ. Знаетъ по именамъ ближайшій къ себѣ медицинскій персоналъ: фельдшерицу, надзирательницу, сестру милосердія. Помнитъ, гдѣ она родилась и выросла и когда заболѣла. Соображаетъ также хорошо, если только удастся ее заставить отнестись со вниманіемъ къ заданному вопросу. Но это бываетъ очень рѣдко, ибо тоска не оставляетъ ее ни на секунду. Сужденія и заключенія ея крайне односторонни и часто неправильны, ибо больная на все смотритъ сквозь призму своего тоскливаго настроенія. Правильности сужденій весьма мѣшаетъ также и бредъ, который составляетъ главный фокусъ мыслей и думъ нашей больной. Что касается настроенія духа больной, ея самочувствія, то оно представляетъ главную сферу измѣненій. Самочувствіе ея измѣнено въ отрицательную сторону; оно угнетено, подавлено: тоска

запала въ ея душу и гнететь ея сердце. И явилась эта тоска, и существуетъ вполнѣ властно; она царитъ надъ всѣмъ душевнымъ міромъ больной и свою печать налагаетъ на всѣ остальныя сферы душевной дѣятельности. Въ началѣ заблѣванія больная не могла объяснить такого душевнаго настроенія, но потомъ мало по малу появился бредъ, служащій исключительно для объясненія тоски. Больная говоритъ, что она потому тоскуетъ, что разорила дѣтей, дѣлала въ жизни своей только одни плохія дѣла, была всегда ничтожествомъ, склоннымъ только къ пакости и гадости. Нечего и говорить, что такія бредовыя идеи никакихъ основъ въ дѣйствительности не имѣютъ, что онѣ являются вполнѣ продуктомъ болѣзненно настроеннаго воображенія. Поступки больной, ея поведеніе являются полнымъ отраженіемъ подавленнаго настроенія духа. Такая же подавленность существуетъ и въ сферѣ двигательной. По цѣлымъ часамъ сидитъ больная, впривъ неподвижно взоръ въ пространство, какъ окаменѣлая. Въ рѣдкихъ только случаяхъ она выпускаетъ вздохъ и тихонько покачиваетъ головой. Если въ такія минуты подойти къ ней и прислушаться, то можно услышать, какъ она шепчетъ: «Боже мой, Боже мой! какая я гадкая!» Вывести нашу больную изъ ея привычнаго положенія довольно затруднительно: она оказываетъ при этомъ пассивное сопротивленіе. Произвольные психо-моторныя акты у больной отсутствуютъ: она почти не перемѣняетъ положенія, сама не ѣстъ, не пьетъ, не умывается, не подаетъ руки. Если вы желаете, чтобы она подала руку, то вынуждены будете очень долго и настойчиво понукать. Но и при этомъ условіи она едва, едва пошевелитъ пальцами. Окружающихъ она не замѣчаетъ: она живетъ единственно только своей тоской; все остальное для нея не существуетъ. Къ себѣ относится также очень не внимательно и безъ понуканія не дѣлаетъ даже самыхъ привычныхъ актовъ,—чтобы она одѣлась, умылась, погуляла, нужно очень долго ее уговаривать, а иногда и оказывать насиліе.

Въ такомъ состояніи было дѣло, когда больную привезли въ лечебницу 6-го ноября 1893 года. Но уже скоро послѣ прибытія, приблизительно дней черезъ 10, съ больной произошли такія перемѣны, которыя давали основаніе думать, что и полное выздоровленіе не замедлитъ появиться. Перемѣны эти сводились къ тому, что больная вышла изъ своего обычнаго оцѣпенѣнія и сдѣлалась болѣе подвижной. Она

еще отказывалась употреблять пищу, но сопротивление насильственному введению оказывала гораздо меньшее. Прошло еще 10 дней и больная начала сама ѣсть. Одновременно съ этимъ бредовыя идеи больной также стали все болѣе и болѣе блѣднѣть. Напряженность тоски постепенно ослабѣвала, она перестала быть столь острой, появилось просто печальное настроеніе духа и, наконецъ, 26-го числа того же мѣсяца больная въ первый разъ улыбнулась. Улучшеніе шло, прогрессивно возрастая, пока всѣ слѣды болѣзни совершенно исчезли.

Въ заключеніе нельзя обойти молчаніемъ еще одного вопроса, который въ послѣднее время все болѣе и болѣе привлекаетъ вниманіе, какъ врачей-психіатровъ, такъ и общихъ врачей. Этотъ вопросъ касается сифилиса, который былъ у перваго нашего больного (*mania senilis*). Многие авторы, особенно же проф. П. И. Ковалевскій<sup>1)</sup>, указывали на то, что сифилисъ можетъ создавать почву, на которой свободно развиваются всѣ нервныя и душевныя заболѣванія. Кромѣ нейрозовъ, истеріи, эпилепсіи, хореи, для всѣхъ психозовъ, какъ первичныхъ, такъ и дегенеративныхъ сифилитическая почва наиболее благоприятная. Нечего и говорить о такихъ душевныхъ заболѣваніяхъ, какъ прогрессивный параличъ, или нервныхъ, какъ *tabes dorsualis*, гдѣ многіе изслѣдователи допускаютъ въ 95% *lues*, какъ единственную этиологическую основу.

Манія и меланхолія, первичные психозы, не представляютъ, съ своей стороны, исключенія изъ общаго правила: они также могутъ развиваться на почвѣ сифилиса. У одного изъ вышеописанныхъ больныхъ, какъ мы сказали, былъ сифилисъ. Является вопросъ, легъ ли *lues* въ основаніе самой болѣзни, т. е. развился ли психозъ подъ его вліяніемъ, или нѣтъ? Другими словами, существуютъ ли какіе-нибудь признаки, которые бы намъ дали прочное основаніе для разрѣшенія подобнаго вопроса. Дѣйствительно, есть. Если сопоставить психическія разстройства, развивающіяся на почвѣ и въ зависимости отъ сифилиса, то можно замѣтить одну черту, которая красной нитью проходитъ въ такого рода психозахъ. Это фонъ слабоумія, который придаетъ особую окраску каждому психозу и нейрозу. Законность подобнаго явленія мы вполнѣ поймемъ, если только вспомнимъ, что дѣлаетъ

<sup>1)</sup> Prof. П. И. Ковалевскій, Сифилисъ мозга и его леченіе, 1893.

сифились, проникнувшій въ головной мозгъ. Тамъ появляется интерстиціальнй процессъ, вновь образуются сифилитическіе нестойкіе элементы, которые, населяя промежутки между нервными элементами, сдавливаютъ эти послѣдніе, нарушаютъ ихъ питаніе и, такимъ образомъ, затрудняютъ, а въ дальнѣйшемъ и совершенно уничтожаютъ ихъ функцію. Такимъ образомъ, при сифились страдаетъ самый субстратъ умственной дѣятельности. Немудрено поэтому, что при сифилитическихъ психозахъ пораженіе памяти, вниманія и сообразительности будетъ на первомъ мѣстѣ. Не то мы видимъ у нашего больного. У него нельзя замѣтить и слѣда подобнаго пораженія. Память у него очень обострена, сообразительность блестящая, вниманіе къ окружающему и къ себѣ самому очень повышено. Въ виду этого мы должны признать, что сифились, пройдя чрезъ организмъ нашего больного, не оставилъ въ его головномъ мозгу ни малѣйшихъ слѣдовъ, или же сифились и психозъ существуютъ рядомъ, совершенно самостоятельно и независимо другъ отъ друга. Стало бытъ, нашъ случай относится къ категоріи тѣхъ, гдѣ сифились составляетъ только «компликацію психическаго или нервнаго расстройства». Такіе случаи не разъ уже указывались проф. П. И. Ковалевскимъ.

Такимъ образомъ, ни онъ самъ, ни его школа нисколько не заслуживаютъ упрека въ односторонности, въ увѣченіи сифилисомъ. *Audiat et altera pars!*

(Изъ клиники проф. П. И. Ковалевскаго).

## Случай періодической параной.

А. И. Ющенко,

ординаторъ клиники нервныхъ и душевныхъ болѣзней.

Во всѣхъ почти учебникахъ Психіатріи, въ главѣ «періодическіе психозы» описываются періодическая манія, меланхолія и, такъ называемое, циркулирующее сумашествіе. Только немногіе авторы въ этой же главѣ описываютъ другіе психозы. Такъ, Крафтгъ-Эбингъ <sup>1)</sup> подъ именемъ идиопатическаго періодическаго помѣшательства въ видѣ бреда описываетъ психозъ, характеризующійся внезапностью появленія и разрѣшенія приступа, разстройствомъ сознанія, безпорядочностью бреда и двигательными разстройствами. Психозъ этотъ Kausch называетъ періодическимъ острымъ галлюцинаторнымъ помѣшательствомъ. Но рядомъ съ этимъ Крафтгъ-Эбингъ описываетъ періодическое помѣшательство въ видѣ болѣзненныхъ влеченій, напр. дипсоманія, менструальное помѣшательство и др. Къ періодическимъ психозамъ, хотя имѣющимъ уже совершенно иной характеръ, нужно причислить транзиторное эпилептическое сумашествіе, аменцію и проч. [Kirn <sup>2)</sup>, П. И. Ковалевскій <sup>3)</sup>, Meunert <sup>4)</sup>]. Что касается періодической параной, то до 1887 г. о ней не было и рѣчи, пока Dagonet въ Парижскомъ Société medico-psychologique <sup>5)</sup>, говоря о хроническомъ бредѣ (по нашей терминологіи, хро-

<sup>1)</sup> *Krafft-Ebing*, Учебникъ психіатріи, 1890.

<sup>2)</sup> *Kirn*, Die periodische Psychosen, 1881.

<sup>3)</sup> Проф. П. И. Ковалевскій, Аментія, стр. 61.

<sup>4)</sup> Prof. Meunert, Клиническія лекціи, перев. К. Н. Ковалевской.

<sup>5)</sup> Annal. medico-psychologique. 1887 г. № 2, p. 275.

нической параноѣ), не привелъ случая интермиттирующей мегаломаніи. Дѣло идетъ о больномъ, который боленъ около 20 лѣтъ. Черезъ каждые два или три года появляются припадки болѣзни, заключающіеся въ идеяхъ величія и продолжающіеся около трехъ мѣсяцевъ. Припадки эти имѣли всегда одинъ и тотъ же характеръ, не сопровождались психической депрессіей. Случай этотъ описанъ такъ кратко, что даетъ возможность усомниться, что дѣло идетъ дѣйствительно о періодической параноѣ, что и сдѣлалъ Kausch, считая этотъ случай періодической маніей.

Загѣмъ проф. Mendel въ 1888 году сдѣлалъ докладъ въ Берлинскомъ психіатрическомъ обществѣ, а загѣмъ описалъ въ Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie три случая <sup>1)</sup> *paranoiae periodicae*, характеризующіеся сочетаніемъ бреда преслѣдованія и бреда величія, небольшимъ количествомъ галлюцинацій и отсутствіемъ измѣненій въ области самочувствія. Приступы чередовались съ свѣтлыми промежутками. Въ 1892 году Kausch <sup>2)</sup> приводитъ еще одинъ случай періодической параноіи. Дѣло идетъ о дѣвицѣ 57 лѣтъ съ психопатологическою наследственностью. Беременность, лues и пьянство отсутствуютъ. На 16 году заболѣла меланхоліей, отъ которой, однако, черезъ 6 дней выздоровѣла, но черезъ полгода снова заболѣла тѣмъ же и т. д., при чемъ болѣзнь продолжалась отъ 6 недѣль до 3 мѣс., а свѣтлые промежутки отъ полугода до года. Приблизительно около десятаго заболѣванія характеръ приступовъ измѣнился, появились галлюцинаціи слуха, обонянія, болевья и общаго чувства. Голоса ее ругали, издѣвались. Противъ нея составился цѣлый заговоръ. Скоро она перестала бояться преслѣдователей и даже начала смѣяться надъ ними. Самый короткій приступъ болѣзни продолжался нѣсколько недѣль, самый продолжительный—около 2 лѣтъ. Предъ началомъ заболѣванія больная предчувствовала ея приближеніе и чувствовала себя какъ бы въ туманѣ. После этого бредъ наступалъ: всѣ противъ нея, общество и самъ докторъ все о ней знаютъ, даже ея мысли,—на нее различными образомъ воздѣйствуютъ. Больная считала себя въ это время совершенно здоровой. Нарушенія сознанія не было. Переходъ

<sup>1)</sup> Prof. Mendel, Къ ученію о періодич. психоз., реф. проф. Ковалевскаго, Арх. Психіатри и пр., 1888 г., № 2.

<sup>2)</sup> Kausch, Arch. f. Psychiatr. und Nervenkrankh., 1892, II. 3.

къ нормальному состоянію совершался въ нѣсколько дней постепенно.

Kausch приходитъ къ заключенію, что рагапоја періодіса встрѣчается у дегенератовъ, — свѣтлыя промежутки вполне свободны, — прогнозъ по отношенію къ выздоровленію неблагоприятенъ, относительно перехода въ деменцію — наоборотъ.

Вотъ всѣ случаи, которые удалось найти въ литературѣ по данному вопросу, поэтому мы рѣшились опубликовать случай, который должно отнести къ этого рода психозамъ.

Л. О., 35 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, былъ помѣщенъ въ клинику своей женой 29-го ноября 1893 года. Анамнестическія данныя сообщены больнымъ, при чемъ многія изъ нихъ подтверждены его женой.

Родился О. въ бѣдной семьѣ, когда его отцу было около 35 лѣтъ, матери немного менѣе.

Кромѣ нашего больного у его отца были еще дѣти, изъ которыхъ нѣкоторые умерли въ дѣтствѣ. Изъ оставшихся въ живыхъ старшій сынъ, человѣкъ необщительный, не любитъ женщинъ и живетъ старымъ холостякомъ; имѣетъ 4 пальца на рукѣ. Другой братъ страдаетъ искривленіемъ позвоночника. Сестра здорова.

Относительно своего отца, который живъ и теперь, О. рассказываетъ, что онъ никогда ничѣмъ не занимался, дома бывалъ рѣдко. Появляясь изрѣдка въ семьѣ, онъ никакого вниманія на дѣтей не обращалъ, но за то часто напивался пьянъ иногда съ товарищами, а то и безъ нихъ. Теперь онъ живетъ съ старшимъ братомъ, опять таки ровно ничего не дѣлаетъ и О. неизвѣстно, было ли у его отца какое либо опредѣленное занятіе. Мать свою мало помнитъ, она умерла, не достигши и сорока лѣтъ. Мало воспоминаній сохранилось и отъ первыхъ годовъ дѣтства. Лучше помнитъ свою няньку, которая часто клала его на себя и раздражала дѣтскимъ гѣломъ свои половые органы. Старшій братъ передавалъ нашему больному, что онъ началъ ходить въ началѣ третьяго года.

Ясно О. начинаетъ себя помнить съ 8 лѣтъ, когда отецъ однажды сообщилъ мальчику, что его беретъ къ себѣ въ качествѣ пріемыша какой то графъ. Но потомъ оказалось, что онъ попалъ не къ графу, а къ извозчику, который часто возвращался домой по вечерамъ пьяный и бросалъ деньги своей женѣ... Я ихъ схватывалъ, рассказываетъ боль-

ной, «ибо уже зналъ, что съ деньгами можно много сдѣлать». Супруги въ своихъ отношеніяхъ нисколько не стѣснялись присутствія восьмилѣтняго мальчика. Отъ извозчика ребенокъ попадаетъ къ булочнику въ ученіе, гдѣ его заставляютъ работать не по силамъ и часто наказываютъ. Уличенный въ кражѣ голубей, онъ былъ прогнанъ и взятъ старшимъ братомъ, который былъ въ это время сельскимъ учителемъ. У брата О. ожидала не веселая жизнь: человекъ одинокій, строгій, угрюмый онъ не позволялъ мальчику заводить себѣ товарищей, и когда послѣдній спрашивалъ объясненія непонятнаго, отвѣчалъ обыкновенно, что рано знать объ этомъ мальчишкѣ.

Здѣсь, тайкомъ отъ брата, онъ встрѣчается съ какимъ то мальчикомъ, который его знакомитъ съ онанизмомъ. Это приходится по вкусу О., который любилъ разговоры и сцены, поддерживающіе его развращенное воображеніе; на него всегда производилъ сильное впечатлѣніе видъ женскаго тѣла и все, что онъ помнитъ о своей матери, сводится къ тому, что она имѣла бѣлое, полное тѣло. Онанизмомъ больной занимается усердно въ продолженіе 5 лѣтъ; потомъ, сознавая свой порокъ, онъ началъ заниматься меньше, хотя даже и послѣ женитьбы не оставилъ его совсѣмъ. Во время пребыванія у брата онъ научился и курить, что довольно умѣренно продолжаетъ дѣлать и до сихъ поръ.

Братъ отвозитъ мальчика въ Бѣлгородскую учительскую семинарію, но такъ какъ тамъ его не приняли, то пришлось ему поступить въ Кубанскую. Капризный, раздражительный онъ мало сходилъ съ товарищами; не нравился онъ и преподавателямъ, ибо плохо готовилъ уроки. О. предпочиталъ чтеніе фантастическихъ разсказовъ изученію математики и грамматики. Больной разсказываетъ, что ему очень трудно было заучить подробности; а если и заучивалъ, то скоро забывалъ. Приблизительно около этого времени онъ заболѣваетъ лихорадкой, которая порядочно подорвала его силы.

Окончивши семинарію, О. получилъ мѣсто сельскаго учителя. Сначала съ рвеніемъ принялся за дѣло, но потомъ мало по малу началъ охладѣвать. Несообщительный, раздражительный, обидчивый онъ не могъ быть любимымъ ни учениками, ни окружающими; а частыя столкновенія съ сельскими властями еще болѣе раздражаютъ нашего больного. 22 лѣтъ онъ женился, надѣясь найти счастье въ семейной жизни, но ошибся: жена оказалась не такой, какъ

онъ этого хотѣлъ и, какъ казалось ревнивому мужу, начала ему измѣнять. Первые дѣти отъ этого брака родились двойнями и скоро умерли; кромѣ этихъ впослѣдствіи родились еще пять человѣкъ, живыхъ и теперь. Всѣ дѣти особымъ здоровьемъ не пользуются, золотушны, начинаютъ ходить и говорить не раньше двухъ лѣтъ. Съ увеличеніемъ семьи потребности начали увеличиваться, а учительское жалованье не прибавлялось. Дурныя отношенія съ женой не улучшались и семейная жизнь обратилась въ адъ. Больной начинаетъ пить, причемъ иногда пьетъ по нѣсколько дней подъ рядъ. Два года тому назадъ О. упалъ и разбилъ лицо, послѣ чего на лицѣ появилась какая то болѣзненная краснота (рожа?), а изъ уха появилась течь. Краснота скоро исчезла, а изъ уха по временамъ и теперь бываетъ небольшое истеченіе жидкости.

По выздоровленіи отъ вышеозначенной болѣзни, больной, и раньше мало общительный, скрытный, дѣлается еще болѣе угрюмымъ. Въ особенности это рѣзко стало замѣтно съ весны 1893 года. Больному казалось, что къ нему относятся какъ-то особенно всѣ, начиная отъ крестьянъ, дѣтей которыхъ онъ учитъ, и кончая предводителемъ дворянства—графомъ. Это по всему видно. Такъ, на примѣръ, въ прошломъ году О. надѣялся, что ученики хорошо будутъ держать экзаменъ, а вышло какъ разъ наоборотъ. Почему это? Потому что предводитель дворянства придирался къ ученикамъ и къ ихъ учителю. На лицѣ окружающихъ видитъ какіе-то знаки, въ ихъ словахъ слышитъ намеки, даже его маленькой сынъ это дѣлаетъ. Однажды онъ спросилъ отца, почему у послѣдняго виситъ портретъ Императора на стѣнѣ. Онъ это сдѣлалъ не безъ цѣли. Жена ведетъ себя невозможно, она въ присутствіи мужа строитъ глазки товарищамъ и говоритъ что-то невозможное. Мало того, она даже хочетъ его отравить, онъ это замѣчаетъ по выраженію лица, когда она подаетъ пищу, которая имѣетъ какой то странный вкусъ. Всѣ къ нему какъ то особенно относятся, не теперь только, а всегда. Почему нянька его развращала въ дѣтствѣ? Почему его не приняли въ Бѣлгородскую семинарію? Все по тому же, а тѣмъ болѣе, что узнали въ семинаріи, что онъ занимается онанизмомъ.

Всѣ книги, которыя онъ читаетъ, такъ написаны, что ясно указываютъ на его жизнь, его мысли, которыя теперь узнаютъ всѣ окружающіе. Онъ нѣсколько разъ слышалъ

голоса, приказывающіе ему сжечь свой домъ и всѣхъ живущихъ въ немъ. Въ другой разъ онъ слышалъ слово «антихристъ». Его мысли всѣмъ теперь извѣстны, для чего употребляется электричество, магнетизмъ и т. п.

Почему же всѣ къ нему такъ относятся? Онъ еще хорошо не знаетъ, несомнѣнно только, что общество готовитъ его къ чему-то важному. Можетъ быть, люди замѣтили, что онъ похожъ на Императора Александра III, и потому готовятъ его въ самозванцы на русскій престолъ, а можетъ быть и для какой нибудь религіозной цѣли. Онъ себя не считаетъ великимъ и знаетъ, что ему придется служить слѣпымъ орудіемъ въ рукахъ общества. Въ другой разъ О. рассказывалъ, что общество на него обратило вниманіе потому, что онъ особенный человѣкъ.

Все это больной рассказывалъ во время болѣзни и, сознавая, что это бредъ, подтвердилъ въ свѣтлый промежутокъ. — Жена же рассказываетъ, что ея мужъ началъ вести себя довольно странно уже давно, но это особенно стало замѣтно съ весны 1893 года. Онъ сдѣлался подозрителенъ, страшно ревнивъ, почти ни съ кѣмъ не говорилъ, а если и говорилъ, то жаловался, что ему нѣтъ покоя ни отъ кого, что всѣ за нимъ наблюдаютъ и т. д., при этомъ обнаруживалъ крайнюю степень раздражительности и придирчивости къ окружающимъ, говоря, что имъ нѣтъ дѣла до того, что онъ думаетъ, и что онъ не позволитъ такъ относиться къ себѣ. Отказывался иногда отъ пищи, боясь, что тамъ ядъ. Такое состояніе прерывалось свѣтлыми промежутками, когда О. сознавалъ свое ненормальное положеніе, сознавалъ всю нелѣпость своихъ мыслей и велъ себя, какъ совершенно здоровый человѣкъ; но потомъ опять начиналъ говорить несообразности, чтобы съ теченіемъ времени снова сознать нелѣпость своего поведенія. Въ одинъ изъ припадковъ болѣзни онъ, ни съ того, ни съ сего, подалъ прошеніе объ отставкѣ. Прошеніе приняли и онъ получилъ просимое, но черезъ нѣсколько дней наступилъ свѣтлый промежутокъ. О. понялъ всю нелѣпость своего поступка, просилъ возвратитъ назадъ прошеніе, но этого не удалось, хотя больной выпоталъ вмѣсто отставки отпускъ на полгода для поправленія здоровья. Сколько было припадковъ болѣзни и сколько свѣтлыхъ промежутковъ, объ этомъ сообщить не могли ни самъ больной, ни его жена; несомнѣнно только, что они мѣнялись часто.

О. субъектъ средняго роста, вѣситъ 4 пуд. 26 фун. Подкожный жирный слой развитъ умѣренно. Позвоночникъ правильно устроенъ, особенной болѣзненностью не отличается. Конечности пропорціонально развиты, мускулатура ихъ развита хорошо. Волосистость всего тѣла ясно выражена, въ умѣренной степени покрываетъ грудь, руки и ноги.

Волосы на головѣ русые съ рыжеватымъ оттѣнкомъ, въ бородѣ и усахъ такіе же. Лобъ высокій, выпуклый, избородженный ранними морщинами. Глаза впалые, общее выраженіе глазъ и лица задумчивое, недовѣрчивое.

Наибольшая окружность черепа 59,5 сант.; затылочно-ушная линія 19 сант.; лобо-ушная 31 сант.; темяно-ушная 37,5 сант.; подбородочно-ушная 32,5 сант.; прямой діаметръ черепа 17 сант.; поперечный 14,5 сант.; правый косой немного болѣе 14 сант.; лѣвый 14 сант.; діаметръ основанія черепа 12+10,5 сант.; діаметръ высоты черепа 13 сант.; продольнопоперечный показатель 85,3 сант.; продольновысотный 76,5 сант. Высота лба 7 сант.; ширина 15 сант.; діаметръ 10 сант. Уродливостей черепа не замѣчается. Типъ черепа, по показателю Вросса, брахицефалической. Подвижность вѣкъ нормальная, зрачки умѣренной ширины. Первичная и вторичная ихъ реакція сохранена. Поле зрѣнія не уменьшено. Visus utriusque  $\frac{20}{20}$ . Свѣто- и цвѣтоощущеніе не нарушены. Языкъ при высовываніи занимаетъ срединное положеніе, не обложенъ, не дрожитъ; язычекъ умѣренной величины, не отклоненъ въ сторону; на небѣ рубцовъ не замѣчается. Во рту недостаетъ пяти зубовъ, изъ которыхъ двухъ верхнихъ рѣзцовъ и одного клыка не было совсѣмъ, а два коренныхъ зуба выпали на 20 году, остальные зубы болѣе, или менѣе правильной формы съ значительными промежутками. Слизистая оболочка носа безъ видимыхъ измѣненій. Вкусовые и обонятельныя ощущенія нормальны. Уши средней величины, обыкновенной формы. Правымъ и лѣвымъ ухомъ различаетъ бой карманныхъ часовъ на разстояніи немного болѣе метра. Дифференцировка тоновъ сохранена, слухъ черезъ черепъ тоже. Въ области шеи не замѣчается ни опухоли, ни рубцовъ, шейныя лимфатическія железы и паховыя прощупываются, хотя измѣненій по консистенціи и величинѣ не представляютъ. При перкуссіи легкихъ получаемъ нормальный перкуторный легочный тонъ, при выслушиваніи везикулярное дыханіе.

Сердце въ предѣлахъ нормы, тоны его чистые, первый у верхушки слегка раздвоенъ. Пульсъ умѣреннаго наполненія 80—84 въ минуту, доступные изслѣдованію сосуды не склерозированы.

Верхняя граница печени начинается съ пятого ребра, нижняя не выходитъ изъ-за ложныхъ реберъ; селезенка не увеличена, едва простукивается между 9 и 11 ребромъ.

При перкуссіи кишечника получаемъ ясный тимпаническій тонъ. Суточного количества мочи собрать не удалось, цвѣтъ собранной—желтоватый, осадка нѣтъ, удѣл. в. 1017, реакція кислая, ни бѣлка, ни сахара не содержитъ. Мускулы мочевого пузыря и прямой кишки правильно функционируютъ, со стороны кишечника иногда наблюдаются запоры.

При изслѣдованіи различнаго рода чувствительности особыхъ измѣненій не найдено. Колѣнные рефлексы нѣсколько повышены. Потоотдѣленіе, по словамъ больного, усилено и мы замѣтили, что, какъ во время изслѣдованія, такъ и въ другое время больной часто потѣетъ. Слюноотдѣленіе нормально. Мышечная сократимость подъ вліяніемъ индуктивнаго тока безъ особыхъ измѣненій. Мышечной сократимости подъ вліяніемъ гальваническаго тока изслѣдовать не удалось, ибо больной наотрѣзъ отказался подвергнуться изслѣдованію.

Аппетитъ у больного умѣренный; часто страдаетъ бессонницей. Въ первые дни пребыванія въ клиникѣ больной ни на что не жаловался, заявляя, что онъ совершенно здоровъ и не нуждается въ леченіи; но скоро онъ началъ заявлять о томъ, что его преслѣдуетъ общество, что, благодаря этому, онъ попалъ въ лечебницу, гдѣ его къ чему то готовятъ.

Больной понимаетъ, что онъ въ Харьковѣ, что помѣщенъ въ лечебницу женой, къ нему приходятъ врачи и помнитъ ихъ фамиліи, — словомъ, сознание окружающей обстановки не нарушено; но при ближайшемъ изслѣдованіи оказывается, что больной смотритъ на лечебницу, какъ на мѣсто, гдѣ «выдерживаютъ» людей, приготовляя ихъ на различные посты. Онъ былъ убѣжденъ, что окружающіе его люди вовсе не больные, а лица, готовящіяся къ исполненію своего назначенія;—такъ на примѣръ, рядомъ съ О. въ комнатѣ жилъ С., больной прогрессивнымъ параличемъ. Между тѣмъ О. былъ увѣренъ, что С. совершенно здоровъ и кромѣ того посредствомъ электричества и магнетизма узнаетъ его мысли

и насмѣхается надъ ними. Къ окружающей обстановкѣ больной относился различно: иногда по цѣлымъ часамъ, погруженный въ свои думы, ходилъ по комнатамъ, совершенно какъ бы не замѣчая окружающаго, за то иногда останавливали на себѣ его вниманіе событія, неимѣющія значенія. Такъ, иногда не обращалъ вниманія на лицъ, посѣщающихъ лечебницу, въ другой разъ при видѣ какого нибудь неизвѣстнаго лица, больной, проводивъ его недовѣрчивымъ взглядомъ, тотчасъ же интересовался узнать, кто это и что ему нужно. Или однажды одинъ изъ больныхъ замѣтилъ шутя, что онъ гипнотизеръ; хотя это было сказано вдали отъ О., онъ сейчасъ же подошелъ къ говорящему и началъ просить его повторить и разъяснить сказанное. О. обратилъ вниманіе на движенія руками больного С., а не могъ сказать по истеченіи трехъ недѣль пребыванія, сколько человѣкъ живетъ въ его отдѣленіи, состоящемъ изъ трехъ комнатъ съ пятью жильцами. Воспріятіе внѣшнихъ впечатлѣній и проводимость ихъ въ количественномъ отношеніи не выходятъ изъ предѣловъ нормы. Что касается иллюзій, то онѣ существуютъ, въ особенности зрѣнія, а отчасти и вкуса: больной видитъ на лицахъ окружающихъ особое выраженіе, иногда улыбки, въ пищѣ ему кажется ядъ.

Относительно галлюцинацій намъ удалось узнать мало. О. сообщаетъ, что голоса ему приказывали сжечь свой домъ и всѣхъ живущихъ въ немъ, что разъ слыхалъ слово «Антихристъ», и уже будучи въ лечебницѣ: «что такое форма». Были ли еще галлюцинаціи—сказать трудно; во всякомъ случаѣ, онѣ не играютъ выдающейся роли въ психической жизни больного.

Галлюцинаціями и иллюзіями нельзя объяснить нарушенія въ области представленій, количество которыхъ немного уменьшено, за то имѣется много ложныхъ и безумныхъ представленій: его мысли узнаютъ окружающіе посредствомъ магнетизма, электричества и т. п. Всѣ люди насмѣхаются надъ его мыслями. Онъ особенный человѣкъ; въ немъ общество видитъ лицо, способное быть проводникомъ его идей на землѣ, и намѣрено употребить его для переворота въ области религіи и государственнаго строя. Въ этомъ направленіи ассоціируются многія изъ образовавшихся представленій. Такъ, больной, читая книги, видитъ въ жизни героевъ рассказовъ свою жизнь, въ разговорахъ ихъ видитъ указанія на себя. Сужденія и заключенія, построенныя на ложныхъ

представленіяхъ будутъ также неправильны, а по сему, напримѣръ, послѣ изслѣдованія электричествомъ, больной рѣшилъ, что это дѣлается для того, чтобы узнать его мысли. Привычныя потиранія руками своего сосѣда С. больной принялъ за насмѣшку надъ собой. Перемѣну врачей въ лечебницѣ О. объясняетъ тѣмъ, что явились новыя лица, чтобы его испытывать и вывѣдывать его мысли.

О предметахъ, не касающихся его бреда, больной разсуждаетъ довольно здраво и высказываетъ познаніе въ сельскомъ хозяйствѣ, крестьянскомъ самоуправленіи и т. п.

Насильственныхъ представленийъ нѣтъ; раньше же они были, такъ напримѣръ, больного долго мучила мысль покончить съ собою.

О. помнитъ всѣ событія своей жизни, какъ событія дѣтства, юности, такъ и недавнія, только отношеніе у него къ нимъ особенное, онъ всему даетъ объясненіе съ точки зрѣнія своего бреда: все это было съ нимъ потому, что къ нему общество особенно относится. Прочитанное онъ хорошо помнитъ, только видитъ въ описаніи событій указанія на свою жизнь.

Самочувствіе больного вполне зависитъ отъ его бредовыхъ идей, по большей части оно носитъ нѣсколько отрицательный характеръ; О. преслѣдуетъ общество, ему придется совершить многое въ своей жизни, онъ окруженъ людьми, которые узнаютъ его мысли. Всѣ окружающіе знаютъ, что онъ онанистъ и насмѣхаются надъ нимъ; все это, конечно, не могло радовать больного.

Если ему приходится услышать остроумную шутку когонибудь изъ окружающихъ, то на лицѣ его можно видѣть и веселую улыбку, но она скоро исчезаетъ.

Больной скрытенъ и ни къ кому не обнаруживаетъ особыхъ симпатій; да и трудно ихъ ожидать отъ человѣка, который никогда никого не любилъ; а себя ставитъ выше всѣхъ. Отца своего и братьевъ больной никогда не любилъ; о женѣ говоритъ, что она не соответствуетъ ему по образованію и умственному развитію; товарищи его по службѣ люди мало интересные; даже своихъ дѣтей онъ не любитъ и неохотно о нихъ говоритъ, заявляя, что они болѣзненны и глуповаты. За все пребываніе въ лечебницѣ онъ не написалъ ни одного письма близкимъ.

Большую часть времени О. проводитъ въ общихъ комнатахъ, но здѣсь рѣдко принимаетъ участіе въ разговорахъ.

Обѣдаетъ за общимъ столомъ, держитъ себя вполнѣ прилично. Одѣтъ прилично, при входѣ врача въ комнату встрѣчаетъ его стоя, пожимаетъ руку и отвѣчаетъ на вопросы, хотя при этомъ никогда не смотритъ въ глаза. Сначала отказывался отъ всѣхъ способовъ леченія, но скоро началъ принимать лекарства, ванны, а иногда, когда страдалъ бессонницей, самъ просилъ дать ему снотворнаго.

Все вышеизложенное О. представлялъ въ первые дни поступленія въ лечебницу. Со временемъ мы наблюдали измѣненія въ его психической жизни, которыя будутъ ясны при изложеніи теченія болѣзни.

Здѣсь, выпуская всѣ подробности, упомяну о самомъ необходимомъ.

30 ноября. Больной несообщителенъ. Лекарства и ванны принимать не желаетъ. Заявляетъ, что онъ попалъ въ лечебницу по винѣ общества. Отказывается обѣдать за общимъ столомъ, заявляя, что онъ не желаетъ, чтобы всѣ узнавали его сокровенныя мысли. Аппетитъ, сонъ и отправленія желудка удовлетворительны.

1 декабря. Лечиться отказывается, заявляя, что онъ совершенно здоровъ. Бѣтъ за общимъ столомъ. На вопросы о прошломъ отвѣчаетъ, что это всѣмъ хорошо извѣстно, а тѣмъ болѣе врачу.

2 декабря. Сдѣлался нѣсколько довѣрчивѣе, рассказываетъ, что всѣ на него смотрятъ не какъ на обыкновеннаго смертнаго, а на лицо важное, и готовятъ его къ какому то важному посту. Хотятъ произвести переворотъ въ Россіи, а его сдѣлать можетъ быть президентомъ, а можетъ быть и императоромъ. Здѣсь въ лечебницѣ «учатъ и выдерживаютъ» всѣхъ готовящихся на важные посты.

3 декабря. Больной говоритъ, что начинается какая то путаница въ головѣ. Онъ сознаетъ, что окружающія его лица—дѣйствительно больные и что онъ находится въ больницѣ.

4 декабря. Больной вполнѣ убѣдился, что онъ въ лечебницѣ, что окружающія его лица—больные и что онъ самъ боленъ, что всѣ его рассказы—это признакъ его болѣзни. Жалуется на нѣкоторую спутанность въ головѣ.

5 декабря. Больной совершенно разстался съ мыслью объ особомъ отношеніи къ нему общества и о своемъ высокомъ призваніи. Согласился подвергнуться леченію. Общителенъ съ окружающими.

6 декабря. Больной совершенно спокоенъ. Никакихъ бредовыхъ идей нѣтъ. Жалуется на жженіе въ нѣкоторыхъ мѣстахъ головы, слабость въ ногахъ. Отправленія кишечника, аппетитъ и сонъ удовлетворительны.

8 декабря. Нѣтъ никакихъ бредовыхъ идей. О. сознаетъ, что боленъ. Спрашиваетъ, не вслѣдствіе ли это того, что у него текло изъ уха?

9 декабря. До обѣда чувствовалъ себя хорошо: послѣ обѣда началъ жаловаться на тоску, говоритъ, что онъ здоровъ, а потомъ, что боленъ и боится никогда не выздороветь.

10 декабря. Спалъ прошлую ночь мало.

12 декабря. Опять заявляетъ, что совершенно здоровъ и что въ лечебницу попалъ по винѣ общества. Отказывается отъ лекарствъ. Отправленія, аппетитъ и сонъ удовлетворительны.

15 декабря. Прежній бредъ преслѣдованія со стороны общества, которое готовитъ его къ важному посту.

17 декабря. Ночью вскакивалъ, тормозилъ постель, кусалъ подушки. До 12 часовъ дня не вставалъ, когда же, желая, чтобы онъ поднялся, сняли съ него одѣяло, стремительно бросился къ столу, съ крикомъ схватилъ стержень папиросной машинки и началъ наносить себѣ удары въ область сердца. Отъ обѣда отказался.

19 декабря. Рассказывая о прошломъ, говоритъ, что нянька развращала его съ особою какою то цѣлью, что общество его готовитъ къ чему то важному. Находящіеся здѣсь не больные, а тоже готовящіеся къ будущей дѣятельности.

20 декабря. Status idem.

21 декабря. Несообщителенъ съ окружающими. Вечеромъ жаловался на безпкойство.

22 декабря. Читаетъ «Отечественныя Записки», говоритъ, что во многихъ рассказахъ есть указанія на его жизнь и его значеніе. Увидѣвъ, что больной С. третъ рукой обѣ руку, О. рѣшилъ, что это дѣлается для того, чтобы насмѣхаться надъ нимъ, ибо С. знаетъ о занятіи онанизмомъ. Больной говоритъ, что онъ похожъ на Императора Александра III. что онъ, однако, не считаетъ себя великимъ человѣкомъ и общество пользуется имъ, какъ слѣпымъ орудіемъ.

23 декабря. Сознаетъ, что боленъ; но думаетъ, что въ лечебницѣ ему не лучше, а потому собирается уѣхать до-

дой. Когда его попросили остаться до приѣзда брата, сначала заявилъ, что братъ ему не опекунъ, а потомъ согласился, что ему нужно еще полечиться.

24 декабря. Съ веселой улыбкой сообщаетъ, что сегодня у него «все хорошо». Онъ вполне сознаетъ свое положеніе. Оказалось, что О. помнитъ всѣ свои бредовыя идеи, но понимаетъ, что это болѣзнь. Онъ говоритъ такъ: «на меня это часто находитъ и я боюсь, что черезъ нѣсколько времени я опять буду чепуху молотъ». «Когда у меня приливы къ головѣ», такъ называетъ О. припадки своей болѣзни, «на меня все дѣйствуетъ и волнуетъ, на примѣръ, поступленіе новыхъ больныхъ я объяснялъ тѣмъ, что это дѣлается, чтобы меня испытывать». Ко всему О. относится разумно, охотно согласился на изслѣдованіе электричествомъ, отъ чего раньше отказывался. Играетъ на биллиардѣ.

25 декабря. Когда больной пришелъ въ столовую и начались поздравленія съ праздникомъ, онъ заплакалъ. Послѣ чаю, увидѣвши врача въ залѣ, сообщилъ, что сегодня онъ слыхалъ слова: «что такое форма». Понимаетъ, что это галлюцинація. Боится, что у него начинается бредъ и это ему такъ тяжело, что онъ плачетъ.

26 декабря. Не спалъ до трехъ часовъ ночи, были значительныя боли въ позвоночникѣ. Утромъ жалуется, что передъ его глазами какъ бы туманъ. Бредовыхъ идей никакихъ. Играетъ на биллиардѣ, шутитъ.

27 декабря. Къ больному приѣхала жена. Бредовыхъ идей нѣтъ. Къ женѣ относится хорошо, провелъ съ ней цѣлый день. Разговорчивъ, играетъ на биллиардѣ.

28 декабря. Бредовыхъ идей нѣтъ. О. выписывается изъ лечебницы.

На основаніи данныхъ анамнеза и отчасти настоящаго состоянія, должно придти къ заключенію, что О. принадлежитъ къ вырождающейся семьѣ: отецъ странный человекъ, алкоголикъ; старшій братъ ненавидитъ женщинъ, тоже отличается многими странностями и имѣетъ на одной рукѣ отъ роду четыре пальца. У одного изъ братьевъ сильное искривленіе позвоночника. У самого О. неправильно развиты зубы. Съ такою то наследственностью ребенокъ, вмѣсто правильнаго воспитанія, съ самаго дѣтства живетъ среди нужды и разврата, благодаря чему его нервная система сдѣлалась еще болѣе неустойчивой и въ настоящее время мы имѣемъ передъ собой несомнѣнно дегенерата.

Болезнь началась, вѣроятно, раньше, чѣмъ это замѣтили окружающіе. Началась медленно, безъ скачковъ. Человѣкъ несообщительный, недовѣрчивый дѣлается подозрительнымъ. Начинаетъ наблюдать за окружающими и вездѣ видитъ дурное отношеніе къ себѣ. Этотъ бредъ подозрительности и наблюдательности переходитъ съ теченіемъ времени въ бредъ преслѣдованія со всѣми характерными чертами. На этомъ дѣло не останавливается и присоединяется бредъ величія, который, однако, не успѣлъ еще вполне развиться. Иллюзіи зрѣнія и вкуса, хотя и не частыя галлюцинаціи слуха, только поддерживаютъ бредъ больного. Все это характерныя свойства того заболѣванія, которое мы называемъ параноєю (синонимы: *primäre Verrücktheit, delire systématique, folie systématique*).

Уже изъ анамнеза извѣстно, что у больного бредовыя идеи не постоянны, а чередуются съ свѣтлыми промежутками.

Пребываніе въ клиникѣ, хотя, къ сожалѣнію, и кратковременное, вполне подтвердило это. Въ свѣтлые промежутки больной совершенно сознавалъ свою болѣзнь, разумно относился къ бредовымъ идеямъ, велъ себя, какъ вполне нормальный человѣкъ, даже видъ и выраженіе лица мѣнялись въ эти дни. Все это даетъ возможность заключить, что мы имѣемъ дѣло не съ ремиссіями или утаиваніемъ бредовыхъ идей.

Въ данномъ случаѣ можно говорить только объ интермиссіяхъ, за что говоритъ слѣдующее: 1) правильная смѣна припадковъ свѣтлыми промежутками; 2) приступы болѣзни похожи одинъ на другой; 3) припадки имѣютъ небольшой періодъ предвѣстниковъ и развиваются какъ бы сначала; 4) вся личность субъекта совершенно мѣняется во время болѣзни; 5) полное сознаніе болѣзни въ свѣтлые промежутки.

Словомъ, мы должны заключить, что имѣемъ дѣло съ рѣдкимъ случаемъ *paranoiae periodicae*.

Нашъ случай разнится отъ случая Kausch'a, но за то имѣетъ и много общаго съ нимъ, особенно состояніе при переходѣ отъ болѣзни къ свѣтлому промежутку и наоборотъ, когда больной говоритъ, что онъ находится какъ бы въ туманѣ. То же самое испытывала больная Kausch'a и послѣдній думаетъ, что это чувство есть субъективный симптомъ нарушенія критическаго пониманія.

Съ случаями Mendel'я О. имѣетъ то общее, что, какъ и его больные, имѣлъ мало галлюцинацій.

Относительно предсказанія мнѣнія авторовъ расходятся: quo ad validitatem completam, какъ Mendel, такъ и Kausch считаютъ этотъ психозъ совершенно неблагоприятнымъ. Относительно же переходовъ въ деменцію Mendel говоритъ, что по всей вѣроятности періодическая параноя переходитъ гораздо чаще, чѣмъ періодическая манія и меланхолія; Kausch же думаетъ наоборотъ, что эта болѣзнь въ слабоуміе не переходитъ, основываясь на томъ, что его больная была больна 40 лѣтъ и все-таки замѣтныхъ признаковъ деменціи не представляла.

По моему мнѣнію, на основаніи такого небольшого числа наблюденій дѣлать выводовъ нельзя, а рѣшительно можно только сказать, что параноя періодическая принадлежитъ къ психозамъ вырожденія, а «особенность этихъ психозовъ состоитъ въ томъ, что, какъ бы они часто не повторялись, они рѣдко переходятъ въ слабоуміе» <sup>1)</sup>).

---

<sup>1)</sup> П. И. Ковалевскій, Психіатрія, 1890 г., стр. 79.

Dr. Esmarch и Jessen.

## Сифились и душевное разстройство.

Переводъ И. Н. Егіазарьянца <sup>1)</sup>,

ординатора клиники душевныхъ болѣзней при Харьковскомъ университетѣ.

Указанія на то, что сифились производитъ душевное разстройство (а не одну только простую сифилитическую ипохондрию), можно найти у многихъ серьезныхъ наблюдателей. Это часто высказывали Vidal, Simon, Кнопге и др. Поразительно, что въ спеціальной психіатрической литературѣ такъ мало упоминается о сифились и его отношеніи къ психозамъ. Но разъ вниманіе на это обращено, намъ, послѣ наблюденія въ короткое время 3-хъ несомнѣнныхъ случаевъ такого осложненія, приходится заподозрѣть, что послѣднее часто просматривалось. Чтобы обратить на это вниманіе, мы подѣлимся слѣдующими случаями.

А., адвокатъ, 41 годъ. Наслѣдственное предрасположеніе къ душевнымъ болѣзнямъ отсутствуетъ; со стороны психики память особенно развита, посредственная умственная мощь, мысли скорѣе скучены въ послѣдовательномъ порядкѣ, нежели сочетаются логически: значительное добродушіе и слабость силы воли составляютъ главные основы характера. Тѣлосложенія прекраснаго; вопреки раннимъ и многочисленнымъ эксцессамъ in Venere, онъ, кромѣ послѣдовавшаго зараженія, не болѣлъ и, женившись 14 лѣтъ тому назадъ, имѣлъ 5 здоровыхъ дѣтей. Въ студенческіе годы до женитьбы имѣлъ нѣ-

---

<sup>1)</sup> Всѣ писатели по вопросу объ отношеніи сифилиса къ паралитическому слабоумію указываютъ на работу Esmarch'a и Jessen'a въ Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, 1857 г., какъ на первую въ данномъ направленіи. Если это даже не вполнѣ вѣрно, такъ какъ первыя указанія въ этомъ направленіи принадлежатъ Bayl, тѣмъ не менѣе работа Esmarch'a и Jessen'a столь важна и такъ мало доступна многимъ товарищамъ, что мы рѣшаемся представить ее въ русскомъ переводѣ. И. Е.

сколько разъ трипперъ и шанкры, но объ этихъ болѣзняхъ онъ тщательно умалчивалъ, такъ что мы объ этомъ впервые узнали, когда явленія вторичнаго сифилиса побудили насъ съ настойчивостью допытываться объ этомъ.

Чувствуя себя въ продолженіи неопредѣленно долгаго времени разстроеннымъ и лѣнивымъ, въ противоположность природной живости охотѣ путешествовать, А. въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ былъ явно меланхоличенъ, молчаливъ, неподвиженъ, и заботы о пропитаніи, казалось, угнетали его. Между тѣмъ при принятіи его въ Ногнгеймъ (январь 1854 г.) нельзя было замѣтить никакой болѣзненной идеи, никакого тѣлеснаго страданія, кромѣ почти полной абупіи. Черезъ нѣкоторое время онъ сталъ подвижнѣе и разговорчивѣй, — скоро оживленность перешла нормальныя границы; онъ много болталъ, именно, о своемъ путешествіи, своеобразно щелкалъ челюстями и въ маѣ былъ уже настолько возбужденъ, что свободу его нужно было ограничить (Natr. nitr., Digit., обливанія). Вскорѣ присоединились: безсонница, неутомимость, скачка идей, необыкновенная хлопотливость и нѣкоторые насильственные поступки, — какое состояніе къ концу мая сдѣлало необходимой изоляцію его. Здѣсь на передней поверхности лѣвой голени развилось флегмонозное воспаленіе, по словамъ больного, послѣ паденія на корень дерева въ сосѣдней рощѣ; процессъ медленно перешелъ въ нагноеніе, оставивъ по себѣ кругловатую язву, которая вскорѣ приняла рѣшительно сифилитическій характеръ; она обнаруживала твердые, крутообрѣзанные края, грязноокрашенное дно и мѣднокрасную окружность. Передняя поверхность tibiae въ окружности язвы умѣренно припухла. Затѣмъ образовались по близости еще двѣ язвы, которыя покрылись толстыми бурными корками, между которыми также проглядывали кругловатые чирьи. Хотя на остальномъ тѣлѣ нельзя было найти ни одного симптома вторичнаго сифилиса, однако свойство язвъ не позволяло сомнѣваться въ характерѣ изъязвленія. При допросѣ больной самъ признался, что нѣсколько разъ страдалъ сифилитическими язвами на половыхъ органахъ, и наведенные сообразно его показаніямъ справки болѣе чѣмъ подтвердили это. Безпрерывнымъ надзоромъ удалось до нѣкоторой степени удержать больного въ постели, и ему была предписана строгая діета (только супы, за исключеніемъ говяжяго бульона и овощей), также припарки изъ теплой воды, а внутрь сулема въ растворѣ. Послѣдней онъ принялъ отъ 14-го іюля по 5 сентября гт. XIII, а со времени появленія саливаціи и до 31 октября іодистаго калия зъ XV. Въ теченіе этого леченія язвы постепенно заживали и соотвѣтственно этому шло и психическое выздоровленіе. Около середины августа на вы-

сотъ печени показалась очень значительная, но характерно окрашенная и вполне безболѣзненная высыпь Zoster изъ очень большихъ сливающихся пустиль, которая оставила по себѣ также мало по малу заживавшіе маленькіе, довольно глубокіе, нарывы. 21-го сентября больному разрѣшено было, какъ физически здоровому, встать; психическое разстройство также совершенно исчезло, за исключеніемъ продолжительнаго отсутствія сознанія перенесенной болѣзни. Больной, признанный своими родственниками безусловно нормальнымъ, выписался 14 января 1855 года.

Въ теченіе зимы и весны до самаго лѣта состояніе его было удовлетворительно. Приблизительно около середины лѣта онъ снова началъ болтать, пощелкивать и творить много странностей, какъ напр. кататься на сѣдалищѣ по комнатѣ, часами просиживать на холмѣ у шоссе и произносить названія окрестностей, выписывать околомъ 20 газетъ и т. п. Ближайшей причиной вторичнаго его помѣщенія въ Горнгеймъ (дек. 1855 г.) было замѣшательство, которое онъ произвелъ въ театрѣ разговоромъ съ самимъ собой на итальянскомъ языкѣ.

Его состояніе вполне походило на состояніе возбужденія въ прошломъ году; только на этотъ разъ у него былъ сильный кашель и насморкъ, который, по его словамъ, онъ нажилъ въ сентябрѣ послѣ сильной простуды. На слегка покрасѣвшемъ языкѣ показались маленькіе пузырьки, при чемъ нельзя было открыть и слѣда сифилитическаго пораженія. Coitus, по его словамъ, не имѣлъ. Исходя изъ предположенія, что указанные страданія были сифилитическими пораженіями мозга и слизистыхъ оболочекъ, мы опять давали ему сулему, при воздержанной діетѣ, именно отъ 4-го до 24-го января гт. XVIII съ яичнымъ желткомъ. 10-го числа наступила рвота и поносъ, такъ что на одинъ день пришлось прекратить дачу лекарства; 21-го января показались первые слѣды саливаціи, между тѣмъ пораженіе слизистой оболочки и возбужденіе исчезли и этикетъ закончено специфическое леченіе. Онъ находится еще въ Горнгеймѣ (августъ 1856 г.) и обнаруживалъ въ теченіе послѣднихъ недѣль состояніе нравственной депрессіи, которому существенно, однако, способствовали внѣшнія причины.

Въ этомъ случаѣ, повидимому, двоякое устраненіе одновременно и физическихъ, и душевныхъ симптомовъ болѣзни, и быстрое и рѣшительное воздѣйствіе ртути говорятъ за то, что сифилисъ дѣйствительно былъ причиной психическихъ разстройствъ. Рецидивы и еще и теперь неполное искорененіе болѣзненнаго процесса, по нашему мнѣнію, не противорѣчатъ другъ другу, такъ какъ извѣстно всѣмъ, что конституціональный сифилисъ окончательно не излечивается ртутью.

В., фабрикантъ, 36 лѣтъ. Наслѣдственнаго предрасположенія не было. Больной отличался прекраснымъ знаніемъ свѣтской жизни, при самомъ узкомъ матеріалистическомъ міровоззрѣніи; онъ обладалъ очень большимъ, обогащеннымъ разнообразными знаніями, умомъ, очень энергичной волей; былъ при томъ небезсѣрдеченъ, но мало располагалъ къ себѣ, искони обладалъ огромнымъ чувствомъ собственнаго достоинства и страстью блистать своимъ умомъ и вѣщностью, вслѣдствіе чего его умъ никогда не достигалъ полнаго развитія и значенія. Будучи сначала юристомъ и уже готовый стать референтомъ на 26 году жизни (1844), онъ былъ принужденъ стѣснительными обстоятельствами принять на себя управленіе пришедшей въ упадокъ фабрикой. Въ короткое время онъ ознакомился въ Англии съ производствомъ, быстро развилъ дѣло, благополучно управлялся съ нимъ въ революціонные годы и, наконецъ, въ 1850 году сдалъ фабрику въ аренду, — послѣ чего жилъ рентой.

Еще въ 1846 году онъ писалъ мистическаго содержанія брошюры въ стихахъ, съ цитатами Апокалипсиса, и тогда уже иногда говорилъ о своихъ огромныхъ дарованіяхъ, которыя облегчили бы ему изобрѣтеніе *perpetuum mobile*, квадратуры круга и т. п. Послѣдовало много другихъ брошюръ, въ которыхъ онъ, исходя изъ положенія «Деньги—сила», хотѣлъ произвести полный социальный переворотъ міра. Эти брошюры, не смотря на значительный недостатокъ логики, содержали въ частности такъ много остроумнаго, что даже извѣстные французскіе національ-экономисты были принуждены обратить на нихъ вниманіе и даже частью вести борьбу съ ними. Часто онъ приказывалъ печатать брошюры на трехъ языкахъ и разсылалъ ихъ въ большомъ количествѣ именитымъ особамъ. Когда собственно эти фантастическія идеи стали болѣзненными, или были ли онѣ таковыми съ самаго начала, нельзя было узнать, но только онѣ вкоренялись въ немъ все глубже и глубже, и соразмѣрно съ этимъ росло и его самомнѣніе.

Когда заразился сифилисомъ, онъ не припоминалъ, хотя лечился не только университетскими, но и другими извѣстными врачами. Къ концу 1849 года однажды, разсердившись, онъ на слѣдующее утро всталъ съ тяжестью языка и скашиваніемъ рта; врачъ сдѣлалъ ему кровопусканіе и въ нѣсколько дней вылечилъ его, но при этомъ нашелъ у него вторичную сифилитическую экзантему, *ulcera faucium et tumor testis*. Послѣ продолжительнаго примѣненія декоктовъ Цитмана и Дзонди, эти симптомы исчезли, но съ теченіемъ времени наступили хроническое воспаленіе *tunicæ Schneideri*, періостъ носовыхъ костей и раковинъ, наконецъ *caries* альвеолярныхъ отростковъ верхнихъ челюстей, отъ чего оба переднихъ рѣзца выпали; *Hydrarg.*

jodat. flav. и Сарсапарильный корень прервали дальнѣйшее распространение процесса и въ 1853 г. больной отправился въ Парижъ къ Риккору, который удалилъ у него кусокъ каріозной кости верхней челюсти и назначилъ принимать іодистый калий. Осенью 1853 г. онъ вернулся видимо здоровымъ.

Но психическая болѣзнь не была излечена; онъ и въ Парижѣ много писалъ и еще болѣе ожидалъ, что его брошюры возбуждять чрезвычайный интересъ и преобразуютъ міръ. Онъ переслалъ ихъ одному высокопоставленному государственному дѣятелю, въ то же время сватался за его дочь, которую онъ нѣсколько разъ видѣлъ. великолѣпно устроилъ одну изъ комнатъ своей квартиры, зажигалъ въ ней вечеромъ люстры и т. д.

Въ февралѣ 1854 г. онъ опять отправился въ Парижъ, гдѣ его знакомые нашли его только экзальтированнымъ, а въ мартѣ въ Лондонъ, гдѣ и проявилось самое очевидное сумашествіе. Онъ принималъ окружающихъ за Пальмерстоновъ, Макколеевъ и т. д., свою служанку, напр., за леди Пальмерстонъ; думалъ, что эти особы хотятъ его выслѣживать или обезславить его миссію; приказалъ выгравировать визитныя карточки съ именемъ вышеупомянутой молодой дамы, какъ своей жены, и съ семиугольной печатью, снабженной мистическими знаками и т. п.

Въ Горнгеймѣ онъ былъ принятъ 25 апрѣля 1854 г. Здѣсь онъ не обнаруживалъ никакихъ видимыхъ тѣлесныхъ разстройствъ: сифились, повидимому, угасъ, за то психическая ненормальность выступала довольно рѣзко. Не смотря на остроуміе, проявлялась значительная безсвязность идей, самочувствіе было значительно повышено, и бредъ преслѣдованія съ многочисленными галлюцинаціями съ теченіемъ времени все рѣшительнѣе выступалъ на первый планъ. Враги, думалъ онъ, держатъ его въ плѣну; онъ противъ воли на службѣ и долженъ даже противъ собственнаго желанія исполнять полученныя приказанія; его миссію хотятъ обезславить, убить его и физически, и нравственно, помѣшать его браку, рожденію ребенка—«соціального спасителя»; сдѣлать его импотентомъ и т. п. Эти идеи внушали ему произвольное толкованіе фактовъ и словъ, что онъ называлъ «символизаціей». Напр., когда рѣчь зашла о математическомъ извлеченіи корней, онъ «символизировалъ», что у него будутъ извлечены корни, т. е. половая способность.

8 іюля онъ сдѣлалъ попытку бѣжать, послѣ чего его глаза были обнесены рѣшеткой; вскорѣ послѣ этого онъ началъ жаловаться, что его беспокоитъ двоеніе въ глазахъ. Съ самаго начала у него зрительныя оси не всегда двигались симметрично; это казалось врожденнымъ порокомъ, но, начиная съ этого времени, strabismus

*divergens* лѣваго глаза все больше прогрессировалъ. Изслѣдованіе было почти невозможно, такъ какъ больной вмѣсто того, чтобы приспособляться къ нему, скорѣе хотѣлъ обучать ему и, какъ въ этомъ онъ позже сознался, намѣренно обманывалъ относительно своихъ субъективныхъ ощущеній, чтобы ввести въ заблужденіе своихъ враговъ. Поэтому сначала трудно было уяснить себѣ природу пораженія, когда же косоглазіе стало еще больше, зрачекъ началъ расширяться и согнеа все неподвижнѣй установилась въ наружномъ углу глаза, тогда стало яснымъ не только, что функція *n. abducen. sup.* все больше беретъ перевѣсъ надъ парализованнымъ *n. oculomot.*, но и что этотъ прогрессирующій болѣзненный процессъ сифилитическаго характера и локализуется внутри мозга. При началѣ явленій паралича мы отбѣнили *tartar. stibiat.* и души, въ которыхъ больной нуждался, вслѣдствіе жалобъ на жаръ и давленіе въ головѣ, и назначили *Kali jodat.*, которымъ мы почти исключительно и ограничились, такъ какъ больной имѣлъ нѣкоторыя познанія въ химіи и не хотѣлъ принимать ничего неизвѣстнаго и особенно ртути. Онъ принималъ, и при томъ съ видимымъ успѣхомъ, отъ 7 августа до 19 октября, съ нѣкоторыми перерывами, 3 XXIV *Kali jodati*; и при всемъ томъ болѣзнь прогрессировала: глазъ сталъ неподвиженъ, зрачекъ широкъ, вялъ, наступилъ *Ptoſis*, а около середины октября возникла бессонница и предсердечная тоска. Вслѣдствіе этого въ психической жизни, вмѣсто прежней экзальтаціи и горделиваго и оживленнаго поведенія, наступили подавленность, дурное настроеніе и забота о физическомъ здоровьѣ, вслѣдствіе устрашающихъ представленій, становилась для него еще мучительнѣе. Онъ жаловался, что его хотятъ намѣренно ослѣпить, замучить, что у него вынимаютъ мозгъ и обмѣниваютъ или разрушаютъ его таинственными ядами, что его хотятъ побить, кастрировать и т. д. Чтобы доставить ему облегченіе и успокоеніе, примѣняли палліативное средство, именно морфій. Еще быстрѣйшіе и поистинѣ галлопирующіе успѣхи стала дѣлать болѣзнь съ половины января 1855 года. Хрусталикъ помутнѣлъ, въ срединѣ февраля *Ptoſis* сталъ полнымъ, въ лѣвомъ ухѣ обнаружилась тугость слуха. Съ начала февраля наступило головокруженіе, гастрическія разстройства, отсутствіе аппетита, обложеніе языка, засореніе желудка, противъ котораго прописывались слабительныя и, по желанію больного, рвотныя. Очень скоро развились *strabismus divergens oculi dextri*, расширеніе зрачка и неполный *Ptoſis*. Наконецъ, явились самопроизвольныя рвоты, поносы и смерть 7-го марта 1855 г.

Едва ли можно сомнѣваться, что причиною заболѣванія былъ конституціональный сифились, особенно, если сличить этотъ случай

съ тѣмъ, который Gräfe описалъ въ своемъ Archiv für Ophthalmologie (I, 1. 432). И тамъ была неравномѣрная дегенерация п. oculomotorii, хотя явно въ позднемъ стадіи развитія. Нельзя думать, что и въ этомъ случаѣ нервное вещество обнаружило-бы такую же атрофію, какъ тамъ, если бы эксудатъ, который пропитывалъ пораженные стволы, рассосался. Интересно, что въ обоихъ случаяхъ въ мозгу находились гнѣзда размягченія; въ нашемъ случаѣ размягченіе было слѣдствіемъ, очевидно, закупорки Art. prof. cægebri, но, какъ послѣдняя произошла, вслѣдствіе ли занесенной пробки или свертыванія на мѣстѣ крови, узнать не было никакой возможности. Сердце не обнаруживало аномалій, но въ большихъ сосудахъ мѣстами находились атероматозныя отложенія. Ясно обнаружилась эта закупорка въ 1849 г., въ ту ночь, послѣ которой больной проснулся съ симптомами апоплексіи. Рубцовыя втягиванія печеночной паренхимы, какъ извѣстно, характерны для конституціональнаго сифилиса.

Первоначальное сходство этого случая съ Dementia paralytica, съ которымъ послѣдній имѣлъ много общаго, какъ то: бредъ величія, расширеніе зрачка и irachnitis chronica, побудило насъ далѣе поставить вопросъ, не есть ли сифилисъ собственно причиной названной болѣзни. Въ девяти съ тѣхъ поръ наблюдавшихся случаяхъ за исключеніемъ одного, въ которомъ можно было констатировать посѣщеніе публичнаго дома, предшествовалъ конституціональный сифилисъ; ни въ одномъ изъ нихъ не было наследственности, которая, по французскимъ авторамъ, безусловно составляетъ причину  $\frac{1}{3}$  всѣхъ случаевъ. По тѣмъ же авторамъ (Bibliothèque du médecin-praticien, IX, p. 541), число паралитиковъ мужчинъ вчетверо превосходило число параличекъ женщинъ, каковое обстоятельство, по ихъ мнѣнію, должно согласоваться съ распространеніемъ сифилиса; у женщинъ высшаго сословія параличъ почти не встрѣчается; въ большихъ городахъ число ихъ довольно велико; неправильный образъ жизни и злоупотребленіе спиртными напитками суть случайныя причины, какъ той, такъ и другой болѣзни. Эти факты даютъ право думать, что сифилисъ есть основная причина Dementiae paralyticae; правильно ли такое мнѣніе, докажутъ будущія наблюденія. Отъ пользованія Dementiae paralyt. supr. антисифилитическими средствами, конечно, нельзя ожидать многого, разъ болѣзнь достигла стадія, который вынуждаетъ помѣстить больного въ заведеніе; мы, по крайней мѣрѣ, въ двухъ случаяхъ отъ примѣненія Kali jodati не получили никакого результата; но въ началѣ бо-

лѣзни дѣло обстоитъ иначе, и попытки въ этомъ направленіи имѣли бы большее значеніе. При безуспѣшности примѣненія противосифилитическихъ средствъ, при далеко зашедшей болѣзни, ни въ какомъ случаѣ нельзя дѣлать даже и второстепенной важности выводъ относительно вѣрности сдѣланнаго предположенія.

С., чиновникъ, 48 лѣтъ. Наслѣдственности нѣтъ; больной всегда велъ регулярный образъ жизни и передъ женитьбой, лѣтъ 20 тому назадъ, вѣроятно только нѣсколько разъ, имѣлъ coitus, послѣдствіемъ котораго явилась первичная сифилитическая язва, послѣ чего больной разстроился въ сильной степени. 3 года тому назадъ онъ страдалъ гастрическими разстройствами, желтухой, худобой и дурнымъ настроеніемъ духа, которое во время послѣдняго пребыванія въ Киссенгенѣ временами смѣнялось возбужденіемъ. Нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ возбужденіе постепенно возрастало, настроеніе духа значительно стало выше нормы, явились безумныя идеи и полное маниакальное состояніе.

Послѣ принятія его въ заведеніе 19 іюля 1855 г., манія быстро дошла до высшаго предѣла буйства, противъ чего примѣнялись продолжительныя теплыя ванны, Morph. и слабительныя. Въ это же время по всему тѣлу, а особенно же на ногахъ, появились симптомы кожного сифилиса. Основная форма послѣдняго не могла быть наблюдаема вслѣдствіе безпокойства больного; появились кругловатыя коричнево-красныя пятна различной величины (maximum величиной въ монету 2 талера), которыя частью были экскорірованы, частью покрыты запекшейся кровью или бурыми корками (Rupia); по отпаденіи послѣднихъ оставались мѣднокрасныя пятна, становившіяся послѣ бурь и оставившія отчасти рубцы.

Больной сильно истощился; къ срединѣ августа онъ потерялъ аппетитъ, имѣлъ нѣсколько разъ самопроизвольную рвоту, непрерывно страдалъ бессонницей, но не лихорадилъ. Такъ какъ предлагать лекарство было почти невозможно, то леченіе сводилось къ питательной діетѣ съ виномъ, позже съ баварскимъ пивомъ. Только къ половинѣ сентября онъ началъ поправляться, окрѣпъ и сонъ возстановился; онъ чувствовалъ себя усталымъ, оставался покойно въ постели и позволялъ прикладывать теплыя примочки къ экскорірованнымъ мѣстамъ, послѣ чего послѣднія начали заживать. Помѣшательство между тѣмъ продолжалось и въ срединѣ ноября наступило снова сильное возбужденіе. Вскорѣ послѣ того показалась опухоль колѣннаго сустава вслѣдствіе выпотѣванія жидкаго экссудата, который распространился по преимуществу на верхнюю половину суставной капсулы, т. наз. bursa extensorum. Давленіемъ на

флюктуирующую припухлость выше *patella* можно было послѣднее подвинуть впередъ и столкнуть съ мышелками бедра, при чемъ слышался трескъ. Сначала примѣнялись пъявки и мѣшки со льдомъ, потомъ давящая повязка изъ клейстера, которую, однако, больной скоро сорвалъ. Въ декабрѣ опухоль, казалось, уменьшилась, но въ теченіе мѣсяца опять увеличилась, возбужденіе становилось сильнѣе, опять показались маленькія пустулы на различныхъ мѣстахъ кожи, которыя больной царапаньемъ доводилъ до нагноенія и поэтому должно было прибѣгнуть къ специфическому леченію, которое, правда, не безъ затрудненій было все-таки правильно проведено. То обстоятельство, что возбужденія теперь стали переходящими и прерывались минутами покоя, равно какъ забота больного о страданіи колѣна, облегчили примѣненіе лекарствъ. Отъ 14 до 30 декабря онъ принялъ *Ammonii jodati*  $\zeta$ jj и *Kali jodati*  $\zeta$  IV, потомъ, такъ какъ не обнаружилось никакого улучшенія съ 4 по 21 января сулемы gr. XII; послѣ этого при довольно значительной саливаціи опять *Kali jod.* въ меньшихъ дозахъ. Во время ртутнаго леченія уменьшилось возбужденіе, но не помѣшательство, опухоль колѣна также уменьшилась, а маленькіе нарывы у угловъ рта зажили. Подъ вліяніемъ продолжительнаго леченія іодомъ, медленно улучшались психическіе симптомы и тѣло видимо укрѣплялось. Въ мартѣ серозное изліяніе въ колѣнномъ суставѣ отъ повторнаго примѣненія шпанскихъ мушекъ очень уменьшилось, въ апрѣлѣ больной невылеченный былъ взятъ домой; намъ было обѣщано дѣлать о ходѣ болѣзненнаго процесса сообщенія, которыя мы послѣ пополнимъ.

Какъ въ этомъ, такъ и въ первомъ случаѣ, болѣзненныя явленія были приписаны предшествовавшему зараженію сифилисомъ и эта болѣзнь, сначала тщательно скрываемаая паціентомъ, была установлена окольнымъ путемъ, черезъ разпросы прежнихъ врачей. Мы не сомнѣваемся въ томъ, что въ послѣднемъ случаѣ *lues* былъ причиннымъ моментомъ болѣзни, такъ какъ специфическое леченіе опять таки замѣтно подѣйствовало одновременно и на душевное, и на физическое состояніе. Но если бы помѣшательство, которое поразительно мало улучшилось, продолжалось, то это, по нашему мнѣнію, какъ разъ согласовалось бы съ общезвѣстными данными, по которымъ, по исчезновеніи первичныхъ тѣлесныхъ разстройствъ и помѣшательствъ, остается частичная или тотальная умственная слабость.

3 случая, конечно, не могутъ разрѣшить труднаго вопроса вліянія сифилиса, какъ причиннаго момента или простаго осложненія. Совершенно возможно, что *lues* можетъ встрѣчат-

ся и какъ простое осложненіе душевныхъ разстройствъ, такъ какъ, вѣдь, могутъ же душевно-больные, заразившись, заболѣть конституціональнымъ сифилисомъ; но мы не только желаемъ высказать наше мнѣніе о приведенныхъ случаяхъ, но также и побудить другихъ къ наблюденіямъ въ этомъ направленіи и къ выраженію личныхъ соображеній.

---

## Нейрологическая секція V Съѣзда русскихъ врачей въ Петербургѣ.

Настоящій Съѣздъ, по отношенію къ членамъ Нейрологической секціи, отличался тѣмъ, что на него пріѣхали почти всѣ выдающіеся представители психіатріи. За исключеніемъ профессора Томскаго университета, всѣ представители кафедръ университетовъ и Медицинской академіи были въ сборѣ. Несомнѣнно то, что главную привлекающую цѣль собранія достойныхъ представителей составляли научныя сообщенія, имѣвшія быть на засѣданіяхъ данной секціи,—но не подлежитъ сомнѣнію и то, что однимъ изъ импульсовъ къ собранію послужила необходимость личнаго обмѣна мыслей по очень многимъ вопросамъ научной и практической психопатологіи. И нужно сказать правду—послѣдняя задача оправдалась вполне. Царившее единодушіе и дружное общеніе между товарищами въ этотъ разъ красовались въ полномъ своемъ видѣ.

Въ первомъ засѣданіи Секціи было сдѣлано два сообщенія: проф. В. Ф. Чижа и Дг. П. Я. Розенбаха.

*Проф. В. Ф. Чижа* сдѣлалъ сообщеніе по весьма живому въ настоящее время въ области психіатріи вопросу «О связи сифилиса и прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ въ клиническомъ и причинномъ отношеніяхъ». Изъ 130 случаевъ прогрессивнаго паралича въ 96 былъ доказанъ несомнѣнный сифилисъ,—въ 15 случаяхъ—вѣроятный сифилисъ и въ 19—сифилисъ отсутствовалъ. Кромѣ этихъ 130 случаевъ въ рукахъ автора были данныя еще о 70 случаяхъ съ неизвѣстной этиологіей. Прогрессивный параличъ ранѣе 5 лѣтъ послѣ первичнаго зараженія наступилъ въ 17 случаяхъ, между 5 и 10 годами въ 37, между 10—15 въ 29.

позже 15 л.—въ 8 и неизвѣстно въ 21 случаѣ. Возрастъ, когда появился прогрессивный параличъ, распредѣлялся такъ: между 20 и 30 годами въ 15 случаяхъ, между 30 и 40—въ 56, между 40 и 50—въ 19 и позже въ—6. Между этими больными людей образованныхъ было 49, торговцевъ 33 и рабочихъ 14. Кромѣ сифилиса въ числѣ причинныхъ моментовъ стояли: нейрпатологическая наследственность 14, пьянство 21, травма черепа 5 и проч. Принимая во вниманіе, что сифилисъ играетъ въ этой болѣзни господствующую роль въ числѣ причинныхъ моментовъ, авторъ считаетъ неосновательнымъ дѣленіе прогрессивнаго паралича на сифилитическій и не сифилитическій. Главные выводы доклада сводятся къ тому, что въ огромнѣйшемъ большинствѣ случаевъ главною причиною прогрессивнаго паралича является сифилисъ; если у того или другого лица нѣтъ благопріобрѣтеннаго сифилиса, то онъ можетъ быть врожденнымъ; прогрессивнымъ параличемъ заболѣваютъ преимущественно тѣ сифилитики, у коихъ вторичныя явленія сифилиса были очень слабы и они провели недостаточное противосифилитическое лечение; пьянство, если и стоитъ въ замѣткахъ о болѣзни прогрессивныхъ паралитиковъ, то его скорѣе должно признать за проявленіе болѣзни, чѣмъ за причину оной. Патологическая наследственность при этой формѣ болѣзни играетъ значительно меньшую роль, чѣмъ во всѣхъ остальныхъ душевныхъ болѣзняхъ; усиленный умственный трудъ, пьянство и проч. не могутъ быть занесены въ число серьезныхъ причинныхъ моментовъ прогрессивнаго паралича. Матеріаломъ для доклада служили частью исторія болѣзни психиатрической клиники Юрьевскаго университета,—частью личныя наблюденія автора. Какъ и слѣдовало ожидать, докладъ вызвалъ необыкновенно оживленныя пренія.

*Dr. П. Я. Розенбахъ* сдѣлалъ докладъ «о травматическихъ неурозахъ». Процентное положеніе травмы, какъ причиннаго момента неурозовъ, далеко не у всѣхъ авторовъ одинаково. Такая разница, вѣроятно, зависитъ отъ неодинаковости возрѣвнѣй на промежутокъ времени между нанесеніемъ травмы и развитіемъ психоза. По мнѣнію докладчика, наступленію психоза предшествуетъ ясно выраженный періодъ предвѣстниковъ, преимущественно въ душевной области. Эти явленія будутъ: измѣненія въ самочувствіи и характерѣ, явленія пугливости, разсѣянности, раздражительности, неспособности къ усидчивому труду, легкой утом-

ляемости, потери энергии и проч. Рядомъ съ этимъ наступаютъ головныя боли, головокруженіе, шумъ въ ушахъ, общая слабость, сердцебіеніе, сжатіе въ груди и проч. Постепенно усиливаясь, всѣ эти явленія могутъ наконецъ развиваться въ настоящій психозъ. Травма въ этихъ случаяхъ вліяетъ на душевную организацію тройко: производя психическій шокъ, поврежденіе на мѣстѣ приложенія и часто сотрясеніе мозга. Состояніе это функциональнаго характера и имѣетъ много общаго съ истеріей, хотя далеко не тождественно съ нею. Во многихъ случаяхъ авторы допускаютъ при т. н. травматическомъ психозѣ притворство и предостерегаютъ отъ возможности смѣшенія притворства съ истиннымъ неирозомъ. Докладчикъ полагаетъ, что притворство въ этихъ случаяхъ обыкновенно явленіе рѣдкое и его, при тщательномъ изслѣдованіи, всегда возможно опредѣлить.

*Проф. В. Ф. Чижъ* сдѣлалъ сообщеніе «о времени ассоціаціи у душевно-здоровыхъ и душевно-больныхъ людей». Докладчикъ въ теченіе достаточно долгаго времени изслѣдовалъ въ этомъ направленіи пять человекъ: 2 здоровыхъ, 1 алкоголика, 1 параноика и 1 паралитика. Длительность ассоціаціи у здоровыхъ равняется 0,7",—у параноика время ассоціаціи увеличено (1,79"), указывая тѣмъ на слабость и недоразвитость оной у параноика,—у паралитика она уменьшена (0,44"), указывая на ослабленіе дѣятельности апперцепціи. Разница, однако, во всѣхъ случаяхъ такъ не велика, что проф. Чижъ ассоціативный процессъ принимаетъ за механической элементарный процессъ.

*Dr. А. А. Корниловъ* сдѣлалъ сообщеніе «о черепно-мозговыхъ амиотрофіяхъ». Сообщивъ исторію случая двѣсторонней гемиплегіи и гемипалезіи съ атрофіей мышцъ развившейся спустя 10 дней послѣ черепно-мозгового кровоизліянія, и результаты вскрытія даннаго случая, авторъ отрицаетъ раннія церебральныя амиотрофіи, признавая таковыя за артропатическія амиотрофіи у гемиплегиковъ, такъ какъ клиническая картина и того, и другого заболѣванія тождественна; патолого-анатомическая картина и патогенезъ этихъ заболѣваній также ни чѣмъ не отличаются другъ отъ друга. По мнѣнію докладчика, дѣленіе амиотрофій на раннія или черепно-мозговья и позднія или спинномозговья не имѣетъ для себя достаточныхъ основаній и должно быть оставлено.

*Dr. К. Я. Данилевскій* демонстрировалъ свой кимореномъ, реостатъ и радіометръ.

*Dr. С. Н. Данилло* сдѣлалъ докладъ о необходимости Обученія уходу за душевно-больными низшаго медицинскаго персонала, указавъ на то, что въ военно-фельдшерской школѣ Медицинской академіи съ начала новаго года уже введено обученіе уходу за душевно-больными.

*Dr. С. Я. Любимовъ* сдѣлалъ докладъ «о возвращеніи патологически измѣненныхъ нервныхъ клѣтокъ въ нормальное состояніе». Докладчикъ коснулся чрезвычайно важнаго и серьезнаго вопроса о томъ, какая судьба патологически измѣняющейся нервной клѣтки въ томъ случаѣ, если она поставлена будетъ въ нормальныя условія существованія? Патологическія измѣненія авторъ вызывалъ голоданіемъ, при чемъ, съ помощію трепанациі, извлекалъ части мозгового вещества и изслѣдовалъ состояніе нервныхъ клѣтокъ, какъ въ состояніи голоданія, такъ и по прекращеніи онаго. Оказалось, что по прекращеніи голоданія и при осторожномъ возстановленіи питанія, въ нервныхъ клѣткахъ не прекращались измѣненія въ протоплазмѣ, а продолжали развиваться дальше и только ядро какъ бы оставалось противодѣйствующимъ патологическому процессу. Только спустя 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> недѣль послѣ прекращенія голоданія протоплазма клѣтки принимаетъ видъ болѣе здоровый, а спустя 8 недѣль клѣтка становится почти нормальною. Должно добавить, что въ періодъ дегенераціи въ нѣкоторыхъ клѣткахъ гибнетъ не только протоплазма, но и ядро. Какимъ путемъ происходитъ регенерація клѣтокъ—докладчикъ рѣшать не беретъ. Практическій выводъ автора тотъ, что при леченіи душевныхъ болѣзней должно заботиться объ устраненіи причины, такъ какъ этимъ путемъ можно добиться поправленія и въ тѣхъ случаяхъ, кои по существу болѣзни должны бы считаться неизлечимыми.

*Dr. Розенель* а) указалъ на случай недостаточности большой и малой грудной мышцы у одного дегенерата и относить этотъ дефектъ къ проявленіямъ дегенераціи; б) сообщилъ, что онъ считаетъ наиболѣе дешевымъ способомъ призрѣнія душевно-больныхъ—земледѣльческія колоніи.

*Dr. Вируля-Бялыницкій* сдѣлалъ сообщеніе «о порозѣ головного мозга»: сообщеніе автора было уже раньше опубликовано. Его положенія слѣдующія: порозъ головного мозга обуславливался кистообразнымъ расширеніемъ лимфатическихъ околосоудныхъ пространствъ. Патологическія измѣненія въ окружающей полости мозговой ткани могутъ отсутствовать, слѣдовательно, не въ нихъ только лежитъ причина развитія

полостей при порозѣ мозга. Есть основаніе считать первоначальной причиною развитія церебропороза также и закупорку лимфатическихъ околососудныхъ пространствъ мозга блуждающими элементами. По характеру патологическихъ измѣненій въ ткани мозга и по происхожденію слѣдуетъ отличать кистообразныя полости, обуславливающія порозъ, отъ полостей иного рода, каковы *état crible*, кистовидное перерожденіе коры Ripping'a, кисты и проч.

*Dr. M. H. Нижегородцевъ* сдѣлалъ чрезвычайно интересный докладъ «о вліяніи метеорологическихъ условій на душевное разстройство съ нѣсколькими данными о распредѣленіи въ году самоубійствъ, преступленій и смертности». Докладъ сопровождался демонстраціей множества кривыхъ, таблицъ и чертежей. Къ сожалѣнію, по недостатку времени этотъ докладъ не могъ быть подвергнутъ столь разнообразнымъ и обстоятельнымъ дебатамъ, какъ онъ того заслуживалъ. Положенія автора доклада слѣдующія: 1) Одновременность, а иногда и внезапность наступленія обостреній и вообще колебаній отрицательнаго, а иногда и положительнаго свойства, у многихъ душевно-больныхъ заведенія наводятъ на мысль о зависимости этого явленія отъ общей внѣшней причины—вліянія метеорологическихъ условій. 2) Если метеорологическимъ элементамъ въ отдѣльности и нельзя отказать въ возможности нѣкотораго, ими собственно обусловленнаго, вліянія на душевное разстройство, то во всякомъ случаѣ слѣдуетъ признать дѣйствіе извѣстной неразрывной совокупности ихъ. 3) Продолжительными наблюденіями докладчику удалось установить фактъ воздѣйствія на душевное разстройство циклоновъ и антициклоновъ, на возникновеніе и передвиженіе которыхъ сводятся основныя перемѣны погоды. 4) При посредствѣ синоптическихъ картъ данъ способъ клинически наблюдать вліяніе на душевно-больныхъ (и вообще на всѣхъ больныхъ) погоды въ естественной и неразрывной совокупности ея элементовъ. 5) Кроме качественнаго вліянія, которое имѣетъ то или другое состояніе погоды само по себѣ, необходимо допустить вообще значеніе самихъ перемѣнъ, колебаній и рѣзкихъ переходовъ ея отъ одного къ другому; другими словами, основное условіе въ погодѣ, вліяющее на челоуѣка и его мозговую дѣятельность, заключается во всякомъ значительномъ нарушеніи даннаго равновѣсія температуры. 6) Измѣненіе въ состояніи больныхъ или предшествуетъ рѣзкому измѣненію погоды въ

мѣстѣ наблюденія, или совпадаетъ съ нимъ; въ большинствѣ случаевъ высота эффекта воздѣйствія на больныхъ предшествуетъ времени наивысшаго развитія даннаго метеорологическаго состоянія. 7) Вліяніе погоды выражается тѣмъ сильнѣе, чѣмъ рѣзче, внезапнѣе ея перемѣна, чѣмъ рѣзче само данное метеорологическое состояніе, чѣмъ долѣе оно не наблюдалось и чѣмъ болѣе оно отличается отъ предшествовавшаго (смѣна циклона антициклономъ и наоборотъ); при частомъ же повторномъ слѣдованіи одного и того же состоянія, напр., циклона, эффектъ послѣдующихъ слабѣетъ и, наконецъ, болѣе не обнаруживается. 8) Циклоны, ихъ возникновеніе, въ особенности приближеніе къ мѣсту наблюденія и самое нахожденіе надъ нимъ нужно признать для всѣхъ почти реагирующихъ больныхъ условіями неблагоприятными, такъ какъ они дѣйствуютъ ухудшающимъ, возбуждающимъ и вмѣстѣ съ тѣмъ расслабляющимъ образомъ, дающимъ поводъ и толчокъ къ проявленію иногда весьма тяжелыхъ явленій. 9) Дѣйствіе циклоновъ зависитъ: а) отъ ихъ силы и интенсивности, что выражается въ величинѣ т. наз. барометрическаго градіента и близости изобаръ на синоптической картѣ, б) отъ географическаго положенія барометрическаго minimum'a къ мѣсту наблюденія, в) отъ направленія ихъ передвиженія по отношенію къ послѣднему. Все это, вообще говоря, имѣетъ значеніе и по отношенію къ дѣйствію антициклона. 10) Всего сильнѣе бываетъ воздѣйствіе циклоновъ (зимнихъ, осеннихъ и весеннихъ), когда они сопровождаются повышеніемъ температуры (оттепелю), выпаденіемъ осадковъ, сильными вѣтрами и бурями южнаго и отчасти юго-западнаго происхожденія, что бываетъ въ особенности тогда, когда мѣсто наблюденія (Петербургъ) находится въ юго-восточной части циклона. Въ большинствѣ случаевъ maximum дѣйствія сказывается при приближеніи барометрическаго minimum'a; при отстояніи этого minimum'a приблизительно на 10° широты дѣйствіе уже ясно выражено. Часто, но не всегда, послѣднее уже выравнивается, когда minimum или центральная изобара циклона достигнетъ мѣста наблюденія. Дѣйствіе циклона болѣе выражено, когда изобары на синоптической картѣ замкнуты. 11) Антициклонамъ (зимнимъ, осеннимъ и весеннимъ) свойственно, вообще говоря, болѣе благоприятное вліяніе, хотя и возбуждающее, но укрѣпляющаго свойства. Для нѣкоторыхъ больныхъ время, непосредственно предшествующее антициклону, и самое наступленіе его неблаго-

приятны, такъ какъ дѣйствуютъ на нихъ возбуждающимъ образомъ, но эта отрицательная реакція сравнительно коротка и смѣняется положительной, въ особенности по отношенію ко всѣмъ астеническимъ состояніямъ, съ явленіями нервно-психического угнетенія и пассивности. 12) Реакція, вызываемая у душевно-больныхъ циклономъ и антициклономъ, во многихъ отношеніяхъ различна по силѣ, времени и характеру дѣйствія на больныхъ различныхъ категорій. 13) Весьма неблагоприятное метеорологическое вліяніе наблюдается тогда, когда мѣсто наблюденія находится въ области, лежащей между циклономъ и антициклономъ; особенно когда эти послѣдніе сближены и когда въ разграничивающей ихъ области дуютъ сильныя вѣтры и появляются осадки (что иногда бываетъ при среднемъ давленіи въ данномъ мѣстѣ). 14) Также неблагоприятно дѣйствуетъ одновременное существованіе въ относительно недалекомъ разстояніи нѣсколькихъ обособленныхъ областей высокаго и низкаго давленія (напр., двухъ циклоновъ и двухъ антициклоновъ). 15) Реакція, вызываемая однимъ метеорологическимъ состояніемъ (циклономъ или антициклономъ), иногда видоизмѣняется вліяніемъ сосуществующаго другого. 16) Иногда разъясненіе дѣйствія метеорологическихъ условій нужно искать не только въ метеорологическомъ состояніи даннаго мѣста, но и въ болѣе отдаленныхъ областяхъ, на что и можетъ дать указаніе синоптическая карта. 17) Въ общемъ, среднее, благоприятное для даннаго мѣста и времени года, состояніе метеорологическихъ элементовъ—при среднемъ или нѣсколько превышающемъ его давленіи, вообще при болѣе или менѣе устойчивомъ равновѣсіи атмосферы (отсутствіи циклоновъ и, наоборотъ, наличности умѣренного антициклона). 18) Благоприятная погода, если она продолжительна и соединена съ продолжительнымъ же равновѣсіемъ атмосферы, становится, наконецъ, тягостной, отзываясь на самочувствіи, напр., нейрастениковъ, въ особенности, когда она не вполне соотвѣтствуетъ данному времени года. Это указываетъ на то, что умѣренныя колебанія въ состояніи атмосферы, дѣйствуя умѣренно возбуждающимъ образомъ, становятся извѣстною потребностью организма, при отсутствіи которой чувствуется нѣкоторая неудовлетворенность. 19) Вліяніе метеорологическихъ условій на душевныхъ и нѣкоторыхъ (ислѣдованныхъ докладчикомъ) нервно-больныхъ проявляется въ самыхъ разнообразныхъ явленіяхъ, какъ психической, такъ и

физической области: въ разстройствахъ самочувствія, сознания, аффективной области, въ разстройствахъ представленій воли и влеченій, чувствительной, двигательной, сосудодвигательной и сердечной дѣятельности, въ разстройствахъ сна и пр. 20) Не всѣ больные, не въ одинаковой степени, не во всякій періодъ заболѣванія одинаковымъ образомъ реагируютъ на метеорологическое воздѣйствіе; всего яснѣе и сильнѣе сказывается оно: а) на состояніяхъ и психозахъ вырожденія (родового и личнаго), б) на психозахъ на почвѣ органическаго пораженія мозга. 21) Реакція, наблюдавшаяся у нѣкоторыхъ больныхъ въ началѣ заболѣванія, можетъ не обнаруживаться въ дальнѣйшемъ теченіи и на высотѣ болѣзни, при ослабленіи же или переходѣ къ выздоровленію снова появиться, чтобы опять исчезнуть при полномъ выздоровленіи. Даже рѣзкая реактивность при переходѣ психоза въ хроническое состояніе можетъ слабѣть. На другихъ же больныхъ ее можно прослѣдить за все время теченія болѣзни. 22) Метеорологическое вліяніе дѣйствуетъ собственно не столько на возникновеніе психоза (кромѣ рѣдкихъ и исключительныхъ въ нашихъ широтахъ случаевъ), сколько на теченіе болѣзни, но это вліяніе, въ совокупности съ другими условіями и при нѣкоторыхъ состояніяхъ, можетъ оказаться иногда весьма существеннымъ и важнымъ по своимъ послѣдствіямъ. 23) Метеорологическія условія могутъ служить толчкомъ къ проявленію періодическихъ колебаній въ теченіи психозовъ. 24) Женщины обнаруживаютъ большую реактивность къ метеорологическимъ воздѣйствіямъ, чѣмъ мужчины; то же можно сказать относительно людей старческаго возраста (и дѣтей изъ нейро-и психопатическихъ семей). 25) Такъ какъ метеорологическое воздѣйствіе есть условіе весьма сложное, то сужденіе о вліяніи отдѣльныхъ элементовъ погоды можетъ имѣть только болѣе или менѣе относительное значеніе. Изъ этихъ элементовъ въ ближайшее соотношеніе съ колебаніями въ теченіи психозовъ могутъ быть поставлены: а) *атмосферное давленіе*, которое должно разсматривать не столько какъ непосредственный и прямо дѣйствующій факторъ, сколько какъ самый постоянный и болѣе характерный показатель погоды (циклоновъ и антициклоновъ); поэтому изъ всѣхъ метеорологическихъ элементовъ между барометрическимъ давленіемъ и состояніемъ душевно-больныхъ наблюдается самая очевидная связь и соотношеніе; б) *температура*—элементъ, вліяніе котораго не подлежитъ сомнѣнію;

в) *появленіе осадковъ* (снѣга, дождя); г) *сильныя вѣтры и бури*; д) *относительная влажность и облачность*. Весьма вѣроятно, въ совокупности съ другими факторами, вліяніе атмосфернаго электричества и магнитныхъ возмущеній (бурь).

26) Наблюденія показали, что циклоны и антициклоны, по видимому, отличаются болѣе сильнымъ и очевиднымъ вліяніемъ, когда они совпадаютъ съ магнитными возмущеніями (и лунными фазами, вліяніе которыхъ, если оно въ дѣйствительности и существуетъ, во всякомъ случаѣ, слишкомъ переоцѣнивается сторонниками этого воззрѣнія).

27) При сужденіи о вліяніи метеорологическихъ условій на мозговую дѣятельность и вообще о дѣйствіи внѣшнихъ возбуждителей необходимо принимать во вниманіе, между прочимъ, слѣдующія положенія: а) данное реактивное явленіе часто бываетъ послѣдствіемъ не какого-либо единичнаго вліянія, а совокупности дѣйствія цѣлаго ряда таковыхъ; б) между мозговымъ состояніемъ и даннымъ возбуждителемъ для полученія дѣйствія того или другого рода должно существовать извѣстное соотношеніе; в) далѣе, кромѣ начала интенсивности, существенное значеніе имѣютъ: начала контраста, приспособленія и привычки, суммированія и интерференціи.

28) Основная причина, почему душевно-больные особенно реагируютъ на внѣшнее метеорологическое воздѣйствіе, заключается въ томъ, что, во 1-хъ, упорядочивающіе приборы у нихъ разстроены или функціонально (большинство состояній и психозовъ вырожденія), или органически (психозы на почвѣ органическихъ пораженій); поэтому приспособленія къ измѣненіямъ среды совершаются не вполне, что и сопровождается извѣстными явленіями въ состояніи больныхъ; во 2-хъ, нервныя центры находятся въ крайне неустойчивомъ равновѣсіи, чрезвычайно легко реагируютъ на внѣшнее воздѣйствіе чрезъ посредство чувствительныхъ путей, какъ бы «разряжаясь отъ скопившагося возбужденія».

29) Результаты клиническаго наблюденія надъ душевно-больными, сопоставленные съ статистическими данными о распределеніи по мѣсяцамъ и временамъ года самоубійствъ и покушеній на нихъ (Петербургъ 1881—1890), преступленій (Европейская Россія 1883—1887 и Петербургъ 1883—1890), смертности отъ болѣзней мозга и нервной системы (Петербургъ 1881—1890), въ связи съ общей смертностью, взаимно освѣщаютъ, дополняютъ и подтверждаютъ другъ друга.

30) Распределеніе по времени самоубійствъ и преступленій

съ одной стороны, и смертности отъ болѣзней мозга и нервной системы (а также и общей), съ другой, подчиняется нѣкоторой законности, которую слѣдуетъ поставить въ связи и соотношеніе съ внѣшними космическими вліяніями. 31) Совокупность ряда вышеупомянутыхъ и нѣкоторыхъ другихъ данныхъ приводитъ къ выводамъ: а) что вліяніе метеорологическихъ условій (состояній погоды) на колебанія въ теченіи психозовъ и нѣкоторыхъ нейрозовъ едва ли подлежитъ сомнѣнію; б) что внѣшнія, геофизическія условія природы, въ совокупности съ другими условіями (внутренними—физиологическими и внѣшними—психологическими), вліяютъ на мозговую дѣятельность человѣка преимущественно въ ея патологическихъ проявленіяхъ; в) что очень сильная реактивность на эти геофизическія воздѣйствія есть одинъ изъ признаковъ начинающагося или уже наступившаго вырожденія. 32) Разсматриваемый вопросъ имѣетъ значеніе, кромѣ научнаго, и практическое—общее и специально психіатрическое. 33) Желательно производство одновременныхъ наблюденій по данному вопросу: а) въ разныхъ заведеніяхъ одной мѣстности и б) въ разныхъ мѣстностяхъ—при посредствѣ синоптическихъ картъ, —гѣмъ болѣе, что этотъ важный и весьма интересный научный вопросъ не только совершенно не изученъ, но даже и не поставленъ должнымъ образомъ въ современной наукѣ.

*Dr. B. C. Грейденбергъ* сдѣлалъ докладъ «объ остромъ смертельномъ помѣшательствѣ». Очертивъ клиническую картину остраго помѣшательства (*amentia Meunert'a*), авторъ высказалъ тотъ взглядъ, что многіе случаи т. н. остраго бреда суть ни что иное, какъ случаи остраго помѣшательства съ быстрымъ и бурнымъ теченіемъ, питательными разстройствами и смертельнымъ исходомъ. Докладчикъ полагаетъ, что было бы правильнымъ, по крайней мѣрѣ хотя бы для отчетовъ психіатрическихъ заведеній, клиническую форму «острый бредъ» исключить изъ классификаціи. Выводы докладчика состояли въ слѣдующемъ: 1) Исходомъ нѣкоторыхъ случаевъ остраго помѣшательства можетъ быть смерть. 2) Эти случаи по своимъ клиническимъ признакамъ и теченію имѣютъ свойства общаго заболѣванія, при которомъ поражается весь организмъ, какъ при какой нибудь общезаразной формѣ. 3) Къ этимъ именно случаямъ относится, повидимому, форма, описанная нѣкоторыми нѣмецкими авторами подъ именемъ «остраго смертельнаго помѣшательства» (*acutes tödtliches*

Igresein—*Meyer Leyg Offer*). 4) Къ этимъ же случаямъ должны быть отнесены и многіе случаи остраго бреда.

*Dr. K. I. Ноишевскій* сообщилъ докладъ о душевной слѣпотѣ съ гемианопсіей, при чемъ приведена была исторія болѣзни такъ называемой атактической душевной слѣпоты,— подобный случай которому докладчикъ нашелъ только у Ехпер'а.

## Бібліографія.

**Dr. Alexander, Пом'шательство у д'ѣтей (Insanity in children, The Alienist and Neurologist, 1894 г.).**

Авторъ прежде всего касается вліянія школы на д'ѣтей, въ смыслѣ физическаго и умственнаго переутомленія. Онъ ссылается на взглядъ н'которыхъ авторовъ. Такъ, д-ръ Francis Wagner указываетъ на то, что нервныя расстройства могутъ развиваться не только у конституціонально плохо одаренныхъ субъектовъ, но и у совершенно правильно развитыхъ. Эти расстройства сводятся къ ослабленію силы движеній, часто съ нарушеніемъ равнов'сія т'ѣла. Одновременно съ этимъ и физическое ихъ питаніе падаетъ. Три на сто изъ д'ѣтей, ходящихъ въ школу, стоятъ ниже другихъ по своему питанію. Если школа вредно д'ѣйствуетъ на здоровыхъ д'ѣтей, то на субъектовъ съ нейропатической конституціей этотъ вредъ усиливается. Dr. George Parkmann говоритъ, что въ этомъ классѣ пациентовъ можно просл'дить все, начиная отъ зр'лости, блестящей талантами, удивительной легкости воспріятія и ассоціаціи идей до посредственности, нер'шительности и л'ности. Dr. C. F. Folsom считаетъ классъ лицъ, изв'стный подъ именемъ «лицъ съ сумасшедшимъ діатезомъ» или «съ сумасшедшимъ темпераментомъ», врожденно пріобр'вшимъ такія качества. Dr. F. M. Turnbull настаиваетъ на важности домашняго умственнаго воспитанія и выбора занятій и книгъ. С. Н. Siwer придерживается также того взгляда, что школа очень часто портитъ благовоспитанныхъ и нравственныхъ д'ѣтей, всл'дствіе общенія съ мальчиками грубыми и жестокими. Turnbull указываетъ на то, что эгоизмъ часто является чертой, р'зко обнаруживающейся у лицъ, предрасположенныхъ къ сумашествію. Онъ обнаруживается или въ форм' самосознанія, или бол'зненной чувствительности, или усиленнаго самолюбія. Вс' эти недостатки могутъ быть ослаблены соотв'тственнымъ воспитаніемъ, постоянными уб'жденіями и устраненіемъ всякой в'ры въ воображаемое пренебреженіе и несправедливость по отношенію къ нимъ. Чтеніе, какъ мальчиковъ, такъ и д'вочекъ должно быть подвергнуто

тщательному надзору. Мрачныя повѣсти и чувствительная литература должны быть удалены. Въмѣсто нихъ слѣдуетъ давать читать такія произведенія, которыя составятъ умственный ресурсъ и на будущее время, какъ произведенія Греческой мифологіи, поэмы Гомера, классическую литературу среднихъ вѣковъ и новаго времени, исторію, описаніе жизни великихъ людей, популярно-изложенныя научныя сочиненія и путешествія. Dr. Mary Putnam Jacobi особенно упираетъ на воспитаніе нейропатическихъ дѣтей, какъ на профилактическое средство противъ сумасшествія. Maudsley признаетъ, что у такого рода субъектовъ можно найти гораздо больше разстройства, непрактичности, чѣмъ у настоящихъ сумасшедшихъ. У такъ называемыхъ «нейротическихъ» субъектовъ Dr. Talbot находилъ аномаліи челюстей и головы особенно частыми. Въ числѣ признаковъ дегенераціи можно поставить преждевременную умственную зрѣлость, такъ же точно, какъ и половую зрѣлость. Кошъ подъ именемъ «психопатической депрессіи» объединяетъ случаи, которые раньше описывались подъ сумасшедшимъ діатезомъ или сумасшедшимъ темпераментомъ. Онъ ихъ дѣлитъ на три категоріи: психопатическое предрасположеніе, психопатическій дефектъ и психопатическая дегенерація. Первое заключается въ усиленной раздражительности, сопровождаемой ослабленіемъ энергій нервной системы. Второе заключаетъ въ себѣ усиленную возбужденность, раздражительную слабость, усиленный эгоизмъ, потерю равновѣсія умственныхъ способностей, отсутствіе правдивости, непостоянство, эксцентричности, насильственные представленія и періодичность во всѣхъ этихъ симптомахъ. Врожденная дегенерація проявляется или умственной слабостью, или пониженіемъ нравственнаго чувства, или тѣмъ и другимъ вмѣстѣ. Что касается леченія психопатическихъ потомковъ родителей-дегенератовъ, то оно является одной изъ самыхъ серьезныхъ проблемъ врача. При полной изоляціи только возможно еще чего-нибудь достигнуть въ смыслѣ укрѣпленія слабой задерживающей способности дегенерата. Дегенеративныя матери чрезвычайно любятъ своихъ дѣтей и воображаютъ, что онѣ образцовыя матери. На самомъ дѣлѣ все ихъ воспитаніе сводится къ тому, что онѣ позволяютъ дѣтямъ все, что угодно. Jules Mogel старался провести законъ, лишаящій родителей контроля надъ дѣтьми въ случаѣ неспособности или преступности первыхъ. Приобрѣтенная психопатія можетъ быть и у здоровыхъ дѣтей. Кромѣ наследственности Dr. Welt приводитъ, какъ этиологическій фактъ въ продукціи умственныхъ разстройствъ у дѣтей, поврежденія головы, какъ во время родовъ, такъ и послѣ, острое церебральное разстройство и ненормальное развитіе мозга. Испугъ, мастурбація и инфекціонныя болѣзани могутъ дѣйствовать, какъ предрасполагающіе элементы.

Между главными возбуждающими причинами являются лихорадки. Thogé показалъ, что психозы, слѣдующіе за острыми болѣзнями, относятся къ двумъ группамъ: одни развиваются въ теченіе самого остраго процесса, другіе въ періодъ *resonvalescentiae* или въ теченіе *intermissiae* болѣзни. Первые фебрильные, вторые астеническіе психозы. Краерелін считаетъ, что при патогеніи лихорадочнаго бреда возбуждающая причина значительно преобладаетъ надъ предрасположеніемъ,—при астеническихъ-же формахъ, наоборотъ, предрасположеніе играетъ самую важную роль. Именно, мозгъ, который въ теченіе лихорадки страдалъ, благодаря высокой температурѣ, теперь является первымъ органомъ, реагирующимъ на неодинаковый составъ крови, къ тому-же извѣстную долю участія нужно приписать и инфекціоннымъ элементамъ, дѣйствующимъ на центральную нервную систему. При нарушеніи равновѣсія системы достаточно тѣхъ легкихъ раздражающихъ вліяній, которыя доставляются событіями обыденной жизни, чтобы появилось усиленное расстройство. Dr. Sarah Welt считаетъ профилактическими противъ душевнаго расстройства послѣ острыхъ болѣзней средствами: 1) не позволять дѣтямъ послѣ паденія лихорадки скоро подыматься съ постели; 2) слѣдить за правильной дѣятельностью сердца. Поэтому слѣдуетъ ввести хорошее питаніе, стимулирующія средства, а также тщательный надзоръ. Dr. Kierpan считаетъ психическими проявленіями фебрильнаго стадія острой болѣзни галлюцинаторный бредъ или острое спутанное помѣшательство. При паденіи  $t^{\circ}$  развиваются астеническіе психозы, характеризующіеся зрительными, слуховыми галлюцинаціями и ихъ послѣдствіями. Они являются, какъ результатъ остраго истощенія нервныхъ центровъ, слѣдующаго за значительными термическими колебаніями. Spitzka находитъ, что фебрильные и другія острые расстройства иногда ведутъ къ серьезному непоправимому сумашествію, обыкновенно комбинирующемуся съ остановкой развитія. Отъ 10—30 на 100 дѣтское помѣшательство появляется вслѣдъ за острыми сыпями. Скарлатина, корь, тифондъ и острый суставный ревматизмъ чаще всѣхъ имѣетъ подобное послѣдствіе. Nasse классифицируетъ фебрильные психозы согласно ихъ періоду развитія: а) совпадающіе съ лихорадкой и стоящіе между бредомъ и помѣшательствомъ; б) развивающіеся какъ очевидная афазія или *dementia*; в) развивающіеся въ теченіе *resonvalescentiae*. Эти послѣднія отъ первыхъ 2-хъ отличаются болѣе благоприятнымъ прогнозомъ. Внезапное измѣненіе  $t^{\circ}$  помимо какихъ-нибудь другихъ причинъ можетъ вызвать проходящее помѣшательство или острое бредовое состояніе. Таковыя состоянія, наступають подъ вліяніемъ прямыхъ лучей солнца или жара камня, дѣйствующаго на непокрытую голову дитяти. По мнѣнію Spitzka, парази-

тическая этиология также здесь имеет свое место. Таковы ушественныя разстройства, слѣдующія за глистами, особенно, когда эти послѣднія заползаютъ изъ кишекъ въ anus, или въ женскіе наружныя половыя органы. Отъ послѣдней причины происходящія душевныя разстройства отличаются отъ hebefrenia, или ступорознаго помѣшательства благоприятнымъ прогнозомъ. Dr. Sarah. B. Weik считаетъ, что помѣшательство въ первые 10 лѣтъ жизни, кромѣ идиотіи, очень рѣдко. Изъ 10000 жителей (Emminghaus) между 1 и 5 годовъ жизни приходится 0,18 на сто душевно-больныхъ; между 6—10 годами—0,69‰; между 11—15 годами 1,46‰.—Gurubam находитъ 8 дѣтей на 21,333 сумасшедшихъ. Идиоты, которые наиболѣе часты въ дѣтскомъ возрастѣ, исключены изъ этого числа. Идиотизмъ дѣйствительно наиболѣе частая болѣзнь. Затѣмъ по частотѣ слѣдуетъ маниакальная экзальтація. Депрессія встрѣчается только въ болѣе позднемъ возрастѣ. Сумасшествіе встрѣчается чаще, чѣмъ это видно изъ статистики. Моторныя возбужденія (разраженія) легко происходятъ у дѣтей; моторныя нейриты часто являются моторнымъ проявленіемъ психическихъ разстройствъ. Въ зависимости отъ этихъ послѣднихъ съ одной стороны, а съ другой—ослабленной критической способности, являются галлюцинаціи, столь частыя въ дѣтскомъ возрастѣ. Разстройства чувства «я» можетъ вести къ появленію жестокости, глупости и другихъ инстинктивныхъ влеченій. Такъ, копролалія при инстинктивномъ помѣшательствѣ является какъ результатъ неудержимой склонности высказывать неприличія. Нейрозы въ собственномъ смыслѣ требуютъ особаго рассмотрѣнія. Всѣ они могутъ сопровождаться психическими симптомами. Истерія, конвульсія, экстазь и хорея могутъ появляться въ эпидемической формѣ. Эпилепсія и хорея въ дѣтствѣ также, какъ и во взросломъ состояніи, представляютъ свои характерныя особенности. Крайняя жестокость часто является проявленіемъ эпилептического нейроза. Часто, по Гринингеру, проявленіемъ этого послѣдняго является постоянная раздражительность. Она можетъ комбинироваться какъ съ интеллектуальными, такъ и эмоціональными извращеніями. У такихъ дѣтей отъ 3-хъ до 5-ти лѣтъ часто появляются судороги, ужасная и болѣзненная разрушительность. Такія дѣти могутъ впадать въ каталептоидное состояніе, или же остаются часами или днями, какъ бы чѣмъ поглощенными, съ открытыми глазами, въ фиксированной, одной и той же позѣ, иногда внезапно падаютъ съ ужаснымъ крикомъ. По Shaw, идеи у дѣтей просты, малочисленны и несвязаны. Болѣзненныя явленія не систематизируются: поэтому у нихъ чаще delirium, чѣмъ mania. У дѣтей болѣзненныя идеи дѣйствуютъ вѣзь на субкортикальныя гангліи и вызываютъ галлюцинаціи или болѣз-

ненные импульсы, что уже составляет импульсивное помѣшательство, называемое, по Maudsley, monomania, а по Morselli, *paranoja rudimentaria impulsiva*. Преобладающій инстинктъ у дѣтей отъ 3-хъ до 4-хъ лѣтъ самовозвеличиваніе съ стремленіемъ разрушать все, что не нравится. Ихъ помѣшательство проявляется извращеніемъ и неразумнымъ захватомъ того, что они видятъ, и крайней разрушительностью. Нестойкость дѣтства проявляется въ присутствіи болтливости, меланхолической депрессіи или возбужденія, маниакальной экзальтаціи и инстинктивныхъ стремленіяхъ. Температура, при которой у дѣтей начинается бредъ, является хорошимъ указателемъ конструкціи мозга и темперамента. У чувствительныхъ дѣтей t° появленія бреда лежитъ ниже. Voisin находитъ, что помѣшательство у дѣтей можетъ быть депрессивнаго и возбужденнаго типа. Депрессія можетъ доходить до *melancholia attonita*. Luys различаетъ періоды возбужденія, депрессіи и галлюцинаторныя состоянія. Forbes Winslow находитъ дѣтей способными къ переходящему умственному разстройству, не оставляющему никакихъ слѣдовъ.

Scherp считаетъ внезапно появляющуюся *mania furribunda* наиболѣе частымъ типомъ умственнаго разстройства у дѣтей. По Hammond'у, *mania* также является наиболѣе частой формой, но она у дѣтей является только пораженіемъ эмоцій и характеризуется появленіемъ бессмысленныхъ и непонятныхъ импульсовъ къ обману и насилию. Kirshhoff находитъ, что дѣти нейропатовъ и психопатовъ не только могутъ заболѣвать душевно отъ такихъ причинъ, какъ пищеварительныя разстройства, легкая лихорадка, прорѣзываніе зубовъ, а также и отъ неприятныхъ событій обыденной жизни. Умственная работа въ школѣ бысто ихъ истощаетъ. Pottier считаетъ, что идеи преслѣдованія у дѣтей отличаются нѣсколько специальнымъ характеромъ: онѣ безсвязны и изолированы. Dr. C. K. Mills считаетъ, что *paranoja* въ основныхъ своихъ типахъ не наблюдается у дѣтей, такъ какъ для систематизированнаго бреда параноика требуется извѣстная ступень развитія мозга, чего у дѣтей нѣтъ. Болѣзненная ревность можетъ быть въ ранніе годы и оказываетъ весьма губельное вліяніе на сердце ребенка. Любовь также очень рано можетъ обнаруживаться, какъ это видно изъ довольно часто бывающей страстной привязанности дѣвочекъ къ кукламъ. Байронъ, когда было ему 9 лѣтъ, страстно былъ влюбленъ въ маленькую дѣвочку 10-ти лѣтъ. Alfieri и Dante также начали влюбляться съ 9-ти лѣтъ. Патологическая тоска, страхъ и насильственные представленія также часто наблюдаются. Dr. Hurd рассказываетъ объ одной такой пациенткѣ 12 лѣтъ. Она начала бояться, чтобы кровь, протекающая у нея по пальцу, не повредила лицамъ, проходящимъ мимо нея. Вслѣдствіе того, что

соціальна боротьба захватываетъ субъектовъ все въ болѣе и болѣе ранніе періоды жизни, именно въ критическій періодъ, предшествующій зрѣлости, самоубійство, безуміе и преступность должны возрастать. Moreau de Tours далъ таблицу, изъ которой видно, что количество самоубійць съ 1861 по 1873 годъ все возрастаетъ среди дѣтей до 15-ти лѣтняго возраста. Griesinger сообщаетъ, что въ Англіи 6,1% самоубійць были дѣти до 10-ти лѣтняго возраста. Убійство у дѣтей не бываетъ, какъ правило, сознательнымъ актомъ. По всей вѣроятности, это дѣйствіе является раздражательнымъ. Дети слышатъ рассказы объ убійствахъ, но яснаго представленія путемъ размышленія оно составить не въ состояніи. Moreau de Tours цитируетъ случай, гдѣ 4-хъ лѣтній мальчикъ изрѣзалъ лицо десяти-мѣсячному младенцу. Esquirol наблюдалъ преждевременно созрѣвшую дѣвицу въ 8 лѣтъ, которая обнаружила стойкое стремленіе убить свою мачиху. Преступленія Romégué, мальчика-дьявола Массачусеттса, который убилъ и истязалъ много маленькихъ дѣтей, объяснялись присутствіемъ у него эпилепсіи. Поджогъ также часто наблюдается, какъ при маниакальныхъ, эмоциональныхъ и депрессивныхъ состояніяхъ, такъ и у дементовъ, слабоумныхъ и идіотовъ. Изнасилованіе бываетъ при преждевременной зрѣлости у обонхъ половъ дегенеративъ. Что касается до леченія всѣхъ этихъ состояній, то Jules Morel совѣтуетъ обращать особенное вниманіе на предрасполагающія и случайныя причины. Дегенеративное наслѣдство, полученное отъ предковъ, отражается весьма сильно, какъ на воспитаніи, такъ и на леченіи даже нейрастениковъ и истеричныхъ. Онъ говоритъ: «Если какая-нибудь страна имѣетъ великое счастье имѣть законъ для покровительства дѣтей, если авторитетъ достаточно силенъ для того, чтобы удалить дѣтей отъ родителей и воспитателей неспособныхъ и подлыхъ, если правительство образуетъ методически систему воспитанія этихъ несчастныхъ, то уже черезъ очень короткій промежутокъ преступность значительно уменьшится». Авторъ заканчиваетъ свою статью изреченіемъ д-ра Кіегпап'а: «Соединенные Штаты были основаны хорошо уравновѣшенными людьми, но эти люди не отличались осторожностью. Американцы скоро дойдутъ до уровня Риглянъ, которые ни о чемъ другомъ не заботились, кромѣ «хлѣба и зрѣлищъ».

*Я. Я. Трутовскій.*

**Dr. Коррен, Случай уремического психоза съ симптомами корковой слѣпоты (Charite-Anspalen, 1893).**

У одной первороженницы, заболѣвшей подъ конецъ беременности эклампсіей, спустя 14 дней по разрѣшеніи отъ бремени, явился амаурозъ.—Приступы закончились за 4 дня до родовъ.—Въ ночь—

б'локъ, спустя н'которое время исчезнувшій. 4 нед'ли посл' родовъ пациентка поступила въ нервную клинику, гд' констатировано сл'дующее. Значительное ограниченіе поля зр'нія обоихъ глазъ въ 3 квадранта, такъ что больная вид'ла верхнюю половину высокихъ предметовъ и правую—широкихъ. Больная описываетъ отд'льно предметы по воспоминанію, по окраск' ихъ и виду, мебель въ своей комнат' пересчитать не въ состояніи, также не можетъ представить себ' гд' и какъ она стоитъ. Не можетъ лечь въ постель, а также прибрать ее, когда встанетъ. Мужа припоминаетъ, какимъ вид'ла въ посл'дній разъ, прошлое забыто. Читаетъ несвязно, перескакиваетъ отъ строки къ строк' и пропуская слова, такъ какъ и зд'сь всегда беретъ далеко прав'е, ч'мъ нужно. Пишетъ неловко, удаляясь отъ прямой линіи, и наноситъ новое слово на только что написанное. Разговоръ безъ уклоненій, при хожденіи натывается на окружающіе предметы, схватывается за нихъ. Ручку дверей находить съ трудомъ. При чемъ правой рукой д'йствуетъ мен'е удачно, ч'мъ л'вой.—Больная слегка подавлена и боязлива, зам'тенъ ясный дефектъ интеллекта въ форм' временнаго подавленія памяти и способности соображенія. Разстройство въ сферахъ двигательной и чувствительной, также со стороны рефлексовъ, н'тъ.—Моча безъ б'лка. Относительно быстрое улучшеніе общаго состоянія и ограниченія поля зр'нія. Итакъ, расстройства зр'нія сводятся къ сл'дующему: 1) значительное ограниченіе поля зр'нія, 2) недостатокъ правильной оц'нки разстоянія—1 и 2 обуславливаютъ нетвердость походки и толчки объ окружающіе предметы, 3) недостатокъ ориентировки совм'стно съ слабостью оптической памяти вообще.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Beyer,** Къ патологій остраго галлюцинаторнаго сумашествія (Zur Pathologie der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit, Centralb. f. Nerwenheilkunde, 1894).

Не подлежитъ никакому сомн'нію, что группа душевныхъ забл'ваний, составляющихъ отд'лъ сумашествія, чрезвычайно обильна и разнообразна, и вотъ авторъ остановился на той частиц' этой бол'зненной формы, которая проявляется въ престар'ломъ возраст'е, между 48 и 56 годами жизни, и отличается особенно быстрымъ теченіемъ и спеціальной этиологіей. Посл' продолжительнаго нервного отягощенія, иногда тянущагося годы, наступаетъ короткій предв'стниковый періодъ депрессивнаго характера. За симъ быстро развивается острое сумашествіе съ массою иллюзій и галлюцинацій, соответственнымъ самочувствіемъ и моторнымъ раздраженіемъ. Явленія бол'зни не такъ жестоки, какъ при типичной бол'зни. Посл' 2—3 нед'ль затишья постепенно въ теченіи 2—4 нед'ль насту-

пасть выздоровленіе. Форма болѣзни даетъ возвраты черезъ 4—6 лѣтъ. Авторъ отдѣляетъ эту форму отъ меланхоліи, острой паранои, dementia acuta, бреда съ коллапсомъ, періодическаго бреда и абортивныхъ формъ сумашествія (amentia).

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Friedmann**, Первичный менструальный психозъ (Ueber die primordiale, menstruelle Psychose, Centralb. für Nervenheilkunde. 1894).

Авторъ наблюдалъ у двухъ дѣвушекъ 14 и 16 лѣтъ болѣзненное душевное состояніе, которое длилось отъ 3 до 4 недѣль, являлось періодически и выражалось сильнымъ подавленнымъ состояніемъ съ разстройствомъ сознанія; послѣ цѣлаго ряда возвратовъ отъ 2 до 10 приступовъ, съ упорядочиваніемъ менструацій, оно проходило и наступало выздоровленіе. Подобные случаи были описаны Schönthal' емъ (Arch. f. Psych. V. XXIII). Отъ типичнаго менструальнаго сумашествія данная форма отличается полнымъ отсутствіемъ психопатологическаго предрасположенія. Аналогично этому можетъ наступить, какъ бы случайный, кратковременный и однажды наступающій транзиторный приступъ тяжелаго психическаго расстройства во время менструацій, при которомъ также можетъ не быть ни наследственнаго отягченія, ни нервнаго предрасположенія. Этотъ «менструальный психозъ развитія» отличается благоприятнымъ предсказаніемъ и не можетъ быть отнесенъ къ группѣ типическихъ періодическихъ психозовъ. Авторъ кромѣ того указываетъ на благоприятное воздѣйствіе менструаціи на теченіе эпилепсін, съ чѣмъ не согласны Kirm, Wildermuth и др.

*Андрей Поповъ.*

**F. Jolli**, О гипнотизмѣ и умопомѣшательствѣ (Ueber Hipnotismus und Geistesstörung, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1893).

Авторъ указываетъ на отношеніе между гипнотизмомъ и умопомѣшательствомъ. Въ одномъ случаѣ оно можетъ быть чисто внѣшнимъ, когда больные случайно останавливаютъ свои бредовыя идеи на гипнотическихъ явленіяхъ, объясняютъ свое болѣзненное измѣненное самочувствіе дѣйствіемъ на нихъ гипнотизма, которому они на самомъ дѣлѣ никогда не подвергались. Въ другомъ случаѣ это отношеніе нѣсколько иное: надъ одной больной съ истеро-ипохондрическимъ состояніемъ были дѣйствительно производимы гипнотическіе сеансы, съ терапевтическою цѣлью; но на подготовленной почвѣ они дали поводъ къ образованію соответственныхъ бредовыхъ идей.— Не отрицая благоприятнаго вліянія гипнотизма при леченіи различныхъ нервныхъ болѣзней, авторъ однако прибавляетъ, что онъ иногда

можетъ принести и существенный вредъ, а именно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ имѣется нервная конституція. У такихъ людей гипнотизмъ не служитъ непосредственной причиной какихъ-либо болезненныхъ явленій, но, благодаря ему, скрытое до нѣкоторой степени, истерическое расположеніе вырывается наружу и проявляется тогда въ формѣ всевозможныхъ припадковъ. Авторъ приводитъ случай съ прогрессивной мышечной атрофіей, гдѣ послѣ гипнотическихъ сеансовъ, направленныхъ къ излеченію этого страданія, появились истерическіе судорожные припадки.—Затѣмъ авторъ обращается къ предмету демонстраціи: надъ больной, легко поддающейся дѣйствию гипноза, были произведены различные гипнотическіе опыты; изъ нихъ авторъ обращаетъ вниманіе, какъ на болѣе новый опытъ, описанный Крафтъ-Эбингомъ,—это на способность загипнотизированныхъ возвращаться къ представленіямъ дѣтства. Для объясненія этого явленія Крафтъ-Эбингъ представляетъ два предположенія: или это есть воспроизведеніе когда-то въ дѣтствѣ бывшихъ личныхъ качествъ посредствомъ извѣстнаго искусственнаго приема, или здѣсь идетъ рѣчь о воображаемой личности, о роли, созданной внушеніемъ, такъ какъ можно внушить любую роль; Крафтъ-Эбингъ рѣшаетъ вопросъ въ первомъ смыслѣ, между тѣмъ, какъ нашъ авторъ, не находя достаточныхъ доказательствъ, объясняетъ это явленіе просто способностью приспособляться къ внушенной роли.—Далѣе авторъ, на основаніи наблюденія надъ разбираемой больной, усматриваетъ нѣкоторое сходство между гипнотическимъ и истерическимъ состояніями въ томъ отношеніи, что обонимъ имъ свойственны лживость, выдумываніе и извращеніе фактовъ; поэтому, при наблюденіи такихъ больныхъ, совѣтуетъ быть осторожнымъ, иначе можно вывести интересные результаты, безъ всякой, однако, правдивости. (Такъ напр., эта больная выдумала цѣлую исторію о томъ, какъ ее гипнотизировалъ какой-то господинъ, цѣловалъ ее, имѣлъ съ ней половыя сношенія, тогда какъ у нея есть другой женихъ; все это она говорила въ состояніи гипноза; внѣ же гипноза она призналась, что она боится забеременѣть отъ своего жениха).—Слишкомъ часто производимые гипнотическіе сеансы могутъ вредно вліять на нервную систему, и то состояніе нужно признать патологическимъ, при которомъ больные засыпаютъ уже послѣ одного слова приказанія.

*Н. М. Плохинскій.*

**A. Seglas & G. Brouardel**, Преслѣдуемые самообвинители и преслѣдуемые одержимые (Persécutés auto-accusateurs et persécutés possédés, Archiv de neurologie, 1893, № 82).

Извѣстно, что лица, одержимыя классическимъ бредомъ преслѣдованія, имѣютъ въ основаніи своего бреда величіе и думаютъ, что

ихъ невинныхъ преслѣдуютъ изъ зависти и соперничества. Напротивъ того, меланхоликъ тоже преслѣдуемъ, только онъ страдаетъ за грѣхи, за которые и несетъ заслуженное наказаніе. Между этими двумя формами есть переходная, описанная Ballet. Подобный же случай описываютъ и авторы. Больная 43 лѣтъ; психопатологическая наследственность. Послѣ смерти мужа она связывается съ любовникомъ, который и служитъ главной исходной точкой бреда. Послѣдній въ сообществѣ съ ея сестрой преслѣдуетъ ее, она жертва, жертва страдающая не невинно, а за грѣхъ—связь съ любовникомъ. Все это дѣлается съ ней, чтобы искупить свои грѣхи. У больной были галлюцинаціи: двигательныя, органа рѣчи, зрительныя и слуховыя. Послѣднія ее обвиняютъ въ принадлежности къ полиціи, говорятъ ей, что она опасна, что она можетъ произвести холеру и т. п. Она не старается отомстить виновникамъ ея мученій, ибо она терпитъ не напрасно, служа примѣромъ для другихъ виновныхъ. Часто употребляя слова: наказаніе, мученіе, осужденіе, она никогда не говоритъ—преслѣдованіе. Словомъ, вся болѣзнь является въ видѣ бреда преслѣдованія съ тѣмъ только, что преслѣдуемая терпитъ по заслугамъ. Кромѣ описанныхъ случаевъ наблюдается еще одинъ видъ больныхъ бредомъ преслѣдованія, это преслѣдуемые одержимые (*persécutés possédés*). На первомъ планѣ у такихъ больныхъ стоятъ галлюцинаціи органа рѣчи, словесныя, слуховыя (*verbales, auditives*) и такія же зрительныя, половыхъ органовъ, чувства внутреннихъ органовъ и двигательныя. Кромѣ того наблюдаются психомоторныя пораженія, импульсивныя явленія, явленія насильственности съ присоединеніемъ къ этому измѣненія личности. Примѣръ: женщина 36 лѣтъ отправилась купить кофе, причѣмъ ей показалось, что лавочникъ хочетъ ее удержать. Она его оттолкнула и ушла, услыжавъ сзади, какъ онъ сказалъ: «ты раскаешься, что мнѣ отказала, ты умрешь медленною смертью». Пришедши домой, она поднесла руку къ головѣ и почувствовала электричество, кофе ей казался отравленнымъ. Благодаря слуховымъ галлюцинаціямъ, она выслушивала ругательства и пошлости. Галлюцинаціи зрѣнія. Ночь чувствуетъ, какъ кровать движется и танцуетъ. Она слышитъ шумъ, ей сдавливаетъ горло, сжимаетъ руки. Черезъ 5 лѣтъ новыя явленія. Она слышитъ голоса ртомъ, выходящіе изъ желудка; языкъ ея говоритъ противъ воли; она бѣгаетъ, ѣстъ и пьетъ безъ разбора. Ее толкаютъ къ злу, къ дурнымъ мыслямъ. Ей мѣшаютъ говорить и думать, что ей хочется. Она думаетъ, что лавочникъ нанялъ мужчину и женщину, они соединились съ ней, благодаря той монетѣ, которую однажды онъ далъ ей сдачи. Мужчина заставляетъ страдать женщину, а та, страдая, причиняетъ страданія и больной. «ибо мы одно» говоритъ послѣдняя. Женщина ей сказала: «я и ты

одно и то же, если ты видишь пламя, это значитъ передъ моими глазами свѣтъ, если меня убьютъ, ты умрешь». Она ненавидитъ женщину, причину своихъ страданій, а во всемъ винитъ лавочника. Въ исторіи болѣзни мы видимъ два періода. Въ первомъ болѣзнь мало чѣмъ отличается отъ обыкновеннаго бреда преслѣдованія, во второмъ же появляются новые симптомы, какъ психомоторныя пораженія, двигательныя галлюцинаціи, импульсивныя явленія и двоеніе личности. Иногда болѣзнь начинается прямо съ послѣдняго періода, что авторы подтверждаютъ исторіей болѣзни. У всѣхъ такихъ больныхъ идеи преслѣдованія имѣютъ мистическую окраску, они приписываютъ все разбойникамъ, дьяволамъ, духамъ, спиритизму и т. п. и приближаются этимъ къ идеямъ одержимости (*idées de possession*), при которомъ пораженіе психики гораздо глубже, чѣмъ при обыкновенномъ бредѣ преслѣдованія. Бредъ одержимости можетъ видоизмѣняться въ бредъ величія, или отрицанія. Въ заключеніе авторъ признаетъ существованіе особаго вида бреда, переходнаго между бредомъ параноика и бредомъ меланхолика. Кромѣ того онъ считаетъ нужнымъ выдѣлить особую разновидность бреда—бредъ одержимости, который можетъ переходить въ бредъ отрицанія.

*А. И. Ющенко.*

**Dr. Voisin**, Идіотія, наслѣдственность и умственное вырожденіе, психологія и обученіе идіотовъ (*L'idiotie, hérédité et degeneration mentale, psychologie et education de l'idiotie*).

Настоящее ученіе есть собраніе лекцій объ идіотіи, прочитанныхъ авторомъ въ Salpetriere въ началѣ 1893 года. Въ первыхъ двѣнадцати очень обстоятельно и ясно составленныхъ главахъ трактуетъ онъ о наслѣдственности вообще и въ особенности о передачѣ болѣзней, также о причинахъ замѣтно прогрессирующаго духовнаго вырожденія, послѣдую степень котораго представляетъ идіотія.— Причины такого вырожденія видитъ авторъ частью въ климатологическихъ и соціальныхъ соотношеніяхъ родства по восходящей линіи, а частью въ нервно-духовномъ, равно токсическомъ (алкоголь, опій, свинець, сифились) и бактеріальномъ пораженіи предшествовавшихъ поколѣній. Далѣе дѣло идетъ о вредныхъ условіяхъ, въ которыхъ могутъ находиться мать и плодъ; во время беременности въ нихъ авторъ также усматриваетъ причину идіотіи. Идіотъ, по опредѣленію автора,—индивидуумъ, у котораго или совершенно не развиты способности мышленія, ощущенія и движенія, или развиты недостаточно, равно также у котораго развитіе приостанавливается передъ рожденіемъ, или спустя нѣсколько лѣтъ послѣ него, вслѣдствіе хроническаго страданія мозга. Авторъ дѣлитъ всѣхъ идіотовъ на 4 категоріи: 1. Полная прирожденная или благопріобрѣтенная

идіотія, не излечимая. 2. Неполная прирожденная или приобретенная идиотія, съ лучшимъ предсказаніемъ. 3. Прирожденное или благоприобретенное тупоуміе, характеризующееся рудиментарными духовными и моральными способностями и наклонностями, вырожденіемъ и непостоянствомъ этихъ способностей. 4. Умственная слабость, выражающаяся недостаточной гармоніей и слабостью духовныхъ способностей. Далѣе идетъ обстоятельное изображеніе всѣхъ тѣлесныхъ и духовныхъ качествъ идиотовъ въ отдѣльности, при чемъ авторъ поясняетъ все примѣрами. На строгомъ выясненіи еще способнаго къ развитію остатка мыслительной области идиотовъ, авторъ основываетъ свой взглядъ на леченіе и воспитаніе ихъ, чтобы они не были бременемъ для себя и другихъ и по возможности стали полезными обществу.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Sollier**, Идиотія и тупоуміе съ точки зрѣнія носографіи (L'idiotie et imbecillité au point de vue nosographique, Archives de neurologie, № 83).

Всѣ авторы того мнѣнія, что идиотія и тупоуміе одна и та же болѣзнь и разница между ними состоитъ только въ степени пораженія. Авторъ съ этимъ не соглашается. Патологія ихъ дѣйствительно одна и та же, но этиологія, патологическая анатомія и симптомокомплексъ различны. Въ обѣихъ формахъ общее одно-умственные способности ниже нормы. Основа, какъ идиотіи, такъ и деменціи одна и та же—органическое пораженіе мозга; разница же между ними та, что при деменціи мы имѣемъ возможность прослѣдить источникъ пораженія, а при идиотіи онъ просматривается. При идиотіи мы наблюдаемъ судороги, запоздалую ходьбу, непроизвольное мочеотдѣленіе и проч. Всѣ эти явленія однако представляются только лишь симптомами болѣзни, какъ и самая идиотія. Отличіе тупоумія отъ идиотіи прежде всего заключается въ томъ, что первое не сопровождается явленіями, кои являлись бы симптомами органическаго пораженія мозга, у нихъ наблюдаютъ только явленія дегенераціи. Идиоты умираютъ въ очень большомъ числѣ, преимущественно въ дѣтскомъ возрастѣ, и при томъ умираютъ отъ недостатка жизненныхъ силъ; тупоумные достигаютъ гораздо болѣе поздняго возраста и умираютъ отъ случайныхъ болѣзней. Идиоты умираютъ отъ осложненій плохо устроеннаго и плохо питающагося организма, тупоумные умираютъ отъ интеркуррирующихъ болѣзней. Длительность жизни идиота приблизительно равняется длительности жизни деменса съ времени заболѣванія его центральной нервной системы и по день смерти; длительность же тупоумнаго весьма близко подходитъ къ длительности жизни здороваго человѣка. Подтверженіе находится въ

патолого-анатомическихъ данныхъ. Мозги идіотовъ всегда представляютъ органическія пораженія мозга, мозги тупоумныхъ—нѣтъ. Тѣ же результаты были добыты Bournevil'емъ и Morselli. Отношеніе эпилепсіи къ тупоумію таково: эпилепсія можетъ создавать слабоуміе, эпилепсія можетъ являться вслѣдствіе того болѣзненнаго явленія, которое вызвало и идіотію, и, наконецъ, эпилепсія сопровождается эпилептическимъ характеромъ и проч., но она никогда не даетъ тупоумія. Такимъ образомъ, тупоуміе есть состояніе, обусловленное функциональнымъ заболѣваніемъ нервныхъ центровъ, но никакъ не органическимъ. Тупоуміе составляетъ низшую степень умственной немоги и, представляя отдѣльный типъ, относится къ группѣ дегенеративныхъ психопатій. Идіотія не есть патологическая единица, а симптомъ органическаго пораженія нервныхъ центровъ въ дѣтскомъ возрастѣ и особенности ея обуславливаются этиологическими моментами. Такимъ образомъ, идіотія и тупоуміе представляются совершенно различными заболѣваніями.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Piper Hermann,** Къ этиологій идіотіи (*Zur Aetiologie der Idiotie*, Berlin, 1893).

Авторъ бывшіе подъ его наблюденіемъ случаи (416) раздѣляетъ на: идіотію съ судорогами и безъ нихъ, далѣе—приобрѣтенную и природенную. Онъ имѣлъ 310 случаевъ унаслѣдованной и 106 приобретенной идіотіи, изъ нихъ 70%—съ судорогами.—Интересно, что перворожденные какъ будто имѣютъ первенство и здѣсь (32% всѣхъ идіотовъ). Наложеніе щипцовъ въ одномъ лишь случаѣ совпало съ приобретенной идіотіей. Авторъ указываетъ, что чахотка у родителей наблюдалась въ 23% идіотовъ, душевное страданіе въ 14%; въ 10%—отецъ былъ потаторъ, въ 7% у родителей замѣчались судорожныя болѣзни, въ 5% сифились, въ 4% полная хлопотами жизнь матери за время беременности, въ 17% причина не ясна; въ другихъ случаяхъ наблюдалось слабоуміе родителей, предковъ и проч., въ 3% выкидыши, въ 2% причиннымъ моментомъ приостановки развитія послужило паденіе матери во время беременности и преждевременные роды; далѣе упоминается страданіе сердца и почекъ у родителей; въ одномъ случаѣ мать и отецъ были глухіе.—Скарлатина, дифтеритъ, тифъ въ 27%, корь въ 11%, рахитъ и воспаленіе мозга около 9%, тяжелые и длительные роды въ 6% приводятся въ числѣ причинныхъ моментовъ приобретенной идіотіи. Отношеніе идіотовъ мальчиковъ къ дѣвочкамъ (276:140), какъ 2:1. Отношеніе приобретенной идіотіи къ природенной 3:1. Въ общемъ авторъ подраздѣляетъ причины идіотіи на 3 группы: дѣйствующія во время утробной жизни, во время родовъ и въ годы отъ родовъ вплоть до зрѣлости.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Voesck**, Contagii сумашествія (De la contagion de la folie. Bulletin de med. ment. Belgique, 1893).

Общественное мнѣніе допускаетъ возможность передачи душевнаго расстройства отъ одного лица къ другому, — это правило, но только относительное, именно — при предрасположеніи даннаго лица къ заболѣванію, въ противномъ случаѣ служащіе при домѣ умашенныхъ должны были бы всѣ переболѣть. Авторъ дѣлитъ этого вида душевныя расстройства на двѣ группы: первая группа — это будетъ въ полномъ смыслѣ слова folie à deux, которая дѣлится на а) одновременное душевное заболѣваніе и б) сообщенное или навязанное душевное расстройство; вторая группа представляетъ собою нѣчто среднее между этими формами: а) душевное заболѣваніе, которое можетъ быть и одновременнымъ, и сообщеннымъ, напр. эпидемическое, демоническое расстройство; б) заболѣванія, отклоняющіяся отъ обычнаго типа folie à deux, — это эмотивное раздѣльное помѣшательство, какъ напр. одновременное самоубійство влюбленныхъ подѣ влияніемъ внушенія, — и с) случаи эпидемическаго проявленія, не вполне составляющіе душевное расстройство, какъ напр. эпидемія убійствъ.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr. А. П. Драгомановъ**, Объ убійствѣ въ состояніи нравственнаго помѣшательства, Труды русскаго медиц. Общества при Варшавскомъ университетѣ, 1893.

Изложивъ ученіе о нравственномъ помѣшательствѣ, авторъ приводитъ интересный случай убійства такимъ больнымъ женщиной безъ всякаго къ тому повода. Подсудимый представлялъ форму прирожденнаго нравственнаго помѣшательства.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. S. Bernardini et P. Petrazzani**, Нравственное помѣшательство и притворство (Pazzia morale e simulazione, Rivista Sperm. di freniat., 1893, f. IV).

Случай, благодаря которому авторамъ пришлось давать заключеніе на судѣ, заключается въ слѣдующемъ: G. часто болѣлъ въ дѣтствѣ. 14 лѣтъ вслѣдствіе паденія — сотрясеніе мозга; тѣмъ маниакальные приступы. Плохо учился, дурнаго поведенія съ жестокимъ характеромъ. Въ 1882 г., служа въ карабинерахъ, въ первый разъ обнаружилъ признаки психическаго заболѣванія. Въ 1885 г. снова заболѣлъ почти внезапно, вращалъ глазами, скрежеталъ зубами, возбужденіе, бредъ и попытка на самоубійство. Этотъ и два слѣдующіе года, находясь на свободѣ, провелъ въ странствіяхъ по Италіи и Франціи, стяжавъ вездѣ себѣ славу человека опаснаго. Въ 1888 году, опять, будучи солдатомъ, заболѣлъ возбужденіемъ

съ потерей сознанія. Признанный больнымъ, получилъ отставку. Послѣ этого G. нѣсколько разъ за продажу и фабрикацію фальшивыхъ денегъ попадалъ въ различныя тюрьмы и дома для душевно-больныхъ. Его поведеніе и состояніе умственныхъ способностей вездѣ подавало поводъ врачамъ оправдывать его, въ виду болѣзни, причемъ Amadei поставилъ діагнозъ *epilepsia larvata*; Oliva и Mazzoni тоже; затѣмъ нравственное помѣшательство. Giani и Antonini—*epilepsia psico sensoriale*. Въ 1893 году G. попалъ снова въ тюрьму, здѣсь онъ велъ себя такъ, что далъ возможность заподозрить психическое заболѣваніе. G. былъ препровожденъ въ заведеніе для душевно-больныхъ. Здѣсь въ первые дни на вопросы о прошломъ отвѣчалъ, что онъ не знаетъ; говорилъ, что у него плохая память, отрицалъ, что былъ когда нибудь въ тюрьмѣ; называлъ себя императоромъ Карломъ V, перечислялъ своихъ генераловъ, собирался приготовить монеты; жаловался на галлюцинаціи, заключающіяся въ томъ, что его преслѣдуютъ священники. Съ 17-го іюля сдѣлался покоенъ, велъ себя разумно, о прошломъ говорилъ, что ничего не помнитъ. Затѣмъ G. то велъ себя хорошо, заявляя, что онъ ничего не помнитъ о прошедшемъ, то вдругъ начиналъ называть себя императоромъ, просилъ дать ему матеріалъ для приготовленія монетъ, имѣлъ дурной аппетитъ, плохо спалъ и т. п. G. 30 лѣтъ. Кромѣ ассиметріи лица, малаго лицевого угла, низкаго и покатистаго лба, ничего особеннаго при физическомъ изслѣдованіи не найдено. Субъектъ съ грубыми чертами, съ плутоватымъ выраженіемъ лица, держитъ себя важно. Судя по его словамъ, имѣетъ громадныя дефекты памяти, которые главнымъ образомъ касаются тѣхъ событій, изъ-за которыхъ G. приходилось имѣть дѣло съ судомъ. Со стороны нравственнаго чувства громадныя пробѣлы, религіозное чувство для него почти чуждо. Рѣчь и письмо ничего особеннаго не представляютъ. На пораженіе психики указываетъ бредъ величія и никакой связи съ этимъ не имѣющія галлюцинаціи. Поведеніе также не соотвѣтствуетъ высокому мнѣнію о себѣ. На основаніи Status praesens и анамнеза авторы приходятъ къ заключенію, что G. дегенератъ. Его характеристика—легковѣрность въ желаніяхъ и неискренность. Въ особенности много данныхъ, указывающихъ на большой недостатокъ нравственнаго чувства. G. понимаетъ, что хорошо и что дурно, но онъ не чувствуетъ этого. На основаніи всего этого авторы ставятъ діагнозъ «*freposi morale*»—пораженіе нравственности. Далѣе, рассматривая все полученное и остановившись въ частности на амнезиі, обнаруженной больнымъ, и на его бредовыхъ идеяхъ, видно, что ни при одной психической болѣзни не наблюдается такого сочетанія, почему авторы считаютъ эти явленія—притворствомъ. Такимъ

образомъ, здѣсь нельзя допустить *epilepsia latvata*, которую другіе авторы предполагали. Въ заключеніе авторы считаютъ *G.* невмѣняемымъ и за свои поступки не отвѣтственнымъ, а посему рекомендуютъ для избавленія общества отъ вреднаго члена, помѣстить *G.* въ больницу.

*А. И. Ющенко.*

**Dr. G. Mingazzini**, О коллекціонизмѣ при различныхъ психическихъ заболѣваніяхъ (*Sul collezionismo nelle diverse forme psichopatiche*. *Rivis. spirim. di fren.*, 1893, Fasc. IV).

Очень часто встрѣчаются психическіе больные съ стремленіемъ собирать различныя вещи, часто ненужныя. Явленіе это называется коллекціонизмомъ. На это, однако, мало обращено вниманія и многіе не отдѣляютъ этой особенности отъ kleptomanіи. Kleptomanія, по *Maçs'u*, есть инстинктивное, неудержимое влеченіе къ кражѣ, постоянно побуждающее страдающихъ kleptomanіей завладѣвать чужой собственностью; это отдѣльная, самостоятельная форма болѣзни. Такъ думалъ и *Esquirol*; но потомъ *Dagonet*, *Ferrarese*, *Schüle* и др. доказали, что kleptomanія не самостоятельная болѣзнь, а симптомъ различныхъ болѣзней, напр. маніи, эпилепсіи и т. п. Kleptomанъ крадетъ, потому что ему необходимо красть, крадетъ, что попадется, нисколько не заботясь о томъ, что его поймутъ; украденнымъ никогда не пользуется, когда придетъ въ себя, раскаивается, возвращаетъ украденный предметъ, или его стоимость. Далѣе, существуютъ лица, которыя воруютъ предметы, чтобы собирать ихъ, благодаря чему такіе случаи приближаются уже къ коллекціонизму. Kleptomанію, выражающуюся стремленіемъ красть только извѣстнаго рода предметы, называютъ моноkleptomаніей, если крадутся различныя предметы — полиkleptomанія. Согласно съ такимъ дѣленіемъ случаи коллекціонизма можно раздѣлить: 1) моноколлекціонизмъ, когда предметомъ собиранія служатъ только опредѣленные предметы, 2) поликоллекціонизмъ — различныя предметы, 3) моноkleптоколлекціонизмъ, когда крадутся опредѣленные предметы для собиранія, 4) моноkleптополиколлекціонизмъ, если предметомъ собиранія служатъ различныя, а кражи извѣстныя только предметы и 5) полиkleптоколлекціонизмъ, если собираются и воруются предметы безъ различія.

Исслѣдованію подверглись 1342 челов., изъ нихъ 810 мужского пола и 832 женскаго. Авторъ подробно перечисляетъ предметы, служащіе для собиранія лицами, страдающими однимъ изъ видовъ коллекціонизма; приводитъ объясненія, данныя больными въ оправданіе своего поведенія; говоритъ о поведеніи коллекціонистовъ, когда собранныя различнымъ путемъ предметы у нихъ отбирались; все это подтверждаетъ исторіями болѣзней. Зависимость рода коллекціонизма отъ формы заболѣванія демонстрируется слѣдующей таблицей:

	Поликоллеціоністи			Моноколлеціон.			Поликлепто-и моноклептополиколлеціон.			Сумма всѣхъ поликоллеціон. (1+3)		
	Мужч.	Жен.	Всего	Мужч.	Жен.	Всего	Мужч.	Жен.	Всего	Мужч.	Жен.	Всего
Хроническая меланхолія. . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Ипохондрія . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Хроническая манія . . . . .	—	1	1	1	—	1	—	1	1	—	2	2
Циркулирующ. сумашествіе . . . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Вторичная деменція . . . . .	14	8	22	1	1	2	4	4	8	8	12	30
Эпилептическ. психозы. . . . .	1	4	5	—	—	—	1	8	9	2	12	14
Паралитическая деменція . . . . .	1	—	1	—	—	—	2	1	3	3	1	4
Старческая деменція . . . . .	1	2	3	—	—	—	—	2	2	1	4	5
Алкоголизмъ. . . . .	6	—	6	—	—	—	1	—	1	7	—	7
Тупоуміе . . . . .	2	3	5	—	—	—	3	2	5	5	5	10
Идіотія . . . . .	8	1	9	2	—	2	2	1	3	10	2	12
Нравствен. помѣшательство. . . . .	—	—	—	1	—	1	1	—	1	1	—	1
Всего . . . . .	34	21	55	5	1	6	14	19	33	48	40	88

Въ заключеніи авторъ говоритъ, что клептоманія и коллеціонизмъ суть совершенно различныя болѣзненныя явленія, но что здѣсь, какъ и вообще въ природѣ, скачковъ нѣтъ, а существуютъ промежуточныя формы между преступнымъ воровствомъ, клептоманіей и различными формами коллеціонизма. Моноколлеціонизмъ и моноклептоколлеціонизмъ встрѣчаются главнымъ образомъ у дегенеративовъ

безъ того, чтобы непремѣнно существовалъ опредѣленный психозъ. Поликлептоколлекціонизмъ наблюдается почти исключительно у психическихъ больныхъ, болѣзнь которыхъ наследственна, или приобретена. По мѣрѣ того, какъ стремленіе къ собиранію теряетъ односторонній характеръ, оно все болѣе приближается къ психическому заболѣванію. Поликоллекціонизмъ указываетъ на глубокое недоразвитіе, или расстройство психики. При заболѣваніяхъ, характеризующихся врожденными недостатками ума, страсть къ собиранію особеннаго діагностическаго прогностическаго значенія не имѣетъ. Напротивъ, въ такихъ болѣзняхъ, какъ меланхолія, манія, параноя и т. п., появленіе поликоллекціонизма, сопровождаемаго или нѣтъ клептоидными явленіями, имѣетъ дурное предзнаменованіе, ибо указываетъ, что данный психозъ переходитъ въ деменцію.

А. И. Ющенко.

**Dr. Morselli**, Измѣненіе голоса при душевныхъ болѣзняхъ въ отношеніи къ психическому состоянію (*Le alterazione della voce nelle malattie mentali in rapporto allo stato psichico*, Boll. delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso. Anno XV, N. II. 1893).

Авторъ трактуетъ объ измѣненіяхъ въ фонаціи и артикуляціи при душевныхъ болѣзняхъ, какъ характерномъ выраженіи расположенія духа.— Живая рѣчь сопровождается обычно жестами и авторъ отмѣчаетъ слѣдующее: 1) мимическія движенія, 2) эмотивная рефлекторная фонація, 3) подражательная фонація, 4) простая членораздѣльная фонація съ жестами, 5) комплицированная членосоставная рѣчь (полисинтетическая рѣчь). Микроцефалу свойственна эмотивная фонація рефлекторная; при слабой степени идиотіи проявляется подражаніе тонамъ *et cet.* Далѣе наблюдается уже подобіе дѣтскому лепету, особые гортанные звуки и т. д. *Hypertonia* бываетъ при сильныхъ душевныхъ волненіяхъ, наплывѣ идей и пр.— Гипофонія при противоположномъ состояніи; парафонія при тяжелыхъ состояніяхъ возбужденія субкортикальныхъ фоническихъ центровъ: дисфонія, наконецъ, при расстройствахъ центровъ рѣчи, какъ при *paralysis et cet.* Видоизмѣненія иногда комбинируются.— Обыкновенно параллели между силой голоса и аффектомъ не наблюдается при психозахъ. Умышленная афонія бываетъ при ложныхъ идеяхъ у меланхоликовъ и при идеяхъ преслѣдованія. Истерическій мутизмъ (какъ и при многихъ другихъ психическихъ страданіяхъ) не должно смѣшивать съ афоніей. То же касается транзиторной психической афоніи. Часто измѣняется состояніе голоса съ возбужденіемъ на  $\frac{1}{2}$ —2 октавы. Одни говорятъ на нижнихъ нотахъ, другіе верхними, иногда же тѣми и другими (идеи преслѣдованія и величія). При состояніяхъ возбужденія легко мѣняется голосъ.— Восклиданія, неж-

дометія вызываються аффектами, также рефлєкторно и импульсивно. При *melancholia anxiosa* рѣчь инспираторная. Повышеніе и пониженіе голоса, удареніе на словахъ и слогахъ не рѣдкость. Возбужденіе влечетъ повышеніе, депрессіи свойственно пониженіе. Иногда каждое слово произносится съ удареніемъ (величіе параноика), а то и каждый слогъ. Нѣкоторые говорятъ съ пафосомъ, другіе на распѣвъ или речитативомъ. При состояніи возбужденія наблюдается рѣчь богатая гласными А и И и согласными губными и зубными, депрессія вызываетъ обиліе гласныхъ О и У, а изъ согласныхъ носовыхъ и гортанныхъ. Быстрота рѣчи различна. Короткія слова приличны состоянію возбужденія, длинныя и комплицированныя преобладають при безуміи.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Moravcsik**, Истерическое помѣшательство (*Das hysterische Irresein, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Heft 1 u. 2. 1893*).

Указавъ на болѣзненные явленія со стороны нервной системы, наблюдающіяся еще въ дѣтскомъ возрастѣ у наслѣдовавшихъ неустойчивую нервную систему и потомъ уже проявляющуюся въ формѣ истеріи, авторъ далѣе указываетъ внѣшніе признаки дегенерации, наблюдающіеся у истеричныхъ; у нихъ часто бываетъ своеобразная форма черепа, характерная для эпилептика, низкій лобъ, постепенно суживающійся кверху, ибо *tubera frontalia* стоятъ близко другъ къ другу и лобно-височная его часть очень уплощена, крышеобразный изгибъ черепа на обѣихъ темянныхъ костяхъ; такой черепъ авторъ нашелъ въ 78,5% изъ 125 истеричныхъ; гидроцефало-рахитическій черепъ (кверху широкий) встрѣчается рѣже. Изъ всѣхъ этихъ 125 случаевъ авторъ нашелъ только 10,4% череповъ во всѣхъ размѣрахъ безъ значительныхъ аномалій образования; но послѣднему авторъ не придаетъ особеннаго значенія, ибо вполне нормальная форма черепа встрѣчается вообще рѣдко. Далѣе, неправильно образованные и расположенные ряды зубовъ; зубы малы, иногда надвинуты другъ на друга, растутъ двумя рядами; рѣзцы на своей задней и передней поверхности порозны, съ вырѣзками или какъ бы обрубленные. Ушные раковины малы и стоятъ не на одинаковой высотѣ, бывають вытянуты вверхъ и заострены въ верхней части; утонченная *helix* плотно прилежитъ къ *antihelix*; ушная сережка обыкновенно приросшая, или едва развита. Склера синевато просвѣчиваетъ (невропатическіе глаза) и сообщаетъ взору своеобразный мечтательный тонъ. Постояннымъ симптомомъ, какъ говоритъ авторъ, является пупиллярная дифференція при достаточно точной реакціи. Изъ этихъ 125 случаевъ въ 78,4% авторъ констатировалъ это явленіе, кромѣ 20 случаевъ, гдѣ она была

слабо выражена по причинѣ болѣзненного возбужденія. Интересно, что расширенный зрачокъ по большей части былъ на лѣвой сторонѣ (48% на лѣвой и 30,4% на правой сторонѣ); точно также чувствительныя нарушенія наблюдались чаще на лѣвой сторонѣ, если они были односторонними, и соответствовали расширенному зрачку. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ отсутствія пупиллярной дифференціи душевное волненіе (напр. исцугъ) проявляетъ ее. Дрожаніе рукъ и языка у истеричныхъ, опредѣлявшееся авторомъ при помощи Мареевскаго полиграфа, дало въ 1 секунду 7—8 колебаній; у эпилептиковъ столько же. Изъ всѣхъ 125 случаевъ автора 45 женщинъ съ истеріей, 76 женщинъ и 4 мужчины съ истеро-эпилепсіей. Авторъ говоритъ, что при истеріи существуетъ большая склонность къ самоубійству и въ случаяхъ автора наблюдалась у 33 женщинъ и 1 мужчины (27%), при чемъ у 18 женщинъ и одного мужчины одинъ разъ, а у 15 женщинъ нѣсколько разъ. На истерической основѣ могутъ развиваться душевныя болѣзни и не нейропатической природы; но при всякой формѣ истерическаго душевнаго заболѣванія всегда ясно проглядываютъ нейропатическія черты и общія истерическія свойства. По теченію болѣзни обыкновенно различаютъ острую и хроническія помѣшательства. Самой частой формой является острое или, лучше сказать, «проходящее душевное расстройство», являющееся обыкновенно послѣ внезапныхъ душевныхъ волненій и или предшествуетъ истеро-эпилептическому приступу, или составляетъ часть его, или же слѣдуетъ послѣ него. Транзиторная истеричная спутанность (*Verwirtheit*) длится обыкновенно нѣсколько часовъ или дней, являясь внезапно и быстро проходя; послѣ него больной помнитъ случившееся неясно или какъ бы во снѣ; эта форма болѣзни представляетъ смѣсь галлюцинаторнаго помѣшательства и маниакальной экзальтаціи. Содержаніе сознанія пріятное, непріятное, ужасное, полныя ужаса представленія, происхожденіе которыхъ обусловливается оживленными иллюзіями и галлюцинаціями съ соответствующей переменною настроенія; вообще, онѣ представляютъ извѣстные важные моменты изъ жизни больныхъ и преимущественно интересующіе ихъ случаи недавняго прошлаго и составляютъ матеріалъ ихъ бреда, многократно переиѣшанный съ весьма пестрыми, калейдоскопическими, фантастическими картинами, изъ которыхъ нѣкоторыя вызываютъ рѣзкія психомоторныя состоянія раздраженія: всѣ окружающіе событія, лица и предметы они ставятъ въ рамки ихъ бредовыхъ представленій, въ извращенной анти- или симпатичной формѣ; чаще всего здѣсь наблюдаются зрительныя и рѣже слуховыя иллюзіи и галлюцинаціи; въ области вкуса и обонянія болѣзненная перцепція почти не наблюдается, но аномаліи осязанія

и мышечнаго чувства часты, а гиперестезіи и анестезіи въ сознаниі больныхъ вызываютъ бредовыя представленія электризаціи, прижиганія, обвариванія, летанія, легкости, пораженія ихъ внутренностей *et cetera*; они видятъ родныхъ, друзей, то бросаются на угрожающіе фантастическіе образы дикихъ животныхъ (волковъ, тигровъ, львовъ), то окружены трупами, видятъ убійства, слышатъ насмѣхающіеся голоса; въ другихъ случаяхъ преобладаетъ маниакальное возбужденіе съ повышеннымъ настроеніемъ духа, но ходъ логики нарушенъ; такіе больные обыкновенно эротичны; картина болѣзни можетъ внезапно измѣниться. Транзиторное истерическое помѣшательство психически инфицируетъ другихъ истеричныхъ, находящихся въ томъ же помѣщеніи. Хроническія истерическія помѣшательства относятся къ формамъ меланхоліи, мани, ступора или параной; но онѣ слабо раздражаютъ соответственнымъ картинамъ болѣзни, развивающимся на не нейропатической почвѣ. Во всемъ ихъ появленіи онѣ гораздо поверхностнѣе, характерныя черты сглажены, неустойчивы, разнообразно, пестро разукрашены отъ присутствія неотносящихся сюда симптомовъ; нарушеніе душевнаго настроенія и сознанія не пустило глубокихъ корней, не послѣдовательно и не длительно; черезъ всю картину болѣзни красной нитью тянется опасеніе о тѣлесномъ здоровьѣ, стараніе возбудить сожалѣніе и стремленіе къ помощи. Причина ихъ меланхолической депрессіи суть гиперестезіи, парестезіи, невралгіи *etc.*; источникъ ихъ страданій—тоска; самообвиненіе бываетъ рѣдко, а если и бываетъ, то слабо выражено. При истерической мани главную роль играютъ эротическія черты характера; въ большинствѣ случаевъ здѣсь бываетъ неожиданное возбужденіе и внезапное ослабленіе; возбужденные больные, душевно безпокойные черезъ короткое время успокаиваются, чтобы потомъ снова придти въ прежнее состояніе; настроеніе духа ихъ не длительно возвышенное и они иногда плачутъ и жалуются на свою судьбу. При истерической параноѣ иллюзіи и галлюцинаціи зрѣнія играютъ главную роль; рѣзко у нихъ это переносится на любовь и *coitus*, что кто-либо за ними ухаживаетъ, преслѣдуютъ ихъ своей любовью; часто у нихъ возникаютъ идеи вліянія на нихъ издали при посредствѣ магнетизма, электричества, что ихъ хотятъ изнасиловать, что ихъ половые органы раздражаютъ и т. д. Насильственныя представленія здѣсь играютъ большую роль. Подъ видъ «*pseudoparanoja*» авторъ подводитъ такіе случаи истерическаго помѣшательства, гдѣ больные охотно говорятъ о бредовыхъ идеяхъ преслѣдованія, иллюзіяхъ и галлюцинаціяхъ, хотя и сознаютъ болѣзненность этихъ симптомовъ, но говорятъ о нихъ, чтобы привлечь на себя вниманіе и сдѣлать состояніе здоровья или, лучше сказать,

свою болѣзнь интересной; но это только слова о бредѣ, иллюзіяхъ и галлюцинаціяхъ, а не дѣйствительное ихъ существованіе. На истерической почвѣ, наконецъ, могутъ развиваться симптомы, раздражающіе прогрессивному параличу, которые, хотя даютъ и болѣе благоприятный прогнозъ, но могутъ оканчиваться и смертью.

Природу заболѣванія въ такихъ случаяхъ открываютъ общія истерическія явленія; тѣмъ не менѣе авторъ заявляетъ, что наряду съ истеріей и независимо отъ нея можетъ развиваться хроническій диффузный періэнцефалитъ.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr. Mitchel**, Поле зрѣнія у истеричныхъ (A further study of hysterical cases and their fields of vision, The Journal of nervous and mental disease, 1894).

Авторъ изслѣдовалъ въ вышеуказанномъ направленіи 25 истеричныхъ больныхъ, при чемъ нашель, что ахроматопсія въ томъ видѣ, какъ ее описалъ Gelezowski и другіе французскіе авторы, не наблюдалась у ихъ американскихъ больныхъ. Поэтому, ахроматопсія не можетъ служить дифференціальнымъ признакомъ между истеріей и нейрастеной и не стоитъ во взаимосоотношеніи съ другими проявленіями истеріи. У наблюдаемыхъ ими больныхъ поле зрѣнія для краснаго цвѣта оказалось болѣе расширеннымъ, — напротивъ, для зеленаго болѣе суженнымъ.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. А. И. Озерецковскій**, Истерическій отекъ, Труды общества военныхъ врачей въ Москвѣ, 1893.

Авторъ описываетъ слѣдующій случай. Солдатъ Т. А., 23 л. поступилъ въ госпиталь съ контрактурой и отекомъ въ правомъ голеностопномъ суставѣ, получившимися послѣ того, какъ онъ оступился, при чемъ на нѣкоторое время и потерялъ сознаніе. При осмотрѣ правая нога представляется въ положеніи equinovalgі, стопа и голень отечны, синефіолетоваго цвѣта, давленіе пальцемъ едва оставляетъ слѣдъ на отечномъ мѣстѣ. Чувствительность кожи къ прикосновенію и уколамъ и температурная на пораженномъ мѣстѣ вовсе уничтожена, — стопа въ состояніи подошвеннаго сгибанія, пальцы согнуты во всѣхъ суставахъ въ высокой степени, ни активныя, ни пассивныя движенія не возможны, болѣе нѣтъ ни субъективныхъ, ни при давленіи; температура кожи пораженной конечности понижена, фарадическая и гальваническая реакція уменьшены. Больной легко впадаетъ въ гипнотическій сонъ. Авторъ принимаетъ данное пораженіе истерическаго происхожденія и при этомъ дѣлитъ всѣ случаи истерическаго отека на три категоріи: 1) Отекъ ничѣмъ не отличается отъ обыкновеннаго отека — кожа блѣдная, опухоль пастозная, t° или

нормальна, или понижена; только этотъ отекъ ограничивается одной конечностью, или рѣже одной половиной тѣла. 2) Въ другихъ случаяхъ кожа ціанотична,  $t^{\circ}$  понижена, консистенція плотная; ясно обрисовывается, что это инфильтрація не только кожи, но и подкожной клѣтчатки; давленіе пальцемъ не оставляетъ слѣда вовсе, или только ничтожный. Типическимъ представителемъ этой группы отека можетъ служить демонстрируемый случай. 3) Въ третьей самой малочисленной группѣ истерическій отекъ напоминаетъ обыкновенную флегмону. Кожа красна,  $t^{\circ}$  повышена; опухоль резистентная; одновременная гиперестезія кожи. Добавьте, что иногда отекъ развивается вслѣдъ за ушибомъ. Дѣйствительно, такого рода отекъ хирургами принимался за флегмону и дѣло доходило до хирургическаго вмѣшательства. Къ общей характеристикѣ истерическихъ отековъ должно сказать, что они иногда неожиданно мѣняютъ свое мѣсто, и вовсе исчезаютъ. Къ такимъ вліяніямъ принадлежатъ судорожные припадки, душевныя волненія, регулы у женщинъ, врачевныя мѣропріятія, какъ напр., разрѣзъ и т. п. Истерическій отекъ не увеличивается отъ продолжительнаго стоянія. Продолжительность истерическихъ отековъ можетъ достигать двухъ и болѣе лѣтъ. Весьма часто, почти обычно, истерическій отекъ сопутствуетъ истерическую контрактуру или истерическій параличъ. Съ нимъ отекъ появляется, съ нимъ и исчезаетъ. Таково появленіе отека и у даннаго больного.

*Андрей Поповъ.*

**Д-ръ Космовскій,** Отекъ безъ бѣлка въ мочѣ, Труды Общества Архангельскихъ врачей, 1894.

Авторъ описываетъ слѣдующій случай. Дѣвица А., 24 лѣтъ, посредственнаго тѣлосложенія, изъ нейропатической семьи: отецъ, хроническій алкоголикъ, пилъ запоемъ, братъ тоже, старшая сестра страдаетъ приступами ясной истеріи съ судорожными припадками; lues'a въ анамнезѣ нѣтъ. Больная уже около 10 лѣтъ подвержена приступамъ головокруженія съ помраченіемъ на нѣсколько секундъ сознанія и не можетъ вспомнить, что съ нею въ это время происходило; но предшествующее приступу и слѣдующее за нимъ непріятное душевное состояніе, продолжительностью около полуминуты, пугаетъ ее—«страшно», «я боюсь». Подобные приступы появляются иногда и ночью, тогда она въ испугѣ вскакиваетъ. Нерѣдко также жалуется на сердцебіеніе, чаще всего появляющееся передъ и послѣ приступа. При многократномъ объективномъ изслѣдованіи, въ теченіе пятнадцати лѣтъ, никакихъ болѣзненныхъ измѣненій въ сердцѣ, легкихъ и почкахъ не найдено. Хотя подкожный жиръ у больной развитъ слабо, но объективныхъ признаковъ анеміи нѣтъ никакихъ. Регулы съ 12 лѣтъ, правильны, черезъ 4 недѣли, 3—5 дней,

умѣренны. Лѣтъ пять тому назадъ появился у больной сильный отекъ нижнихъ конечностей, доходившій до нижней трети бедра вверхъ. Вновь предпринятое тщательное изслѣдованіе внутреннихъ органовъ дало отрицательные результаты: сердце, легкія, печень, селезенка, почки болѣзненныхъ измѣненій не представляли. Въ мочѣ не обнаружено ни малѣйшихъ слѣдовъ бѣлка. Явныхъ признаковъ анеміи не было. Въ то время я не умѣлъ объяснить себѣ причины этого отека. Появился онъ послѣ горя, постигшаго больную—смерть матери. Въ виду того, что она стала нервно-раздражительной и приступы головокруженія и сердцебиенія участились, были назначены внутрь бромистые препараты, дигиталисъ, ландыши и пр., а также тоническія средства—желѣзо, хининъ. Кромѣ того, молочная діета и теплыя ванны. По истеченіи двухъ недѣль, отекъ прошелъ совершенно, не оставивъ никакихъ слѣдовъ. Но съ тѣхъ поръ онъ повторяется по нѣскольку разъ въ годъ; въ большинствѣ случаевъ ему предшествуетъ и какъ бы вызываетъ его какое нибудь душевное волненіе, иногда-же нельзя найти никакой видимой причины. Сначала эти отеки пугали больную, она «боялась водянки», и каждый разъ она обращалась ко мнѣ за совѣтомъ. Но потомъ мало по малу свыклась съ ними, и теперь обращается за совѣтомъ лишь тогда, когда отекъ достигаетъ значительной степени и долго держится. Эти отеки очень часто, продержавшись 3—7 дней, исчезаютъ безслѣдно, безъ всякаго иногда леченія. Изслѣдованіе мочи производится очень часто не только во время появленія отековъ, но и въ промежуткахъ между ними, но присутствія даже слѣдовъ бѣлка не обнаружено ни разу. Авторъ объясняетъ отекъ нервнымъ воздѣйствіемъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Массенъ,** Къ вопросу о патогенезѣ эклампсін, Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней, 1894, 1.

До сихъ поръ центръ тяжести пораженій при эклампсін представляли собою почки,—ихъ пораженіемъ старались объяснить ту аутоинтоксикацію, за коей слѣдовали явленія эклампсін. Въ настоящее время привлекается къ отвѣтственности печень. Уже раньше указано было изслѣдованіями проф. Павлова, Ненцкаго, Нави's Гопадзе, Энгера и многихъ другихъ изслѣдователей на роль печени въ совершеніи обмѣна веществъ. Доказано также и то, что при эклампсін ядовитость крови несравненно большая (Tarnier и Chamberlent, Pliqué и др.), чѣмъ въ нормальномъ состояніи, а также и то, что въ характерѣ и напряженности окислительныхъ процессовъ организма женщины, страдающей эклампсией, существуетъ большое уклоненіе отъ нормы. Повышаются въ количествѣ недоокисленные

продукты азотистыхъ веществъ и появляются въ большемъ количествѣ отбросы жизнедѣятельности клѣтокъ, производя тѣмъ автоинтоксикацію организма. Причину этой автоинтоксикаціи видѣли всегда въ поражениі почекъ. Изслѣдованія Bouffe de St. Blaise, De Lagadour, Schmorl'я, автора и др. указали, что при эклампсіи почти всегда происходитъ поврежденіе печени. Зная значеніе печени въ дѣлѣ обменна веществъ, становится понятнымъ, что въ автоинтоксикаціи организма при эклампсіи главную роль играютъ не почки, а печень. Авторъ настоящею работою вновь подтверждаетъ это мнѣніе. По его изслѣдованіямъ, при эклампсіи бѣлковыя вещества не могутъ доходить до крайнихъ предѣловъ окисленія; причина тому лежитъ въ недостаточной дѣятельности печени, именно: заболѣваніе печени влечетъ за собою пониженіе способности нейтрализаціи поступающихъ въ нее по воротной венѣ продуктовъ ненормальнаго процесса пищеваренія.

*Михаиль Поповъ.*

**Др. Мучникъ, Случай эритромелалгіи, Южно-русская медиц. газета, 1894.**

Авторъ описываетъ слѣдующій случай: больная Фрейда Ш., 55 лѣтъ, изъ мѣстечка Леово (въ новой Бессарабіи, пользуется дурной славой гнѣзда злокачественныхъ малярій), пользовалась вообще хорошимъ здоровьемъ и въ теченіе всей жизни была больна всего 2 раза незначительными заболѣваніями, не считая перемежающейся лихорадки, которою она обязательно страдаетъ за послѣдніе 10 лѣтъ ежегодно 2—3 мѣсяца. Лѣтомъ 1886 года она во время одного изъ пароксизмовъ лихорадки почувствовала сильную боль въ большомъ пальцѣ лѣвой ноги, которая затѣмъ распространилась по всѣмъ пальцамъ и по значительной части подошвы. Эти припадки появлялись послѣ этого ежедневно, продолжаясь около двухъ часовъ, послѣ чего оставался сильный зудъ по всей подошвѣ. Во время припадковъ больная чувствуетъ, что пораженная нога наполняется кровью, и даже, по ея словамъ, чувствуется біеніе сосудовъ. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ у больной появились такого же характера боли въ лѣвой рукѣ, причемъ послѣднія не всегда совпадали по временамъ съ болями въ ногѣ. За симъ въ скорости къ болямъ въ лѣвыхъ конечностяхъ присоединились боли въ головѣ, особенно въ лѣвой половинѣ ея, въ лѣвомъ вискѣ. По временамъ наступаетъ головокруженіе въ такой сильной степени, что почти теряется сознаніе, но тошноты и рвоты при этомъ не бываетъ. Въ свободные отъ болѣзненныхъ пароксизмовъ промежутки она первое время чувствовала себя сносно и свободно владѣла конечностями, но въ послѣднее время она уже постоянно чувствуетъ неловкость и затрудненное движеніе лѣвыми конечностями. При изслѣдованіи оказалось: на лѣвой ногѣ пальцы, особенно большой, представляются наощупь болѣе теплыми, слегка припухшими и темно-красными сравнительно съ правою конечностью. Краснота съ ціанотическимъ оттѣнкомъ рѣзко выражена на подошвенной сторонѣ пальцевъ и простирается приблизительно до линіи Лисфранка; на большомъ пальцѣ, на два сантиметра выше ногтя, одна болѣзненная точка. На лѣвой рукѣ боли сосредоточиваются въ 3 пальцахъ: большомъ, указательномъ

и среднемъ. На видъ они рѣзко отличаются отъ остальныхъ двухъ пальцевъ: они припухли и рѣзко цианотичны, какъ на тыльной, такъ и на ладонной поверхностяхъ, между тѣмъ какъ 4 и 5 пальцы совершенно нормальны. Движенія руки свободны, но мелкія движенія, въ которыхъ участвуютъ пальцы, значительно затруднены. Лицо всегда красно, conjunctivae гиперэмированы, височная артерія на лѣвой сторонѣ прощупывается въ видѣ извилистаго шнура и въ ней чувствуется пульсація; правая височная артерія не прощупывается. Общее самочувствіе плохое, силы постепенно падаютъ; съ болѣзненными припадками идутъ рука объ руку лихорадочные пароксизмы: ознобъ, чувство жара, ночные поты.

**Prof. Dr. H. Oppenheim und Dr. H. H. Noppe,** Къ патологической анатоміи хронической прогрессивной наследственной хорей (Zur pathologischen Anatomie der Chorea chronica progressiva, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1894).

Авторы описываютъ патолого-анатомическія измѣненія двухъ случаевъ наследственной хронической хорей. Сравнивая ихъ между собой, они стараются выдѣлить изъ нихъ тѣ, которыя имѣли непосредственное отношеніе къ упомянутому заболѣванію, и исключаютъ тѣ, которыя являлись посторонней находкой, встрѣчающейся и при другихъ заболѣваніяхъ. Къ измѣненіямъ перваго рода они относятъ маленькія величиною въ булавочный уколъ, макроскопически замѣтныя гнѣзда въ корковой и субкортикальной массѣ головного мозга, занимающія болѣе всего центральныя извилины, а также доли парацентральныя, окципитальныя и паріетальныя. Авторы рассматриваютъ ихъ какъ разсѣянный воспалительный процессъ съ исходомъ въ склерозъ: въ болѣе свѣжихъ гнѣздахъ наблюдаются измѣненія въ сосудахъ, геморрагіи и размноженіе клѣточныхъ элементовъ, тогда какъ въ старыхъ очагахъ преобладаетъ ткань фибриллярнаго строенія. Далѣе авторы отмѣчаютъ другую находку въ обоихъ случаяхъ — это исчезаніе маленькихъ круглыхъ клѣтокъ на границѣ перваго и втораго корковаго слоя. Третье, несомнѣнно важное измѣненіе въ спинномъ мозгу. Въ немъ поражены преимущественно передніе и боковыя пучки бѣлаго вещества; измѣненія не систематичны, не постоянны, и представляются различными на различныхъ срѣзахъ даже изъ одной высоты. Сущность процесса состоитъ въ разраженіи нейроглии и соединительной ткани и умноженіи сосудовъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ можно говорить даже о склеротическомъ процессѣ. Кромѣ этого, въ нѣкоторыхъ нервныхъ стволахъ (saphenus) найдена была дегенерация, но поставить ее въ прямую связь съ хореей авторы не рѣшаются. Макроскопически въ обоихъ случаяхъ найдена была атрофія мозговыхъ извилинъ, особенно центральной, а также извилинъ темянной и затылочной долей; извилины узки, борозды очень глубоки и широки. Затѣмъ авторы приводятъ результаты, полученные другими изслѣдователями (Klebs, Golgi, Gröppin и др.), и на основаніи

ихъ и собственныхъ изслѣдованій приходитъ къ тому заключенію, что милліарный разсѣянный энцефалитъ составляетъ существенную находку при хронической хорее и служитъ, вѣроятно, причиною болѣзни. Какъ послѣдовательное состояніе этого разсѣяннаго энцефалита мы можемъ наблюдать атрофію корки мозга, которая ясно можетъ быть доказана въ наружномъ корковомъ слоѣ, благодаря атрофіи маленькихъ круглыхъ клѣтокъ. Вслѣдствіе атрофіи коры часто наблюдается *hidrocephalus externus* (что и было въ одномъ изъ описываемыхъ случаевъ). Измѣненія, находимыя на мозговыхъ оболочкахъ, также вторичнаго происхожденія (перепончатые отложенія на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки). Измѣненія въ спинномъ мозгу исходятъ изъ нейроглии и сосудовъ;—можетъ быть, что интенсивныя, годами дліящаяся, раздраженія, проходящая по двигательному пути, сами въ состояніи были вызвать эти измѣненія въ ткани спинного мозга. Мускулатура при наслѣдственной хронической хорее обыкновенно неизмѣнена.

*Н. М. Плохинскій.*

**Dr. Reibold**, Острая психическая эпидемія (*Acute psychische Contagion in einer Mädchenschule, Berlin. klin. Wochenschrift, 1893*).

Авторъ однажды былъ приглашенъ въ школу, гдѣ произошло внезапно одновременное заболѣваніе многихъ дѣтей. Большинство изъ нихъ имѣло видъ спящихъ, голова опущена на грудь, ноги висѣли,—иныя были въ безсознательномъ состояніи,—третьи плакали и дрожали. Авторъ отдѣлилъ тѣхъ, кои были въ безсознательномъ состояніи,—ихъ было 10. Они покойно спали, дыханіе было ровное, глаза закрыты, пульсъ немного слабый, у нѣкоторыхъ были конвульсіи вѣкъ,—глаза подняты вверхъ,—мускулы у всѣхъ расслаблены. Вспрыскиваніе холодной водой ихъ разбудило и они могли возвратиться въ классъ. Большинство изъ нихъ принадлежало къ бѣдному классу. Передъ заболѣваніемъ они были въ церкви. Въ началѣ занятій одна изъ дѣвочекъ упала въ обморокъ и тотчасъ у  $\frac{1}{3}$  класса явилась эта картина. Подобное же явленіе эпидемическаго заболѣванія было въ *Vibergsch.*

*Андрей Поповъ.*

**Д-ръ С. Г. Суруччи**, Къ этиологій *Morbi Basedowii*, Сборникъ статей имени И. Н. Оболенскаго, 1893.

Послѣ краткихъ литературныхъ замѣчаній по вопросу о симптоматологій *Morbi Basedowii*, патологической анатоміи и теоріяхъ, выясняющихъ симптомокомплексъ этого страданія, авторъ приводитъ исторію слѣдующаго случая, который пришлось ему наблюдать въ факультетской клиникѣ проф. Оболенскаго. Случай этотъ тѣмъ интересенъ, что онъ указываетъ на возможность развитія *Morbi Basedowii*

путемъ рефлекса. Больная Г., дѣвица 20 л., поступила въ клинику 24-го января 1892 г. съ жалобой на сердцебіеніе, опухоль шев. выпячиваніе глазъ, задышку, дрожаніе рукъ, насморкъ и незначительную боль въ носовыхъ костяхъ. Кромѣ того, со времени болѣзни замѣтно стала ослабѣвать память и въ послѣднее время появилась нетвердость въ ногахъ и головокруженіе при стояніи съ закрытыми глазами. 1½ года тому назадъ почувствовала сердцебіеніе и одышку, а года три назадъ замѣтнымъ сдѣлался зубъ. Выпячиваніе глазъ появилось сравнительно недавно, мѣсяца 1½. Происходитъ изъ нейропатической семьи. При осмотрѣ больной констатированы: exophthalmus съ обѣихъ сторонъ, значительное увеличеніе щитовидной железы, пульсъ 124 въ мин. Во время пребыванія больной въ клиникѣ рѣзко бросалась въ глаза ненормальность ея психической сферы: беззаботно веселое настроеніе, порывы пѣть, танцовать, прыгать; иногда же состояніе смѣнялось тоской, общей разслабленностью и раздражительностью. Боль въ костяхъ носа. Утолщеніе слизистой оболочки нижнихъ и отчасти среднихъ раковинъ, въ особенности слѣва. Обычныя терапевтическія мѣры не дали никакого результата. 24 февр. сдѣлано гальванокаустическое прижиганіе правой нижней раковины. Уже на другой день наступило значительное улучшеніе: пульсъ палъ до 80 уд. въ мин. и дыханіе съ 30 до 24 въ минуту. Всѣхъ прижиганій было сдѣлано 8 и больная почувствовала себя настолько хорошо, что, считая себя здоровой, рѣшила уѣхать домой.

*И. Я. Платоновъ.*

**Dr. Gerhard**, о ненормальныхъ пульсаторныхъ явленіяхъ при недостаточности клапановъ аорты и при Базедовой болѣзни (*Ueber krankhafte Pulsationen bei Schlussunfähigkeit der Aortenklappen und bei Basedow'scher Krankheit, Charité-Annalen, 1893*).

Послѣ указаній на свою прежнюю работу о пульсаціи въ припухшей селезенкѣ при недостаточности клапановъ аорты и изъ сообщеніе Prior'a, авторъ передаетъ слѣдующій случай: Работница, 32 лѣтъ; наслѣдственные условія неблагопріятны; перенесла операцію въ 1889 г. по поводу *ruosalpingitis*. 3 мѣсяца жалуются на сердцебіеніе, выпячиваніе глазного яблока, плаксивость, потливость, дрожь, повременное охлажденіе членовъ, головную боль, шумъ въ ушахъ, боли въ области сердца.

*Status.* Ясный экзофтальмъ, начальный симптомъ Gräfe, значительная пульсирующая struma; dilatatio et hypertrophia лѣваго желудочка: систолическій шумъ, у верхушки особенно рѣзкій; 2-й тонъ *art. pulmonalis* не акцентуированъ, повременный перикардіальный шумъ у *sternum*. Пульсъ рѣдко ниже 100 ударовъ въ 1', иногда повышается до 200, въ послѣднемъ случаѣ онъ почти не ощущимъ.

иррегулярный, въ то же время усиливается дрожь, лицо багровѣетъ и замѣчается капиллярный пульсъ на покраснѣвшихъ мѣстахъ кожи; замѣчается на а. scugalis удвоенный тонъ. При положеніи на правомъ боку пальпируется ясная и сильная пульсація селезенки, именно на переднемъ концѣ ея. Печень не пульсируетъ. Электрическая реакція понижена; tremor; diarrhoea; моча ясная, безъ патологическихъ частей. Изъ 8 ранѣе замѣченныхъ авторомъ случаевъ въ четырехъ была пульсація селезенки, въ послѣднихъ 3 случаяхъ подобнаго страданія, бывшихъ подъ наблюденіемъ его, она также была, почему авторъ полагаетъ, что пульсація селезенки при указанномъ страданіи далеко не рѣдкость.—Онъ полагаетъ также, что, при обыкновенныхъ страданіяхъ съ компенсированной недостаточностью клапановъ аорты, селезенка можетъ пульсировать при припуханіяхъ остраго характера (инфекція); при Базедовой же болѣзни селезенка по мѣсяцамъ пульсируетъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Pierre Marie**, О природѣ Базедовой болѣзни (Sur la nature de la maladie de Basedow, Le Mercredi medic., 1894, № 9).

Авторъ, наблюдая одинъ случай тухоedematis, при леченіи ея инъекціями сока изъ щитовидной железы, замѣтилъ группу явленій, свойственныхъ Базедовой болѣзни: tachycardia, повышение температуры, бессонница, безпокойство, polyuria, albuminuria, неполная paraplegia, чувство жара, повышенное потоотдѣленіе. Это наблюденіе какъ бы служитъ подтвержденіемъ точки зрѣнія, согласно которой щитовидная железа есть источникъ Базедовой болѣзни; такое мнѣніе высказали Gautier, Moebius, Renaut и Joffroy. Авторъ, однако, съ этимъ мнѣніемъ не согласенъ на слѣдующихъ основаніяхъ: 1) ни въ одномъ случаѣ тухоedematis при леченіи ея впрыскиваніемъ сока щитовидной железы не наблюдались явленія гипертирозидаци, какъ exophthalmia и симптомъ Graefe; 2) съ этой точки зрѣнія совершенно необъяснимы тѣ случаи, гдѣ Базедова болѣзнь, вслѣдствіе сильнаго потрясенія, наступаетъ почти мгновенно. Съ этиологической же точки зрѣнія заслуживаетъ вниманія тотъ фактъ, что Базедова болѣзнь часто наблюдается при tabes. По мнѣнію автора, первоисточникомъ Базедовой болѣзни должно признать разстройство въ нервной системѣ (можетъ быть симпатической?) При этомъ роль щитовидной железы состоитъ въ томъ, что, подъ вліяніемъ нарушенной нервной системы, дѣятельность ея повышается, что влечетъ за собою гипертирозидацию организма со всѣми послѣдующими явленіями. Что касается леченія, то авторъ, на основаніи соображеній, оспариваетъ Gautier des Charolles въ его увлеченіи впрыскиваніемъ сока щитовидной железы, тѣмъ болѣе что другіе (Horsley) нашли ихъ бесполезными. Единственно надеж-

ное леченіе—хирургическое, такъ какъ при немъ, согласно статистикѣ Putnam'a, получается 80% благополучнаго исхода, при 10% смертности и при 10% состоянія болѣзни послѣ операціи безъ измѣненій.

*А. И. Ющенко.*

**Dr. Hezel**, Къ патологической анатоміи Базедовой болѣзни (Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie des Morbus Basedowi, Deutsch. Zeitsch. f. Nervenheilkunde, 1893).

Авторъ описалъ типичный случай Базедовой болѣзни: струма, неправильный пульсъ, 200, усиленное сердцебіеніе, высокая степень экзофтальма, Грефевскій и Штельваговскій симптомы,—смертельный исходъ отъ сердечной слабости. При вскрытіи головной, спинной мозгъ и симпатическая система оказались нормальными. За то рѣзкія измѣненія оказались въ трехъ шейныхъ узлахъ съ обѣихъ сторонъ: круглоклѣточковая инфильтрація сосудистыхъ стѣнокъ, особенно вонъ, отчасти суженіе сосудистаго просвѣта, иногда даже до облитераціи. Маленькія кровонзліянія, набуханіе ядеръ соединительнотканной капсулы узловъ, мѣстами размноженіе интерстиціальныиъ клѣтокъ и дегенеративная атрофія узловыхъ клѣтокъ. Vagus только мѣстами представлялъ измѣненія мозгового вещества. Въ щитовидной железѣ довольно рѣзкія измѣненія.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Maude**, О малозвѣстныхъ факторахъ въ Graves'овой болѣзни (Some less well-known factors in Graves's disease, Brit. med. Journ., 1893).

Полагають, что у больныхъ струмой Базедова болѣзнь не развивается,—авторъ же говоритъ иное. Изъ 55 случаевъ увеличенія *gr. thyreoideae*, отмѣченныхъ авторомъ среди 3000 населенія за послѣднія 6 лѣтъ, въ 12 была Базедова болѣзнь. За 10 лѣтъ (1881—1891 г.) неоднократно авторъ наблюдалъ случаи смерти больныхъ съ признаками пораженія *thyreoideae*; главнымъ образомъ это были женщины, почему авторъ склоненъ предполагать здѣсь же и Базедову болѣзнь. Съ больными подобнаго же рода авторъ встрѣчается въ госпиталѣ св. Варфоломея; онъ находитъ увеличеніе числа ихъ съ 1890 года и болѣе частое совпаденіе Базедовой болѣзни съ раньше бывшей струмой.—Онъ наблюдалъ тутъ же психозы (религіозная меланхолія, наплывъ бредовыхъ идей) головокруженія и пр.; наблюдавшійся иногда tremor охватывалъ флексоры рукъ. *mm. interossei* оставались не затронутыми. Этотъ tremor нѣсколько напоминалъ тотъ, который наблюдается у животныхъ послѣ удаленія *gl. thyreoideae*. Не рѣдки хорea, *dysphagia*, разстройство рѣчи (какъ при *sclerosis disseminata*) etc. Авторъ склоненъ объяснять сим-

итомокомплексъ Базедовой болѣзни интоксикаціей центральной нервной системы, именно medullae oblongatae. О натурѣ яда неизвѣстно ничего.—Авторъ ставитъ развитіе Базедовой болѣзни въ большую зависимость отъ состоянія gl. thyreoideae.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Johnston**, Базедова болѣзнь и ея причины (Clinical remarks on the exophthalmic goitre, The Lancet, 1893).

Авторъ устанавливаетъ противоположность болѣзненныхъ явленій при Базедовой болѣзни и миксѣдемѣ, каковую онъ приписываетъ различію въ отправленияхъ щитовидной железы. По автору, при Базедовой болѣзни избытокъ щитовидной железы, а при миксѣдемѣ—недостатокъ или отсутствіе. Сопоставляя явленія при той или другой болѣзни, авторъ даетъ такую таблицу:

<i>Щитовидная железа</i>	При Базедовой болѣзни увеличена.	При миксѣдемѣ отсутствуетъ или атрофирована.
<i>Кожа</i>	Обильный потъ, пониженная электрическая сопротивляемость.	Отсутствіе потовъ, повышенная электрическая сопротивляемость.
<i>Температура</i>	Неправильная, часто повышенная, ощущеніе жара.	Понижена, ощущеніе холода.
<i>Подкожная ткань</i>	Крайняя худоба.	Обильное отложеніе.
<i>Пульсъ</i>	Весьма быстрый.	Уменьшенный.
<i>Психика</i>	Раздражительность и возбужденіе.	Отупѣніе и подавленность.
<i>Отдѣленія крови</i>	Аменоррея.	Меноррагія.

То явленіе, что при Базедовой болѣзни щитовидная железа не всюду увеличена, не служитъ противорѣчіемъ, потому что это еще не говоритъ противъ увеличеннаго ея отдѣленія. Въ пользу этой теоріи говорятъ и тѣ случаи, гдѣ миксѣдемъ предшествуетъ Базедова болѣзнь. За эту теорію говорятъ и то, что при Базедовой болѣзни оказываютъ пособіе тѣ медикаменты, кои задерживаютъ отдѣленіе, какъ belladonna.

*Михаиль Поповъ.*

**Dr. Grube**, Къ вопросу объ этиологій Базедовой болѣзни (Zur Aetiologie der Basedow'schen Krankheit, Neurologisches Centralblatt, 1894, 5).

Авторъ въ теченіе послѣдняго года наблюдалъ случай рѣдкаго быстрого теченія Базедовой болѣзни съ летальнымъ исходомъ. Пересмотрѣвъ литературу вопроса, онъ нигдѣ не могъ найти достаточно яснаго объясненія такой быстроты теченія, почему предлагаетъ свою

теорію, по котрій въ основѣ страданія вообще лежить автоинтоксикація нервної системи, главнымъ, а можетъ и единственнымъ образомъ—*medullae oblongatae*, развивающаяся подъ вліянiемъ нѣкоторой инфекціи. Онъ высказываетъ три возможности: 1) инфицирующее начало прежде всего обусловливаетъ измѣненіе дѣятельности щитовидной железы, отсюда развиваются продукты, которые, вліяя токсически на центральную нервную систему, даютъ картину Базедовой болѣзни; во 2-хъ,—можетъ быть и такъ дѣло идетъ, что инфицирующее начало прямо и одновременно поражаетъ *gl. thyreoideam* и нервную систему. Наконецъ, 3-е предположеніе таково: инфекціонный агентъ, герп. токсинъ его, поражаетъ прямо прежде всего центральную нервную систему, откуда уже потомъ постепенно, болѣе или менѣе быстро, проявляется весь симптомокомплексъ этой болѣзни.—Въ основѣ является такимъ образомъ *poliomyelitis* или *encephalomyelitis medullae oblongatae*. Тяготѣніе предпологаемаго токсина къ *medullam oblongatam* авторъ пытается объяснить существованіемъ въ *medulla oblongata* особаго расположенія тончайшихъ сосудовъ, что, по его взгляду, должно облегчать дѣйствіе инфекціи именно здѣсь. Впрочемъ, по его мнѣнію, можетъ быть существуетъ особая чувствительность центровъ *med. oblongatae* къ токсину Базедовой болѣзни.—Считая такимъ образомъ, что въ основѣ страданія лежитъ инфекція, авторъ такіе моменты, какъ: испугъ, переутомленіе, страданіе женскихъ половыхъ органовъ и пр., считаетъ за предуготовляющіе почву моменты. Въ доказательство инфекціонной природы страданія авторъ приводитъ слѣдующія данныя: 1) эндемія и наследственное расположеніе къ зобу въ связи съ тѣмъ явленіемъ, что при такого рода зобѣ явленія Базедовой болѣзни развиваются много лѣтъ спустя. 2) Опуханіе железъ, найденное авторомъ и еще раньше отмѣченное Müller'омъ. 3) Наследственность Базедовой болѣзни.

*Андрей Поповъ.*

**Seglas**, Автоинтоксикація при душевныхъ страданіяхъ (*Des auto-intoxications dans les maladies mentales*, Arch. gén. de méd. 1893, Nov.).

Авторъ изслѣдовалъ токсичность урины въ 14 случаяхъ душевнаго страданія (острой галлюцинаторной паранои, *stupidität* etc.) зависящихъ отъ инфекціи, или въ основаніи которыхъ лежало нарушеніе обмѣна веществъ. Только въ двухъ случаяхъ изслѣдованіе удалось произвести съ желательной точностью и тщательностью, изъ нихъ въ одномъ—нормально было все, въ другомъ токсичность урины была уменьшена. Въ двухъ случаяхъ констатирована уробилинурия, кромѣ того урина содержала птомаинъ, инъек-

ція котораго подъ кожу лягушкамъ вызывали у нихъ черезъ четверть часа смертельный исходъ съ явленіями паралича. Токсичность крови была нормальна. Авторъ рекомендуеть: *goborantia*, осторожное повышение обмѣна веществъ, легкое крововызвлеченіе, ванны, *diaphoretica et diuretica*.—Въ своихъ случаяхъ онъ наблюдалъ лихорадку, быстрое поразительное исхуданіе и симптомы со стороны желудочно-кишечнаго тракта. Онъ съ большою осторожностью высказываетъ, что въ основѣ этихъ и подобныхъ страданій лежитъ автоинтоксикація.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Guyon**, Уринарные неврастеники (*Les neurastheniques urinaires*, *Annal. des maladies des organes—genito urinaires*, 1893).

Существуетъ цѣлая группа больныхъ, у которыхъ разстройство мочеотдѣленія не имѣетъ органическихъ основаній, а чисто функциональныя. Эти функциональныя разстройства мочеотдѣленія могутъ быть двухъ родовъ: отдѣлительныя и болевыя. По первому отдѣлу можетъ быть задержаніе мочи и не держаніе ея. Во всѣхъ случаяхъ этихъ разстройствъ со стороны больныхъ требуется непрерывное толканіе и напряженіе при отдѣленіи въ теченіе отдѣленія мочи. Присоединеніе къ этому механизму отдѣленія болей влечетъ за собою ошибочное признаніе существованія камней. Иногда нервнымъ больнымъ приходится ожидать начала отдѣленія мочи 10—15', что въ свою очередь вызываетъ неправильный выводъ о существованіи болѣзни простаты. Въ иныхъ случаяхъ отдѣленіе мочи бываетъ съ перерывами (занианье). Поликіурія, или учащенные позывы, сопровождаемые болями, возбуждаютъ мысль о циститѣ, но появленіе этого состоянія только днемъ указываетъ на его нервное состояніе. Въ иныхъ случаяхъ, напротивъ, является отсутствіе побужденій къ мочеотдѣленію.—Боли могутъ быть самостоятельными и появляются преимущественно въ ретіеиш, но могутъ иррадіровать на гестум, люмбальную и гипоастрическую область и проч. Степень и характеръ болей могутъ быть очень разнообразны. Половая способность этихъ лицъ значительно уменьшена; больные бывають въ возрастѣ отъ 25—30 лѣтъ.

*В. А. Тихоміровъ.*

**Dr. A. Lailier**, О пептонуріи у душевно-больныхъ (*De la peptonurie chez les aliénes*, *Ann. med-psych.*, 1894, 1).

Магго постоянно находилъ пептоны въ мочѣ больныхъ прогрессивнымъ параличемъ и пришелъ къ заключенію, что въ сомнительныхъ случаяхъ отсутствіе пептона въ мочѣ исключаетъ діагнозъ прогрессивнаго паралича. Массавруні нашель, что у душевно-больныхъ покойныхъ пептона въ мочѣ не бываетъ и что форма болѣзни не имѣетъ вліянія на присутствіе, или отсутствіе пептона. Чаше

пептонъ встрѣчается въ мочѣ безпокойныхъ больныхъ и особенно часто при инфекціонныхъ болѣзняхъ, воспаленіяхъ, туберкулезѣ и гангренѣ. Пептона, по Massabuni, не бываетъ въ мочѣ истеричныхъ, эпилептиковъ и пеллягрозныхъ. Chegon, процитировавъ различныхъ авторовъ, приходитъ къ заключенію, что присутствіе пептона въ мочѣ душевно-больныхъ указываетъ или на существованіе нагноенія въ организмѣ ихъ, или на то, что у даннаго лица прогрессивный параличъ. Все это побудило автора опубликовать свои наблюденія, которыя онъ дѣлитъ на 4 группы: къ 1-й группѣ относятъ изслѣдованія 20 совершенно здоровыхъ субъектовъ. Пептонъ найденъ былъ только у одного, т. е. 5:100. Во 2-й группѣ помѣщены наблюденія надъ 35 лицами съ соматическими болѣзнями, пептонъ встрѣчается у 15, т. е. 51,4:100. Къ сожалѣнію, діагнозовъ различныхъ болѣзней нѣтъ, выдѣлено только сахарное мочеизнуреніе, гдѣ пептонъ въ мочѣ встрѣчался очень часто во всѣхъ періодахъ этой болѣзни, что противорѣчитъ выводамъ Jaccoud, который находилъ пептонъ въ мочѣ диабетиковъ только въ очень тяжелыхъ случаяхъ. Къ 3-й группѣ отнесены лица, страдающіе различными душевными болѣзнями кромѣ прогрессивнаго паралича. На 20 случаевъ мании съ возбужденіемъ авторъ находилъ пептонъ въ мочѣ 8 лицъ, т. е. 40:100. У маниаковъ покойныхъ пептонъ найденъ только у одного изъ 20, т. е. 5:100. Изъ 50 больныхъ, страдавшихъ меланхоліей, пептонъ найденъ у 11 человекъ, послѣдніе имѣли дурной сонъ, аппетитъ и вообще ослабленное питаніе организма. На 40 случаевъ эпилептиковъ пептонъ былъ найденъ только у трехъ, при чемъ въ это время у нихъ припадокъ слѣдовалъ за припадкомъ много разъ. Что касается прогрессивнаго паралича, которому посвящена 4-я группа, то авторъ говоритъ, что дать общее правило на этотъ счетъ нельзя, ибо періодъ развитія болѣзни психической, сопровождающія его соматическія заболѣванія і условія питанія организма имѣютъ громадное вліяніе на образованіе и отдѣленіе мочи. Всего подверглись наблюденію 80 паралитиковъ, сдѣлано около 400 изслѣдованій мочи. 9 больныхъ находились только въ меланхолическомъ періодѣ прогрессивнаго паралича, только у одного изъ нихъ найденъ пептонъ, т. е. 11,11:100. 35 лицъ находились въ среднемъ періодѣ болѣзни, пептонъ у 25 человекъ, т. е. 71,42:100; и, наконецъ, у 36 болѣзнь достигла крайнихъ предѣловъ, пептонъ найденъ у 32, т. е. 88,88:100. Въ заключеніи авторъ говоритъ, что, въ виду того, что пептонъ встрѣчается нигда въ мочѣ здоровыхъ, больныхъ соматическими болѣзнями и у психическихъ не паралитиковъ, считать пептонурію признакомъ прогрессивнаго паралича нельзя.

г. И. Юценко.

**Prof. Zuccarelli A.**, Результатъ леченія oxaluriæ посредствомъ пиперацина Schering'a (Un successo di guarigione dell'ossaluria merce la piperazina Schering, L'Anomalo, 1893).

Авторъ приводитъ случай oxaluriæ у женщины 56 лѣтъ отъ роду, отецъ которой былъ подагрикъ, а братъ диабетикъ. Послѣ нечаяннаго испуга, у нея развились внезапно слабость ногъ, раздражительность, плохой сонъ. Леченіе ваннами не дало облегченія. Изслѣдовали мочу и нашли между прочимъ оксаллуровые кристаллы. Примѣненіе пиперацина дало благопріятные результаты: спустя нѣсколько недѣль кристаллы исчезли, а съ тѣмъ и общее и нервное состояніе улучшилось.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Roque Moseuzet**, Изученіе причинъ, симптомовъ и леченія парціальной эпилепсіи (Study of Causes, Simptoms and Treatment of Partial Epilepsy, The Alienist and Neurologist, 1894, January).

Авторъ прежде всего указываетъ, что главнѣйшей причиною парціальной или Джексоновской эпилепсіи являются опухоли мозга (gliomata, glio-sarcomata, psammomata, carcinomata или myxomata). Затѣмъ по частотѣ слѣдуетъ lues (gummata, osteomata и т. д.). Затѣмъ воспалительныя размягченія, meningitis, раненіе черепа, кортикальные абсцессы и геморрагіи, опухоли черепа и мозговыхъ оболочекъ, мозговые бугорки и атрофія. Симптомы Джексоновской эпилепсіи авторъ группируетъ въ двѣ главныя группы: 1) симптомы интервалловъ и 2) симптомы приступа. Первые бываютъ психическими, чувственными, моторными и трофическими. *Психическіе симптомы.* Главнѣйшимъ нужно признать интеллектуальную апатію. Память сильно ослаблена, а непосредственно послѣ припадка равняется 0, такъ что больные такого рода часто забываютъ свои имена. Вниманіе очень понижено; воспріятіе ослаблено; то же самое можно сказать и по отношенію къ аффективнымъ способностямъ. Интеллектуальный torpor—наиболѣе замѣтенъ непосредственно послѣ приступа. Иногда бываютъ приступы острой маніи. Галлюцинаціи слуха и зрѣнія не рѣдки; также бываютъ галлюцинаціи обонянія: больной слышитъ или обаятельные запахи, или, наоборотъ, весьма отвратительные. Афазія въ различныхъ формахъ встрѣчается, а также словесная глухота и словесная слѣпота, но послѣдняя очень рѣдко. Головокруженіе является однимъ изъ самыхъ постоянныхъ симптомовъ. Проявляется оно при различныхъ условіяхъ: или когда больной быстро идетъ, или когда наклоняется, или когда поворачиваетъ голову. *Сенсорные симптомы.* Головная боль—наиболѣе частый и наиболѣе безпокойный симптомъ. Она—острая ланцинирующая и остается по недѣлямъ безъ ремиссіи. Эта боль по своему характеру

походить на боль при уремии и meningitis. Въ другое время головная боль замѣняется ощущеніемъ полноты и пустоты. Мѣсто боли не всегда указываетъ мѣстоположеніе пораженія, которое ее вызываетъ. Бываютъ случаи, гдѣ она занимаетъ всю голову, а въ другихъ занимаетъ мѣсто противоположное тому, гдѣ по другимъ симптомамъ можно предполагать пораженіе. Въ связи съ чувствомъ зрѣнія можно упомянуть mouches volantes, scotomata, приливы, упорныя воспаленія conjunctivae, strabismus, neuritis optica, amaurosis, oedema papillae, геморрагію и атрофію соска. Такія измѣненія обыкновенно двухстороннія, хотя пораженіе обыкновенно одностороннее. Объясненіе подобнаго, повидимому, парадоксальнаго явленія сводится къ слѣдующему. N. opticus въ chiasma раздѣляется такъ, что нервъ каждой стороны снабжаетъ одноименныя стороны обѣихъ глазъ. Въ виду этого пораженіе нерва въ tractus opticus всегда вызываетъ появленіе симметричныхъ глазныхъ симптомовъ.—Разстройства слуха могутъ заключаться или въ ослабленіи, или въ полной его потерѣ. Иногда же бываетъ ясно выраженная hyperacusia. Чувство обонанія и вкуса обыкновенно остается интактнымъ, но въ весьма рѣдкихъ случаяхъ можетъ наблюдаться, какъ anosmia, такъ и исчезаніе чувства вкуса. Общая чувствительность подвергается тѣмъ же измѣненіямъ, какъ въ сторону полного ослабленія—анестезіи, такъ и въ сторону усиленія—гиперестезіи, доходящей до того, что больной не въ состояніи на себя надѣть одежды. *Моторныя симптомы.* Параличъ конечностей очень частъ, но весьма рѣдко полный, противорѣчащій тому, что имѣетъ мѣсто при hemorrhagiae, emboliae и т. д. Очень часто параличъ охватываетъ конечности одной стороны, а затѣмъ переходитъ и на другую, такъ что даетъ въ результатѣ параплегію. Это бываетъ или при существованіи многихъ опухолей, или вслѣдствіе помѣщенія опухоли въ такомъ мѣстѣ, гдѣ проходятъ волокна къ конечностямъ обѣихъ сторонъ. Сфинктеры сохраняютъ обыкновенно полную свою функцію. Эти параличи или стойки, или нѣтъ. Первые вызываются компрессіей нервныхъ волоконъ вслѣдствіе новообразованія, вторые зависятъ отъ циркуляторныхъ разстройствъ отъ воспаленія, отека и размягченія. Наблюдаются также пораженія равновѣсія, особенно когда пациентъ старается быстро идти, или когда онъ стоитъ съ закрытыми глазами. Atetosis Hammond'a наблюдается довольно часто. Контрактуры мышцъ конечностей наблюдаются, хотя гораздо позднѣе, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, гдѣ Джексоновская эпилепсія происходитъ отъ атрофіи мозговой корки. Параличи черепно-мозговыхъ нервовъ бываютъ обыкновенно на сторонѣ пораженія. Топографическое отношеніе между пораженіемъ и параличемъ конечностей очень различно. Иногда они занимаютъ ту же сторону, иногда

противоположную: на сторонѣ опухоли для черепныхъ нервовъ и на противоположной—для конечностей. Это наиболее частая форма, вслѣдствіе того, что опухоли располагаются или на основаніи, или по сосѣдству—мѣсто, наиболее удобное для производства двойного дѣйствія: прямое для черепныхъ нервовъ и перекрестное для нервовъ конечностей. То, именно, бываетъ, на примѣръ, при помѣщеніи опухоли въ правой церебральной ножкѣ на уровнѣ выхода общаго oculomotorius. Пораженіе этого послѣдняго будетъ на правой сторонѣ, пораженіе же конечности на противоположной—(перекрестный) альтернативный параличъ Guller'a, являющійся весьма цѣннымъ симптомомъ для діагноза опухолей основанія. Слѣдуетъ указать, что компрессіи черепныхъ нервовъ даютъ происхожденіе прямымъ параличамъ, если эти (компрессіи) имѣютъ мѣсто въ периферической порціи, и перекрестнымъ параличамъ, если онѣ имѣютъ мѣсто въ центральной порціи. Рефлексы вообще сохраняются или усиливаются.

*Трофическіе симптомы.* Вазомоторныя разстройства очень часты. Иногда больные ощущаютъ ледяной холодъ въ паретическихъ и паралитическихъ конечностяхъ; въ другихъ, наоборотъ, довольно сильный жаръ. Въ пораженныхъ конечностяхъ существуетъ атрофія, что доказываетъ различіемъ въ объемѣ здоровыхъ и пораженныхъ конечностей. Секреція пота то увеличена, то уменьшена; то же можно сказать и о секреціи сала. Иногда волосы на кожѣ выпадаютъ. Вслѣдствіе паралича нѣкоторыхъ мускуловъ дѣйствіе ихъ антагонистовъ становится доминирующимъ. Обыкновенно флексоры бываютъ преобладающими. Вслѣдствіе частичнаго пораженія мышцъ, нога и рука могутъ принимать самыя разнообразныя положенія. Нога можетъ представлять *pes equinus, varus, valgus et cet.* Общее состояніе удовлетворительное, иногда, впрочемъ, бываетъ рвота центрального происхожденія. Питаніе не нарушается: больные толстѣютъ, а иногда доходятъ даже до *obesitas*. Положеніе головы имѣетъ у такихъ больныхъ большое вліяніе на появленіе рвоты: если больного положить навзничъ, рвота тотчасъ прекращается и вновь возобновляется при вертикальномъ положеніи тѣла. Можно также наблюдать десквамаціи, поверхностную гангрену и неизбѣжную вазомоторную гангрену, локальную асфиксію конечностей Reynaud'a. Что касается до приступа болѣзни, то авторъ его расчленяетъ на *Aura* и приступъ. *Aura* можетъ быть сенсорная, моторная и вазомоторная. Первая можетъ заключаться въ появленіи анестезій и аналгезій; гиперестезіи рѣдки. Вазомоторныя сводятся къ ощущенію холода или, наоборотъ, сильнаго жара. Иногда эти ощущенія сопровождаются сильнымъ потомъ. Моторная обнаруживается локализованной дрожью въ одномъ или двухъ пальцахъ; появляется *atectosis Hammond'a*, при чемъ пальцы сгибаются и разгибаются попе-

режѣнно безъ всякаго порядка. Бываетъ *nystagmus*. Всѣ эти симптомы всегда появляются съ однѣми и тѣми же подробностями, такъ что субъектъ съ математической точностью въ состояніи предсказать появленіе приступа. *Приступъ*. Въ большинствѣ случаевъ наблюдается начальное сокращеніе, за которымъ слѣдуютъ бурныя клоническія судороги. Если конвульсіи начинаются въ верхней конечности, то онѣ прежде охватываютъ лицо, а затѣмъ нижнюю конечность; если же онѣ начинаются на нижней конечности, то сначала охватываютъ верхнюю, а затѣмъ лицо. Самый общій изъ наблюдаемыхъ типовъ, *facialis, brachialis et cubitalis*. Въ той части, которая первоначально охватывается судорогами, онѣ всегда сильнѣе. Потеря сознанія не постоянна. Въ теченіе приступа  $t^{\circ}$  тѣла нормальна, дыханіе и пульсъ учащаются. Послѣ приступа у нѣкоторыхъ пациентовъ наблюдается интеллектуальная апатія. Продолжительность приступа = 3'. *Леченіе*. Авторъ прежде всего указываетъ на старинный способъ, заключающійся въ томъ, что перетягиваетъ крѣпкой лигатурой конечности, въ которой появлялись судороги. Иногда при этомъ судороги дальше не распространяются; но вообще этотъ способъ вызываетъ у больныхъ такое безпокойство, что они отказываются подвергаться ему. Что касается до непрерывныхъ мушекъ, заволокъ, моксовъ, термокаутеризаций, то авторъ признаетъ за ними лишь временную пользу; то же и относительно огромнаго количества терапевтическихъ средствъ, которыя были рекомендованы для леченія этой болѣзни, какъ: *belladonna, hyosciamus, окись Zn, CuSO<sub>4</sub>, AgNO<sub>3</sub>, AuCl<sub>3</sub>, opium, samphora, bromat'ы* и т. д. Единственно радикальный способъ леченія, говоритъ авторъ, для Джаксоновской эпилепсіи есть хирургическое вмѣшательство. Правда, при сифиломахъ, вызывающихъ явленія кортикальной эпилепсіи, прекрасное дѣйствіе оказываютъ іодъ и ртуть, но и здѣсь, если въ теченіе 6 недѣль улучшеніе не послѣдовало, не нужно медлить и тотчасъ же слѣдуетъ приступить къ трепанациі. Авторъ заканчиваетъ свою статью сообщеніемъ, что въ Мексикѣ подобныя операциі были очень успѣшны.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Lannois**, Эпилепсія и тифозная лихорадка (*Epilepsie et fièvre typhoide*, *Revue de Médecine*, Nr. 6, p. 492, 1893).

Много говорили о благопріятномъ вліяніи на эпилепсію интеркурирующихъ, особенно лихорадочныхъ болѣзней. Авторъ рассказываетъ объ эпилептической больной, у которой флегмонозная рожа имѣла благопріятное вліяніе на эпилепсію, а брюшной тифъ неблагопріятное. Поэтому авторъ полагаетъ, что въ этихъ случаяхъ дѣйствуетъ не сама лихорадка, а токсическое начало. Токсины

могутъ быть выработаны или возбуждателями интеркурирующей болѣзни, или самимъ организмомъ, функціи котораго измѣнены. На основаніи перваго предположенія авторъ предлагаетъ леченіе инъекціями выдѣленныхъ продуктовъ *Staphylococcus aureus*.

**Dr. A. Cristiani**, Джаксоновская эпилепсія вслѣдствіе самоотравленія (*Epilepsia Jacksoniana da autointossicazione*, *Rivista sperim. di fren.*, 1893, f. IV).

Въ послѣднее время различными авторами описано нѣсколько формъ невропатій спазмодической формы, включительно до двигательной общей эпилепсіи, въ зависимости отъ отравленія различными ядами, развивающимися въ желудочнокишечномъ каналѣ. Мы имѣемъ описанія такихъ формъ Brieger'a, Bouveret, Devic, Massalongo, Rothau и др. Между тѣмъ еще никто не описалъ Джаксоновской эпилепсіи, развившейся подъ вліяніемъ тѣхъ же ненормальныхъ продуктовъ. Мужчина 52 лѣтъ, крѣпкаго тѣлосложенія, никогда не страдалъ какими либо болѣзнями. Отецъ—человѣкъ легко возбуждающійся, сестра—истеричка, сынъ умеръ въ дѣтствѣ отъ конвульсій, дочь страдала эклампсіей вслѣдствіе глистовъ кишечнаго канала. Всѣ органы въ предѣлахъ нормы, только желудокъ расширенъ. Температура нормальна, моча тоже. Съ 1892 года началъ жаловаться на желудочныя боли, появилось отсутствіе аппетита, тошноты, изжоги въ особенности утромъ, сжатіе въ области желудка, горькій вкусъ во рту, при обложенномъ языкѣ. Съ теченіемъ времени появились парестезіи, чувство жара и холода въ головѣ, или и во всемъ тѣлѣ, меланхолическое состояніе духа, раздражительность, головныя боли, тяжесть въ головѣ, потемнѣніе сознанія. Наконецъ, 8 сентября былъ первый припадокъ, начавшійся аврой, заключающейся въ чувствѣ жара въ области сердца. Лицо, сначала блѣдное, покраснѣло. Парестезіи сначала верхней, а потомъ нижней конечности правой стороны. Потемнѣніе сознанія. Конвульсивныя движенія конечностей правой стороны, заключающіяся въ клоническихъ сокращеніяхъ, доходящихъ къ концу припадка до дрожанія.

На лицѣ съ правой стороны клоническія сокращенія; глазныя яблоки повернуты въ сторону и кверху; скошенъ уголь рта. Лѣвая сторона не тронута. Зрачки расширены, неподвижны. Больной не падалъ во время припадка, послѣ него помнилъ все, только оставалась какая то подавленность, неспособность чѣмъ либо заняться, склонность ко сну, тяжесть и боли въ головѣ. Въ мочѣ послѣ припадка увеличеніе мочевины и фосфатовъ. Припадки продолжались отъ 5—10 до 15 минутъ. Бывали черезъ день по одному разу, а иногда и нѣсколько разъ въ день. Принимая во вниманіе отсутствіе другихъ этиологическихъ моментовъ, была допущена возмож-

ность зависимости припадковъ отъ желудочнаго заболѣванія, предполагая, что продукты, образующіеся въ желудкѣ, всасываются въ кровь и вызываютъ эпилепсію. Лечение, направленное противъ желудочнаго заболѣванія, повело за собой улучшение нервной болѣзни. Чѣмъ объяснить, что продукты броженія вызвали поражение только на одной сторонѣ мозга? Скорѣе всего это былъ locus minoris resistentiae, а потому ядъ, находящійся въ крови и разносящійся по организму, болѣе всего произвелъ измѣненій тамъ.

*А. И. Ющенко.*

**Dr. Cristiani e Marzocchi**, Рѣдкій случай прекращенія конвульсивныхъ припадковъ при эпилепсiи (Su di una singolare inibizione degli accessi convulsivi in un epilettico, Nuova Rivista, 1893).

Перечисляя работы Robert'a, Auboin'a, Cereuville, Roger'a, Laveran et Feissier'a, Mason'a и др., авторъ говоритъ, что до сихъ поръ ими указывались случаи, гдѣ страданія легкихъ и плевры влекли эпилептическія явленія или обуславливали усиленіе ранѣе бывшихъ: ему же удалось наблюдать случай съ совершенно обратнымъ исходомъ. Въ лечебницу поступилъ больной съ рѣзкими припадками эпилептическихъ конвульсій, а по временамъ у больного являлись признаки эпилептического сумашествія съ буйствомъ. Въ больницѣ X. заболѣлъ плевритомъ (серознымъ, перешедшимъ въ гнойный), при чемъ ему дѣлались антисептическія промыванія полости плевры. Спустя нѣкоторое время плевритъ исчезъ. Интересно, что появленіе плеврита, ухудшеніе его теченія и промыванія отзывались благопріятно на теченіи эпилептическихъ приступовъ и совершенно ихъ прекратили, улучшение же плеврального процесса сопровождалось ухудшеніемъ конвульсій. Авторы говорятъ, что и раньше замѣчалось благотворное вліяніе ревматизма и проч. на теченіе нервныхъ и душевныхъ страданій, и, наоборотъ, бывали случаи наступленія таковыхъ страданій вслѣдъ за ревматизмомъ и т. п. Не входя въ строгое выясненіе причины такихъ явленій вообще, авторы полагаютъ, что, быть можетъ, появленіе и теченіе плеврита сопровождалось развитіемъ въ организмѣ нѣкоторыхъ токсиновъ, дѣйствовавшихъ нейтрализующе на предполагаемые ими токсины, обусловленные эпилептическимъ страданіемъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. A. Pastena**, Лечение эпилепсiи бурой (La cura dell'epilepsia col borato di soda, Ann. di Neurologia, 1893).

По автору, нѣтъ не только средства, излечивающаго эпилепсію, но даже и облегчающаго припадки съ уменьшеніемъ ихъ въ количествѣ. Поэтому авторъ рѣшился испытать дѣйствіе буры при эпилепсiи, предложенной англійскими и американскими врачами. Съ хорошимъ результатомъ это средство применялось Féré, Dujond.

Mairer, Stewart, Gowers, Russol, Taylol, Pelizzari и другими. Лица, подвергшіяся наблюдению, находились подъ особымъ надзоромъ; какъ количество, такъ и качество припадковъ отмѣчались. Прежде чѣмъ начать лечение бурой, больные въ теченіе 15 дней ничего не принимали. Приведены 19 исторій болѣзней. Авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Буря радикально не излечиваетъ эпилепсін, 2) она уменьшаетъ количество припадковъ, ихъ продолжительность и интенсивность. 3) Двигательное и психическое возбужденіе, сопровождающее часто припадки эпилепсін, ослабляется. 4) Буря мало дѣйствительна при обыкновенныхъ эпилептическихъ головокруженіяхъ. 5) Буря не дѣйствуетъ парализующимъ образомъ на моторные центры, ибо она не уничтожаетъ возбужденія, слѣдующаго за конвульсіями. Авторъ думаетъ, что буря, какъ антисептическое и антиферментативное средство, мѣшаетъ въ желудкѣ образованію токсиновъ, которые и не поступаютъ въ кровеносную систему. Употребленіе буры повышаетъ процессы окисленія и больные увеличивались въ вѣсѣ отъ 8, 8—15 klgr. Не дѣйствуетъ измѣняющимъ образомъ на ночные припадки; Stewart говоритъ, что лица, имѣющія только днемъ припадки, въ періодъ леченія имѣли ночные и наоборотъ. 8) Буря не вліяла на появленіе изъязвленій слизистой оболочки рта. 9) Никакого вліянія не имѣла буря на пульсъ, дыханіе, температуру и рефлексы,—количество мочи увеличивалось. 10) Никакого вліянія на пищеварительный аппаратъ; если и вызывала рвоту, то это нужно объяснить непріятнымъ вкусомъ питья, такъ какъ прибавленіе ароматическихъ веществъ устраняло появленіе рвоты. 11) Употреблять бурю, начиная съ 4,0 grо die и доходя до 15,0, въ среднемъ 8,0 grо die. Употребленіе нужно продолжать около 3—4 мѣсяцевъ, чтобы видѣть эффектъ. 12) По сравненіи съ броматами буря лучше ихъ дѣйствуетъ на классическую эпилепсію, а противъ эпилептическихъ головокруженій нужно предпочитать броматы.

*А. И. Ющенко.*

**Dr. Alexander,** Лечение эпилепсін (Treatment of epilepsy, The Lancet, 1893).

Авторъ указываетъ на слишкомъ большое злоупотребленіе леченіемъ броматами эпилепсін и въ замѣнъ этого совѣтуетъ назначать бромъ съ содою. При этомъ онъ получилъ на 26 случаевъ въ 9 случаяхъ отсутствіе приступовъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, въ 15 уменьшеніе количества приступовъ, въ 1 болѣзнь осталась безъ переменъ и въ 1 приступы усилились. Явственно, что такое сочетаніе не представляетъ ничего особенно заманчиваго; но нужно дополнить, что во всѣхъ этихъ случаяхъ улучшилась умственная

и душевная дѣятельность. Наконецъ, сочетаніе вышеуказанныхъ средствъ оказываетъ и само по себѣ неблагоприятное воздѣйствіе на организмъ: разстройство желудка, потеря аппетита и вздутіе живота. Для устраненія этихъ неудобствъ, авторъ совѣтуетъ назначать смѣсь послѣ ѣды. Кромѣ того данное сочетаніе брома и буры производитъ кожныя сыпи, зудъ и потерю волосъ.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Dodd**, Сто случаевъ эпилепсін, — ихъ рефракція и леченіе очками (One hundred consecutive cases of epilepsy, The Brain, 1893).

Авторъ изслѣдовалъ рефракцію глазъ у 100 эпилептиковъ, при чемъ нашелъ въ 7 случаяхъ эметропію, въ 42 — простую гиперметропію, въ 6 — простую міопію, въ 42 — астигматизмъ и въ 3 случаяхъ анизометропію. По мнѣнію автора, при предрасположеніи лица къ эпилепсін, аномаліи рефракціи могутъ возбудить эпилепсін. И вотъ исправленіе аномалій рефракціи, совмѣстно съ другими средствами, можетъ излечить или облегчить существованіе эпилепсін.

Изъ 100 случаевъ автора въ 49 наступило выздоровленіе или улучшеніе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ аномаліи рефракціи были исправлены, а приступы все-таки продолжались, болѣзнь поддерживалась, очевидно, другими причинными моментами, хотя бы первою причиною были и аномаліи рефракціи. Во всѣхъ случаяхъ эпилепсін, помимо общаго леченія, должно тщательно изслѣдовать состояніе зрѣнія и, если окажутся какіе бы то ни было недостатки, должно ихъ немедленно исправить. Кромѣ того авторъ нашелъ въ 100 случаевъ только въ 23% наследственную судорожность явленій; за то авторъ въ 65% находилъ сильныя боли въ лобныхъ областяхъ головы, — боли въ остальныхъ частяхъ головы и слабѣе и рѣже. Въ 67% зрачки были расширены и въ большинствѣ этихъ случаевъ реакція была замедлена, въ шести случаяхъ зрачки были болѣе или менѣе сокращены и только въ 27 оказались нормальными. Въ 6 случаяхъ была непрозрачность хрусталика, повидному, врожденная.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Peterson**, Призрѣніе эпилептиковъ (On the cure of Epileptics, American Journal of insanity, 1894).

По мнѣнію автора, никогда не слѣдуетъ эпилептиковъ оставлять безъ леченія, ибо во всякомъ случаѣ, хотя и не большой, получается процентъ выздоровленія и значительно большій улучшенія. При этомъ необходимо примѣнять надлежащую работу, діету и леченіе. Особенно полезны земледѣліе и занятія на свѣжемъ воздухѣ. Не слѣдуетъ оставлять эпилептиковъ и безъ образованія. Развлеченіе и поддержка болѣе или менѣе веселаго настроенія также должны поддерживаться.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. René Semelaigne, Амбулаторный автоматизм (Automatisme ambulatoire, Annal. medico-psychol., 1894, 1).**

Подъ именемъ амбулаторнаго автоматизма описываются различныя явленія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ во время разговора больной, потерявъ сознание, останавливается, но черезъ нѣсколько секундъ опять приходитъ въ себя и продолжаетъ начатое. Въ другихъ случаяхъ болѣзнь выражается безцѣльнымъ стремленіемъ впередъ, при чемъ, когда такіе субъекты приходятъ въ себя, они не знаютъ, гдѣ они, куда зашли. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные совершаютъ цѣлесообразныя поступки, дѣлаютъ распоряженія совершенно разумныя, а, пришедши въ себя, ничего не помнятъ. Сознаніе почти всегда отсутствуетъ, но иногда оно существуетъ, недостаетъ только воли, чтобы воспротивиться стремленію къ движенію. Явленія автоматизма описывались еще въ древности:—такъ, философъ Тенонъ говоритъ, что Діогенъ Лаэртскій ходилъ во снѣ. Henricus ab Heerz упоминаетъ о священникѣ, которому ночью снялись разбойники, и онъ, спасаясь отъ нихъ, бѣгалъ по корридорамъ. Fodéré описываетъ случай, какъ одинъ монахъ зарѣзалъ настоятеля, при чемъ оказалось, что ему снилось, будто бы его мать убита настоятелемъ и онъ, мстя убійцѣ, зарѣзалъ его. Въ обоихъ послѣднихъ случаяхъ больные помнили сонъ и совершенно не помнили поступковъ, совершенныхъ ими ночью, благодаря сну.

Mesnet наблюдалъ истеричную женщину, которая во время истерическихъ припадковъ пыталась выброситься изъ окна, отравиться и т. п. Пришедши же въ себя, ничего не помнила. Bourgael рассказываетъ объ автоматикѣ матросѣ и Moreau объ одной дамѣ, что если коснуться къ нимъ во время припадковъ хотя пальцемъ, тотчасъ же приходили въ себя. Stevens et Hugues указываютъ на нѣкоего доктора М., эпилептика, который помнилъ, что было съ нимъ во время припадковъ автоматизма, но удержаться не могъ, ибо какая то высшая сила господствовала надъ нимъ. Meschede описалъ случай автомата-эпилептика, у котораго при вскрытіи былъ найденъ склерозъ праваго полушарія. Lolliot зналъ женщину, которая во время припадковъ занималась обычными дѣлами, пришедши въ себя, ничего не помнила, но при слѣдующемъ припадкѣ вспоминала подробности предыдущаго. Althaus указалъ на одного эпилептика, у котораго передъ припадкомъ автоматизма наблюдалась аура. Самъ припадокъ сопровождался тѣмъ, что больной оставлялъ свое мѣсто и трогалъ проходящихъ. Если его останавливали, онъ иногда падалъ и дѣлался нечувствительнымъ. P. Garper сообщаетъ такой случай: Молодой человекъ, какъ потомъ оказалось, страдающій истеро-эпилепсіей, былъ пойманъ на мѣстѣ

преступленія—выносили украденную мебель изъ магазина. Передъ слѣдователемъ сначала отказывался, говорилъ, что ничего не помнитъ. Во второй разъ все рассказалъ подробно, чтобы снова черезъ нѣсколько времени отказываться. Чѣмъ объяснить такія противорѣчія? Garnier объясняетъ ихъ тѣмъ, что если допросъ происходилъ въ свѣтлый промежутокъ, больной отрицалъ, ибо дѣйствительно ничего не помнилъ; если же это было во время автоматическаго припадка, онъ вспоминалъ происшедшее во время предыдущаго и рассказывалъ слѣдователю. Tissié описываетъ похождения одного молодого человѣка, который въ теченіе многихъ припадковъ побывалъ чуть не во всѣхъ городахъ и тюрьмахъ Европы, пока не попалъ въ госпиталь св. Андрея. Charcot описалъ случай автоматизма у молодого человѣка, страдающаго скрытой эпилепсіей. Duponchel различаетъ отъ амбулаторнаго автоматизма особую форму подъ именемъ амбулаторнаго детерминизма. Отличіе заключается въ томъ, что у больного сознание существуетъ, но надъ нимъ господствуетъ желаніе, которое заставляетъ больного идти противъ всѣхъ препятствій. Voisin опубликовалъ два случая автоматизма у истеричныхъ: затѣмъ Ireland случай съ офицеромъ, который, вошедши въ палатку, сообщилъ, что офицеры, находящіеся теперь у дверей, привезли приказъ приготовить 4 пушки, при этомъ онъ направился будить канонировъ. Удержанный товарищами, заснулъ, а проснувшись, ничего не помнилъ. Alcindor и Morat описали одинъ случай. Prout представилъ въ Академію больного истеричнаго, который во время припадка совершалъ разнообразнѣйшіе акты, проснувшись, ничего не помнилъ, во гипнотизированный припоминалъ всѣ событія припадка. Colin опубликовалъ два случая автоматизма: истеричный и алкогольный. Chantemesse, Souques опубликовали два случая у алкоголиковъ. Boëteau у истеричнаго. Изъ итальянцевъ мы имѣемъ наблюденія Filippi, Simplicі, Lombroso, Borri, Funaioli и Fr. Aveta, который различаетъ автоматизмъ съ сознаниемъ, при чемъ больной въ своихъ стремленіяхъ руководствуется цѣлю, это онъ называетъ амбулаторнымъ детерминизмомъ,—если же цѣль отсутствуетъ, но сознание существуетъ—автоматизмомъ безъ детерминизма, наконецъ, если и сознание отсутствуетъ—амбулаторнымъ автоматизмомъ въ полномъ значеніи этого слова. Самъ авторъ также наблюдалъ одинъ случай въ госпиталѣ Laëppek'a. Изъ всего вышензложеннаго совершенно понятно, какъ долженъ быть осмотрителенъ судебный врачъ при приговорѣ о вѣняемости совершившаго преступленіе.

*А. И. Ющенко.*

**Prof. Schultze, Ueber Akroparästhesie (Ueber Akroparästhesie, *Deut. Zeitschrift für Nervenheilkunde*, B. III, Heft IV и V).**

Prof. Fr. Schultze описываетъ, какъ особую форму нервного заболѣванія, своеобразное пораженіе кистей рукъ, иногда и пальцевъ ногъ. Еще раньше подобное же заболѣваніе было описано Nothnagel'омъ подѣ именемъ вазомоторнаго нейроза. Большею частью у женщинъ, иногда и у мужчинъ, послѣ 30-го года жизни на рукахъ (кистяхъ и пальцахъ), рѣже на стопахъ появляются парѣстезіи. Парѣстезіи проявляются въ формѣ ощущенія ползанія мурашекъ; иногда онѣ становятся очень болѣзненными и переходятъ на всю руку и ногу. Изъ-за болѣзненности можетъ появиться одеревенѣлость въ пораженныхъ частяхъ, движенія ихъ становятся замедленными и затрудненными. Появляются онѣ большею частью ночью или утромъ послѣ пробужденія, въ теченіе дня онѣ ослабѣваютъ. Зимой онѣ бывають чаще, чѣмъ лѣтомъ, и отличаются своей продолжительностью, существуютъ годъ и больше. Кожа обыкновенно не представляетъ измѣненій, хотя иногда она представляется болѣе блѣдной и холодной, красноты и *erithromelalg'ia* не замѣчается. Артеріи и вены также не представляютъ измѣненій. Чувствительность обыкновенно нормальна, иногда замѣчается гиперѣстезія и гипералгезія, а во время припадковъ и гипѣстезія.—Истерическихъ явленій не наблюдается. При давленіи на нервные стволы также не замѣчается болѣзненности. Атрофій не наблюдается. Больные иногда жалуются на слабость пораженныхъ частей. Болѣзненныхъ явленій со стороны суставовъ также не наблюдается. Nothnagel, при описаніи «вазомоторнаго нейроза», указываетъ на то, что поражались преимущественно кисти рукъ, геср. пальцы, и предплечье, ноги оставались свободными; у больныхъ всегда въ пораженныхъ частяхъ было ощущеніе холода, иногда ощущеніе зуда и боли. Обьективно наблюдалась гипѣстезія. Движенія кистью рукъ безъ измѣненій, хотя болѣе тонкія движенія во время припадка затруднялись, припадки наблюдались ночью или рано утромъ. Теплая вода, треніе значительно облегчали.

Въ работахъ другихъ авторовъ, какъ Putnani, Ormerod'a, Senkler'a, Bernhardt'a, описывается подобное болѣзненное состояніе. Saindby наблюдалъ иногда даже во всѣхъ 4-хъ конечностяхъ онѣмѣніе и коготье, холодъ въ рукахъ, двигательную слабость и посинѣніе кожи. Въ отличіе отъ другихъ авторовъ, Saindby думаетъ, что ослабѣваніе это находится въ зависимости съ нарушеніемъ функцій желудка и съ улучшеніемъ послѣднихъ исчезаетъ и нервное страданіе. Laquer въ 1893 году представилъ также 12 подобныхъ случаевъ. Авторъ задается вопросомъ, можно-ли обособить въ отдѣльную единицу симптомокомплексъ явленій акропарѣстезіи или нѣтъ? Въ пользу выдѣленія этихъ явленій въ особую форму говоритъ, по-

видимому, то обстоятельство, что нѣтъ какого-нибудь известнаго заболѣванія, съ которымъ можно было-бы идентифицировать акропарестезію Schultze. Съ другой стороны, трудно еще рѣшить, имѣемъ-ли мы здѣсь дѣло съ нейрозомъ, какъ это предполагаетъ Nothnagel, съ невритомъ или, наконецъ, съ какимъ-либо неизвѣстно гдѣ локализованнымъ страданіемъ нервной системы. Въ пользу предложенія Nothnagel'я говоритъ блѣдность пораженныхъ частей, ухудшающее дѣйствіе холода, благотворное вліяніе тепла и другихъ сосудорасширяющихъ средствъ, хотя, съ другой стороны, блѣдность кожи другими авторами не наблюдалась. Трудно также признать въ этомъ заболѣваніи neuritis чувствительныхъ нервовъ, такъ какъ не наблюдаются при этомъ болѣзненность при давленіи нервныхъ стволовъ и мышцъ и атрофіи. Врядъ-ли могутъ быть причиной этого страданія измѣненія въ головномъ и спинномъ мозгу, ergotism и периферическая форма tabes. Трудно также видѣть въ этомъ страданіи предвѣстника hyster'и или нейрастеніи, также надо отрицать принадлежность сего заболѣванія къ нейралгіямъ, по отсутствію болѣзненныхъ точекъ. Причиною болѣзни большею частью бываютъ холодъ и сырость, вліяніе нѣкоторыхъ химическихъ средствъ; хотя, съ другой стороны, непонятно, почему именно чаще всего поражаются женщины въ климактеріумѣ и почему болѣзнь наблюдается и у такихъ лицъ, у которыхъ не замѣчается вліяніе этихъ причинъ. У анемическихъ и слабыхъ субъектовъ акропарестезія проявляется чаще. О токсическомъ дѣйствіи другихъ какихъ-либо ядовъ трудно говорить, такъ какъ у больныхъ Schultze исключается вліяніе alcohol'я, мышьяка, ergotin'a, lues'a и т. д. Gerhardt указываетъ на нѣкоторое сходство между акропарестезіей и erythromelalg'іей, именно: и здѣсь, и тамъ поражаются концы конечностей, наблюдаются сильныя боли; обѣ эти болѣзни имѣютъ много общаго относительно этиологій и продолжительности теченія; хотя существующее при erythromelalg'и покраснѣніе и припуханіе пораженныхъ частей и главнымъ образомъ ногъ существенно отличаютъ это заболѣваніе отъ акропарестезіи, кромѣ того erythromelalg'іей заболѣваютъ преимущественно мужчины. Терапія этого заболѣванія нельзя сказать чтобы была успѣшна. Saindby, какъ уже упомянуто, возлагаетъ всѣ надежды на возстановленіе функцій желудка. Препараты фосфора и брома мало полезны. Bernhardt противъ ночныхъ болей употребляетъ большія дозы хинина, фенацетинъ и антипиринъ. Лечение электричествомъ является во многихъ случаяхъ особенно полезнымъ, полезны также теплыя ванны и мѣстное приложеніе тепла. Въ общемъ все-таки прогнозъ при этомъ заболѣваніи благопріятенъ, такъ какъ болѣзнь въ концѣ концовъ исчезаетъ, а, съ другой стороны, не осложняется

другими какими-либо тяжелыми симптомами. Въ работѣ автора помѣщено 12 исторій болѣзни,—приводимъ одну изъ этихъ исторій: Дама въ климактерическомъ періодѣ, безъ явленій истеріи, страдаетъ уже 6—7 лѣтъ чувствомъ ползанія мурашекъ и онѣмѣнія во всѣхъ пальцахъ рукъ, а послѣдніе два года и въ пальцахъ ногъ. Эти болѣзненные явленія появляются обыкновенно рано утромъ, около 4-хъ часовъ и лишаютъ ее сна. Послѣ продолжительнаго тренія, парѣстезіи исчезаютъ и днемъ не появляются. Время года вліянія не оказываетъ. Во время парѣстезіи руки не холодны, не блѣдны и не сини. Руки и ноги совершенно нормально окрашены, не атрофированы и не припухшія. Температура ихъ нормальна, артеріи и вены безъ измѣненій, чувствительность также безъ измѣненій.

*М. А. Трахтенбергъ.*

**Dr. Dinkler, Tabes dorsualis incipiens mit Meningitis spinalis syphilitica** (Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde, B. III, N. IV u. V).

Авторъ, указывая на то, что связь между сифилисомъ и *tabes dorsualis* большинствомъ авторовъ ставится внѣ всякаго сомнѣнія, а также и на взглядъ Strümpel'я относительно взаимной причинной связи сифилиса и *tabes dorsualis*, говоритъ, что взглядъ этотъ ни экспериментально, ни патологической анатоміей не подтвержденъ, такъ какъ не существуетъ разницы между склерозомъ заднихъ столбовъ въ зависимости отъ присутствія въ организмѣ сифилитическаго яда и склерозомъ заднихъ столбовъ отъ какой либо другой причины (вторичныя восходящія перерожденія заднихъ столбовъ). Съ другой стороны, въ литературѣ описано мало случаевъ *tabes dorsualis*, при наличности у заболѣвшаго субъекта еще явныхъ признаковъ сифилиса. Къ извѣстнымъ случаямъ Virchow'a, Duplaix, J. Hoffmann'a, Eisenlohr'a и Минора авторъ прибавляетъ свой случай. Клиническая исторія случая автора такова: г. N., 42 лѣтъ, инженеръ-голландецъ, происходитъ изъ нейропатической семьи. На 27-мъ году больной получилъ шанкръ; спустя пять лѣтъ женился, жена была два раза беременна. Первый ребенокъ, теперь 9-лѣтняя дѣвочка, совершенно здорова; вторая беременность окончилась выкидышемъ на 4-мъ мѣсяцѣ. Жена болѣе не рожала. Больной, живя въ Индіи, болѣлъ маляріей. Въ 1885 году острый циститъ, въ 1886 рвущія боли въ ногахъ и колющія боли въ груди вокругъ сосковъ, особенно съ лѣвой стороны, въ 1889 парѣстезіи въ ногахъ (ползаніе мурашекъ, засыпаніе), при ходьбѣ ощущеніе, точно ходитъ по резинѣ, мочеотдѣленіе затруднено, половая способность ослаблена, въ послѣдніе мѣсяцы частое сердцебіеніе съ ощущеніемъ тоски, разстройствъ при ходьбѣ нѣтъ, аппетитъ хорошъ, стулъ задержанъ. Экссессы in Vascho et Venere отрицаются, также не злоупотреблялъ

курениемъ, худой. Железы не увеличены. Рефлекторная неподвижность зрачковъ и суженіе ихъ, атаксія нѣтъ, двигательная способность хороша. Romberg'овскій признакъ отсутствуетъ, грубая сила мышцъ сохранена. Тактильное и температурное чувства нормальны, ясно выраженная гипалгезія съ замедленной проводимостью болевыхъ ощущеній, значительная продолжительность болевыхъ ощущеній на нижнихъ конечностяхъ. Гиперестезія даже при легкомъ дотрагиваніи къ спинѣ въ грудной и поясничной части. Кожные рефлексы нормальны, сухожильные на верхнихъ конечностяхъ нормальны, пателлярный правый слабѣе лѣваго, правый рефлексъ съ Ахиллова сухожилія отсутствуетъ, лѣвый вызывается только при помощи приѣма Jendrassik'a. Со стороны сфинктеровъ легкія явленія задержанія, половая способность ослаблена. Послѣ 30-ти ртутныхъ втираній (по 5,0 грамм. ежедневно) стрѣляющія боли и гиперестезія въ спинѣ безъ измѣненія. Рефлексы съ Ахиллова сухожилія исчезли; остальные рефлексы и расстройства чувствительности безъ измѣненія. 7-го ноября ночью болевой неожиданно скончался.

Секція дала слѣдующее: на лобной кости послѣ отдѣленія регистраніи неровная поверхность, но остеофитовъ не замѣчается, въ sinus longitudinalis посрединѣ его Пахионовы грануляціи, богатая кровью. Dura нормальной толщины. Подъ ріа въ области височныхъ долей и на основаніи мозга значительныя поверхностныя геморрагіи; ріа мозжечка приподнята вслѣдствіе сильнаго кровоизліянія, мозжечокъ кругомъ окруженъ жидкимъ слоемъ крови. Желудочки, включая и 4-й, свободны отъ крови. На art. basilaris два расширенія въ видѣ ампулъ, одно посрединѣ моста, другое у верхняго края его. Arteriae fossae sylviae такихъ измѣненій не представляютъ. Подъ ріа спинного мозга тоже то здѣсь, то тамъ видна выступившая кровь. На поперечныхъ разрѣзахъ funiculi gracilis сѣраго цвѣта, просвѣчиваютъ. Периферическіе нервы ничего особеннаго не представляютъ. Микроскопическое изслѣдованіе спинного мозга показало, что Goll'евскіе пучки перерождены главнымъ образомъ въ передней половинѣ спинного мозга по обѣ стороны fissurae longitudinalis posterior, а Burdach'овскіе въ среднемъ корешковомъ поясѣ; въ общемъ задніе пучки по сравненію съ передними и боковыми представляются болѣе блѣдными. Кромѣ того въ области 8-го шейнаго нерва въ заднихъ рогахъ и въ Lissauer'овскомъ поясѣ замѣчается исчезаніе волоконъ, въ верхней половинѣ 5-го груднаго нерва замѣчается перерожденіе въ Lissauer'овскомъ поясѣ и въ задней половинѣ заднихъ роговъ, въ Clarke'овскихъ пучкахъ многочисленныя атрофированныя и вздутыя ганглиозныя клітки и исчезаніе нервныхъ волоконъ, на высотѣ же 2-го груднаго нерва въ кліткахъ Clarke'овскихъ пучковъ замѣчается только вакуализація и скопленіе пигмента. На высотѣ 1-го и 2-го и поясничнаго нерва Clark'овскіе пучки мало измѣнены, Lesseuer'овскій поясъ на высотѣ 2-го поясничнаго нерва перерожденъ. Микроскопическое изслѣдованіе оболочекъ спинного мозга, ихъ сосудовъ и нейроглии дало слѣдующее: arachnoidea по всей длинѣ спинного мозга утолщена, при чемъ утолщеніе главнымъ образомъ зависитъ отъ видренія круглыхъ, овальныхъ и веретенообразныхъ

кѣтокъ съ сильно окрашивающимися ядрами, частью же отъ разращенія и разрыхленія уже переформированныхъ составныхъ частей. На высотѣ 5-го и 7-го грудного нерва на почвѣ диффузной *arachnitis* замѣчаются узелки изъ круглыхъ кѣтокъ и небольшого количества промежуточнаго вещества. Въ центрѣ узелковъ жировое перерождение, гигантскихъ кѣтокъ въ нихъ нѣтъ, отдѣльные сосуды не затромбозированы (открыты); такимъ образомъ, мы имѣемъ дѣло съ *gumata submilliaria*. *Ria* также особенно въ шейной и грудной части представляетъ явленія кѣточной инфильтраціи, частью поверхностной, частью въ видѣ узелковъ. Сосуды артеріи въ шейной и грудной части болѣе всего измѣнены, въ поясничной и хвостовой—очень мало,—измѣненія сводятся къ *endarteritis* съ облитерацией сосудовъ, вены, вслѣдствіе инфильтраціи ихъ стѣнки круглыми кѣточными элементами, также значительно измѣнены. Какъ измѣненія *ria*, такъ и сосудовъ должны быть разсматриваемы какъ результатъ сифилитическихъ измѣненій. Измѣненія нейроглии ничего характернаго не представляли, только на мѣстѣ отхожденія *sera rugamidal. posteriora* замѣчены небольшія гумозныя инфильтраціи, въ видѣ полосокъ, продолжающіяся между Goll'евскими и Burdach'овскими пучками. Во влагалищѣ нервныхъ корешковъ, особенно въ грудной части, кѣточная инфильтрація.

Такимъ образомъ, случай этотъ указываетъ, съ одной стороны, что *tabes incipiens* можетъ быть въ теченіе третичнаго сифилиса и что измѣненія въ такихъ случаяхъ такія же, какъ и при не сифилитическомъ *tabes'ѣ*. Съ другой стороны, подобные случаи учатъ и тому, что отсутствіе специфическихъ измѣненій сосудовъ, *ria* и т. д. не говоритъ еще за то, что случай *tabes* не въ зависимости отъ сифилиса, такъ какъ мы еще до сихъ поръ не знаемъ, спустя какое время послѣ сифилитической инфекціи развиваются ядовитые продукты жизнедѣятельности сифилитическаго яда и при какихъ именно условіяхъ проявляется ихъ дѣйствіе на организмъ. Выводы автора въ концѣ концовъ сводятся къ слѣдующему: случаи *tabes dorsual.* и явный сифилисъ очень часты, нужно только изслѣдовать тщательно оболочку и сосуды спинного мозга. Измѣненія заднихъ пучковъ въ такихъ случаяхъ ничѣмъ не отличаются отъ измѣненій въ тѣхъ случаяхъ, когда сифилиса нѣтъ. Гибель нервныхъ волоконъ при сифилитическомъ *tabes* сводится къ той же причинѣ, какъ и атрофія нервныхъ кѣтокъ въ ядрахъ продолговатаго мозга при сифилисѣ.

*М. А. Трахтенбергъ.*

**Проф. В. М. Бехтеревъ**, О звуковой проводимости и постукиваніи костей черепа и позвоночника, какъ методъ изслѣдованія нервныхъ болѣзней, Вѣстникъ неврологіи, т. II, к. 1.

Для опредѣленія звукопроводимости черепа, съ цѣлью установить очагъ внутрочерепного пораженія, авторъ предлагаетъ непрерывно звучащій камертонъ, приводимый въ движеніе постояннымъ токомъ,

тогда какъ прежде съ этою цѣлью прии́нялся обычный камертонъ, приводимый въ движеніе ударомъ. Съ цѣлью большаго удобства прии́ненія даннаго инструмента, авторъ установилъ камертонъ на деревянной подставкѣ, удобно накладываемой на черепъ. — Авторъ рекомендуетъ также производить и постукиваніе черепа.

*Михаилъ Поповъ.*

**Проф. В. М. Бехтеревъ**, Распределеніе паралича чувствительности и движенія при поражении боковыхъ частей нижняго отдѣла продолговатаго мозга и переходной области между продолговатымъ и спиннымъ мозгомъ, Вѣстникъ неврологін, т. II, в. 1.

Больной, получивши стрѣльную рану дробью въ затылочную и темянную область, представлялъ слѣдующія явленія: временный парезъ движенія, впоследствии совершенно исчезнувшій, болевую и температурную анестезію, рѣзкое притупленіе осязательной чувствительности и чувствительности къ давленію, при сохраненіи мышечнаго чувства на всей лѣвой половинѣ тѣла, за исключеніемъ лица. Первоначально полный параличъ, а современемъ лишь парезъ движеній, крайне рѣзкое притупленіе осязанія и чувствительности къ давленію и потери мышечнаго чувства на всей правой половинѣ тѣла, исключая лица. Анестезія всѣхъ родовъ чувствительности на правой сторонѣ лица, главнымъ образомъ въ области распространенія двухъ верхнихъ вѣтвей п. trigemini. Функции спеціальныхъ органовъ чувствъ зрѣнія, слуха, вкуса и обонянія замѣтно ослаблены на правой сторонѣ, т. е. сторонѣ анестезіи лица. Отвергнувъ въ данномъ случаѣ травматическій нейрозъ, авторъ полагаетъ, что здѣсь имѣется поврежденіе въ самой нижней части правой стороны продолговатаго мозга и въ передней области между продолговатымъ и спиннымъ мозгомъ, которое захватило между прочимъ чувствующіе проводники для болевыхъ ощущеній лѣвой половины тѣла и правый восходящій корень тройничнаго нерва.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Croussel**, Исслѣдованіе цвѣтовыхъ ощущеній у душевнобольныхъ (Recherches sur la perte de la sensibilité chromique dans les maladies mentales, 1893).

При деменціи существуетъ суженіе зрительнаго поля для цвѣтовыхъ ощущеній, при чемъ болѣе или менѣе потеряна чувствительность для фіолетоваго цвѣта. Это явленіе одинаково встрѣчается во всѣхъ случаяхъ деменціи, какого бы происхожденія ни была, не менѣе 10%. Въ большинствѣ случаевъ при этомъ наблюдается уменьшеніе зрительной остроты и свѣтовой чувствительности.

*В. А. Тихоміровъ.*

**Dr. Revertegat**, Клиническое изученіе галлюцинацій при меланхолии (Contribution à l'étude des hallucinations dans la melancolie, 1893).

При меланхоліи галлюцинаціи встрѣчаются болѣе, чѣмъ  $\frac{1}{3}$  всѣхъ случаевъ, при чемъ содержаніемъ ихъ служатъ предметы грустные, тяжкіе, устрашающіе и ужасающіе. Поражаются всѣ органы чувствъ, но чаще: слухъ, зрѣніе и тактильное чувство. Частота галлюцинацій стоитъ въ соотвѣтствіи съ формою: при меланхоліи съ сохраненіемъ сознанія онѣ почти отсутствуютъ,—при депрессивной довольно рѣдки,—при меланхоліи съ тоской—гораздо чаще и наибольшей частоты достигаютъ при ступорозной формѣ, когда онѣ развиваются почти всегда. Слуховыя галлюцинаціи преобладаютъ въ простой и депрессивной формахъ, а зрительныя—при ступорозной и меланхоліи съ тоской.

*В. А. Тихоміровъ.*

**Dr. F. Piccinino**, О происхожденіи такъ называемой пневмоніи *nervi vagi* (Sulla genesi della cosiddetta pneumonite del vago, *Annali di Neurologia*, 1893).

Filehne, перерѣзывая *corpora restiformia*, получалъ признаки Базедовой болѣзни—*Tachycardiam*, *exophthalmiam*, а одинъ разъ всю триаду этой болѣзни. Провѣряя эти наблюденія, авторъ нашелъ, кромѣ *tachycardiae*, *glycosuriae* и т. п., во всѣхъ случаяхъ пневмонію. Оперировалъ онъ надъ 13 кроликами и 2 собаками при соблюденіи антисептики, не вызывая кровотеченій. Кролики погибли на второй и четвертый день, одна изъ собакъ на второй, а одна была убита черезъ три мѣсяца, при чемъ было найдено сморщиваніе легкаго. Гистологическое изслѣдованіе легкихъ по перерѣзкѣ *corpora restiformia* также указало пневмонію. Такимъ образомъ, воспаленіе легкихъ получается не только при перерѣзкѣ *nervi vagi et recurrentis* (Freu, Charcot, Bianchi), но и *corp. restiform.* Bianchi, разсматривая пневмонію у паралитиковъ, объясняетъ ее нарушеніемъ питанія легкихъ вслѣдствіе дегенераціи *n-vi vagi*. Schou описалъ особую бациллярную форму. Изслѣдуя пораженныя легкія, авторъ не нашелъ микроорганизмовъ Schou, чаще сравнительно встрѣчалъ ланцетовидную бациллу Fraenkel'я и особенно часто особеннаго рода коккъ, подвижный, культивируемый лучше всего при 35—37° С. на желатинѣ, бульонѣ и агарѣ; питающую среду разжижаетъ, не окрашивается по Грамму, окрашивается обыкновенными анилиновыми красками. Авторъ, однако, не считаетъ этотъ организмъ единственной причиной пневмоніи. Кролику была вскрыта трахея, при чемъ въ верхнюю культу былъ вставленъ стеклянный стерилизованный шарикъ, а въ нижній отрѣзокъ изогнутая трубка, черезъ которую и проходилъ воздухъ. По смерти животного часть пораженнаго легкаго, взятаго у него, была впрыснута здоровому животному въ грудную полость и животное не заболѣло. Жидкость, собранная въ верхнемъ отдѣлѣ трахеи, была впрыснута 5

животнымъ. Двое изъ нихъ умерло отъ бронхопневмоніи, выраженной лучше на сторонѣ впрыскиванія. Въ другомъ опытѣ кроликъ въ перерѣзкѣ соgroга testiformia на второй день умеръ отъ двусторонней пневмоніи легкихъ,—часть легкаго, впрыснутая въ плевральную полость здороваго кролика, вызвала одностороннюю pleuropneumoniā съ слабо выраженнымъ поражениемъ легочной ткани. Затѣмъ авторъ впрыскивалъ кровь, добытую отъ умершаго вслѣдствіе воспаления легкаго животного, съ одной стороны здоровымъ кроликомъ, съ другой тѣмъ, у которыхъ перерѣзаны соgroга testiformia. У первыхъ найдена односторонняя, на сторонѣ впрыскиванія, pleuritis, а у вторыхъ билатеральная пневмонія. Выводы: 1) факторы, вызывающіе пневмонію вслѣдствіе пораженія vagi, многочисленны; 2) для происхожденія воспаления непременнымъ условіемъ нужно считать поврежденіе нервной системы; 3) микроорганизмы встрѣчаются различные, чаще diplococci Fraenkel'я и описанные авторомъ; 4) микроорганизмы эти могутъ вызвать только тогда специальную пневмонію, если нарушена дѣятельность p-vi vagi. *А. И. Ющенко.*

**Д-ръ Б. С. Грейденбергъ, Холера и психозы, Врачъ, 1893.**

Авторъ представляетъ обстоятельный историческій обзоръ даннаго вопроса и затѣмъ собственные случаи. Впервые о душевныхъ расстройствахъ при холерѣ говоритъ Esquirol. Послѣ его заявленія появились указанія Briere de Boismont и Cazeaux, Cheron, Bazin и Rayet. Всѣ эти данныя относятся къ эпидеміи 1832 г. Въ эпидемію 47—48 гг. появились наблюденія Krempin'a, Neumann'a и Delasiauve'a. Впослѣдствіи появились описанія случаевъ душевныхъ заболѣваній Müller'a, Mogel'я и Guislain'a. Въ 1866 Mesnet издалъ довольно обстоятельную работу о патогенезѣ и патологіи холерныхъ психозовъ, а въ 1868 van Holsbeck. За эпидемію 1884—1885 г. явились наблюденія Ball'я. Griesinger по этому поводу говоритъ слѣдующее: Послѣ холеры случаются иногда острые психическія расстройства, то въ видѣ временнаго бреда, отсутствія мысли, бессмысленныхъ дѣйствій, то въ видѣ припадка бѣшенства, большею частью непродолжительнаго, кончающагося утомленіемъ и сномъ, иногда въ видѣ нѣсколько болѣе продолжительной меланхоліи съ безумными представленіями, большими или меньшими явленіями психической слабости. Болѣе обстоятельныя описанія этихъ состояній даны Mogel'емъ, Delasiauve'омъ и Краерелин'омъ. Душевное расстройство при холерѣ можетъ наблюдаться: до заболѣванія ею, во время наибольшаго развитія или въ альгидномъ періодѣ холеры и въ періодъ выздоровленія. Душевные расстройства до холеры обуславливаются обыкновенно боязнью заболѣть холерой и выражаются почти всегда въ формѣ «холеробоязни» или въ формѣ насильствен-

ныхъ представлений. Холеробоязнь описана еще Axenfeld'омъ въ 1850 г.—Въ теченіе самой холеры душевныя разстройства могутъ появляться подъ вліяніемъ обильныхъ потерь соковъ, упадка дѣятельности сердца и нервныхъ центровъ и особенно разстройства кровообращенія. Разумѣется, нельзя при этомъ отвергнуть и прямого воздѣйствія холернаго яда на нервныя элементы, что было указано еще Mesnet и Reyer'омъ. Особенно рѣзко бываетъ выражено душевное разстройство въ альгидномъ періодѣ, проявляясь бурными мозговыми явленіями, судорогами и явленіями остраго бреда. Въ періодѣ поправленія отъ холеры, по Краерлин'у, психозы выражаются: въ формѣ остраго (маніакальнаго) возбужденія, меланхоліи и ступорознаго состоянія. Почти всѣ случаи послѣхолернаго психоза выздоравливаютъ въ теченіе 1—5 недѣль и немногіе случаи затягиваются на нѣсколько мѣсяцевъ. Авторъ описываетъ типичный случай остраго маніакальнаго возбужденія, развившагося у нѣсколькихъ предрасположеннаго къ тому лица въ періодѣ выздоровленія отъ холеры, черезъ 2 недѣли окончившійся выздоровленіемъ. Психозъ имѣлъ характеръ астеническаго психоза или психоза истощенія. *П. И. Ковалевскій.*

**Проф. Н. М. Поповъ,** Патолого-анатомическія измѣненія центральной нервной системы при азиатской холерѣ, 1893.

Авторъ занимался изслѣдованіемъ центральной нервной системы при азиатской холерѣ, при чемъ нашелъ, что въ данномъ случаѣ воспалительный процессъ охватываетъ безъ исключенія всѣ области центральной нервной системы. Въ спинномъ мозгу процессъ локализуется преимущественно въ бѣломъ веществѣ и переднихъ рогахъ. Ядра черепныхъ нервовъ и подкорковые узлы въ однихъ случаяхъ холеры терпятъ весьма существенныя измѣненія, въ другихъ же они страдаютъ сравнительно мало. Болѣзненный процессъ, какъ въ тѣхъ, такъ и въ другихъ имѣетъ самостоятельное теченіе. Въ большихъ полушаріяхъ головного мозга трудно указать какія либо опредѣленныя территоріи, пораженіе которыхъ являлось бы наиболѣе преобладающимъ, хотя сѣрое вещество почти всюду страдаетъ сильнѣе, чѣмъ бѣлое.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Goldscheider,** Полиоміелитъ (Ueber Poliomyelitis, Deutsche Zeitsch. f. klin. Medic., 1893).

По мнѣнію автора, первыми являются сосудистыя измѣненія, нервныя же клѣтки и волокна являются пораженными вторично и во всякомъ случаѣ въ зависимости отъ сосудистыхъ измѣненій. Тотъ же процессъ наблюдается и при множественномъ склерозѣ, при чемъ всѣ эти заболѣванія онъ принимаетъ за инфекціонныя.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Brissaud, Maladie de Little et tabes spasmodique, La semaine medic., 1894.**

Болѣзнь Little'я есть спазмодическая врожденная паралигія четырехъ конечностей, болѣе выраженная въ нижнихъ конечностяхъ, чѣмъ въ верхнихъ,—присущая дѣтямъ, преждевременно рожденнымъ, при чемъ спастическія явленія преобладаютъ надъ паралигическими,—конвульсивныя и интеллектуальныя расстройства отсутствуютъ,—склонна если не къ полному выздоровленію, то къ значительному улучшенію. Fournier считаетъ въ основѣ этой болѣзни сифилисъ, при чемъ данная болѣзнь служитъ причиною и преждевременныхъ родовъ. Авторъ же исключаетъ эту причину для всѣхъ случаевъ, хотя въ большинствѣ дѣйствительно сифилисъ играетъ серьезную роль. Внутриутробное питаніе несравнимо важнѣе внѣутробнаго питанія, при чемъ особенно въ послѣднюю недѣлю это питаніе важно для центральной нервной системы, которая въ это время, если не окончательно совершенствуется, то во всякомъ случаѣ получаетъ важнѣйшій импульсъ къ своему развитію. Преждевременные роды лишаютъ возможности ребенка получить этотъ жизненный импульсъ, почему преждевременно рожденный представляется недоразвитымъ и его доразвитіе послѣ рожденія требуетъ несравненно большаго времени, чѣмъ это было бы во внутриутробной жизни. Въ этомъ отношеніи особенно важно развитіе пирамидальнаго пучка, развивающагося въ послѣдній мѣсяць. Для его развитія въ утробѣ достаточно мѣсяца,—внѣ утробы же и годы не дадутъ ему надлежащаго развитія. Вотъ почему данная болѣзнь имѣетъ сходство со вторичнымъ склерозомъ, но болѣзнь Little'я отличается именно тѣмъ, что здѣсь-то будетъ недоразвитіе пирамидальнаго пучка и передача по оному патологическаго импульса, производящаго спастическое состояніе мускулатуры. Tabes dorsalis spasmodica отличается отъ данной болѣзни тѣмъ, что она развивается у взрослыхъ, при сформированныхъ уже пучкахъ и имѣетъ прогрессирующее, а не регрессирующее значеніе. Tabes dorsalis spasmodica имѣетъ въ основѣ своей пораженіе боковыхъ пучковъ, что доказано вскрытіями (Minkowski, Bernhardt, Sfrümpell, Pellizäus, Massalongo, Drechsfield, Sachs, Schulze, Unverricht, Krafft-Ebing, Leo Newmark). По мнѣнію автора, при Tabes проявляется наследственное предрасположеніе къ заболѣванію.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Marfan, Врожденная спазмодическая ригидность (болѣзнь Little'я) (La rigidité spasmodique congenitale, Presse medicale, 1894).**

Авторъ различаетъ три формы: 1) врожденную паралигическую ригидность: ноги искривлены внутрь, бедра сближены, колѣни

касаются другъ друга, самыя ступни имѣютъ видъ *vagus aequina*, контрактуры, весьма повышенные сухожильные рефлексy, флексія ноги вызываетъ эпилептоидныя движенія, ригидность преобладаетъ надъ параличемъ; 2) общая прирожденная ригидность: всѣ четыре конечности поражены, но нижнія больше, чѣмъ верхнія,—верхнія конечности на половину согнуты, локти обращены къ тѣлу, контрактура шеи вызываетъ *torticollis*, лицо неподвижное и одеревенѣлое, страбизмъ, нистагмъ, разстройство рѣчи и приступы задышки; 3) неполная форма вышеуказаннаго свойства (Marie); 4. осложненная двигательными явленіями: хорейскими, атетотическими, дрожью, атактическими явленіями, психическимъ разстройствомъ и обычными судорогами.

*В. А. Тихомировъ.*

**Prof. P. Marie**, Наслѣдственный спастическій спинно-мозговой параличъ (*Sur la paralysie spinale spasmodique héréditaire, Revue neurologique, 1893*).

Авторъ реферировать наблюденіе Штрюмпеля надъ больнымъ съ спастическимъ спинно-мозговымъ параличемъ, съ патологической наслѣдственностью. Дѣло касается субъекта 61 года, пробывшаго 12 лѣтъ на военной службѣ. До 27 лѣтъ субъектъ пользовался отличнымъ здоровьемъ, съ этого времени послѣ продолжительныхъ походовъ появляется неловкость въ ногахъ, одеревенѣніе, тугость суставовъ; до 1893 года болѣзнь прогрессируетъ, давъ въ концѣ картину типическаго спастическаго спинно-мозгового паралича; мышцы, чувствительность, мочеполовая сфера пребываютъ нетронутыми, на верхнихъ конечностяхъ повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ. Штрюмпель замѣчаетъ, что, судя по клинической картинѣ, слѣдуетъ признать первичную дегенерацію пирамидальнаго пучка, и что пораженія, которыя онъ нашелъ на аутопсіи въ случаѣ Gaupp (см. *Archiv f. Psych., t. X u. XVII*), были болѣе сложны; такъ, тамъ сверхъ того имѣлось пораженіе прямыхъ мозжечковыхъ путей и Голевскихъ пучковъ. Такимъ образомъ, заключаетъ онъ, дѣло касается болѣзни наслѣдственной, системной. Болѣзнь проявляется, начиная съ 25—35 лѣтъ или немного позже, у субъектовъ до того совершенно здоровыхъ. Первый симптомъ заключается въ видоизмѣненіи походки, которая зависитъ не отъ мускульной слабости, а отъ большей тугости, оцѣпенѣнія,—походка спастическая. Черезъ десять и болѣе лѣтъ присоединяется парезъ или даже осложненный параличъ нижнихъ конечностей. Подвижность верхнихъ конечностей, языка, губъ рѣдко нарушается и чаще много позднѣе и въ меньшей степени. Могутъ существовать нѣкоторыя измѣненія термическаго чувства и весьма легкія нарушенія пузыря.

*И. Н. Елизарянцъ.*

**Dr. Dinkler**, Заднепучковый склерозъ и дегенерація сѣраго вещества переднихъ пучковъ спинного мозга (*Hinterstrangsklerose und Degeneration der grauen Vordersaulen des Rückenmarks*, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, B. IV, H. V u. V).

Извѣстно, что атрофическіе параличи при *tabes Charcot*, *Pierret*, *Leudemann* и др. считаются за слѣдствіе пораженія переднихъ роговъ сѣраго вещества,—*Dejerin* и *Nonne* приписываютъ эти явленія периферическимъ пораженіямъ. Авторъ описываетъ случай, гдѣ, въ зависимости отъ сифилиса, были измѣненія въ заднихъ пучкахъ спинного мозга, въ оливахъ, въ продолговатомъ мозгу, сифилитическія измѣненія сосудовъ, атрофическій параличъ правой верхней конечности по типу прогрессивной мышечной атрофіи въ зависимости отъ измѣненій въ переднихъ рогахъ. Больной, котораго авторъ наблюдалъ, былъ нѣсколько разъ въ клиникѣ. Первое наблюденіе относится къ сентябрю 1879 года. Больной тогда передавалъ, что онъ всегда былъ здоровъ и крѣпокъ. Въ январѣ 1879 года на него упала лѣстница и ударила въ лѣвую темянную кость, вслѣдъ за этимъ потеря сознанія, но въ тотъ же день больной настолько оправился, что могъ заниматься своимъ дѣломъ. Спустя 4 недѣли—сильная головная боль и расстройство рѣчи. Состояніе это ухудшалось, хотя черезъ нѣкоторое время больной оправился. Затѣмъ, чрезъ нѣкоторое время повторился такой приступъ съ афазіей. Изслѣдованіе показало: зрачки хорошо реагируютъ, равномерно расширены, гѣбный уголь рта опущенъ, лѣвая носогубная складка сглажена, лѣвая небная дужка мало подвижна, рѣчь разстроена, головная боль, чувствительная и двигательная сферы нормальны, походка шатающаяся, легкое пошатываніе при закрытыхъ глазахъ, сухожильные рефлексы сохранены, сильная альбуминурія. Спустя 4 дня значительное улучшение, альбуминурія значительно меньше. Больной выписался.

Наблюденіе амбулаторное въ декабрѣ того же года показало *paralysis m. obliqui sup. dextri*, отсутствіе рефлекса въ небной дужкѣ, *Paresis* небныхъ вѣтвей *n. facialis dextri*; послѣ употребленія *kali jodati* исчезаетъ парезъ *facialis*, рефлексъ съ небной дужки снова появляется, параличъ *trochlearis* также проходитъ. 2-го марта 1880 года во время работы потерялъ сознаніе; спустя нѣкоторое время онъ не могъ уже ни ходить, ни говорить. До этого времени больной работалъ, хотя иногда рѣчь его становилась непонятной.

*Status*: можетъ стоять и ходить, значительно при этомъ шатаясь, заикающаяся рѣчь, мимическія движенія лица правильны, зрачки равномерно, лѣвая носогубная складка слегка сглажена, ослабленіе памяти. Спустя  $\frac{1}{4}$  часа послѣ принятія больного въ клинику, рѣчь стала лучше, 3-го марта афазія исчезла, бѣлокъ въ

мочѣ. 5-го правый зрачокъ болѣе лѣваго; 9-го марта зрачки равномѣрны, бѣлки меньше. 11-го марта выписался. 3-го августа у больного было найдено: ptosis праваго верхняго вѣка, рефлекторная неподвижность съ расширеніемъ зрачка, справа отсутствуютъ всѣ движенія глазного яблока, кромѣ движенія внаружи, полный параличъ oculomotorii sinistri; 10 лѣтъ назадъ у пациента была язва на penis, въ два дня излеченная. Въ январѣ 1881 года найдено: ptosis слабѣе, глазъ полуоткрытъ, зрачки не такъ расширены, контрактура m. externi sinistri. Въ мартѣ 1889 года: большой дефектъ съ рубцовыми краями на твердомъ и мягкомъ небѣ, диффузный звѣздчатый рубецъ на задней стѣнкѣ глотки, пневмоническія измѣненія въ лѣвой нижней долѣ легкаго, атрофическій параличъ въ области праваго n. ulnaris et mediani, пателлярные рефлексы сохранены, лѣвый зрачокъ шире праваго, рефлекторная неподвижность зрачка слѣва; въ мочѣ зернистые цилиндры, бѣлокъ, тоны сердца неправильны. Въ тотъ же день больной умеръ. Клиническій діагнозъ: Pleuropneumonia lateral. sin. lobi inferioris, oedema pulmonum, lues inveterata, paresis въ области n. ulnaris et mediani dextri (Syringomyelitis) (?), Poliomyelitis anterior (?), Neuritis (?), Nephritis.

Патолого-анатомическое изслѣдованіе дало слѣдующее: въ спинномъ мозгу частичное перерожденіе клиновидныхъ пучковъ въ области шейнаго утолщенія, при чемъ въ клиновидныхъ пучкахъ снизу вверхъ постепенно увеличивается; такъ, на высотѣ 8-го шейнаго нерва перерожденіе захватываетъ задній боковой корешковый поясъ, Lissapeг'овскій поясъ и входящія корешковые волокна, отсюда вверхъ перерожденіе это увеличивается. Въ переднихъ рогахъ въ сѣромъ веществѣ исчезновеніе большого количества нервныхъ клѣтокъ и волоконъ.

Нервные корешки въ шейной части спинного мозга также сильно измѣнены, задніе корешки значительнѣе; на верхнихъ волокнахъ замѣчается распадъ и набуханіе мякотной оболочки и осевого цилиндра. Особенно замѣтно перерожденіе задняго 8-го шейнаго корешка.

Въ продолговатомъ мозгу переднія половины обѣихъ оливъ, особенно правой, измѣнены: клѣтки—частью безъ отростковъ, частью набухли, частью совсѣмъ исчезли, гліальная промежуточная ткань значительно утолщена. Нервные волокна, выходящія изъ клѣтокъ, также измѣнены. Въ головномъ мозгу только старья геморрагическія кисты.

На оболочкахъ головного и спинного мозга ограниченныя утолщенія, состоящія частью изъ фибриллярной соединительной ткани, частью изъ клѣточныхъ скопленій. Артеріи головного, спинного мозга, частью периферическія даютъ картину endoarteritidis gummosae.

Правый brachialis частично измененъ. Весь случай авторъ разсматриваетъ какъ диффузное сифилитическое заболѣваніе нервной системы.

Далѣе авторъ, указывая на то, что въ шейной части спинного мозга найдено перерожденіе заднихъ столбовъ, задается вопросомъ считать это за tabes dorsualis, или мы имѣемъ передъ собою вторично восходящее перерожденіе въ зависимости отъ первичнаго измененія заднихъ корешковъ. Повидимому, въ пользу послѣдняго предположенія говоритъ и болѣе рѣзкое перерожденіе праваго клиновиднаго пучка и праваго задняго шейнаго корешка. Но противъ такого предположенія, по автору, говоритъ во 1-хъ то, что клиновидные пучки поражены съ обѣихъ сторонъ, и во 2-хъ то, что задніе корешки не только въ шейной части, но и въ грудной и поясничной частяхъ хотя и слабо, но поражены; то есть въ грудной и поясничной имѣемъ передъ собой sensu strictu начало склероза заднихъ столбовъ. Такимъ образомъ, авторъ думаетъ, что въ его случаѣ принадлежитъ tabes cervicalis incipiens.

По поводу найденныхъ измененій въ переднихъ рогахъ, авторъ уже въ началѣ своей работы упоминалъ о взглядахъ Charcot, Liden'a, Dejerin'a, Nonne; возвращаясь къ нимъ, онъ ставитъ вопросъ: есть-ли это первичное или вторичное измененіе. Авторъ упоминаетъ какъ важный фактъ для рѣшенія этого вопроса, о работѣ Дарквичи и Тихонова, которые показали, что послѣ первичнаго перерожденія двигательныхъ нервовъ можетъ наступить вторичное перерожденіе двигательныхъ ядеръ. Къ сожалѣнію, въ случаѣ автора нервная лѣвая верхняя конечность не были изслѣдованы, хотя за первичное перерожденіе въ переднихъ рогахъ говоритъ здѣсь, по автору, то, что мы имѣемъ еще перерожденіе, несомнѣнно первичное, передней латеральной оливы. Кромѣ того, приведенный авторомъ случай интересенъ и въ томъ отношеніи, что еще разъ подтверждаетъ возможность наблюденія анатомическаго tabes dorsualis и сифилиса.

*М. А. Трахтенбергъ.*

**Prof. Dr. Kiesselbach**, «Die galvanische Reaction der sinnesnerven» (Zeitschr. f. Nervenheilkunde, B. III. H. IV—V).

Авторъ изслѣдовалъ вліяніе гальваническаго тока на всѣ органы чувствъ, при чемъ изслѣдованіе велось такимъ образомъ, что отдельные органы по возможности непосредственно подвергались дѣйствію тока. Расположеніе электродовъ было весьма различное. Въ своихъ опытахъ авторъ различаетъ прямое раздраженіе (directe Reizung), при которомъ одинъ или оба электрода ставятся на органы чувствъ, не прямое раздраженіе, при которомъ оба электрода, имѣя различное расположеніе, не касаются даннаго органа чувствъ; именно въ продольномъ направленіи оба электрода ставятся на голову—

нію разграничивающую сагиттальную поверхность головы; средняя нія или одинъ электродъ—на средней линіи головы; другой на обомъ мѣстѣ туловища, или на рукѣ.

Поперечное расположеніе можетъ быть прямое, или же не прямое; при первомъ электроды могутъ быть, напримѣръ, расположены обѣихъ *tragus*; при непрямомъ одинъ электродъ на туловищѣ, или кѣ, а другой располагается такъ, какъ при прямомъ поперечномъ расположеніи.

При продольномъ расположеніи электродовъ (раздражающій электродъ на *glabella*) явленія на глазу слѣдующія: при нисходящемъ токѣ (катодъ на *glabella*)—авторъ получилъ потемнѣніе поля зрѣнія, при чемъ у наружнаго угла глаза съ обѣихъ сторонъ потемнѣніе это менѣе выражено. Если анодъ на *glabella*, то происходитъ просвѣтленіе всего поля зрѣнія. Явленія эти продолжаются все время, пока токъ замкнутъ, при размыканіи тока получаютъ явленія обратныя.

Часто авторъ наблюдалъ окрашивание затемнѣннаго поля зрѣнія въ грязно-бурокрасный цвѣтъ, а просвѣтленнаго въ легкій фиолетовый цвѣтъ.

При поперечномъ расположеніи электродовъ явленія получаютъ тѣ же. При замыканіи цѣпи, воспріятіе свѣта на сторонѣ анода, при размыканіи—явленіе обратное.

Для глазъ авторъ даетъ слѣдующую формулу:

$KaS$  und  $D$ —потемнѣніе поля зрѣнія (красное окрашив.).

$KaO$ —просвѣтленіе (фіолетов. окрашив.).

$AnS$  und  $D$ —*idem* (*idem*).

$AnO$ —потемнѣніе поля зрѣнія (красное окрашив.).

Прямое раздраженіе языка производилось такимъ образомъ, что индифферентный электродъ ставился на руку, раздражающій электродъ на языкъ.

Если при слабомъ токѣ авторъ употреблялъ маленькій приставитель электродъ въ качествѣ раздражающаго электрода, то, при приставленіи катода на задній отдѣлъ спинки языка, не получалось никакого вкусового ощущенія, при размыканіи катодомъ—кислый вкусъ; если же катодъ приставлялся къ кончику языка, то чувствовался соленый вкусъ, который исчезалъ при размыканіи катодомъ. Если же катодъ отодвинуть немного кзади отъ кончика языка, то получается ощущеніе слабаго горькаго вкуса, который также исчезаетъ при размыканіи катодомъ. При замыканіи анодомъ и дѣйствіи его на задній отдѣлъ спинки языка ощущается кислый вкусъ, который при размыканіи анодомъ еще ощущается нѣкоторое время. При дѣйствіи анодомъ на передній отдѣлъ спинки языка никакого

ощущенія вкуса не получается. При размыканіи анодомъ на кончикѣ языка также получается ощущение соленого вкуса; при размыканіи анодомъ на срединѣ спинки языка ощущение горькаго вкуса весьма не ясно.

Такимъ образомъ, для корня языка авторъ даетъ слѣдующую формулу:

KaS и D=никакого вкуса.

KaO=кислый вкусъ.

ApS и D=кислый вкусъ.

ApO=никакого вкуса.

Для кончика языка и гесп. средины спинки языка:

KaS и D=солёный—гесп. горькій вкусъ.

KaO=никакого вкуса.

ApS и D=никакого вкуса.

ApO=солёный—гесп. горькій вкусъ.

При кокаинизированіи языка и послѣдовательномъ дѣйствіи тока болевья ощущенія исчезали раньше, чѣмъ ощущение вкуса; при сильной кокаинизаціи раньше исчезало ощущение горькаго вкуса, а затѣмъ соленого. Кислый вкусъ ощущался на корнѣ языка при самой сильной кокаинизаціи. Laserstein получаетъ при кокаинизаціи тѣ же результаты съ пахучими веществами. Авторъ произвелъ опыты съ кислыми и щелочными пахучими веществами. Способность кончикомъ языка ощущать запахъ быстро прекращается послѣ кокаинизаціи, кислый запахъ ощущается еще и послѣ сильной кокаинизаціи.

При продольномъ положеніи электродовъ на ухѣ у здоровыхъ людей наблюдается слѣдующая реакція:

KaS и D=никакого ощущенія.

KaO=звонъ.

ApS и D=звонъ.

ApO=никакого ощущенія.

При прямомъ или непрямомъ поперечномъ расположеніи электродовъ мы получаемъ какъ разъ обратное дѣйствіе и формула дѣйствія соотвѣтствуетъ формулѣ, данной для кончика языка.

Относительно органа вкуса авторъ нашель, что при KaS и D (продолжительности дѣйствія) и при ApS получается ощущение запаха, напоминавшаго запахъ огнива. Это же ощущение запаха авторъ получалъ при прикладываніи катода къ glabella, корню носа, или вводя возможно глубже въ носъ маленькій электродъ.

Для объясненія всѣхъ вышеописанныхъ явленій имѣеть, по мнѣнію автора, большое значеніе направленіе тока. Въ заключеніе авторъ ставить слѣдующіе общіе выводы:

1) Направленіе тока для возбужденія нервовъ чувствъ имѣетъ значеніе въ томъ смыслѣ, что для нервовъ соотвѣтствующихъ органовъ чувствъ измѣненіе направленія тока вызываетъ и обратныя явленія.

2) Каталектротокъ на центральномъ концѣ нервовъ органовъ чувствъ повышаетъ ихъ возбудимость, анэлектротокъ понижаетъ ихъ возбудимость.

3) При каталектротокѣ на центральномъ концѣ нерва всѣ волокна нерва становятся возбудимѣе. Въ глазу возбудимость повышается для тѣхъ ощущеній, которыя вызываются наиболѣе короткими свѣтовыми волнами; на корнѣ-же языка—особенно для кислаго вкуса.

4) При анэлектротокѣ на центральномъ концѣ нерва въ глазу замѣчается пониженіе возбудимости менѣе всего для тѣхъ ощущеній, которыя вызываются длинными волнами; поэтому и потемнѣнное поле зрѣнія представляется буро-краснымъ или даже краснымъ.

На кончикѣ языка при прямомъ раздраженіи получается вкусъ соленый и далѣе кзади отъ кончика языка—горькій вкусъ. Въ носу и въ ушахъ людей съ нормальнымъ слухомъ автору не удавалось при дѣйствіи анода получать специфическую реакцію.

5) Явленія отъ колебанія тока, тамъ гдѣ они наблюдаются, зависятъ исключительно отъ механическаго раздраженія на концевые органы.

*М. А. Трахтенбергъ.*

**Prof. Fournier**, Желудочные приступы при *tabes* (*Les crises gastriques dans le tabes*, *Gazette hopitaux*, 1893).

Желудочные приступы при *Tabes* довольно часты. Они внезапно наступаютъ и внезапно же исчезаютъ. Приступы представляютъ слѣдующія явленія: боль подъ ложечкой, колики, рвотныя напряженія съ такимъ ощущеніемъ, какъ будто разрывается желудокъ, нерѣдко бываютъ настоящія, обильныя и частыя рвоты, лицо напряженное и страдальчески искривленное, пульсъ нитевидный, сильная жажда, отвращеніе къ пищѣ. Пароксизмъ можетъ длиться нѣсколько часовъ. Хотя желудочные приступы бываютъ и въ тяжелой сухоткѣ, но значительно чаще они развиваются въ преатактическомъ періодѣ. Сначала они рѣдки, затѣмъ учащаются, а потомъ опять становятся рѣже и исчезаютъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ они появляются въ теченіе всей болѣзни. Иногда желудочные приступы сопровождаются гортанными приступами, при чемъ больной можетъ погибнуть съ бульбарными явленіями. При патологическомъ изслѣдованіи иногда находили поражение ядеръ *n. vagi*, или спинальных узловъ. Лечение—морфій.

*В. А. Тихоміровъ.*

**Prof. F. Raymond**, Къ учению о сифилисѣ нервной системы (Contribution à l'étude de la Syphilis du système nerveux, Arch. de Neurolog, 1894).

Въ этой статьѣ авторъ послѣ изложенія изслѣдованныхъ имъ случаевъ приходитъ къ заключенію, что при прогрессивномъ параличѣ на сифилитической почвѣ происходитъ поврежденіе сосудовъ корки и *riae matris*, распространяющееся мало по малу на большіе сосуды мозга. Такимъ образомъ, прогрессивный параличъ есть *encephalitis vascularis diffusa*. Но не всякій человекъ, имѣющій данное заболѣваніе—паралитикъ, ибо до тѣхъ поръ, пока нервныя кѣтки противостоятъ заболѣванію, прогрессивнаго паралича не будетъ, а будутъ наблюдаться различныя, неопредѣленныя продромальныя явленія. Значеніе наследственности поэтому понятно: кѣтки мощнаго мозга могутъ долго противостоятъ дурнымъ условіямъ питанія вслѣдствіе заболѣванія сосудовъ, а кѣтки предрасположеннаго мозга быстро подвергнутся при такихъ условіяхъ заболѣванію, и прогрессивный параличъ готовъ. При заболѣваніи мозговой ткани кѣтки нейроглии гипертрофируются, склерозируются; нервныя волокна разрушаются, кѣтки тоже поражаются и болѣзнь дѣлается уже непоправимой. Пораженіе спиннаго мозга, соответствующее заболѣванію головнаго, выражается въ видѣ мѣлита, часто находятъ картину *tabes*, или *sclerosis lateralis*, а иногда и то и другое вмѣстѣ.

*А. И. Ющенко.*

**Prof. Pick**, Общее ослабленіе памяти какъ слѣдствіе гнѣзднаго церебральнаго (сифилитическаго) заболѣванія (Ueber allgemeine Gedächtnisschwäche als Folge cerebraler Heerdekrankungen, Prager med. Wochenschr., 1893).

Авторъ описываетъ два случая гемиплегій вслѣдствіе гнѣздныхъ заболѣваній сифилитическаго характера въ головномъ мозгу. При этомъ въ обоихъ случаяхъ наблюдалось весьма рѣзкое ослабленіе памяти. Въ одномъ случаѣ подъ влияніемъ строгаго противосифилитическаго леченія наступило значительное улучшеніе, какъ паралическихъ явленій, такъ и памяти. По мнѣнію автора, въ основѣ этихъ страданій лежитъ сифилитическое поврежденіе сосудовъ, послужившее причиною гнѣзднаго размягченія головнаго мозга, которое въ свою очередь, было причиною общаго ослабленія памяти.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. R. Romme**, О сифилитическомъ менингомѣлитѣ (De la méningo-myélite syphilitique) Gazette hebdomadaire de médecine et de Chir., 1894, № 7).

Сифилисъ спиннаго мозга можетъ выразиться поврежденіемъ сосудовъ, оболочекъ и появленіемъ гуммъ, которыя въ спинномъ

мозгу встрѣчаются чрезвычайно рѣдко, а сифилисъ здѣсь выражается чаще всего въ видѣ лептоменингоміэліта и пахименингита съ послѣдующимъ пораженіемъ мозга. М. Lamу имѣлъ случай вскрывать труиъ мужчины 50 лѣтъ, умершаго черезъ 19 дней послѣ появленія у него параплегіи, которая появилась при вторичныхъ явленіяхъ сифилиса черезъ годъ по зараженіи. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено, что оболочки и сосуды поражены на всемъ протяженіи спинного мозга, самъ же мозгъ только въ верхней спинной части. Пораженіе заключалось въ инфильтраціи маленькими круглыми клѣтками съ большимъ хорошо окрашивающимся ядромъ, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ попадались и гигантскія клѣтки. Инфильтрованы были мягкая мозговая оболочка, субарахноидальное пространство и особенно стѣнки венозныхъ сосудовъ, при чемъ просвѣтъ ихъ былъ сильно сдавленъ. Артеріи были нетронуты, кромѣ немногихъ маленькихъ, пораженныхъ периаптеріитомъ. Кромѣ этого—перифлебитъ и облитерирующій эндофлебитъ. Въ стѣнкѣ одной изъ венъ спинальной части была настоящая гумма. Сѣрые столбы спинного мозга въ верхней половинѣ дорзальной части, въ особенности въ переднихъ рогахъ, имѣли много пустотъ, наполненныхъ коагуляціонной массой, происшедшей изъ раньше бывшаго здѣсь жидкаго эксудата. Большія нервныя клѣтки плохо окрашивались, сильно пигментированы, по мѣстамъ распались. Въ задней части боковыхъ пучковъ пораженіе распространено было въ видѣ гнѣздъ, разсѣянныхъ въ здоровой ткани. Въ этихъ мѣстахъ можно было видѣть лишенные міэлина осевые цилиндры, или міэлинъ представлялся зернистымъ. Просвѣтъ сосудовъ суженъ, вслѣдствіе гипертрофіи ихъ стѣнокъ. Lamу предполагаетъ такой порядокъ заболѣванія: лептоменингитъ, арахнитъ, пораженіе венъ и уже послѣдовательно, частію вслѣдствіе распространенія процесса, частію вслѣдствіе нарушеннаго питанія—заболѣваніе спинного мозга. Такія же заболѣванія описали и многіе другіе авторы. Если процессъ заходитъ дальше, то при вскрытіи наблюдаютъ явленія склероза, какъ въ оболочкахъ и въ сосудахъ, такъ и въ мозгѣ, гдѣ склерозъ появляется въ видѣ различной формы и величины гнѣздъ. Иногда сифилисъ спинного мозга начинается съ твердой мозговой оболочки,—тогда она утолщена и сращена съ другими оболочками. Чаще всего это является въ шейной области и отсюда уже процессъ идетъ внизъ и вверхъ до основанія головного мозга. Съ твердой оболочки процессъ переходитъ на мягкую и мозгъ. Между сифилитическимъ пахименингитомъ и лептоменингоміэлитомъ такъ много общаго, что эти оба заболѣванія, соединивъ подъ однимъ именемъ, можно назвать сифилитическимъ менинго-міэлитомъ. Клинически это заболѣваніе

характеризується продромальнимъ періодомъ въ видѣ болей въ позвоночникѣ, ощущенія ползанія мурашекъ и онѣмѣнія конечностей. Иногда заболѣваніе починається тошнотою, рвотою, головокруженіями; потомъ все улучшається, но боли въ позвоночникѣ остаются, особливо ночью и къ утру. Въ слѣдующемъ періодѣ картина болѣзни навоминаєть *myelitem transversalem*. По теченію можно видѣлѣть двѣ формы: 1) *paraplegia syphilitica communitis* и *paraplegia syphilitica gravis*. Первая изъ нихъ характеризується продромальнымъ періодомъ, чаще поражаетъ нижній отдѣлъ спинного мозга, чѣмъ верхній. Появляется въ видѣ болей въ позвоночникѣ, нижнихъ конечностяхъ, параличемъ ихъ, хотя и мало выраженнымъ, пораженіемъ сфинктеровъ, повышеніемъ рефлексовъ, импотенціей. Протекаетъ хронически. Подъ вліяніемъ антисифилитическаго леченія улучшається, но вполнѣ никогда не излечивається. *Paraplegia syphilitica gravis* появляется часто внезапно полнымъ параличемъ соотвѣтствующихъ конечностей, отсутствіемъ рефлексовъ, пониженіемъ электромышечной возбудимости, полнымъ параличемъ сфинктеровъ, появленіемъ пролежни, лихорадкой и скоро наступающимъ *exitu letale*. Если поражение гнѣздится въ шейной части спинного мозга, что бываетъ рѣдко, то симптомы, конечно, измѣняются согласно локалізаціи заболѣванія.

*А. И. Ющенко.*

**Dr. Oliver**, Соотношеніе колѣннаго сухожильнаго рефлекса къ зрачковому рефлексу при общемъ параличѣ (*The relation of the patellar-tendon reflex to some of the ocular reflexes found in general paralysis of the insane, American Journal of insanity, 1894*).

Авторъ сдѣлалъ слѣдующее сообщеніе въ обществѣ американскихъ офтальмологовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ во второмъ періодѣ прогрессивнаго паралича, особенно при неравномерно повышенныхъ сухожильныхъ рефлексовъ, появляется неравномерная спастическая иннервація обоихъ зрачковъ, доходящая до булавочной головки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно въ третьемъ стадіѣ болѣзни, когда пателлярные рефлексы неравномерно понижены, тогда и зрачки неправильны подѣ вліяніемъ воздѣйствія радужной оболочки въ формѣ *mydriasis*. Во многихъ случаяхъ въ третьемъ стадіѣ болѣзни, когда сухожильные рефлексы неравномерно понижены, появляется пониженіе и иннерваціи зрачковъ, зрачковое расширеніе появляется, не въ видѣ правила, преимущественно въ томъ глазѣ, гдѣ большія дегенеративныя измѣненія въ зрительномъ нервѣ и сѣтчаткѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ третьемъ періодѣ, при пониженіи сухожильныхъ рефлексовъ и ясно выраженной атаксіи, проявляются ясно выраженная асиметрія зрачковъ и неправильная ихъ форма. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ позднемъ періодѣ, при повышеніи, или

пониженіи сухожильнаго рефлекса, получается неправильныя реакціи на сильныя свѣтovyя раздраженія. Во многихъ старыхъ случаяхъ, когда сухожильный рефлексъ не только былъ пониженъ, но и потерянъ, получалось не только отсутствіе зрачковаго рефлекса, но и если даже и достигалась реакція, то во всякомъ случаѣ отсутствовало сочетаніе для аккомодаци и конвергенціи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при рѣзко выраженной неравномѣрности зрачковыхъ, съ большимъ или меньшимъ ослабленіемъ реакціи на свѣтovyе стимулы на той сторонѣ, гдѣ зрачокъ былъ болѣе расширенъ, тамъ и сухожильный рефлексъ былъ болѣе пониженъ. Иногда въ раннихъ періодахъ болѣзни, когда только сухожильный рефлексъ начинаетъ теряться, появляется вторичное атактическое расширеніе зрачковъ при сильныхъ свѣтovyхъ раздраженіяхъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Bouchaud**, Прогрессивная деменція и инкоординація движеній четырехъ конечностей у двухъ дѣтей—брата и сестры (*Démence progressive et incoordination des mouvements dans les quatre membres, chez deux enfents, le frere et la soeur, Revue neurologie, 1894*).

Авторъ описываетъ два случая, очень интересныхъ въ клиническомъ отношеніи. Болѣзнь проявилась въ возрастѣ отъ 6 до 7 лѣтъ. Въ началѣ болѣзни прежде всего обнаружилось ослабленіе умственныхъ способностей; моторная инкоординація всѣхъ четырехъ конечностей, походка мозжечковаго табеса, безъ параличей и нистагмовъ; ослабленіе и отсутствіе колѣннаго рефлекса, при сохраненіи кожного рефлекса; рѣчь замедленная, но внятная, — видъ нѣсколько самодовольный. Болѣзнь постепенно и прогрессивно ухудшается: слабоуміе становится полнымъ, ходьба невозможною, рѣчь ограничивается невнятными, плохо произносимыми словами, — ротъ открытъ, жеваніе и глотаніе очень медленно, недержаніе отдѣленій, мускульная ригидность усиливается безъ повышенія сухожильныхъ рефлексовъ. Далѣе появляется сколіозъ, исхуданіе безъ фибриллярныхъ сокращеній; на озасрахъ пролежни и скорѣ смерть. Длительность болѣзни отъ 4 до 5 лѣтъ. Въ одномъ случаѣ смерть наступила при явленіяхъ менингита, а въ другомъ отъ маразма.

*В. А. Тихоміровъ.*

**Dr. Klippel**, Общій прогрессивный параличъ, Спинальная форма (*Paralyse generale. Lésions et Symptomes spinaux. Formes spinales. Le Mercredi medic., 1894, № 8*).

Извѣстно, что при прогрессивномъ параличѣ поражается не только головной, но и спинной мозгъ и даже нервныя стволы. Изъ бѣлой субстанціи поражаются задніе пучки, боковыя и заднебоковыя. Съ заднихъ пучковъ заболѣваніе переходитъ на сосѣдніе участки.

Въ бѣломъ веществѣ патологическіе процессы выражаются заболѣваніемъ сосудовъ, атрофіей и дегенераціей нервныхъ пучковъ и т. п. Изъ боковыхъ пучковъ поражаются пирамидальные, затѣмъ процессъ распространяется до мозговыхъ оболочекъ, которыя утолщаются. Пораженія боковыхъ пучковъ неравномѣрны на обѣихъ сторонахъ. Изрѣдка встрѣчается пораженіе переднихъ пучковъ. Сѣрое вещество также заболѣваетъ; появляются различнаго рода атрофіи, дегенераціи и всасываніе перерожденнаго. Кѣлѣтки и ихъ отростки подвергаются заболѣванію. Чаще всего поражаются передніе столбы и—Кларка. Часть заболѣваній въ спинномъ мозгу не зависитъ отъ головного мозга и поражается самостоятельно, часть же, какъ напримѣръ пораженіе боковыхъ пирамидальныхъ пучковъ, есть вторичное явленіе за заболѣваніемъ головного мозга. Клинически пораженія спинного мозга при прогрессивномъ параличѣ выражаются различно, то въ видѣ явленій *tabes dorsualis*, то бокового склероза, то прогрессивной мышечной атрофіи, бульбарныхъ симптомовъ и даже нейритовъ. Для прогрессивнаго паралича характерно не присутствіе этого рода спинальных симптомовъ, а ихъ непостоянство и быстрый переходъ отъ одного къ другому. Симптомы чрезвычайно разнообразны: различнѣйшія боли, парестезіи, анестезіи, ограниченіе поля зрѣнія, *Argill-Robertson*'овскій симптомъ, измѣненія со стороны рефлексовъ, трофическія пораженія, двигательныя и мн. др. Вообще всѣ явленія со стороны спинного мозга могутъ быть группированы слѣдующимъ образомъ: 1) Табетическія явленія, при чемъ какъ *tabes*, такъ и параличъ могутъ развиваться совершенно самостоятельно (рѣдко); картина *tabes* можетъ осложниться явленіями прогрессивнаго паралича и дать *pseudoparalysis generalis tabetica*, или параличъ можетъ осложниться явленіями *tabes*; 2) Явленія бокового склероза въ видѣ парезовъ, контрактуръ и повышенія рефлексовъ, но когда процессъ переходитъ на сѣрое вещество, то картина нѣсколько мѣняется; 3) Мышечныя атрофіи: а) болѣзнь *Aran-Duchenne* (*atrophia muscularis progress.*), б) болѣзнь *Charcot* (*sclerosis lateralis amyotrophica*); 4) Бульбарная форма съ признаками Базедовой болѣзни и 5) Различныхъ формъ нейритовъ.

А. И. Юценко.

**Prof. P. Marie**, Докладъ объ одномъ случаѣ прогрессивнаго паралича (*Rapport sur un cas de paralysie générale. Revue neurologique*, 1893).

Авторъ приводитъ результаты вскрытія и гистологическаго изслѣдованія мозга, произведенные *Herrick*'омъ, у субъекта 40 лѣтъ съ предшествовавшими алкогольными эксцессами безъ сифилиса и нерв-

ной наследственности. Мягкая мозговая оболочка утолщена, но не сильно сращена. Кора слегка атрофирована, мозговые борозды расширены, сосуды представляют замѣтныя поврежденія. Въ коркѣ большое количество паукообразныхъ клѣтокъ, пигментное перерожденіе малыхъ пирамидальныхъ клѣтокъ, большія пирамидальныя—болѣе свѣтлы, вакуолозны. Авторъ описываетъ еще во влагалищѣ радіальныхъ волоконъ присутствіе особыхъ удлинненныхъ тѣлецъ, окрашивающихся подобно ядрамъ. Всюду перерожденные части пронизаны большимъ количествомъ лейкоцитовъ. Пораженія локализовались главнымъ образомъ въ моторной области; такія же пораженія найдены по протяженію оптического тракта, *corporis striati*, *capsulae internae*; въ ножкахъ при приближеніи къ двигательной области, а также въ *lacus piger*. Въ мозжечкѣ клѣтки Пуркинѣ обнаруживаютъ признаки дегенерации. Въ спинномъ мозгу измѣненію подверглись клѣтки переднихъ роговъ.

*И. Н. Елизарянцъ.*

**Dr. Colella**, О гистологическихъ измѣненіяхъ корки мозга при нѣкоторыхъ душевныхъ болѣзняхъ (прогрессивный параличъ). *Sur les alterations histologiques de l'écorce cérébrale dans quelques maladies mentales* (Arch. Italien. de Biologie, 1894).

Приведены изслѣдованія мозговъ трехъ субъектовъ. Въ общемъ авторъ приходитъ къ слѣдующему заключенію. При общемъ прогрессивномъ параличѣ на сифилитической почвѣ поражаются особенно кровеносные сосуды, клѣтки нейроглии, протоплазма нервныхъ клѣтокъ и протоплазматическіе отростки,—пораженіе начинается съ сосудистой сѣти. Осецилиндровые отростки мало поражаются. При паралитической деменціи на алкогольной почвѣ найдена гипертрофія паукообразныхъ клѣтокъ и различныя фазы регрессивныхъ процессовъ въ нервныхъ отросткахъ. Протоплазматическіе отростки мало поражены, сосуды здоровы. При алкогольномъ психозѣ оказалось паренхиматозное заболѣваніе нервныхъ отростковъ съ незначительнымъ участіемъ клѣточныхъ элементовъ. Нейроглія и сосуды не измѣнены. Въ виду того, что заболѣваніе сосудовъ, нейроглии и протоплазматическихъ отростковъ наблюдаются одновременно при отсутствіи пораженія нервныхъ отростковъ клѣтокъ, нужно думать, что физиологически существуетъ разница между отростками, при чемъ протоплазматическіе играютъ важную роль въ питаніи нервной ткани.

*А. И. Ющенко.*

**Dr. Carter**, Относительное значеніе гистологическихъ измѣненій мозговой корки въ общемъ параличѣ (The relation importance of the minute histological features of the brain cortex in general paralysis, the Brain, 1893).

При болѣзняхъ мозга должны наступать разстройства какъ душевныхъ, такъ и тѣлесныхъ отправленій, какъ непосредственно слѣдствіе перерожденія нервныхъ клѣтокъ. Это перерожденіе можетъ быть какъ первичнымъ, такъ и вторичнымъ. При общемъ параличѣ можно наблюдать нерѣдко полное разрушеніе нервныхъ клѣтокъ безъ того, чтобы рядомъ съ этимъ существовали другіе какіе либо болѣзненные процессы (перерожденіе сосудовъ и проч.), которые характерны для паралича и могли бы считаться его причинами. Это обстоятельство говоритъ за то, что пораженіе нервныхъ клѣтокъ при данной болѣзни можетъ быть первичнымъ и составлять существенную часть патолого-анатомической картины данной болѣзни.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Robertson,** Улучшеніе въ теченіи прогрессивнаго паралича съ указаніемъ леченія (Case of marked improvement in general paralysis with remarks on treatment, Glasgow medical Journal, 1893).

Авторъ описываетъ случай общаго паралича, въ которомъ дважды наступило улучшеніе соматическихъ и психическихъ разстройствъ подъ вліяніемъ примѣненія отвлеченія на головѣ, въ формѣ пустулезныхъ нагноеній и затѣмъ болѣе или менѣе длительнаго нагноенія. Оба улучшенія авторъ склоненъ приписывать именно терапевтическому воздѣйствію.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Ballet,** Продромальный періодъ въ формѣ нейрастеніи при прогрессивномъ параличѣ (La periode prodromique à forme neurasthenique dans la paralysie generale, La Semaine medical, 1893).

Авторъ указываетъ на то, что во многихъ случаяхъ прогрессивнаго паралича предвѣстники его имѣютъ картину нейрастеніи. Въ виду этого многіе врачи принимаютъ данное состояніе за нейрастенію и годами лечатъ больного, какъ нейрастенника. Бываютъ несомнѣнные случаи одновременнаго сосуществованія нейрастеніи и общаго паралича, — но въ данномъ случаѣ рѣчь идетъ именно о проявленіи предвѣстниковъ прогрессивнаго паралича и формъ нейрастеніи. Такое сочетаніе особенно рѣзко замѣтно, когда періодъ предвѣстниковъ коротокъ. Нейрастенія предвѣстниковая отличается отсутствіемъ боли въ спинѣ, предшествіемъ массы нейралгій, быстротой измѣнчивостью и проч. Отличіе этихъ двухъ состояній важно въ терапевтическомъ отношеніи.

*В. А. Тихоміровъ.*

**Dr. J. Morel,** Леченіе дегенеративныхъ психозовъ (The treatment of degenerative psychoses, The american journal of insanity, 1893).

Авторъ не соглашается съ ученіемъ Lombroso о значеніи индивидуализаціи въ дѣлѣ дегенераціи и значительно подымаетъ въ этомъ отношеніи значеніе среды окружающей обстановки. Леченіе

такихъ лицъ должно начинаться съ ранней юности, при чемъ леченіе должно находиться въ рукахъ психіатра, являющагося въ данномъ случаѣ домашнимъ врачомъ. Лица нервно предрасположенныя могутъ жениться и выходить замужъ, но выбранныя ими для брака лица должны быть вполне здоровы. Для дегенератовъ душевное и тѣлесное переутомленіе должно быть настойчиво устраняемо, такъ какъ оно можетъ оказаться для нихъ очень гибельнымъ. Еще въ дѣтствѣ должно укрѣплять у такихъ лицъ не только тѣло, но и волю. При надлежащемъ положеніи леченія, даже въ случаяхъ кажущихся отчаянными, можно принести много пользы. Особенно было бы желательнымъ устроить для такихъ лицъ спеціальныя заведенія подъ управленіемъ врача психіатра,—хуже уже будетъ устройство для такихъ дѣтей особыхъ отдѣленій при заведеніяхъ для душевно-больныхъ. Врачъ-воспитатель такихъ дѣтей долженъ быть внимателенъ къ особенностямъ дѣтей, крайне терпѣливымъ и наблюдательнымъ и владѣть полнымъ довѣріемъ своихъ паціентовъ. Никогда не слѣдуетъ выпускать изъ рукъ такихъ дѣтей рано, иначе напрасно пропадаетъ весь трудъ. Такое воспитаніе можетъ значительно уменьшить количество преступниковъ и душевно-больныхъ.

*П. И. Ковалевскій.*

**C. Agostini** (Perugia), Гастрическій химизмъ у пеллагрозныхъ (Contributo allo studio del chimismo gastrico nei pellagrosi, Riv. sperim. di freniatria, 1893, Bd. 19, N. 1).

Такъ какъ расстройства пищеварительнаго канала въ картинѣ болѣзни «пеллягра» играютъ очень значительную роль, то уже a priori можно полагать, что точное изслѣдованіе пищеварительной способности желудка должно представить интересные результаты. Дѣйствительно, авторъ, при изслѣдованіи большого числа пеллагрозныхъ, нашелъ очень важныя измѣненія. У нихъ найдено значительное уменьшеніе пепсина и соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ, катарральное состояніе слизистой оболочки желудка и безусловное ослабленіе двигательной силы и иннерваціи его. Свободной соляной кислоты недостаетъ совершенно, а органически связанная соляная кислота находится только въ очень ничтожномъ количествѣ; напротивъ того, изслѣдованіе желудочнаго сока показываетъ много слизи и ненормальныхъ органическихъ кислотъ, особенно избытокъ молочной кислоты. Вслѣдствіе такого состава желудочнаго сока, мясная діета у пеллагрозныхъ противопоказуется, между тѣмъ какъ напр. питаніе хорошимъ мансомъ дало прекрасные результаты. Какъ леченіе упомянутого состоянія можно было бы рекомендовать промываніе желудка соляной водой и употребленіе раствора соляной кислоты послѣ принятія пищи.

*Н. М. Шохинскій.*

**Dr. R. Vizioli**, Франклинизація или электро-статическая ванна при леченіи тетаніи (*La Franklinizzazione, o bagno elettrostatico nella cura della tetania*, Ann. di Neurologia, 1893).

Гальваническое электричество, которое начали употреблять въ медицинѣ недавно, вытѣснило изъ употребленія статическое электричество, употреблявшееся гораздо ранѣе гальванизациі и фарадизациі. Только благодаря работамъ Charcot и Vigouroux франклинизація въ послѣднее время съ успѣхомъ примѣняется при истеріи и нейрастеніи; примѣнялась она чисто эмпирически до работъ Damiani и Arsonval'я. Damiani показалъ, что этотъ родъ электричества дѣйствуетъ, какъ *stimulans* и *regulativum*, повышая  $t^{\circ}$ , увеличивая количество мочевины и уменьшая количество фосфатовъ, при чемъ есть нѣкоторая разница въ дѣйствіи положительнаго и отрицательнаго электричества. Имѣя въ виду эти наблюденія, авторъ примѣнилъ франклинизацію при тетаніи, предполагая вмѣстѣ съ Erb'омъ, что при этой болѣзни грубыхъ патолого-анатомическихъ измѣненій нѣтъ, а нужно допустить невидимыя расстройства питанія. До примѣненія леченія у больной, дѣвочки 14 лѣтъ, припадки были каждый день, доходя иногда до 18 въ сутки. Положительная франклинизація употреблялась въ теченіе 15 минутъ въ день. Припадки прошли, постепенно ослабѣвая послѣ 7-го сеанса, механическая возбудимость лица на 10-й день, измѣненіе Erb'a исчезло на 13 и наконецъ послѣднимъ—явленіе Trouseaux. По мнѣнію автора, такой исходъ положительно говоритъ за франклинизацію и противъ противниковъ употребленія этого рода электричества въ медицинѣ.

*А. И. Ющенко.*

**Dr. Gautier et Larat**, Гидро-электрический методъ (*Methode hydro-electrique*, Bulletin med., 1893).

Авторы полагаютъ, что гидро-электрическая ванна, примѣненная на все тѣло, является прекраснымъ средствомъ, улучшающимъ питаніе. Она особенно полезна при леченіи страданій, имѣющихъ въ основѣ своей расстройство питанія, какъ экзема, хронической и подострой ревматизмъ, ишіасъ, подагра, различныя формы артрита, тучность, хлороанемія и рахитъ. Приноситъ этотъ способъ пользу даже при мускульной атрофіи и дѣтскомъ параличѣ.

*М. Н. Поповъ.*

**Dr. Dittmar и Schüle**, О посѣщеніи душевно-больныхъ нѣзблизкими въ госпиталѣ (*Ueber Besuche der Angehörigen in den Anstalten*, Centralb. für Nervenheilkunde, 1894).

На съѣздѣ юго-западныхъ германскихъ психіатровъ авторы представили докладъ по вышеозначенному вопросу, при чемъ Dittmar

касался общей стороны вопроса, а Schüle специальной. Исходнымъ пунктомъ при обсужденіи данного вопроса должно принимать основное положеніе—здоровье больного. Въ виду чего родные и близкіе должны всецѣло подчиняться требованію врача, основанному на вышеуказанномъ принципѣ пользы больныхъ, спокойствія посѣщающихъ и благополучія служащихъ. Посѣщать больныхъ могутъ всѣ, но при условіи держать себя надлежаще съ больными. Нужно быть осторожными съ посѣщеніями дѣтей, ибо они нерѣдко вызываютъ у больныхъ матерей приступъ тоски и стремленія къ переселенію домой. Противопоказаніемъ къ посѣщенію должно служить неудержимое стремленіе со стороны больныхъ къ возвращенію домой; противопоказано посѣщеніе больныхъ возбужденныхъ, страдающихъ импульсивными побужденіями, ненавистью къ посѣтителю,—при нежеланіи больныхъ имѣть данное посѣщеніе. Всякое отдѣльное посѣщеніе должно идти съ разрѣшенія врача.—Schüle полагаетъ, что посѣщеніе непозволительно при свѣжей меланхолии; особенно въ начальномъ періодѣ и аспе болѣзни,—при состояніи тоски; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, связанныхъ съ разстройствомъ ориентировки и тоски по дому посѣщеніе можетъ быть позволено. Въ случаяхъ отказа отъ пищи вліяніе родныхъ можетъ быть очень полезно. Непозволительны посѣщенія родныхъ въ случаяхъ тяжелой мании,—даже при легкихъ формахъ мании эти посѣщенія не желательны; исключенія дѣлаются для случаевъ, когда больной одержимъ тоской по дому,—а также, когда у больного дѣйствительно есть необходимость переговорить съ кѣмъ либо изъ близкихъ о дѣлахъ. Въ случаяхъ острой параной въ тяжелыхъ состояніяхъ посѣщеніе непозволительно,—при этомъ должно приниматься во вниманіе содержаніе бреда,—то же должно сказать и о хроническихъ случаяхъ. При ступорѣ и атоническихъ состояніяхъ посѣщенія возбраняются до выздоровленія,—при dementia acuta осторожность требуется еще большая. При хронической деменціи можно свободно допускать посѣтителей. Въ начальномъ стадіѣ и въ періодѣ возбужденія посѣщенія непозволительны,—въ остальное же время они возможны. Алкогольные психозы требуютъ заботливаго выбора посѣтителей, а также присутствія при посѣщеніи посторонняго лица. При истеріи и moral insanity посѣщенія нежелательны; если же производятся, то только для лицъ вполне надежныхъ. Эпилепсія требуетъ при посѣщеніи свидѣтелей.

*Михаиль Поповъ.*

**L. Harrison Metter**, О леченіи полового безсилія (On the treatment of seminal incontinence, The Med. Record. 93).

Является ли сперматоррея послѣдствіемъ Tabes, Dementia paralytica, стриктуры, увеличенной простаты и т. п., или она проис-

ходить отъ другихъ причинъ рефлекторнымъ путемъ, — лечение прежде всего должно быть причиннымъ. Но въ большей части случаевъ причина заключается въ физическомъ или психическомъ перераздраженіи половыхъ органовъ. Въ такихъ случаяхъ уместно психическое или діететико-гигіеническое лечение — (наставленіе о послѣдствіяхъ онанизма, воздержаніе отъ всего, что возбуждаетъ чувственность. прохладныя спальня и постель, аккуратныя опорожненія мочевого пузыря и проч.). Къ этому можно рекомендовать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ есть болѣе или менѣе значительное воспаленіе простатической части мочеиспускательнаго канала и вообще раздражительность ея (а такихъ случаевъ преобладающее число), — горячія ванны для средней части тѣла, впрыскиваніе масла, слабительныя, пьетки, мушки на промежность, и, наконецъ, если благодаря этимъ средствамъ устранены болѣе острые симптомы, употребленіе бужей. Слишкомъ большая раздражительность мочеиспускательнаго канала ничѣмъ другимъ вѣрнѣе не можетъ быть устранена, какъ тѣмъ, что вставляютъ зонды сначала 1 разъ въ два или три дня, затѣмъ ежедневно, сперва въ продолженіе 2—3, потомъ 15—20 минутъ. Далеко невѣрнымъ и при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ опаснымъ является, по автору, впрыскиваніе Argent. nitric., tannin, hydratis и т. п. Изъ лекарственныхъ средствъ онъ хвалитъ больше всего атропинъ, затѣмъ бромъ и стрихнинъ. Но польза ихъ не велика безъ одновременнаго употребленія описанныхъ способовъ леченія. Общая фарадизація совместно съ центральной гальванизаціей показуется нерѣдко, именно въ случаяхъ общей нейрастеніи съ успѣхомъ.

*Николай Плюгинскій.*

**Д-ръ Б. И. Воротынский**, Подвѣшиванье, какъ методъ леченія нервныхъ болѣзней. Нейрологическій Вѣстникъ. Т. I, в. 2.

Коснувшись подробно исторіи подвѣшиванья, какъ метода леченія нервныхъ болѣзней, авторъ переходитъ къ разсмотрѣнію существующихъ взглядовъ на физиологическую сторону этого метода. Болѣе справедливый и основательный взглядъ на это дѣло, по мнѣнію автора, есть взглядъ д-ра Богрова, который терапевтическое дѣйствіе подвѣшиванья усматриваетъ въ гипереміи центральной нервной системы, которую вызываетъ отрицательное давленіе, получающееся при подвѣшиванѣ въ полостяхъ, ограниченныхъ твердой мозговой оболочкой и существомъ мозга, вслѣдствіе растяженія позвоночника, оболочекъ спинного мозга и его самого. Что касается способа подвѣшиванья, то, изъ всѣхъ предложенныхъ до сего времени способовъ, авторъ предпочитаетъ, какъ болѣе цѣлесообразный, способъ д-ра Спримона, каковымъ онъ и пользовался при своихъ наблюденіяхъ. Подъ наблюденіемъ автора было 7 случаевъ tabes.

1 случай церебральной нейрастеніи, 1 случай *tuberculos'a* позвоночника, 1 случай *meningo-myelitis* и 1 случай *paramyoclonus*. Въ четырехъ случаяхъ *tabes'a* получилось значительное улучшение, въ одномъ, сравнительно свѣжемъ, незначительное улучшение въ отношеніи стрѣляющихъ болей, расстройства мочеиспусканія и чувствительности; въ шестомъ случаѣ послѣ 9-ти сеансовъ никакого эффекта и, наконецъ, въ 7-мъ, застарѣломъ, лишь кратковременное облегченіе мучительныхъ симптомовъ. Въ случаѣ нейрастеніи достигнуто весьма значительное облегченіе; то же и въ случаѣ *tuberculos'a* позвоночника. Въ случаяхъ *meningo-myelitis'a* и *paramyoclonus'a* результаты отрицательные. Продолжительность сеансовъ подвѣшиванья равнялась 12—25 минутъ, смотря по общему состоянію больного. Сила вытяженія отъ 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3-хъ пудовъ. Въ заключеніи авторъ, основываясь на своихъ наблюденіяхъ и сопоставляя ихъ съ литературными данными, приходитъ къ слѣдующимъ положеніямъ: 1) Подвѣшиваніе въ настоящее время можно считать довольно прочно установленнымъ методомъ леченія нервныхъ болѣзней; 2) въ литературѣ еще не имѣется достаточно твердо выработанныхъ показаній и противопоказаній для примѣненія подвѣшиванья, какъ терапевтическаго средства; 3) самымъ лучшимъ аппаратомъ для подвѣшиванья въ настоящее время, по праву, слѣдуетъ считать аппаратъ д-ра Спримона, по его цѣлесообразности, безопасности и удобству примѣненія; 4) самые лучшіе результаты подвѣшиваніе даетъ при *tabes dorsalis* во второмъ періодѣ; хорошихъ результатовъ можно отъ него ожидать при нейрастеніи и другихъ общихъ нейрозахъ; оно является, наконецъ, прекраснымъ симптоматическимъ средствомъ при туберкулезныхъ и другихъ пораженіяхъ позвоночника и вообще при страданіяхъ спинного мозга, зависящихъ отъ его сдавленія; 5) подвѣшиваніе можетъ оказывать вліяніе при расстройствахъ зрѣнія, обусловленныхъ заболѣваніемъ нервной системы и особенно при табетической атрофіи зрительныхъ нервовъ; 6) подвѣшиваніе, какъ способъ леченія, далеко не безразличный, требуетъ для своего примѣненія точно формулированныхъ показаній.

*И. Я. Платоновъ.*

**Проф. В. М. Бехтеревъ,** Значеніе подвѣшиваній при нѣкоторыхъ спинномозговыхъ пораженіяхъ. Тамъ же.

Почтенный авторъ съ 1890 года систематически примѣнялъ подвѣшиваніе съ аппаратомъ д-ра Спримона, какъ методъ леченія нервно-больныхъ, и на основаніи многочисленныхъ наблюденій вполне подтверждаетъ благопріятные результаты этого метода леченія при сухоткѣ (*tabes dorsalis*), а равно и при нѣкоторыхъ другихъ органическихъ спинномозговыхъ пораженіяхъ, въ особенности же при

міэлитъ отъ давленія, а также при застарѣлыхъ формахъ спинномозгового сифилиса и въ нѣкоторыхъ случаяхъ поперечнаго міэлита; при чемъ результаты подвѣшиваній въ указанныхъ органическихъ пораженіяхъ спинного мозга еще болѣе обращаютъ на себя вниманіе, нежели результаты подвѣшиваній при tabes. Своими наблюденіями авторъ подтверждаетъ и тотъ фактъ, что подвѣшивание благопріятно вліяетъ на ослабленіе зрѣнія, обусловленное спинномозговыми пораженіями, даже и въ томъ случаѣ, если это ослабленіе находится въ зависимости отъ развитія извѣстной степени атрофій зрительныхъ нервовъ. Въ случаяхъ спинномозговыхъ страданій, осложненныхъ острымъ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ, подвѣшивание противопоказуется.

*И. Я. Платоновъ.*

Dr. H. Dagonet, J. Dagonet et Duhamel, Руководство по душевнымъ болѣзнямъ (Traité des maladies mentales, 1894).

Знакомясь съ современною французскою психіатрическою литературою, мы не можемъ не усмотрѣть въ ней того печальнаго явленія, что изъ года въ годъ она становится болѣе легковѣсною, несомнѣтельной и ненаучной. Насколько сочиненія Esquirol'я, Morel'я и др. прежнихъ французскихъ психіатровъ поражаютъ насъ глубиной знаній дѣла, тщательнѣйшимъ знакомствомъ съ научной постановкой вопроса, терпѣливымъ изученіемъ литературы, широтой мысли и обстоятельностью изложенія; настолько большинство современныхъ психіатрическихъ французскихъ работъ отличается обратными свойствами. Въ очень многихъ случаяхъ авторы не только не знакомы съ иностранной литературой по данному вопросу, но даже съ своей родной литературой. Кромѣ того у нѣкоторыхъ авторовъ проявляется какія то ложный патріотизмъ, выражающійся въ стремленіи цитировать работы только своихъ соотечественниковъ и совершенно игнорировать работы иностранныхъ авторовъ, хотя бы онѣ были напечатаны и на французскомъ языкѣ. Такой ходъ дѣла несомнѣнно ведетъ данную литературу къ упадку и отсталости, что очень ясно замѣтно хотя бы въ вопросахъ по параноѣ и аменціи. Что мы сказали о большей части литературы французской психіатрической вообще, то всецѣло должно быть отнесено и къ данному руководству трехъ авторовъ. Авторы слегка касаются, кромѣ французской, только нѣмецкой литературы и почти совершенно опускаютъ литературу итальянскую, русскую и англійскую, которая во всякомъ случаѣ нынѣ стоитъ выше французской. Новая книга не внесла ничего новаго въ литературу и внесетъ новый финансовый налогъ на тѣхъ, кто по возможности выпишетъ эту книгу.

*Андрей Поповъ.*

токсикація при душевнихъ страданіяхъ, 150.—**Dr. Guyon**, Уринарные нейрастеніи. 151.—**Dr. Lailier**, О пептонуріи у душевно-больныхъ, 151.—**Prof. Zuccarelli**, Результатъ леченія оксалуріи посредствомъ пиперадина, 153.—**Dr. Mocouzet**, Парціальная эпилепсія, 153.—**Dr. Lannois**, Эпилепсія и тифозная лихорадка, 156.—**Dr. Cristiani**, Джаксоновская эпилепсія вслѣдствіе самоотравленія, 157.—**Dr. Cristiani e Marzocchi**, Рѣдкій случай прекращенія конвульсивныхъ припадковъ при эпилепсіи, 158.—**Dr. Pastena**, Лечение эпилепсіи бурой, 158.—**Dr. Alexander**, Лечение эпилепсіи, 159.—**Dr. Dodd**, Сто случаевъ эпилепсіи,—ихъ рефракція и леченіе очками, 160.—**Dr. Peterson**, Призрѣніе эпилептиковъ, 160.—**Dr. Semelaigne**, Амбулаторный автоматизмъ, 161.—**Prof. Schultze**, О акропарезіи, 162.—**Dr. Dincler**, Tabes dorsalis incipiens съ meningitis spinalis syphilitica, 165.—**Проф. В. М. Бехтеревъ**, О звуковой проводимости и постукиваніи костей черепа и позвоночника, 167.—**Проф. В. М. Бехтеревъ**, Распрежденіе паралича чувствительности и движенія при пораженіи переходной части продолговатаго мозга въ спинной, 168.—**Dr. Croussel**, Изслѣдованіе цвѣтовыхъ ощущеній у душевно-больныхъ, 168.—**Dr. Revertegat**, Клиническое изученіе галлюцинацій при меланхолиі, 168.—**Dr. Piccinino**, О происхожденіи пневмоніи п. vagi, 169.—**Dr. Грейденбергъ**, Холера и психозы, 170.—**Проф. Н. М. Поповъ**, Патолого-анатомическія измѣненія въ центральной нервной системѣ при азіатской холерѣ, 171.—**Dr. Goldscheider**, Подіоміэлитъ, 171.—**Dr. Brissaud**, Болѣзнь Little'я и tabes spasmodica, 172.—**Dr. Marfan**, Врожденная спазмодическая ригидность, 172.—**Dr. Marie**, Наслѣдственный спастическій спинно-мозговой параличъ, 173.—**Dr. Dincler**, Заднепучковый склерозъ, 174.—**Prof. Kieselbach**, Гальваническая реакція чувствительныхъ нервовъ, 176.—**Prof. Fournier**, Желудочные приступы при tabes, 179.—**Prof. Raymond**, Къ ученію о сифилисѣ нервной системы, 180.—**Prof. Pick**, Общее ослабленіе памяти какъ слѣдствіе гнѣзднаго церебральнаго сифилитическаго заболѣванія, 180.—**Dr. Romme**, О сифилитическомъ менинго-міэлитѣ, 180.—**Dr. Oliver**, Кольчатый и зрачковый рефлексы при общемъ параличѣ, 182.—**Dr. Bouchaud**, Прогрессивная деменція и инкоординація конечностей у брата и сестры, 183.—**Dr. Klippel**, Общій прогрессивный параличъ, спинная форма, 183.—**Dr. Marie**, Случай прогрессивнаго паралича, 184.—**Dr. Colla**, Измѣненія корки при прогрессивномъ параличѣ, 185.—**Dr. Carter**, Измѣненія въ коркѣ при прогрессивномъ параличѣ, 185.—**Dr. Robertson**, Улучшеніе въ теченіи прогрессивнаго паралича, 186.—**Dr. Ballet**, Продромальный періодъ въ формѣ нейрастеніи при прогрессивномъ параличѣ, 186.—**Dr. Morel**, Лечение дегенеративныхъ психозовъ, 186.—**Dr. Agostini**, Гастрическій химизмъ у пеллагровныхъ, 187.—**Dr. Vizioli**, Франклинизація или электростатическая ванна при леченіи тетаній, 188.—**Dr. Gauter и Larat**, Гидроэлектрической методъ, 188.—**Dr. Ditmar и Schüle**, О посѣщеніи душевно-больныхъ родными въ больницахъ, 188.—**Dr. Melter**, О леченіи полового безсилія, 189.—**Dr. Воротынскій**, Подвѣшиваніе, какъ методъ леченія нервныхъ болѣзней, 190.—**Проф. В. М. Бехтеревъ**, Значеніе подвѣшиваній при нѣкоторыхъ спинно-мозговыхъ пораженіяхъ, 191.—**Dr. H. Dagonet, J. Dagonet и Duhamel**, Руководство по душевнымъ болѣзнямъ, 192.

Только что вышло и продается новое сочиненіе:

**Проф. П. И. Ковалевскій.**

## ПУЭРПЕРАЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ.

1894 г. Цѣна 1 р. 50 к.

**МОЖНО ИМѢТЬ СЛѢДУЮЩІЯ КНИГИ:**

- Проф. П. И. Ковалевскій, *Пуэрлеральныя психозы*. 1894. Ц. 1 р. 50 к.
- Психиатрическіе эскизы изъ исторіи*. 1892. Ц. 1 р.
- Дѣйствіе Грозный и его душевное состояніе*. Изд. 3-е. 1894 г. Ц. 1 р.
- Сумашествіе* (Amentia — Meynert'a). Ц. 1 р.
- Сифилисъ моза и его леченіе*. 2-е изданіе. 1894. Ц. 2 р.
- Компендіумъ первыихъ и душевныхъ болѣзней*. Изд. 2-е. 1893. Ц. 1 р. 25 к.
- Леченіе душевныхъ и первыихъ болѣзней*. Изд. 2-е. Ц. 2 р.
- Хорезъ и хорезическое сумашествіе*. Ц. 50 к.
- Пьянство, его причины и леченіе*. Изд. 2-е. Ц. 50 к.
- Основы механизма душевной дѣят.* Изд. 2-е, исправл. и доп. Ц. 1 р.
- Положеніе душевно-болѣзныхъ въ Россійской Имперіи*. Ц. 50 к.
- Психіатрія*, 2 т. 1 т. — общая психопатологія, 2-й т. — специальная психіатрія. Изд. 4-е. Ц. 4 р.
- Судебно-психиатрическіе анализы* (для медиковъ и юристовъ). 2-й т., изд. 2-е. Ц. 4 р. 50 к.
- Первичное помѣшательство* (для медиковъ и юристовъ). Ц. 1 р. 50 к.
- Михаиль Поповъ, Пятигорскъ и его цѣлебныя источники*. Въ изящномъ переплетѣ. Ц. 1 р.
- Андрей Поповъ, Жельноводскъ и его источники*. Въ изящн. пер. Ц. 1 р.
- Н. И. Мухинъ, Токсическій спастическій параличъ*. 1894. Ц. 1 р. 50 к.
- Prof. Ribot, Различныя формы характера*. Пер. Д. Н. Стефановскаго. Ц. 35 к.
- Prof. Meynert, Клиническія лекціи по психіатріи*. Пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1890. Ц. 1 р. 50 к.
- Prof. Binswanger, Сумашествіе и преступленіе*. Пер. А. Н. Герстфельдъ и О. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 30 к.
- Kerr, Пьянство, его причины, леченіе и судебно-медицинское значеніе*. Пер. К. Н. Ковалевской и М. Е. Лиона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 2 р.
- Dr. Löwenfeld, Современныя способы леченія истеріи и Neurasthenia*. Переводъ Н. И. Мухина подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р.
- Richet, Истеро-эпилепсія*. Переводъ подъ редакціей проф. Ковалевскаго, съ 180 рис. Ц. 5 р.
- Dr. Cullere, Границы сумашествія* (Les frontières de la folie). Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.
- Dr. Cullere, Гигіена нервныхъ людей и нейропатозъ*. Перев. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.
- Remak, Электродиагностика и электротерапія*. Перев. К. Н. Ковалевской, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р.
- Scholz, Діететика духа*. Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.
- Byrom Bramwell, Болѣзни спинного моза*. Пер. М. А. Шульгина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 5 р.
- Meynert, Психіатрія*. Перев. М. Е. Лиона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 3 р.
- Prof. Gowers, Болѣзни мозолю*. Перев. А. А. Говѣева, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.
- Prof. Charcot, Лекціи по первыимъ болѣзнямъ*. Переводъ подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р.
- Thudichum, Физиологическая жизнь мозолю*. Перев. М. Е. Лиона. Ц. 2 р.
- Robert von Pfungen, О разстройствѣхъ ассоціацій*. Переводъ М. Е. Лиона. Ц. 1 р.
- Dr. Pierson, Компендіумъ первыихъ болѣзней*. Переводъ Н. И. Мухина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Въ изящномъ переплетѣ. Ц. 1 р. 50 к.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

Студенты кромѣ того пользуются уступкою отъ 20 до 50%.









Aug 9 - 1939

