

Оценена первая диссертация

10 р

Серия докторских диссертаций, допущенных къ защите
въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи
въ 1899—1900 учебномъ году.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ
ЛАБОРАТОРИЯ
ХАРЬОВСКОГО МЕДИЦИНСКАГО ИНСТИТУТА

№ 30.

140
1.

**ВЫТЯЖЕНІЕ ПОЗВОНОЧНИКА,
КАКЪ МЕТОДЪ ЛЕЧЕНІЯ НЕРВНЫХЪ БОЛЕЗНЕЙ**

(ОСЛАБЛЕНІЕ, ВЫТЯЖЕНІЕ НА КРОВАТИ И СГИБАНІЕ).

ДИССЕРТАЦІЯ
на степень доктора медицины

П. А. Останкова.

Д-ръ Клиника душевныхъ и нервныхъ болезней академикъ **Г. М. Зексеръ.**

Изучавши диссертацию, по предмету Кофероскіа, б-дин профессорамъ академикъ **Е. И. Зексеръ**, профессоръ **Ф. И. Восторжній** и приват-доцентъ **А. Ф. Бранникъ.**

Печатано
1900 г.

— 428 —

1950
Переучет-60

7 - ноя 2012

Докторскую диссертацию лекаря Петра Александровича Остапенко под заглавием: „Воздействие комковатина, какъ средство лечения нервнаго болѣзней (мидоцизматизма, мидоцизма на кровяныя и спинальныя)“, читать разбираться, съ тѣмъ, чтобы по окончаніи было представлено въ Конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ диссертации (125 экземпляровъ диссертации и 300 отдельныхъ отзывовъ критическаго реценз (выдадена) — въ Конференцію и 375 экземпляровъ диссертации — въ академическую библиотеку).

С.-Петербургъ, декабря 4 дня 1880 года.

Ученый Секретарь, Ординарный Профессоръ А. Давыдовъ.

Предисловіе.

„Keinem Kranken dieser Art leuchtet die Hoffnung der Genesung, über Alle ist der Stab gebrochen. Der einzige Trost ist die lange Dauer der Krankheit“.

Bombey.

„Wir können gegenwärtig noch sehen, dass Viele von diesen Kranken, die unter dem Eindruck dieser Prognose stehen, in verweifelnder Stimmung zu uns kommen, und dass es dasselbe eine Aufgabe ist, ihnen wieder einen Stütz der Hoffnung leuchten zu lassen“.

Leyden.

(Berlin. Klin. Wochenschrift 1882, S. 403).

Слова Bombey'a, писаны синграфомъ къ настоящему труду; ходячими и укасами по своей глубокой правдѣ, конечно, оставили сильное и тихое впечатлѣніе въ читателѣ: безпомощность положенія больного ататика и полная несостоятельность терапевтическаго вѣдѣнія съ стороны невропатолога выступаютъ въ нихъ съ жестокой патетикой. Прислѣдя въ вниманіе такое положеніе дѣла, не удивительно, что невропатологи перепробовали массу средствъ для леченія спинной сухоты и часто подвѣдены утѣшительнаго самоуспокоенія прекрѣпости дѣйствіе того или другаго средства, пока невозможное время не показывало имъ ихъ увлеченія, а слова Bombey'a не приобритали своей прелесть силы. Однако Leyden шире, что pessimistischer взглядъ Bombey'a, когда о немъ догадываются больные, ничего не приноситъ имъ промѣна, и что обязанность врача подать тихий больнымъ своимъ лучъ надежды. Въ 1889 году такой авторитетный невропатологъ, какъ J. M. Oberst, опубликовалъ свои наблюденія надъ леченіемъ спинной сухоты подлѣживаніями, результаты были утѣшительны и, казалось, можно было ждать еще лучшаго будущаго. „Зѣрка надежды“ заглянула яринъ себѣ и для больныхъ, и для врачей.

Свѣтъ науки въ этотъ разъ шелъ съ востока: русскому невропатологу проф. О. О. Мочуловскому принадлежала честь введения въ терапію верныхъ болѣзней подѣлыванія. Изъ Россіи, говоритъ Ебб¹⁾, пришло чрезвычайное изобрѣтеніе, что такъ называемое подѣлываніе приноситъ табетикамъ удивительные терапевтическіе результаты*.

Врачи значащѣ сочувственно встрѣтили новый методъ, немедленно опубликовали онъ свои удивительныя наблюденія, общаѣ въ ближайшемъ будущемъ опубликованіи дальнѣйшихъ, болѣе подробные и, какъ чувствовалось по тону статей, еще болѣе ободрающіе результаты; во время нѣко, посвящались голоею скенкею, многіхъ дальнѣйшихъ и подробныхъ наблюденій свѣтъ не увидѣлъ, и вотъ послѣ какихъ-нибудь 15 лѣтъ подѣлываніе считается теперь почти забытымъ, паденіе на леченіе снѣжной сухотки снова угасло, и повѣршія публикаціи съ подомѣненіемъ подѣлыванія и замѣнилъ его другіе способы вытѣженія возмозочника уже не встрѣчаютъ такого сочувствія и отклика, съ какими были встрѣчены въ свое время статьи проф. J. M. Sbergo и О. О. Мочуловского.

Въ настоящее время свѣтъ съ востока еднѣ мерцаетъ, а слова Sbergo'a выступаютъ рѣже, чѣмъ когда-либо, въ темномъ безнадѣжномъ фонѣ терапіи верныхъ болѣзней.

По справедливо-ли забываетъ подѣлываніе? Неужели и опытный глазъ Sbergo'a ошибся, возмужа и онъ поддался увлеченію? Никѣтъ-ли, наконецъ, терапія снѣжной сухотки болѣе дѣйствительное средство, чѣмъ подѣлываніе? Эти вопросы казались намъ крайне интересными, а ходячій взглядъ—требовалъ безусловно протѣри, что и побудило насъ посвятить свое время изученію вопроса о подѣлываніи и о стоицннхъ изъ гнѣбншей свѣти онъ нмѣ вытѣженія возмозочника вообще въ терапіи верныхъ болѣзней.

Мы не боимся того обстоятельства, что приходится писать не по какому-нибудь вопросу и что наши наблюденія должны будутъ считаться съ холоднымъ уже и критическимъ отно-

шеніемъ невропатологовъ къ разсматриваемому предмету, — но бѣдность терапевтическихъ средствъ въ невропатологіи, по нашему мнѣнію, не позволяетъ пренебрегать забвенію на одно мало-важнѣе дѣльное средство, прежде чѣмъ не выяснится окончательно вопросъ, что оно дало врачю и что оно еще можетъ дать въ будущемъ.

Для вопроса о подѣлываніи наступать время исторіи, не было, думаю, будетъ теперь ослѣпнуть на весь неподдающийся періодъ его существованія и оцѣнить его по достоинству — это и будетъ одной изъ нашихъ задачъ. Изученіе философическаго вѣданія вытѣженія возмозочника также далеко еще нельзя считать законченнымъ; недостаѣтъ еще многого данныхъ для полнаго объясненія способа дѣйствія этого терапевтическаго агента, такъ, напр., до сихъ поръ не изучено близко вѣданіе вытѣженія возмозочника на состояніе кровообращенія въ головномъ мозгу и проч. Принимая во вниманіе только что сказанное, мы включили въ нашу задачу и экспериментальное изслѣдованіе вытѣженнаго вопроса, для чего и вставили соотвѣтственные главы на вытѣженіи. Послѣ историческаго очерка мы приведемъ сначала результаты нашихъ экспериментальныхъ изслѣдованій, нѣмѣхъ проведемъ собственныя клиническія наблюденія надъ дѣвленіемъ верныхъ болѣзней вытѣженіемъ возмозочника и, наконецъ, закончимъ настоящую работу выводами, матеріаломъ для которыхъ послужатъ, какъ историческій очеркъ, такъ и личныя экспериментальныя и клиническія наблюденія.

Глава I.

Историческій очеркъ.

Идея о воздѣйствіи на симптомы снѣжно-мозгового происхождения путемъ вытѣженія возмозочника собственно не нова, вовсе не принадлежитъ послѣдней четверти нашего столѣтія, какъ это обычно трактуется, и беретъ свое начало изъ первыхъ десятилѣтій настоящаго вѣка. Авторы обычно

1) См. Neurol. Centralblatt, 1887 г.

начинають свої історическіе очерки з 1883 г., со времени введенія въ невропатологію поддѣлыванія *O. O. Мочушковскима*, между тѣмъ какъ послѣдній авторъ самъ zaczynaє свою статью указывая на то, что, присутствуя при наложении корсета *Sager'a* на больных *Pott'овой* болѣзью, онъ замѣтилъ, что у этихъ больныхъ боли, равнѣ жъ безпокоившія, дѣлались слабѣе и улучшалось движеніе; это наблюденіе побудило его изъяснить вопросомъ, что собственно облегчало страданія больныхъ, пошивеніе ли корсета или вытяженіе позвоночника, производившееся при этой операціи. Но вопросъ этотъ, по крайней мѣрѣ во отношеніи къ болѣзни *Pott'a*, былъ давно уже рѣшенъ, и *J. K. Mitchell* дѣлалъ свѣдѣнія о болѣзняхъ вытяжимъ позвоночника, описывая при этомъ случаи выздоровленія отъ параличей *Pott'a*, еще въ 1826 году. Такимъ образомъ вытяженіе позвоночника въ терапіи нервныхъ болѣзней существовало давно и его слѣдуетъ собственно считать родоначальникомъ повѣдшихъ способовъ, какъ то поддѣлыванія, стибанія и проч. Совершенно несправедливо поэтому многіе авторы вытяженіе нервовъ, введенное въ терапію *Мичушковскаго* въ 1872 году, считают методомъ, предшествовавшимъ поддѣлыванію таблеткою, и даже ищутъ какую-то преемственность мыслей въ историческомъ развитіи механической терапіи спинной сухотки, несмотря на знаніе самого предложеннаго поддѣлыванія автора, что онъ совершенно случайно запатентовалъ на мысль о леченіи таблеткою поддѣлываніемъ. Даже терапевтическое усиліе поддѣлыванія при болѣзни *Pott'a* отличались нѣкоторыми особенностями, какъ нѣчто новое.

О вытяженіи нервовъ, предшествовавшее поддѣлыванію только по времени, мы будемъ говорить лишь настолько, насколько оно имѣетъ аналогичныя черты по своему физиологическому и терапевтическому значенію съ методами вытяженія позвоночника, послѣдніе-же въ тѣсномъ смыслѣ этого слова и послужать собственно предметомъ нашего изслѣдованія.

Поддѣлываніе, предложенное проф. *O. O. Мочушковскимъ* и описанное въ литературѣ, вслѣдъ за прочтаннымъ

въ *Salpêtrière's* *Clareot* лекціей, рѣшилъ къ себѣ интересъ со стороны невропатологовъ всего міра, къ дальнѣйшему уже послужило началомъ разработки различныхъ методовъ вытяженія позвоночника, продолжающихъ усовершенствоваться и предлагаться до настоящаго времени.

Въ 1883 году во „Врачѣ“ была опубликована работа проф. *O. O. Мочушковскаго* „Примѣненіе поддѣлыванія больнымъ въ леченіи нѣкоторыхъ расстройствъ спинного мозга“.

O. O. Мочушковскій, присутствуя при наложеніи хирургами корсета *Sager'a* у больныхъ спондилитами, обратилъ вниманіе на удлинненіе тѣла во время вшивія. По его измѣреніямъ, удлинненіе колебалось отъ 2,5 до 5 см., при чемъ въ общемъ удлинненіе принимало участіе и позвоночника. Тогда же авторъ заданъ двумя вопросами:

- 1) Какъ относится спинной мозгъ, его оболочка и нервные корешки къ позвоночному каналу во время акта вшивія?
- 2) Не будутъ ли вшиты поддѣлываніа благотворнаго вліянія на теченіе нѣкоторыхъ расстройствъ спинного мозга?

Къ рѣшенію перваго вопроса авторъ старался подойти двоякимъ способомъ: а) изслѣдованіями на трупахъ и б) изслѣдованіями на больныхъ. При изслѣдованіи на трупахъ авторъ вырѣзалъ, обнажая твердую оболочку спинного мозга, остистые отростки 5 и 6 грудного позвонка, стараясь меньше повредить мышечную и связочную системы позвоночника. При поддѣлываніи трупа общая длина его увеличилась на 6 см., удлинненіе позвоночного столба отъ 2-го шейнаго позвонка до 4-го поясничнаго достигло 2,5 см. На козѣ, на позвонкахъ и твердой мозговой оболочкѣ были сдѣланы на одномъ уровнѣ вѣтви черепицами, при поддѣлываніи трупа вѣтви на твердой мозговой оболочкѣ отпили отъ хвѣста на козѣ и позвонкахъ на 1,4 см. Задніе корешки, какъ-же, были втянуты сильно.

Для измерения на больных употреблялся деревянный прибор, похожий на циркуль Вебера. Самая большая цифра удлинения у больных Мочуковского доходила до 5 смт. Степень удлинения зависит, по автору, от податливости связочной и мышечной систем позвоночного столба. Кажется, говорить автору, это удлинение не зависит от одного лишь напряжения физиологических причин позвоночника, так как оно определяется не только циркулем, но и лентой (т. е. по плоскости).

Результаты исследований проф. О. О. Мочуковского, таким образом, относительно первого вопроса могут быть сформулированы так. Твердая желатина оболочка на время подгибания смещается. Корешки жидкостной свое положение и, кажется, слабо вытягиваются. Напряжение жидкости, окружающей спинной мозг, значительно увеличивается. На позвоночник общая длина роста увеличивается от 3 до 5 смт., при чем часть из этого увеличения несомненно приходится на растяжение позвоночника, считаем, не лишним привести здесь следующую таблицу автора.

Имена.	От верх. края 2-го позв. до 4-го позв.			От 4 позвончатого позвонка до пятки.			Общая длина.		
	Стояч. 921.	Висл. 101.	Разн.	Стояч. 921.	Висл. 101.	Разн.	Стояч. 921.	Висл. 101.	Разн.
М—16.	47,0	48,5	1,5	89,0	93,5	1,5	136,5	142,5	3,0
Ц—17.	51,0	52,0	1,0	99,5	102,5	3,0	150,5	154,5	4,0
К—18.	60,5	62,0	1,5	101,0	105,0	3,0	161,5	167,0	4,5

Из этой таблицы легко заметить, что наибольшее растяжение падает на нижнюю часть туловища от 4-го позвончатого позвонка до подпоясочной части пятки.

Отвечая на второй вопрос служат приводимая автором четыре истории болезни и описание результатов других наблюдений. Результаты, достигнутые автором, для наглядности, можно представить в виде следующей таблицы (см. стр. 8—11).

О. О. Мочуковским отмечается влияние подгибания на кровообращение и дыхание. Дыхание делается грудным и ускоряется, наблюдается также затруднение дыхания и учащение его из среднем до 4 в 1'. Пульс во время висания ускоряется: в 1'—76, в 3'—82, в 4'—84, в 7'—86, в 9'—86. Кроме того давление во время висания увеличивается. Диастолическая волна резко приближается к верхушке. Что касается объяснений терапевтического эффекта подгибаний, то О. О. Мочуковский, не сомневаясь в том, что спинной мозг во время висания находится в своем отношении к позвоночнику, придает значение также несомненно существующему при этом вытяжению нервных стволочных нижних конечностей. Улучшением бокового кровообращения из венных венозных еще или мало венозных сосудов спинного мозга склонен Мочуковский, главным образом, объяснить терапевтический эффект подгибаний при спинной сухотке. Но почему же подгибание приносит большую пользу в старых случаях? Этот вопрос оставлен автором открытым. Противопоказания к подгибанию по О. О. Мочуковскому, следующие:

- 1) Болезни сердца.
- 2) Сильная слабость и анемия.
- 3) Эпифизма легкая в значительной степени.
- 4) Пещеры в легких и наклонность к кровоизлияниям.
- 5) Предпоставление ампутационные, опистотические и энцефалитические припадки.
- 6) Сильная степень малокровия и большая склонность к обморокам.

При продолжительном сеансе подгибания (до 20 м.) замечались ухудшения:

- 1) У некоторых—боль в пояснице или целом позвоночнике.
- 2) У одного—быстрое ослабление сил нижних конечностей.

Имя больного.	Формы заболевания.	Возраст больного.	Возраст братов близких.	Пол.	Описательный анамнез.	Место нахождения наиб.	Число состоявшихся выздоровл. наиб.	Продолже- ние нашего лечения состоя.	Результат нашего лечения.
1) Хорс. шмш. П. М.-сий.	Сининая срытка.	49		М.	11 лет, перенесший стабл из атак. из параличическ.	Траппа (настат, сифилис. ?)	97	Отъ 4 до 17 мин. Состояи через дома и плана.	Результат была из излеченный всего 40 дня, настат, что паралис оста- вался на 2 нед. и болше. настат 12-ти по- сле. продолжилось настат 13-ти настат. Съ 24 April 1882 г. до 15 May 1882 1882 года.
2) Нахшав.	Сининая срытка ст.	42 г.		М.	Сифилис. стабл излеченный 30 г. настат. План излечен на 4 г.	Моргантиса.	80	Отъ 4 до 10 м. Состояи че- рез дома и плана.	10 излеченный.
3) Касей См.	Сининая срытка, ар- терискоз, расширен сердца, сифилис излечен.	55 г.	58 г.	М.	Трупа сининая, сифи- лическ излечен.	Всего 40 лет ко сифи- лическ. Вольманъ Теллеръ на 10 фронтен.		По настат. плана.	Съ 10-ти до 10-ти настат. и милых настат.

[illegible]

Имя больного.	Форма заболева- ния.	Возраст больного.	Возраст больного.	Пол.	Учебный предмет, занятия.	Метод по- давания электри- чества.	Число за- нятий.	Продол- жительность занятия.	Результаты лечения.	РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.					Сила ар- териаль- ной крови до и после лечения.	Сила арте- риаль- ной крови после ле- чения.	Давление крови после ле- чения.
										Чувств., сфера общ. чувства.	Сфера движе- ния.	Органы чувств.	Внутрен- ние органы.				
4) Абрам-Ф.	Neuritis multiplex periphericus (литический синдром)	40	10 лет	М.	Инфекция, инфекция, в. 54 г.	По способу Нейтмана	22	10 минут.	После 14 занятий улучшился в весе. После 17 занятий. После 18 занятий в весе, увеличении в весе, увеличении в весе. После 21 — сгорел. На 22 для лечения, аспирация.	Несколько бо- лей, паресте- зия.	Может ходить с помощью. Лежа в положе- нии лежа дви- жения. Про- являлась сила мышечности. Пальцы, фары, неудобности. Улучшился, обес- трои, усилился. Начали появля- ться, но не мышеч- ные безразличия.	*	Повышение артериаль- ной давле- ния.	*	*	Повышение арте- риаль- ной давле- ния.	
5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.	Синдром сухотки.	Дополн. атр.	Дополн. атр.	*	Матрица, матр.	Матрица, матр.	*	*	Несколько бо- лей и паресте- зия. Нетерпе- мость к воздей- ствию у детей подвешива- нием.	Увеличение мы- шечной силы и улучшение аппе- тита.	*	*	*	*	*		
15 и 16.	Синдром сухотки на нервном, атрофия.	Сухотка, атрофия.	Сухотка, атрофия.	*	Сухотка, атрофия.	Сухотка, атрофия.	*	*	Ослабли боли.	Увеличение силы и аппе- тита.	*	На одном случае, вто- рой, другой, другой.	*	*	*		
17, 18, 19.	Синдром сухотки, атрофия.	*	*	*	*	*	*	*	*	Без результатов.	*	*	*	*	*		
20.	Хроническая сухотка, атрофия.	*	*	*	*	*	*	*	*	Без результатов.	*	*	*	*	*		
21.	Хроническая сухотка, атрофия.	*	*	*	*	*	*	*	*	Без результатов.	*	*	*	*	*		
22.	Хроническая сухотка, атрофия.	*	*	*	*	*	*	*	*	Без результатов.	*	*	*	*	*		
23.	Хроническая сухотка, атрофия.	*	*	*	*	*	*	*	*	Без результатов.	*	*	*	*	*		

От 2—5 я. время подвешивания, последующий не больше 10 минут.

От 2 — 5 х. лечение подвешивание, исследование не больше 10 минут.

3) У некоторых — головокружение, потеря аппетита, появление сонливости.

4) У одного — задержание мочи.

5) У одного — провалание в сону.

Совершенно отдельно стоит из литературь работа А. Негер¹⁾, появившаяся в 1884 году и посвященная вопросу о вытяжении спинного мозга²⁾. Эту работу авторы, писавшие под редакцией, почти не упоминают, между тем как методы Blonde'я, Bonuzzi и недавно опубликованный метод Gilles de la Tourette'a, как не трудно будет видеть, своей идеей обаны методу Негер³⁾, методу, предложенному последним еще в 1884 году. Негер, наблюдая у большого числа своих больных симптомомический нервных заболеваний, указывающий на поражение неслучайного отдела спинного мозга, пришел к убеждению, что чаще всего симптомомический отдел травматического происхождения и именно развивается после сильного сгибания позвоночника вперед. Эти наблюдения заставили Негер⁴⁾ заинтересоваться вопросом о возможности позвоночника вообще. Еще из капитального труда Meyer⁵⁾, Негер знал, что при сгибании позвоночника вперед вся часть, лежащая позади оси сгибания, проходящей через середину тазовых позвонков, должна претерпевать растяжение; происходящее при этом удлинение простирается до 3,5 и более сантиметром. Негер⁶⁾ у интересовало было знать, принимают ли участие в этом удлинении спинной мозг и его оболочки и в какой мере. Совместно с д-ром Strasser⁷⁾ он предпринял опыты на трупах, для разрешения только что замеченного вопроса. Эти опыты убедили Негер⁸⁾ из того, что как твердая мозговая оболочка, так и самый спинной мозг при сгибании позвоночника познательно удлиняются; удлинение спинного мозга, при равномерном участии всех отделов, равняется от 2,4 — 3,4 см. Обусловленное сгибанием позво-

ночка удлинение спинного мозга будет несколько усиливаться при одновременном вытяжении нервов. Как известно, вопрос о влиянии вытяжения нервов на спинной мозг занимался также Langsdorff, Forst, Gumboldt, Weiss и другие, в обсуждении их работ, мы, однако, ходить не будем, так как большинство авторов пришли к аналогичному заключению, как и Негер. Что касается применения на живых, то Негер сообщает для публичной тишины вперед, — толка в грудь пригибаются к нижним конечностям у больного, сидящего на столе, с вытянутыми ногами (помощники удерживают колена в разогнутом состоянии), или же у больного, лежащего на спине, врач поднимает разогнутые в коленях ноги, так что больное не фиксируется, и позвоночник теперь сгибается, при чем ось сгибания проходит через голову. Автор рекомендует пользоваться его методом сгибания позвоночника во всех тех случаях, заболел спинного мозга, где до того применялось вытяжение нервов, а также и при некоторых функциональных страданиях. Большое преимущество нового метода, по автору, это — более быстрое и равномерное влияние его на мозг, конечно, вытяжение нервов будет иметь свое значение, но только в случаях, где хотеть действовать исключительно на последние.

На подкрепление по Мюллеровскому, на сгибание по способу Негер⁹⁾ не выказывало успеха непосредственно после их опубликования. Способ Негер¹⁰⁾ даже до настоящего времени не носит имени автора, так как другие врачи, равно ничего не сказавшие нового, во писании в периодиче вытяжениях, счастливо назвали свое имя с модификация метода, впервые предложенного Негер¹¹⁾. Казалось, та же судьба ждала и подкрепление, так как оно составляло достояние библиотечной шилы и если бы французский врач Raymond в 1888 г. не был командирован в Россию, может быть, знаменитое соотечественника и удалось бы похоронить навсегда подкрепление, но д-р Raymond, соорудивший из своей командировки д-ром Оливейра, ознакомившись с всеми методами лечения

1) A. Heger. Die Dehnung des Rückenmarks. Wiener medicinische Wochenschrift 36 3 u. 4, 1884 г.

2) Meyer. Statik und Mechanik des menschl. Knochengerüsts.

спинной сухотки из Одессы из отдаленія д-ра О. О. Мочушковского, вернувшись на родину, сообщить сведения о новом методе лечения проф. J. M. Charcot.

Въ концѣ 1888 года подвѣшаніе стало применяться въ Salpêtrière, а 15 января 1889 года Charcot прочелъ свою известную лекцію «о лечении спинной сухотки подвѣшаніемъ по способу Мочушковского». Авторитетный голосъ Charcot установилъ врачебный миръ обратять вниманіе на новый методъ лечения.

„Я же думаю, говоритъ Charcot, чтобы новымъ способу туловище было радикально измѣнить положеніе вещей. Тѣмъ же менѣе, не подождавъ сомнѣнію, что она будетъ истрѣблена съ открытыми облатками, коль скоро она въ будущемъ окажется болѣе действительнѣе, нежели большая часть способовъ лечения, находившихся до сихъ поръ въ нашемъ распоряженіи и мнѣстѣ съ тѣмъ настолько же безвреднымъ въ своемъ пока приложеніи, какъ и излеченіе нѣтъ практическимъ методомъ“. Эти слова Charcot тогда же опредѣлили то положеніе, которое суждено было занять подвѣшаніе въ будущемъ, хотя большинство авторовъ впоследствии пишутъ о немъ, какъ о средстве, наиболѣе действительномъ, однако, въ то же время подвѣшаніе, конечно, оказалось не въ состояніи радикально измѣнить положеніе вещей въ терапіи спинной сухотки. Лишь опасность метода оказалась при известныхъ условіяхъ весьма большою.

Въ началѣ своей лекціи Charcot передаетъ исторію возникновения подвѣшанія, а равно и наблюденія д-ра О. О. Мочушковского. Charcot упоминаетъ также, что онъ имѣетъ отъ Мочушковского письмо, въ которомъ сообщается объ одномъ больномъ, что тотъ, послѣ подвѣшанія, уже въ теченіе пяти лѣтъ прекратилъ всякое лечение и безпрестанно выполняетъ свои служебныя обязанности, ежедневно путешествуя пѣшкомъ отъ 3 до 5 километровъ, въ теченіе всего времени у него ни разу не было стрѣляющихъ болей.

Подвѣшаніе производилось въ Salpêtrière посредствомъ аппарата Sayre'a, а поименованіе здѣсь рисунки 1 и 2 даютъ пол-

ное представленіе объ употребляемомъ аппаратѣ. Какъ только

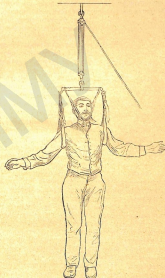


Рис. 1.

аппаратъ наложенъ, начинаютъ производить поднятіе тѣла; поднятіе должно совершаться осторожно, медленно, безъ толчковъ,

больной должна избежать всяких движений, которые наступают инстинктивно из тот момент, когда она чувствует, что приближается отъ пола. Во время подбрасывания заставляли больного время от времени медленно приподнимать руки вверх, съ целью усилить эффект вытяжения. Но миссис *Shore* набравшая продолжительность сеанса не должна превышать 3 или 4 минуты. Лечение начинают съ $\frac{1}{2}$ —1 минуты и затем постепенно доводят до указанной выше цифры, однако же не больше 6—8 сеансов. Подбрасывания делались каждые два дня, ежедневные сеансы действовали же не хорошо. Опускание больного послѣ сеанса производится также осторожно и медленно. Употребление препояска по рекомендѣн, так как пердо, ради озора, боль-



Рис. 2.

ные судорожно ухватываются за полку треносника и могутъ такимъ образомъ его опрокинуть. Первая наблюденія въ клиникѣ *Shore* произведены были надъ 18 табетиками, по 4 изъ нихъ, подбрасывали не болѣе 3 разъ и по различнымъ причинамъ перестали приходить, поэтому, была исключена изъ общаго счѣта. Изъ 14-ти случаевъ, наблюдавшихся, подбрасывали средняго числа отъ десяти 3-хъ мѣсяцевъ, 10 случаевъ обнаружали рѣзкое улучшение, а въ некоторыхъ изъ нихъ наблюдалось даже поразительное ослабленіе почти всѣхъ скелето-моторныхъ акцій. Въ четырехъ случаяхъ получались отрицательные или ничтожные результаты, при чемъ изъ одного изъ нихъ, послѣ періода улучшения, наступило ухудшеніе всѣхъ признаковъ. Всѣ больные были несокращенные табетики съ разнитою уже болѣзью. Почти у всѣхъ улучшение прежде всего спа-

залося на походку уменьшеніемъ атаксіа. Больные неоднократно заявляли, что непосредственно послѣ сеанса они ходить гораздо легче и утѣшеніе. Вначалѣ это улучшение продолжается не болѣе 2—3 часовъ, однако, послѣ продолжительнаго сеанса оно увеличивается и дѣлается стойкимъ, больные получаютъ возможность ходить безъ посторонней помощи и совершать довольно длинныя прогулки. Признаки *Romberg'a* исчезли почти всегда гораздо позже. Работоспособность постепенно, въ болѣе позднихъ случаяхъ, значительно улучшалась, правда, иногда лишь поздно. У некоторыхъ больныхъ отравленіе пузиръ стало нормальнымъ, то же наблюдалось въ отношеніи полового чувства. Послѣ первыхъ же сеансовъ во многихъ случаяхъ стрѣлковыя боли ослабѣли, уменьшилось также чувство онемѣнія, а у двухъ больныхъ исчезло раздраженіе мѣста на подомашахъ считавшееся чувствительнымъ. Сонъ и общее состояніе несомненно улучшались и этого нельзя поставить въ исключительную зависимость отъ исчезанія стрѣлочныхъ болей. Ни въ одномъ случаѣ *Shore* не наблюдалъ восстановленія патвнхъ рефлексовъ. Послѣ первой прочитанной *Shore* лекціи о подбрасываніи въ *Salpêtrière* стали явиться въ болѣе числѣ больные, желавшіе лечиться подбрасываніемъ. Общее число больныхъ изъ 15 марта 1889 г. достигло 114, въ томъ числѣ было 3 женщины. Всѣхъ лечившихся можно подраздѣлить на слѣдующую группу. 30 больныхъ подбрасывали въ болѣе 5 разъ и затѣмъ были потеряны изъ виду. Очень много больныхъ, начавшихъ подбрасываніе, приобрѣли собственные аппараты и продолжали лечение дома. 20 атактичныхъ подбрасывались отъ 1 до 5 разъ и въ моментъ опубликованія статьи продолжали лечение, о нихъ, конечно, нельзя сказать ничего опредѣленнаго. 14 были подбрасывали отъ 6—10 разъ, они остались безъ переѣзъ. 7 подбрасывались отъ 15 до 20 разъ и болѣе и не получили никакого особеннаго улучшения. 38, въ томъ числѣ три женщины, были подбрасывали отъ 4 до 20 разъ и болѣе (въ среднемъ число сеансовъ на каждый болѣе равно было 15). Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ наступило очень рѣзкое улучшение, хотя и въ раз-

личной степени. В 5 случаях наступили различного рода побочные явления, благодаря которым пришлось прервать сеансы.

На основании своих наблюдений Шарко пришел к убеждению, что у детей молодых субъектов, как и у субъектов преклонного возраста, подбрасывание дает лишь ничтожные результаты и из-за этого, что лучше общее состояние, так и лучшие результаты дает подбрасывание. Раньше 10—15 сеансов трудно сказать о той пользе, которую можно принести этим методом. Рано наступающее улучшение служит хорошим признаком. Подбрасывание и в этой серии случаев оказало особенно благоприятное влияние на расстройства координации движений, на стрессорные боли, на расстройства тазовых органов и на общее состояние. Напротив, чересно-мгновенные явления, как-то: параличи глазных мышц, гортанные или желудочные приступы, познанию, не наступают лечения.

Следующий пример Мюльенского, Шарко применял подбрасывание и при других нервных страданиях. Так этот способ применялся в одном случае Фридриховой болезни. После 30 сеансов у больной наступило очень редкое улучшение симптома Romberg'a и походки, но в этом случае проявилась также и слабость. Благоприятные результаты были получены в двух случаях острого бешенства, вызванного от неврастении. У одного больного с разлитым склерозом после двух сеансов подбрасывания наступила спастическая ригидность в ногах, которая однако через 3 дня исчезла. Подбрасывание применялось еще во второй серии в 8 случаях спастического паралича, в 3-х случаях Фридриховой болезни и в 4 случаях дрожательного паралича. У всех больных с спастическим параличом (2 с разлитым склерозом) склероз не больше 8-ми сеансов; из противоположности большого первой серии, подбрасывание этим больными переносилось очень хорошо, ни разу не вызвало ухудшения параличических явлений, а в некоторых случаях ригидность даже уменьша-

лась. У 3-х больных с Фридриховой болезнью после 6 сеансов не наступило никакого улучшения. В случаях дрожательного паралича подбрасывание дало вполне благоприятные результаты: у 4-х из них (от 7 до 25-х подбрасываний) улучшение сошлось с уменьшением значительно чувств жары, наступающее преимущественно по ночам, резко уменьшилась ригидность членов, равно как и боли. В одном случае началось стремление двигаться вперед (phéne-mène d'antéropulsion), напротив дрожание по всем случаям осталось без изменений. В марте же месяц Шарко начал случай ходить больных, которые были представлены из клиники 15 января, — полученное улучшение держалось во всех случаях и в некоторых даже значительно прогрессировало; сеансы подбрасывания ни в одном случае не прерывались. Что касается неврастенических явлений, то влияние неврастенического положения аппарата наступило иногда головокружения. В одном случае, где больной страдал гортанными криками, лечение пришлось прекратить, так как положение шейника в первый же сеанс вызвало у него чувство удушья. В другом случае, у мужчины 55 лет с артериосклерозом, после 17-го сеанса наступил отек нижних конечностей вследствие расстройства кровообращения сердечного происхождения; с прекращением сеансов этот отек исчез. У одного больного 51 года, не представлявшего никакого страдания сердца, после нескольких сеансов появилось обморочное состояние, а после одного из сеансов произошла потеря сознания, вследствие чего пришлось прервать лечение. Также и в другом случае наступила совершенно неожиданная потеря сознания. В одном случае после сеанса подбрасывания развился паралич лучевого нерва, очевидно вызванный сдавлением; паралич этот очень быстро исчез. В одном случае произошел разрыв небольшой атеросклеротической артерии вследствие сдавления, вызванного поджиманием ремнем. В 3-х случаях тифа, где наблюдалось улучшение, до начала лечения из мочи содержалась не более или менее значительное количество сахара. На основании только что приведенных ве-

приятных случайностей. Шарко отмечает, что подчас опасно предоставлять делать подбывания самому больному.

В той-же лекции Шарко сообщал результаты опытов, произведенных им. Очевидно с целью объяснить физиологическое действие подбывания. Опыты произведены были на нескольких молодых, здоровых и приятных субъектах. Очевидно наблюдать под влиянием подбывания усиление дыхательных движений и понижение артериального давления; после 3-х подбываний возникшие рефлексы резко уменьшались, после 4—5 подбываний наступало состояние без сознания, вследствие эротических спондрий и частых эреций. Явления эти продолжались еще в течение нескольких дней после последнего подбывания. Шарко находил также нужным упомянуть при этом о том факте, что подбывания практиковались из «забывших, не особенно почтенных заведений и расслабленных или ненормальных субъектов».

Немногими средствами удалось получить столь широкое распространение, которое выпало на долю подбывания после лекции Шарко. Не только медицинские врачи, но и общая пресса известила публику о новом многообещающем методе лечения нервных болезней. Газеты, попадая в руки больных, повсюду вербовали адептов подбывания, но такая широкая популяризация не содействовала безопасному методу не замедлила дать себя знать очень печальными результатами; несколько смертных случаев, объяснивших нервному или неосторожному применению способа, как увидать ниже, значительно дискредитировали подбывание и дали лишний козырь в руки его противников.

Gilles de la Tourette и Lapeudakis ¹⁾ опубликовали 2 случая синипной сухотки, где вследствие лечения подбыванием удалось уменьшить и даже прекратить употребление привычных приемов морфия.

¹⁾ Gilles de la Tourette et Lapeudakis. Dissertations et observation de l'usage de la asphyxie chez deux tabétiques traités par la mesure. Archives de Neurologie T. XVIII. p. 131. 1889.

Один из больных возмущался хореическим ежедневно в течение 2-х лет по 0,015, съ 12 подбываниями по способу Мочутковского—Шарко больной отказался от морфия, за это-же время у больного отмечено улучшение похода и уменьшение боли, во время опубликования статьи большой продолжал лечение. Второй больной после 20 сеансов уменьшил дозу морфия и, получив облегчение боли и улучшение похода, купил себе аппарат и больше не прибегал к.

23 февраля на заседании Общества Параличных врачей ²⁾ Аббасе ³⁾ заявил, что, применяя подбывание по методу Шарко—Мочутковского у атактичных, он может отменить действие этого способа лечения на острую эранию, хотя полученные результаты Аббасе ботел еще признавать доказательствами; действие же подбывания на другие симптомы спинно-мозгового происхождения неоспоримо; у одного больного нужнее его в течение двух лет разстройство мочеиспускания быстро прекратилось. В той-же заседании общества мнение подбывания на разстройство мочеотделения подтверждал и Дессо.

12 марта на заседании «Официального Общества» ⁴⁾ Дарьер ⁵⁾ делал доклад. «О подбывании при врожденной атрофии нервов». Автор особенно поразило благоприятное влияние подбывания на различные проявления атонии и между прочим также и на острую эранию, хотя последнее и не достигло столь же значительного улучшения, как общее состояние. Свидетельств даны о 3-х больных, один из них, почти совершенно слепой, стал лучше различать окружающие предметы. Что касается двух других больных, то у одного эрания возобновилась съ $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$, а у другого съ $\frac{1}{4}$ почти до $\frac{1}{2}$.

Дарьер подбывал своих больных на одну голову, подбывания же употреблял только тогда, когда транция на

²⁾ L'union médicale. N. 32. p. 373. 1889.

³⁾ Le Bull. mod. N. 33. p. 300. 1889.

шею становилась тагестна. Сеанси проходились каждые 2 дня и продолжались 3 минуты.

Abadie и из этого заключения подтвердил, что известное число случаев атрофии зрительного нерва действительно улучшаются под влиянием подблывания. Подблывание приносит пользу и в случаях, где атрофия зрительного нерва неопределянной причины, так у одного молодого человека, 18 л., страдавшего атрофией зрительных нервов и обладавшего до этого совершенно здоровыми, острота зрения под влиянием подблывания улучшилась настолько, что он мог читать, чего уже не делал около 6 месяцев.

Корреспондент журнала „The Lancet“¹⁾, приглашенный доктор Wattsmille из госпиталя St. Marks, осмотрел одного пациента, который около шести недель лечился подблыванием, — это был первый пациент в Англии, подвергшийся новому методу лечения. За время лечения пациент значительно улучшился, прежде он не мог стоять с закрытыми глазами, теперь, хотя нервно, не может; он теперь уверенно ходит и может работать. Улучшение походки прогрессировало медленно, однако из продолжение всего лечения. Боли почти исчезли. Появилась зрешия, чего не было уже несколько лет. Д-р Wattsmille не сообщает подблывания за одну голову до тех пор, пока пациент не привыкнет подблываться с подблываниями.

Wharton Sinkler²⁾ из числа первых сообщений о случаях болезни Потта, где он применял подблывание; данный случай был травматического происхождения, и подблывание дало очень хорошие результаты, из которых он делает вывод о чистоте действия подблывания, так как одновременно с подблыванием применялись и другие средства: препараты и проч.

William A. Hammond³⁾ лечил подблываниями 5 случаев сильной сухотки и во всех получил очень благоприятный результат; боли исчезли почти во всех случаях, координация движений настолько улучшилась, что больные, которые раньше не могли стоять с закрытыми глазами, могут теперь стоять таким образом сколько угодно. У одного пациента постоянное непроизвольное поднятие ноги прекратилось после 3-го подблывания, так же благотворно влияло подблывание и на восстановление половой функции во всех случаях. Автор очень доверчив получившим результатам и только осторожности ради не рискует пока говорить о полном излечении таких подблываниями. Hammond применял это лечение также из одних случаев бокового sclerosis и из 2-х случаях импотенции функционального происхождения. Во всех последующих случаях получалось также улучшение. Продолжительность сеансов не превышала 3 минуты, начинался с 1 минуты. Из неприятных случаев автор отмечает только головокружения, а из одних случаев после сеанса подблывания наблюдался жар в области рук, который однако через 2—3 дня под влиянием электричества и массажа. Что касается образа действия подблывания, то Hammond убежден, что подблывание обязано своим благотворным влиянием вытяжению спинного мозга; автор даже пришел к заключению, что вытяжение спинного мозга происходит лучше, если сила приложения из одной только шеи и головы, поэтому он совершенно оставил пользование подблываниями, из его аппарата только головной узел подвешен на прочном пружинном вставке; Hammond, таким образом, переместил принадлежность ядра изобретения трекции во время подблывания. Сила трекции, по расчетам автора, достаточна от 75—100 фунтов. Сильнее легкая пациентам, автор рекомендует применять к ногам еще гири. Hammond считает, что подблывание по описанному способу (за одну голову) действует быстрее, по его мнению,

¹⁾ The Lancet p. 551. 1889.

²⁾ Wharton Sinkler, Case of Pott's disease from injury, followed by complete paraplegia. Treated successfully by suspension. Med News, 15 April 1889.

³⁾ New-York Med. Journal T. 49 p., 511. 1889.

эксцитации и поджимания только уменьшают действие вытяжения на спинной мозг. По последнему способу автор пользовался одного атлантин, у которого исчезли все симптомы в течение 6 недель за исключением шумения в ушах, отсутствия коленного рефлекса и легкой степени недержания мочи, но и последний симптом продолжал улучшаться. Считаю поджимания при осторожном употреблении методом, не внушающим опасений, автору однако рекомендую очень тщательно следить за правильным положением аппарата и за болезнью во все время сеанса, прекращая тогда уже возможности несчастных случаев при слишком небрежном приближении нового метода.

Charles Dene¹⁾ применял поджимания с февраля 1889 года у 16 больных, всего сделано было 125 поджиманий. Лечение было испытано из случаев спинной сухотки (6), из 1 случая болезни Friedreich'a из 2-х случаев paralysis agitans, из 1 случая myelitis transversa, из 1 — hemiplegia и из нескольких случаев neurasthenia sexualis. Поджимания делались по методу Charcot — Мюссею 3—4 раза в неделю, сеансы от 1/2 до 5'. Результаты следующие: у одного больного после 16 поджиманий уменьшились субъективные ощущения из нижних конечностей и улучшился походка; у второго атлантин сделал 10 поджиманий, — улучшение слабее; у 3-го после 7 поджиманий стражающая боля осталась без перемены; остальных атлантин поджимал всего столько раз, пациенты заявляли, что чувствуют себя лучше и сами их свободнее, но только на один день. В обоих случаях paralysis agitans ригидность мышц несколько улучшилась, хотя она была сама болезнь, и один пребывал из поджиманиями даже в доме. Пациент с myelitis transversa был очень доволен лечением и у него действительно после 13 поджиманий движения стали свободнее и сильнее. Больные гемиплегией и с болезнью Friedreich'a улучшались, последний даже

заявить, что он чувствует себя так хорошо, как уже давно не чувствовал. Относительно неврастении автор еще не решился высказаться. Dene отбывает, что во время поджимания у не атлантин наблюдается понижение коленных рефлексов. Применять методу следует Dana главным образом при 1-й стадии спинной сухотки, вообще же поджимания он считает методом менее важным и несостоянным сравнительно с другими методами лечения и считает, что Charcot придает ему большую ценность, чем следует. Здесь не имеет быть вспомнить материалы и время наблюдения у Charcot и сравнить с теми же данными у только что цитированного автора. Насколько у Charcot продолжительное время наблюдения и богат материал, настолько же у Dene то и другое ограничено.

William Morton¹⁾, пораженный изветиями Charcot о новом методе лечения спинной сухотки, применил его в шести случаях, сделал около 200 поджиманий. Приблиз ради он проведет один случай, где одновременно следовало из болями и офтальмолог и где было отведено влияние поджимания и на главные симптомы; из приведенных случаев под изветием лечения прекратились приступы серпающих болей, испразнилась походка, улучшился симптом Ромберга; зрачки стали шире, лучше реагируют на свет; половая способность почти восстановилась, исчезли парестезия и разстройство чувствительности из голених и стопах; функция тазовых органов пришла к норме. В остальных случаях, из одних больше, из других меньше, также замечалось постепенное улучшение. Ни из одних случаев не было серьезных неприятных побочных явлений, из одних наблюдались судороги мышц шеи, из других — временное усиление гиперестезии. Различие полученных результатов у некоторых авторов Morton считает возможным объяснять различной степенью вытяжения спинного

1) Charles Dene. The treatment of locomotor ataxia and other spinal diseases by suspension. The Medic. Record, 13 asp., p. 418. 1889.

1) William Morton (New-York). Suspension-treatment of locomotor ataxia and other diseases of the nervous system. The Medical Record, 13 Amphila 1889 s.

моща, полагаю, что, аналогично съ вытяжением нервов, слабое вытяжение спинного мозга может усилить его бодрость, а сильное — понижать. Теория о влиянии поднимания на половую деятельность.

Morton упоминает, что съ этой стороны поднимание давно было достоянием публики, а также упоминает и тот факт, что у казненных через повешение преступников носы были загибали сгибанием. Поднимания Morton рекомендует делать через день, продолжительность сеанса должна быть не более 5—7'. Что касается способа поднимания, то Morton рекомендует атлетизм, которые способны аладить рукам, подниматься так, как это представлено на прилагаемом рисунке (см. рис. 3).

Morton отмечает также быстроту появления улучшения иногда после нескольких сеансов. Получаемое улучшение состояния здоровья больных атлетизмом при поднимании, по Morton'у, далеко превосходить все то, что достигалось прежними средствами.

J. Albans ¹⁾ находит, что метод Мочуниса-Слэста неудобен, особенно для тяжелых субъектов и там, где желательны продолжительные сеансы: поднимание производится толчками, опускание происходит очень быстро, веревка рвется руки и проч. Автору кажется, что из аппарата



Рис. 3

продолжительные сеансы: поднимание производится толчками, опускание происходит очень быстро, веревка рвется руки и проч. Автору кажется, что из аппарата

следует прибавить механическое приспособление, при помощи которого даже тяжелый больной мог бы быть легко поднят, без толчков и без затраты большой мышечной силы, а также мог бы быть совершенно равно удерживаем из всякого положения без каких либо усилий со стороны помощников. Все это было достигнуто Albans'ом, когда он устроил на одной из полостей тревожника зубчатое колесо, при помощи которого трапециевая веревка могла двигаться вверх и вниз без толчков и фиксировалась въ известном положении при помощи крючка. Автор лечил подниманием 38 случаев, из них 450 подниманий. Больные, при которых применялось поднимание, были: tabes dorsalis, paralysis spinalis spastica, sclerosis lateralis amyotrophica, paralysis agitans, neurasthenia, torticollis и rheumatismus. Въ некоторых случаях автора результаты были прямо замечательны. Въ одномъ случае у старого атлетика 56 летъ получалось даже усиление колебательного рефлекса. Авторъ утверждаетъ, что поднимание останется ценнымъ агентомъ въ терапіи хроническихъ нервныхъ болезней. Albans'a очень интересовалъ вопросъ, какъ влияетъ поднимание при спящей сутяжке, и онъ пытался создать гипотезу этого действия. При спящей сутяжке, говоритъ Albans, задняя заднихъ столбовъ сопровождается обыкновенно воспалениемъ оболочекъ, pia mater часто находится воспаленной и утолщенной по тракту заднихъ столбовъ; одновременно наблюдаются и воспаления заднихъ столбовъ, изменения эти часто бываютъ выражены въ грудной и поясничной частяхъ спящего мозга. Albans думаетъ, что главное действие поднимания заключается въ разрывъ перемычекъ и сращений хронического менинга, такъ какъ при поднимании спящий мозгъ и оболочки значительно растягиваются, благодаря этому же растяжению получается какъ-бы разрыхление разросшейся на хребтѣ болѣзненного процесса neuroglia, а вытекаетъ съ тѣмъ освобождение отъ давления верныхъ волоконъ и улучшения по нимъ проводимости; авторъ приписываетъ подниманию также влияние и на продолговатый мозгъ и этики объясняетъ наблюдающееся влияние сер-

¹⁾ J. Albans. An improved apparatus for suspension. The Lancet, p. 1226. 1899.

дечной деятельности (после подвешивания тула становился выше и полнее), изменение висцеральной деятельности, а также и улучшение деятельности иннерваторных органов. Ся точки зрения своей гипотезы Айбля старается объяснить с факта, подвешенный *Ösveat*, что подвешивание полагает лучше в более поздних стадиях спинной сухотки.

Prof. Eulenbury и Mendel ¹⁾ сообщили о результатах применения подвешивания в 40 случаях, — 31 м. и 9 жен. Подвешивания производились по методу *Мюллеровско-Славес*, 3 раза в неделю, иногда чаще или даже ежедневно без каких либо других последствий. В одном случае разрывного склероза у женщины 43 л. после 16 подвешиваний были достигнуты благоприятный результат. Сон, общее состояние — стали заметно лучше, головная боль, гиперестезия левой нижней конечности и парестезии в голених исчезли, даже безмерно улучшились поражения глазных мышц (парезы обоих пп. oculomotorii и правого п. abducens). В одном случае *paralysis agitans* после 19 подвешиваний ясно уменьшилась ригидность мышц руки, крепко воспринимая чувство жара, равно улучшились походка; пациентка одна могла дойти домой, чего раньше она сдѣлать не могла; дрочание осталось без перемены. В двух других случаях *paralysis agitans* результатов не было, — одна больная отказалась от лечения после 2 подвешивания, а в другой случае лечение было прервано на 12 подвешиваний за безрезультатностью. Также без результата осталось лечение и в случаях хронического мигрени и травматического нервоза. Из случаев спинной сухотки подождали лечение подвешиванием почти исключительно старые и тяжелые и только такие, которые ранее уже в течение продолжительного времени лечились электричеством и другими методами. Из 34 случаев спинной сухотки: в 5 — сами больные отказались от дальнейшего применения лечения; в 6 — больные снова перешли на лечение электричеством, так как

результаты от подвешивания были очень неудовлетворительны; в 2 было улучшение, в одном — излечение; после 39 сеансов кончилось настольно, что вернулся к своей работе и после того лечил из наблюдений; другой после 60 подвешиваний уехать на родину; в 5 случаях наступило полное улучшение; 11 случаев улучшились до некоторой степени и 5 совершенно остались без перемены. Улучшение после носило симптоматический характер. Даже при продолжительном применении подвешиваний лечение не могло оказать на характерные симптомы *tabes* (отсутствие волиного рефлекса, ступение врачом и отсутствие световой реакции). Непосредственно после каждого сеанса было замѣтно влияние на походку и симптомы Ромберга; более стойкое влияние в смысле улучшения подвешивания оказали на сон и общее состояние в 16 случаях, на симптомы Ромберга в 14, на разстройство пупыры в 14, на 1 случае мочеиспускание замѣтно ухудшилось; замѣтное улучшение страдающих болей было в 19 случаях, дважды в 9, парестезии в — 5, разстройство чувствительности в 3, половой функций тоже в 3. Замѣательно, что в нескольких случаях исчезли головная боль (в одном, напротив, появилась во время сеанса), в 1 исчезли гиперестезические край и в 1 послѣдовало улучшение аккомодации (при атрофии п. optici!). Не считая подвешивание совершенно бесполезным, автору однако не думают уклонять себя тѣм разными надеждами, которые вылились, как результаты первых сообщений о новом методѣ. Подвешивание необходимо еще большая борьба, что бы оно могло занять надлежащее мѣсто среди терапевтических средств, до него употреблявшихся при лечении *tabes*. Указание диагноза и пульса Eulenbury и Mendel наблюдали у своих больных далеко не всегда. Не зная в разсмотрѣние способа действия подвешивания, автору однако не рѣшится приписать какую пользу получаемые или симптоматические результаты.

Weir Mitchell ¹⁾ приложил все внимание давлению, оказываемое подвешиванием на сосуды и нервы подвешивающей нити.

1) Prof. Eulenbury и Mendel. Ergebnisse der Suspensionsbehandlung bei Tabes dorsalis und anderen chronischen Nervenerkrankheiten. Neurolog. Centralblatt. № 11, 1889 г.

1) Weir Mitchell. An improved form of suspension in the treatment of ataxia etc. Med. News. 1889 г.

длина и могуща приносить отсюда неприятные побочные явления, первый предложил неудобные подмышники из аппарата Мочуновского-Спагелъ заменить более удобными локотниками. Только что упомянутые локотники были ремнями пришиваемыми к туловищу, чтобы локти во время сна не выпадали отъ него. Подпихивание съ локотниками позволило автору продлить время сна даже до 20 минут. *Weir Mitchell* сообщает также сначала поднимать больного за локти и только затѣм присоединять к вытяжению на голову. Предложение *Weir Mitchell's* заменить подмышники локотниками, какъ увидѣвъ ниже, оказалось действительно полезнымъ измѣненіемъ, и локотники фигурируютъ во многихъ поддѣе предложенныхъ модификаціяхъ аппарата Мочуновского-Спагелъ.

Pemberton и *Adams* ¹⁾ работали надъ изученіемъ дѣйствія новаго метода. Работа авторовъ раздѣляется на клиническую и экспериментальную части. 29 больныхъ авторы сдѣлали 260 подпихиваній, совсемъ дѣлались черезъ день, минимумъ сдѣланныхъ одному больному подпихиваній былъ два и максимумъ—30. Изъ некоторыхъ больныхъ подпихивались ежедневно. Начинали сеансы съ 30° в дождикъ до 4°. Серьезныхъ неприятныхъ случайностей не было, хотя одинъ пациентъ при первомъ сеансѣ подпихиванія испыталъ сильнѣйшее головокруженіе и закрывалъ, чтобы его сняли; одинъ больной, страдающій спастическою параллелью, во время сеанса испыталъ однажды сильнѣйшую тоническую судорогу въ перьяхъ и нижнихъ конечностяхъ, другой больной имѣлъ въ обморочное состояніе; у одного неврастеника наблюдался во время подпихиванія обильный потъ, наконецъ у одной женщины при каждомъ подпихиваніи сильно краснѣло лицо и она жаловалась на головную и поясничную боли, продолжавшіяся и на другой день послѣ сеанса; симптома подобнаго рода, конечно, вынуждали авторовъ прекратить лѣченіе. Въ общемъ на 29 больныхъ авторъ въ 20 случаяхъ достигалъ улучшенія, распределявшася такими образомъ:

На 6 <i>Tubercularis</i>	улучшилось 4.
3 <i>Myelitis diffusa</i>	2.
2 <i>Paralysis spinalis spastica</i>	1.
2 <i>Neuritis truncata</i>	исчезло 1 и улучшилось 1.
6 <i>Neuralgia</i>	улучшилось 4.
1 <i>Euphoria nocturna</i>	1.
1 <i>Alcoholis duplex</i>	безъ переменъ 1.
2 <i>Hysteria</i>	улучшилось 2.
1 <i>Neurasthenia</i>	4.
2 <i>Hypochondria</i>	безъ переменъ 2.

Улучшеніе всегда начиналось съ первыхъ сеансовъ, въ общемъ съ 3-го. Малого числа сеансовъ было достаточно, чтобы получить улучшеніе; дальнѣйшія подпихиванія только лишь бы поддерживали результаты. Иногда авторы не наблюдали при табельномъ измѣненіи болѣзненныхъ симптомовъ, отсутствіе кожнаго рефлекса и симптомовъ *Argyll-Robertson's* оставалась безъ переменъ. Авторы отмѣчаютъ еще тотъ фактъ, что подпихиваніе давало имъ хорошіе результаты при разнообразныхъ симптомахъ, какъ органическихъ, такъ и функциональных страданій нервной системы, что они рекомендуютъ имѣть въ виду при разсужденіяхъ о теоріи дѣйствія подпихиванія. Авторы для выясненія способа дѣйствія подпихиванія предприняли измѣренія роста и позвоночника до и во время подпихиванія у шести больныхъ въ возрастѣ отъ 20 до 40 лѣтъ; объясненія и доказательства Мочуновскому и другимъ авторамъ они считаютъ мало доказательными. На основаніи своихъ измѣреній, *Pemberton* и *Adams* пришли къ убѣжденію, что во время подпихиванія ростъ всегда удлиняется, удлинненіе это варьируется въ границахъ 1—2,5 см.; позвоночникъ авторъ нашли удлиненнымъ во время подпихиванія въ 5 случаяхъ и укороченнымъ въ одномъ; кривизны позвоночника, кривизна симптомовъ пластичности, болѣею частью во время подпихиванія выпрямлялись. Наиболѣе интересные результаты были получены при измѣреніяхъ разлѣхъ отдѣловъ позвоночника: можно было восточно наблюдать, что шейная часть удлинялась на 1—1,5 см., поясничная на 1—2,5 см., что же касается грудной части, она всегда была находима укороченной на 1—2 см.; въ одномъ случаѣ, гдѣ укороченіе грудной части преобладало, авторъ

¹⁾ *Pemberton et Adams. De la suspension dans le traitement des maladies du système nerveux. Le Progrès Médical, N 44-48, 1899 г.*

получили укорочение общей длины позвоночника. *Hanskalter* и *Adam* объясняют последний факт движениями остистых отростков позвонков при выпрямлении физиологических кривых позвоночника. Относительное удлинение позвоночника зависит, говорят авторы, от расхождения остистых отростков (шейных и поясничных; в грудной части, вследствие вынужденности вперед, остистые отростки наоборот сходятся). Авторы считают возможным, чтобы при подбывивании могло происходить расхождение позвонков, производящее то, которое может испытаться при физиологических условиях; два фактора препятствуют этому — крепость межпозвонковых связок и тонус мышц. Опыты, производимые на трупах для доказательства растянутаемости позвоночника. *Hanskalter* и *Adam* считают мало убедительными. По мнению этих авторов всякая возможность очень мало существует в удлинении тела, что противоречит данным *O. O. Мочуковского*; это противоречие не мизало, однако, авторам получить терапевтические результаты, аналогичные результатам русского доктора. Гораздо большее удлинение представляет позвоночник по измерениям *Hanskalter*'а и *Adam*'а при сгибании туловища вперед, удлинение особенно происходит в грудной и поясничной областях; таким образом, говорят авторы, может быть целесообразно было бы применять вместо подбывивания рекомендованное еще в 1884 году *Вегаром* сгибание позвоночника. *Hanskalter* и *Adam* произвели, кроме вышеописанных, еще и опыты на трупах, для выяснения вопроса, что происходит со спинным мозгом и его корешками при подбывивании. Авторы думают, что из опытов достаточно доказано для того, чтобы прийти к выводу, что при подбывивании, на сгибание вперед, ни граница за голову и за ноги не способны пружинности удлинения мозга, корешков, нервов, pia mater и сосудов. Больше того, авторам кажется невозможным, чтобы подбывивание было в состоянии разрывать воспалительные перешлемы, жесткая существовать между pia mater и спинным мозгом. Во всяком случае ни думать, говорят *Hanskalter* и *Adam*, что если некоторые мышечные, кото-

рых желая предполагать у живого и констатировать на трупах, хотя и происходят из мозга, корешках, нервах и сосудах во время подбывивания, вследствие удлинения позвоночного канала, то их также легко можно выжать вперед стабильно туловища вперед. Оба автора придают большое значение моральному действию нового метода лечения, лечение можно и расхвалено, аппарат изумительный и устрашающий и проч. Однако авторы, отнюдь неумеренно значительную роль в действии подбывивания, не признаются категорически отрицать возможность и других факторов, так они говорят: «если в действии подбывивания существует другой неясный фактор, кроме внушения, способный вызвать благотворный эффект, то во всяком случае остается не менее вероятным, что и внушение играет при подбывивании неоспоримую роль».

Что внушение может играть важную роль при применении подбывивания — это ясно, конечно, можно согласиться, так же, как можно приписывать влияние внушения части терапевтических результатов, получаемых при различных других методах лечения (электричеством и проч.), но крайне трудно понять, как *Hanskalter* и *Adam* могли бы внушением объяснить ряд удивительных или у больных неприятных побочных явлений во время подбывивания (головокружение, обморок, судороги, покраснение лица, обильный пот и проч.), вследствие которых приходилось даже прерывать лечение.

*Lodovic*¹⁾, изучив русский метод лечения спинной сухотки и других нервных болезней в Париже, во время пребывания в Женеве применил его у 16 больных, сдвизавших в общей сложности 282 подбывивания. 4 больных, из которых 10 подбывиваний, автор не берет в расчет. 12 оставшихся больных, из них 2 женщины, сдвизали от 10 до 35 подбывиваний. Авторы при подбывивании точно записали всех больных, при чем замечают, что из-

¹⁾ *Lodovic*. De la suspension dans le tabes. Revue médicale de la Suisse Romande p. 347. 1889 г.

цать висок не более 50—70 kil, оставя можно продолжать до 4', ацать же висок 80—100 kil, неудобно продолжать висок дольше 2'. Селем дьался чередом. Полученные результаты в общем хороши, а в 1 или 2-х случаях даже великодушны. Стрелковиды боли становились пороче и рже, разстройство мочеиспускания выранивалось, безопица проходила. В 2-х случаях посл 18—20 подбшнаний исчез симптом Ровберга; также улучшились парестесии стоп. В других случаях результаты были разн. В большинстве случаев вслди за быстрым улучшением посл первых сеансов (может быть причиной которого было самоулучшение) наступило ухудшение симптомов, что очем обуславливалось болями, но затм, осторожно продолжая подбшнание, можно было получить более позднее и замтвое улучшение симптомов сальной сухости. Это которое улучшение обычно обнаруживается между 20—30 сеансов. В заключение автор рекомендует осторожное применение метода и только в присутствии врача.

Galezowski ¹⁾ подтверждает факт, отмеченный еще Charcot, что подбшнание не имеет влияния на главные симптомы. Galezowski, как офтальмолог, интересовался этим вопросом и в двух случаях явля возможности убедиться, что подбшнание не оказало никакого действия на двигательные перем глаза, не на атрофический процесс в зрительном нерве.

Lespièrre ²⁾ применял подбшнание в госпиталях St.-André в Бордо и отдельных проф. Vergely и Picot, при этом метод подбшнания был несколько упрощен: автор пользовался попеременно бруском, положенным перекладиной между двумя проектами, на свернутый полотенца служили подбшниками, а двойной резиновый галстук поддерживал подбородок и затылок. В 2-х слу-

чаях, наблюдаемых автором, он получил из обеих хорошие результаты и вполне подтверждает наблюдения Charcot. Автор также наблюдает улучшение походки, мышечной силы, ослабление стрелковидых болей и появление полового стремления; один больной находился до лечения уже в полном паралитическом этапе. Кортикальный рефлекс не изменился. Наконец Lespièrre отмечает, что в обоих случаях до подбшнания безуспешно применялись другие терапевтические средства.

Waffersille ³⁾ перевел лекцию Charcot на английский язык и крои того сообщил и свои замечания относительно подбшнания у больного, которого он лечил; между первыми симптомами, подбшнания лечению, было замедление преемственности большой чувствительности; во время подбшнания больному было очем приятно немыслимое им чувство жара и полновоспичия, при сильной трекции распространяющегося и по ногам.

Waffersille несколько изменил аппарат Charcot, прибавив к нему пружинные вьсы, установленные между блоками и коромыслами; это усовершенствование позволяло во-первых жать силу трекции и жать болюго, а во-вторых уменьшало возможность неприятных ощущений при спуске больного.

Ся только-что отмеченным усовершенствованием аппарата производить свои наблюдения и M. Clarke ⁴⁾. Пациенты небольшого вьса подбшнались только за голову (по Morton'у). Вьх больных было у M. Clarke 14 человек, 11 мужч. и 3 женщины, сдлано им было около 540 подбшнаний. Многим из больных M. Clarke'ом было сдлано более 50 подбшнаний. Наблюдения продолжались около 7 месяцев. 11 больных были типичные атитики, 2 с несомненным диагнозом и 1 с формой Friedrich'a. Из

¹⁾ Galezowski. De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de l'atrophie du nerf optique. *Revue d'ophtalmologie* p. 382. 1889.

²⁾ E. Lespièrre. Sur deux cas de tabes dorsalis traités par la podobshn. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 24 Février p. 33. 1889.

³⁾ Waffersille. On the treatment by suspension of locomotor ataxy and some other spinal affections, as described by Professor Charcot. London. 1889 r.

⁴⁾ M. Mabel Clarke, M. B. Croftes, M. P. C. P. Lond. On the treatment of locomotor ataxy by suspension. *The practitioner*. T. 30, p. 338. 1888.

14 больных — 4 остались без перемены, 2 с небольшим улучшением и 8 человек улучшились более или менее значительно. Раньше всего улучшение сказывалось на двигательной сфере, пациенты начинали ходить спешивше и ускоренно, это наступало после 6—10—12 сеансов, у двух женщин боли почти прекратились после 3 сеансов, во этого не замечалось у других пациентов. Атака усиливалась сначала из нижних конечностей. Сикстома Ромберга, изображенный по часам, заметно уменьшался; иногда больные перестали смотреть на ноги, когда шли, и могли идти без палки. Ослабление болевой чувствительности заметно уменьшалось с первых подбланиваний. Аностома из верхних конечностей меньше уступала лечению, чем аностома голени и стопы (автор пользовался для исследования чувствительности и приборами, но цифр не приводит). Стерилизация боли, которая была у 9 больных, только в 2 случаях не изменилась, а в 1, наоборот, сначала, впоследствии вернулась; боли ясно уступали лечению только после 15—20 сеансов и во многих случаях после других симптомов. Говоря о гастрических, горловых и других кризах, автор затрудняется сказать что либо положительное, так как эти кризы и периодически наступают часто через большие промежутки времени, с другой стороны у 1 больного как раз после подбланивания поднялся 3 раза гастрический криз (ср. повествов.). Расстройства мочеотделения улучшились у 2-х больных, временно улучшились у 1, у других больных остались без перемены; полная способность улучшилась, но не всегда. Общее состояние, сон и аппетит почти всегда улучшались, а 3 больных прибавил к весу, но незначительно. Ни в одном случае не обнаружилось кожный рефлекс, подбланивание не оказало также влияния на глазные сикстомы (ослабление зрительного атрофии зрительного нерва, опускание зрачковой реакции и паралич п. oculomotorii), только в 1 случае, где зрачковый кожный рефлекс не был почти утрачен, автор замечает, что рефлекс во время лечения стал живее, а у двух других больных стала живее раньше начала лечения

реакции зрачков. Clarke замечает, что чаще долгие продолжались лечение, тем результаты получаются лучше, однако до известного предела, улучшение быстрее сказывается в первые недели, а затем идет довольно медленно или даже останавливается. Между 5 и 14 неделей лечения находится промежуток, в который получается особенно резкое улучшение. Из неприятных явлений автор отмечает головокружение и у некоторых больных слабость из-за обмороков; недомогает зрбок и их caries иногда обуславливают больные затруднения при подбланивании, у таких больных автор пользовался боковыми тупыми резинами, который был помещен между зубок. Во время подбланивания дыхание, как наблюдает Clarke, учащается от 26 до 32 дых. в 1', во время восстановления; пульс также учащается до 84—96 ударов в 1', а иногда и выше, и заметно повышается давление артерий; замедление пульса автор иллюстрирует описаниями, на которых ясно заметно между прочим и увеличение предикротоической волны во время сеанса (подбланивание делалось только за голову). Во время подбланивания не увеличивается ни кожный, ни подошвенный рефлекс, если они были ранее на лице; подбланивание не вызывает увеличения подбланивания ноги и коленного из ней бедра. Автор считает правдоподобными влияния на способ действия подбланивания, заключающие *Althaus*'ом (раскрыть женитивических сродений в крох.). Св точки зрения последних взглядов автор полагает, почему подбланивание, помещая тибетиками, оказывается недействительным в случаях чистых договорений, при недостаточной атаке и крох. Подбланивание, как заключает свою статью *M. Clarke*, представляется методом, при осторожном применении безвредным и дающим значительное облегчение двигательных симптомов при некоторых случаях спинальной сухотки.

После ряда сообщений, весьма рекомендующих новый метод лечения, из печати стали вскоре появляться сообщения очень тревожного свойства. Из этих сообщений было видно, что подбланивание не только может дать скоропроходящее неприятное явление, но и быть непосредственной

причиной смерти пациентов. Положим, почти во всех случаях, кончившихся печально, подбрасывание производилось без пружины, а во некоторых случаях даже без помощи, однако сообщено было несколько достоверных извещений, где подбрасывание, производившее даже врачом и со всеми предосторожностями, все-таки привело к печальному исходу; одной из главнейших причин печальных случаев — при подбрасывании было плохое наложение заплечной-подбородочной уды, неправильно накладывавшаяся и соскакивавшая во время подбрасываний, она часто была причиной задыхания. Одной из первых жертв подбрасывания была молодая американская права Vincent ¹⁾ из санатория Clifton Springs; его выжили однажды выкинуть на треножник; мерзавца. Факты развешенные таким образом: желая испытать действие подбрасывания на себя самого, Vincent по какому-то несчастному случаю не мог справиться с тракционной переноской, из-за чего же время ремня, поддерживающий подбородок, соскользнула и, прикрыв ему рот и нос, задыхался его.

Несколько лет тому назад D-r Sauer напечатал подобный же случай: молодая девушка, которая обратилась к нему с обмороком во время подбрасывания на треножнике, также была задыхалась соскакивающим ремнем.

Dr. Gorenky ²⁾ приводит следующий случай: одна большая 40 лет, страдавшая очень острой формой бешенства и ставшая почти парализованной, однажды прочла из одной из газет („Pest Journal“) о действии подбрасывания, достала аппарат и подбрасывалась при помощи своего дяди 2—3 минуты ежедневно. Первые 7 дней все шло хорошо и пациента замечать замечательное улучшение своего здоровья, но спустя после 8-го подбрасывания ему стало плохо, от потере слуха и речи; несмотря на помощь врача, положение его стало быстро ухудшаться, глотание едилось невозможным, затряхивало зрение, парализовались руки, назовет грудь и выжила и через 24 часа от умереть от задыхания.

Carlo Bersani ¹⁾ описывает случай, где большой табачник, 45 лет, с недостаточностью аорты, был с несколькими предосторожностями подбрасывался через деку; сначала было 8 подбрасываний, каждый сеанс продолжался от 15—40", непосредственно после подбрасываний головокружение, через 8 сеансов началась острая crise gastrique, который продолжался несколько дней, на третий день — судорожный припадок, кома и смерть. При вскрытии найдено: коронарные артерии узкие, шейная часть спинного мозга казалась плотной, червь обвисшим. Надъ мышечной поверхности мозга и по протяжении задних столбов „блуждающий сосуды“ на рисе. Во остальных изменениях, свойственных синней сухотки и болезни сердца.

Paul Blocq ²⁾ справедливо считает, что, несмотря на предостережения проф. Bloco, внимательность общей прессы было причиной неграмотного и недостаточного освещения вопроса, результатом чего было несколько печальных случаев. В статье Paul Blocq приводятся три случая смерти при подбрасывании, два случая сообщил Vincent и Fowler, из которых подбрасывание производили сами больные без врача и были задыхались соскакивающим подбородочным ремнем. 3-й случай сообщил Blocq'у его друг D-r E. Blocq'ом; дело шло об одном табачнике, представлявшем из то же время явления прогрессирующего паралича; этому больному первые сеансы дались с трудом, а через некоторое время, забывшись, улучшение, врач оставил больного продолжать лечение одного. Короткое время спустя, вслед за одним подбрасыванием, больной впал в коматозное состояние и, не выходя из него, через 24 часа умер; произошло ли это вследствие одного из аномальных кристлов, свойственных течению раннего женского-инфаркта, или была какая небрежность при применении метода, — для автора осталось тайной.

¹⁾ Bersani Carlo. Un caso di atesia locomotrice curato con la sospensione e seguito da morte. Estratto della Riforma med. Luglio 1893.

²⁾ Paul Blocq. Des contre-indications du traitement par la suspension. Bulletin Medical p. 727, N. 46. 1892.

¹⁾ Med. News, p. 578. 1892.

²⁾ D-r Gorenky. La pratica. 6 Mai. 1890.

Dr. B. ¹⁾ лечил подбывиванием одного табетика, страдавшего одновременно недостаточностью порталных клапанов, хорошо компенсированной и лишь при продолжительных движениях у больного появлялась одышка. Два первых сеанса продолжались 30", 3-й 1', 4—1 1/2'. После четырех сеансов больной почувствовал улучшение, страдания боли стали реже и слабее; 5 сеанс—2', после этого сеанса у больного появились шумы в ушах, сонливости, мурашки на пальцах рук и в нижних конечностях и боли в области сердца; одышка продолжалась в течение 3 дней. Сдвигая перерыв на 6 дней, автор попробовал снова подбывивать больного на 1', несмотря на кратность сеанса прежние неприятные явления повторились, после чего автор решил отказаться от подбывиваний. Только что приведенный случай дает право Dr. B. подтвердить заключение Sancel, что пороки сердца составляют формальное противопоказание к применению подбывивания.

В упомянутой статье Paul Blocq's собрании и систематически изложены противопоказания к подбывиванию. Противопоказания к подбывиванию могут быть разделены на 3 группы: I. Вследствие каких либо изменений общего состояния. II. Вследствие некоторых страданий сердца, легких и нервной системы. III. Вследствие некоторых житейских страданий. К первой группе относятся состояния анемии и общей слабости, происходящие ли они от самого первого страдания или являются от какой либо сопутствующей болезни. Отеки и тучность, хотя еще не противопоказывают прямо подбывивания, но во всяком случае обостряются, а также осторожны, и у таких больных лучше пользоваться методом подбывивания, рекомендованным Weir-Mitchell'em (ловотика и разделение трагции, сначала за локти и только затем за голову). Так как во время подбывивания дыхание усиливается, становится частым и поверхностным, то противопоказанием к подбывиванию могут служить болезни легких, сопровождающиеся одышкой,

лихорадкой и эмфизема. Также известно, что подбывивание имеет влияние на сосудистую систему, увеличивая частоту пульса и давление в сосудах, поэтому его не следует применять при атеросклерозе, у лиц, склонных к приливам крови из головы или предположенных к апоплексии. Не следует применять подбывивания даже при коронарных пороках сердца. Еще очень недостаточно разработаны противопоказания со стороны нервной системы; из первых сообщений казалось, что страдания, сопровождающиеся спастической параличом, от подбывивания ухудшаются, но затем напр. Sancel сообщал д-ру Blocq о случае tabes crassiformis, из которого подбывивание значительно улучшило состояние больного. Наклонность к параличам в. radialis, головокружения и проч. могут проявляться обострительных противопоказаний к подбывиванию. К третьей группе местных страданий следует отнести caries tuberc. и подбывивающиеся у некоторых табетиков наклонности к проглатыванию веревочек.

Один из самых последних случаев подбывивания опубликовал также проф. W. Erb. ¹⁾ Дело шло о табетике, который был болен с 1887 года довольно тяжелой формой спяной сухотки. Больной—сифилитик, после ртутного лечения у него наблюдалось заметное улучшение, позднее развилась артритная калла и ушибленная атаксия. Пациент—высокий и тучный мужчина. С 6 апреля по 28 было сделано ему 11 подбывиваний, сначала субкутанно большой несколько улучшился, но с 6 подбывивания кончилось припадком головокружения, чувством давления в груди, усиление головокружения, когда перед глазами, увеличение слабости, подбывивание кончалось и проч. Вследствие таких явлений в течение сдвигая перерывы. 2 мая—внезапная смерть (паралич в. vagi?). Вскрытие: дегенерация задних столбов, артриты, остеосклероз, но ничего, что могло бы объяснить внезапную смерть. Была ли здесь смерть крампи резуль-

1) Revue d'Hygiène thérapeutique. № 5 Mai, p. 156, 1899.

1) Prof. W. a. Erb. Bemerkungen über die Suspension bei Tabicis. Neural. Centralblatt № 13, 1899. p. 496.

тисомъ преднаго вліяння підпи́нвання, *Erb* сказати затрудняється, однак, приймає якъ расчётъ болышой міри болышого, оцъ не рибіється такожъ и совершенно некаждити підпи́нваннямъ.

Лично побывавъ въ Парижі и увидявъ о результатахъ леченія підпи́нваннямъ, *Erb* совместно съ докторомъ *Hoffmann* оцъ съ марта 1889 началъ прижыивать новый методъ въ своей клиникѣ. Первые шесть наблюдений послужили ему матеріаломъ для доклада на Съѣздѣ южно-западныхъ вѣснечныхъ неврологовъ и психіатровъ въ маѣ 1889 г. Кромѣ наисцитировавшаго случая смерти, авторъ получилъ у 3 болыныхъ замѣтное ухудшеніе (23, 13 и 10 підпи́нваний), хотя значащъ замѣчалось неслѣднее улучшеніе почти въ каждомъ изъ этихъ случаевъ (сравни съ наблюденьемъ *Clarke*, стр. 35). Въ виду ограниченности слѣдственныхъ случаевъ, нельзя отнаться отъ вопроса: не было ли бы въ этихъ случаяхъ при дальнѣйшемъ прижыиваніи підпи́нваний болѣе стойкаго улучшенія, какъ это наблюдалъ *Clarke* и какъ это видно изъ слѣдующаго случая самого *Erb*: у одного болыного (4) послѣ первыхъ сеансовъ наступило улучшеніе чувствительности, но затѣмъ появились жестокія постоянныя боли, кны иногда прежде, неходя однакъ улучшались и чувствительности въ рукахъ становилась тоньше; отирались домой, болыной однакъ не бросилъ підпи́нваний и продолжалъ ихъ дѣлать дома; боли продолжались еще до 22 підпи́нваний, по затѣмъ почти совершенно исчезли, и наступило медленно прогрессирующее улучшеніе. Последній (6) болыной послѣ 5 підпи́нваний нежого улучшился. Само собой понятно, что *Erb* не хотъ знать полученныхъ результатовъ очень ободраными, однакъ онъ считае необходимыми отжыить, что полученные имъ результаты могутъ ободранываться тѣмъ, что почти во всѣхъ случаяхъ дѣло шло о слѣдствъ заботливѣмъ съ относительно быстрымъ теченьемъ. „Необходимо продолжать наблюдения, говорить *Erb*, известные результаты неомышлны и, конечно, ихъ нельзя ободранять женическими вліянньмъ (самонумовѣ)“. Въ заключеніе *Erb* не рекомендуетъ позволять болынымъ подпнваться самимъ.

Въ преніяхъ по поводу доклада *Erb*'а, Dr. *Bismmeyer* уможалъ, что Dr. *Kopellet* предлагае новый методъ підпи́нвання. Подпи́нвання производятся не на голову, а за шею, облатаній грудъ, голова при этомъ сильно сгибается назадъ и поворачивается въ держатель. Тѣло лежитъ на кровати, вытянутыхъ вдоль, и такимъ образомъ вытягивается.

Prof. M. *Bernhardt* ¹⁾ опубликовалъ свои наблюдения надъ 21 болынымъ, леченымъ підпи́нваньемъ. 19 было мужчынъ и 2 женщины, всего было сдѣлано 266 підпи́нваний въ срокъ съ 22 февраля по 27 мая 1889 г. Продолжительность сеанса до 3 м. Во время підпи́нвання палець art. radialis былъ около $\frac{1}{2}$ м. вытянутъ, частота пульса въ истощенныхъ случаяхъ непосредственно послѣ сеанса увеличивалась на 4—8 ударовъ въ 1' и 1 разъ уменьшалась на 4—6 ударовъ. У двухъ пациентовъ *Bernhardt* наблюдалъ во время підпи́нвання непріятныя побочныя вліянія: у 1 болыного послѣ $\frac{1}{2}$ часа развились обморочъ безъ потери сознания; сердце было влечено у второго болыного, страдавшаго около 5 лѣтъ болыми, торжанными кризами и принадлежаго головокруженію, этотъ болыной однакъ былъ связъ съ аппаратомъ въ безопастельномъ состояніи, вращеніе его было распрости, въ рукахъ наблюдались судорожныя движенья; послѣ продолжительнаго підпи́нваний этому болыному не дѣлали. Изъ двухъ болыныхъ женщинъ одна оставила підпи́нвання послѣ перваго сеанса безъ причинъ, вторая послѣ 3-хъ підпи́нваний была очень довольна и могла даже оставить необходимыя разбѣ влеченія морфи. Изъ 19 мужчынъ 16 страдалъ спичкой сухоткой въ теченіе вѣснечныхъ лѣтъ и лечился по всевозможнымъ методамъ, 1 пациентъ страдалъ атрофіей зрительныхъ нервовъ, 2-й пациентъ жаловался только на жжотонцію, 3-й сдѣлалъ всего 3 підпи́нвання и долженъ былъ покинуть Берлинъ. Таблетки подергались наждакъ въ среднѣхъ 15 підпи́нванняхъ. Многие болыные съ энтузіазмомъ относились къ новому методу и заявляли объ исчезнувшихъ страданіяхъ.

¹⁾ M. Bernhardt. Ueber die Bekämpfung Tabischer mittels Suspension. Berlin. Klinisch. Wochenschrift. № 24. 1889.

ших болей, улучшились походки и проч. Конечно облучение болячки не могло быть и речи, автор никогда не видел возвращения колышного рефлекса, улучшения зрительной атрофии зрительного нерва или возвращения сетчатой реакции зрачков. Что касается продолжительности и стойкости улучшения после прекращения подбрасываний, то часть больных осталась свободной от болей, более чистый один жилак. Длал же по 3—4 подбрасывания из недели, больше чувствовали себя хорошо; некоторые же больные, сидеть по 10 подбрасываний, оставили их, не найдя желаемой пользы. Из выводов, из которых являлись *Bozardist*, интересны следующие: подбрасывание пригодно к больным с сильной сухоткой; оно безопасно, если производится в присутствии врача, следящего за больным; подбрасывание, вероятно, не вызывает других методов лечения сильной сухотки, но явится у большинства больных хорошим постоянным заместителем из ряда других мероприятий против *tuberc*.

В статье *A. Bozard* ¹⁾ не сообщается никаких новых наблюдений, статья обзорного характера и интересна лишь изложением автором из опыта статьи надежды, что профессор *O. O. Мочушковский* (больной, после продолжительного лечения подбрасываниями, в течение 5 лет не представлял никаких болезненных явлений, кроме отсутствия колышного рефлекса) не оставит из литературы одиночки и в будущем можно ждать описания подобных случаев.

Предпоследний краткий исторический очерк вопроса о лечении *tuberc* изложением перерыва и указания на причины, вследствие которых это лечение было остановлено, *Dajordie-Beauvemet* ²⁾ говорит, что метод вытяжения возвращается теперь к формам подбрасывания и на этот раз, как он думает, с более благоприятными результатами. Из 25 боль-

ных, лечившихся у *Dajordie-Beauvemet* подбрасываниями, большинство получили значительное облегчение, у 4-х же было констатировано действительное объективное улучшение походки, которое можно видеть на приложенных к статье таблицах, на которых графически по методу *Мерк* изложена схема походки. (Метод состоит из следующего: атактик одевал по его черное и шелк перед черным фоном, имба прикрывавшим на голый, плечах, бедрах, коленях и стопах электрическими лампочками. С помощью фотографического аппарата получались изображения блестящих точек, при соединении которых находили совершенно точная схема походки). Улучшение, получаемое в перерывах между подбрасываниями в состоянии большого дилетанта стационарными, с тех больных не получили никаких результатов. У одного из больных даже короткое подбрасывание вызвало обморок, у другого резко обострилась боль, и лечение пришлось прекратить. Селем начинался с 30" и увеличивался постепенно до 5'. При подбрасывании кожные пальцы ноги касались почти (и при таком способе часто касались и иногда вызвали ципоз). Подбрасывания приносили также по методу *Гибера*, методу, представляющему комбинацию гимнастики с подбрасыванием. Почти все больные перенесли сеансы хорошо и почти все чувствовали во время сеанса жар в пояснице и ногах. В статье *Dajordie-Beauvemet* есть ссылка на *Schönförf*, который в случае *tuberc* *convulsif* получал почти полное исцеление. Что касается способа действия подбрасывания, то *Dajordie-Beauvemet* думает, что оно действует, как вытяжение перерыва. Никакие конечности составляют противостояние тракции, приложенной к верхним конечностям. При этом способе вытяжения происходит вытяжение пиллаи спинного мозга и особенно задних столбов. Исходя из идеи, что подбрасывание действует вытяжением, автор соизумляет модифицировать исторический метод на более научный и рекомендует пользоваться динамометрами для измерения силы тракции, приложенной как к верхним, так и к нижним конечностям. Подбрасывание, по автору, хотя не исключает сухотки, но извещению числу больных облегче-

¹⁾ *A. Bozard. Traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux par la suspension. Archives de Neurologie. T. XXIV p. 129. 1889.*

²⁾ *Dajordie-Beauvemet. De la suspension chez les tabétiques. Bull. gen. de thérapeutique. T. LXVII. 1889.*

многие сажетомы, а в чрезвычайно редких случаях даже ататизмат относительное исцеление. Метод заслуживает, чтобы быть сохраненным, в особенности в виду его безвредности.

Balaban ¹⁾ в своей диссертации поставил себе целью отбросить результаты подбавивания по методу *Монжюссана* и указать на преимущества этого метода перед другими способами лечения. Конечно, подбавивание не имеет претензии давать больным полное выздоровление, но когда война испугала, необходимо хотя быочка, и подбавивание это дается, как ни одним способом, до него употребившимся. «Теперь, говорят авторы, больше, чем когда либо, можно было исполнено желание *Bonnet*'а, чтобы табетикам была предоставлена сравнительно своя жизнь среди их семьи и их занятий». Всего больных ататизмом, которых лечил *Balaban* подбавиванием, было 9 человек: 7 м. и 2 женщ., возраст больных от 31—67 л. Только двое больных хворали около 4—6 лет, остальные 10—14 лет. В среднем сдвинуто каждому больному около 30 сеансов (237 сеансов и в одном случае не считано сколько). Ранг и в наблюдателях других авторов, *Balaban* отъ отбавивания улучшение походки, страданиях боли, головных боли, припадков рвоты, мочеиспускания и проч.; из 4 случаев отбавлено, что бывшая диспозия исцелена. Результаты, полученные автором, привели его к выводу, что подбавивание по методу *Монжюссана* оказалось при лечении спинной сухотки и некоторых других страданиях спинного мозга очень действительным. Под его влиянием почти все табетическое явление, исключая конечный его стороны суживающихся рефлексов, способно уменьшиться и даже исчезнуть, улучшение начинается после первых 5—6 подбавиваний. После 30 сеансов улучшение обыкновенно останавливается или даже наступает некоторое ухудшение,ставляющее прекратить лечение на некоторое время, в общем на 15—20 дней. Подбавивание безвредно, если применяется

осторожно, и сеансы не превышают 4. Подбавивание действительно в начальном стадии в период страданиях боли и очень полезно в духе последних периодах болезни. *Balaban* у кажется вероятным, что подбавивание и питание нервов имеют аналогичное действие, в социальную область методов еще недостает физиологической основы. В статье *Balaban*'а приводится также и взгляды *Dujardin-Bennet*'а, который, основываясь на опытах *Broca-Seguer*'а, что скатие мезцебральных нервов дает явное спинного мозга, применяет такое скатие нервов при подбавивании и атонией спинного мозга старается объяснить действие подбавивания, равно как и быстроту действия (иногда непосредственно после сеанса).

Sawady ²⁾ оублаговил 3 случая спинной сухотки, где он применял подбавивание. В одном он получил всеобщее улучшение, однако в виду того, что он применял одновременно иод и электричество, его случаи нельзя применять в расчет.

W. H. Wirt ³⁾ в письме к редакцию сообщает, что еще с 10 марта он применяет подбавивание только за голову (рекомендованное также *Hammond*'ом) и находит этот род лечения выновокочника более действительным.

Sydney Short ⁴⁾ сообщает о 6 случаях, леченных подбавиванием под наблюдением *Dr. Sawady*. Подбавивание больною частью переносилось хорошо, лишь в одном случае появлялась слабость и больному становилось душно, некоторые заявили, что во время сеанса они испытывали шум в ушах, чувство жара во спине, но боли никто не испытывал. На основании своих наблюдений автор затрудняется сказать положительно, чтобы из которых избух из случаев была получена действительная польза от подбавивания, однако в 1-м случае автор применяет, что пациенту стало лучше: по

1) *Balaban*. Traitements de l'ataxie locomotrice par la suspension. Thèse. med. Journ. p. 489. 1889.

2) *W. H. Wirt*. N. J. Med. Journ. p. 690. 1889.

3) *Sydney Short*. His cases of disease of the spinal cord treated by suspension. The British. med. Journal p. 602. 1889.

4) *Balaban*. Traitements de l'ataxie locomotrice par la suspension. Thèse. de Paris. 1889.

окончания лечения она твердо ходила и проч. Къ сожалѣн-
ию и эти 6 случаевъ, какъ и первые 3 пациента *Saxenby*,
не могутъ служить материаломъ для вопроса о пользе или
вреде подвѣшиваній, такъ какъ одновременно съ послѣдними
примѣнялось и другое лечение. Кромѣ 1-го случая, о кото-
ромъ упоминаютъ выше, изъ остальныхъ пяти болѣзней выписаны
изъ той-же больницы, изъ канонъ поступили.

E. de Riezi ¹⁾ сообщала быстрое излеченіе подвѣши-
ваніемъ одного больного, страдавшаго хроническимъ спиналь-
нымъ менингитомъ. Въ виду исключительности сообщенія, при-
ведемъ изъ скатома нѣдѣ исторію этого случая: М. К. 34 л.,
крестянинъ. Въ анамнезѣ—половая инфекция, простуда, за-
морозка. Болѣзнь съ апрѣля 1888 г., послѣ простуды черезъ
3 дня возмущавшая боли при сгибаніи и усталость при ра-
ботѣ, несмотря на это больной продолжалъ запилать, пока изне-
мученіе болѣе усилилось настолько, что пациентъ прикудился бѣ-
лечь, жалусъ на мураши, боли въ бездрахъ, ослабленіе по-
ловой функціи и затрудненіе похода. *Sist. praeven.* Промѣнъ
на крестцѣ. Чувство востановило боли изъ поясницѣ, при на-
домъ движеній боль усиливается. Возвѣщаемость возобновилась
на IX грудномъ позвонкѣ. Враженіе туловища невозможно,
вспѣдствіе ригидности позвоночника. Не можетъ стоять безъ
поддержки. Болѣзнь, тактильная и термическая чувствитель-
ность понижены. Коляжные рефлексы крайне слабы. Сначала
2 дня больной оментризовался безъ всякой помощи, затѣмъ его
стали подвѣшивать на аппаратъ *Saxenby*. Сенса черезъ день,
каждое подвѣшиваніе длилось 2—3', всего сдѣлали 5 подвѣ-
шиваній. На другой день послѣ 1-го сеанса болѣзнь субъектив-
но чувствовалась собою лучше. Послѣ 2-го подвѣшиванія
оно вполнѣ съшло, и боли стали слабы. Послѣ 3-го под-
вѣшиванія боли совершенно исчезли, возмѣщаемость свободно
поворачивалась, похода была нормальная. Такимъ образомъ
больной былъ выпущенъ здоровымъ. Во время сеансовъ под-
вѣшиванія больной дѣлалъ гимнастическія упражненія низ-

кими конечностями. Этотъ случай вошелъ также въ число
13, сообщенныхъ *Riezi* ¹⁾ въспѣшное подлѣки. Изъ этихъ
13—8 излечились стационарно и 5 приходными. По ряду за-
болѣвшихъ случаевъ распредѣлялись такимъ образомъ: *tubercu-
losis*—7, *tuberc. spasmoidique*—1; *sclérose en plaques*—2; *meningo-
myelitis chronica* 2; *haematomyelia* 1. Изъ 7 случаевъ спин-
ной сухотки въ 3-хъ не было никакого результата, но слѣ-
дуетъ замѣтить, что у этихъ больныхъ было сдѣлаво очень
мало подвѣшиваній, отъ 1—5. Въ другихъ случаяхъ спин-
ной сухотки (4) наблюдалось улучшеніе страдающихъ болѣз.
въ 1 случай боли эти совершенно исчезли, въ остальныхъ
значительно ослабли. Во всѣхъ 4 случаяхъ похода немного
стала лучше. При *tuberc. spasmoidique* также наблюдалось улуч-
шеніе похода. Въ 2 случаяхъ разсѣивалъ спазмы ригид-
ность спинныхъ конечностей стала меньше. Какъ уже извѣ-
стно, изъ 1 случая *meningo-myelitis chronica* авторъ достигъ
излеченія, другой больной также значительно улучшился. При
haematomyelia не было достигнуто никакого результата. Всѣмъ
больнымъ подвѣшиваніе переносилось хорошо. Такъ какъ
подвѣшиваніе изъ двухъ случаевъ *meningo-myelitis* привело
къ излеченію въ томъ, гдѣ были наиболее затронуты обо-
лочка, то авторъ считаетъ этотъ фактъ подтверждающимъ
гипотезу, что подвѣшиваніе дѣйствуетъ раздраженіемъ, раз-
рывая воспалительныя сращенія менинговъ и улучшая крово-
обращеніе въ спинномъ мозгу.

Mouisset ²⁾ пользовался подвѣшиваніемъ изъ 8 случаевъ.
Подвѣшиванія производились по методу *Мочушковскаго*. Тучныхъ
субъектовъ лежали на нижней плоскости по методу *Габ-
риелъ*. Всего излечилось 7 муж. и 1 ж. Не получалось резуль-
тата только въ 1 случай (наблюденіе 7-е), но здѣсь подвѣшива-
ніе не могло быть продолжено систематически, такъ какъ этому
мѣло вѣзвѣстическое состояніе больного, подвѣшиваніе на-
зывало у него головокруженіе, расстройство зрѣнія и слуха
и чувство жужжанія въ конечностяхъ; все это проходило,

¹⁾ *E. de Riezi*. La suspension nella cura della meningite cronica spi-
nale. Rivista clinica e terapeutica p. 113, 1889.

¹⁾ *Riezi*. Rivista clin. terap. 1889.

²⁾ *Mouisset*. Note sur le traitement de l'ataxie par la suspension. Lyon
Medical N 32, 1889.

каны только прекращались собою. Интересны также явления, наблюдавшиеся у больного № 8: во время 2-го сеанса он почувствовал шум в ушах, разстройство зрѣнія, боли въ подбородкѣ и затылкѣ. Въ 7 случаяхъ наблюдалось болѣе или менѣе хорошее улучшение и лишь въ 1 нестерпимъ боли вернулись снова и не уступали леченію, обыкновенно же улучшение страдающихъ болей кончалось ихъ прогрессивнымъ уменьшеніемъ. Въ № 4 было замѣчено повліяніе долго отсутствовавшего миготнаго чувства. Улучшеніе походки и исчезаніе атасіи замѣчательны. На функциіи желудка и прямой кишки и половое чувство подбѣливаніе постоянно оказывало хорошее вліяніе. Нисколько не улучшились глазные разстройства (2 случая ослабленія зрѣнія и паралича п. abducens). Калѣбный рефлексъ также не вернулся ни въ одномъ случаѣ. Эффектъ леченія продолжался послѣ 6—8 сеансовъ, въ теченіе которыхъ прогрессировали, а затѣмъ оставались стационарными, хотя бы леченіе продолжалось. Особенно замѣчательны благотворный эффектъ непосредственно послѣ сеанса. Наиболее продолжительностью сеанса 4 минуты. Подбѣливаніе, конечно, только паліативъ, но никогда спинальн. сухотка не ухудшалась отъ подбѣливанія и никогда теченіе ея не принимало болѣе быстрого характера. Въ несприятныхъ случайностяхъ при подбѣливаніи болѣе расположены болѣе съ черепными разстройствами.

Will. Gosselin¹⁾ въ своей диссертации описываетъ 10 случаевъ, продолжительныхъ имъ въ госпиталѣ Lapeyron въ отлѣшеніи проф. Davaud. Изъ 10 случаевъ 2 муж. и 8 женщ., по роду забѣливанія 2 случая разсѣянаго спинальнаго, сесть случаевъ спинальн. сухотки и въ 1 случаѣ дѣлать не ясно. Подбѣливанія производились по методу Charcot-Moussu. Въ каждомъ случаѣ было сдѣлано отъ 10—36—41 сеансовъ. Подбѣливаніе переносилось хорошо, только у 2-хъ больныхъ оно вызвало общее дрожаніе тѣла и въ 1 случаѣ боли въ области почекъ, что вынудило даже прекратить

сеансы на нѣсколько дней. Какъ другіе авторы, такъ и Gosselin наблюдалъ, что въ первомъ періодѣ tabes подбѣливаніе болѣе не приноситъ. Улучшенія послѣ подбѣливанія замѣчались въ движеніи, въ общемъ состояніи и у некоторыхъ больныхъ улучшалась чувствительность. Слѣдуетъ замѣтить, что въ случаѣ 5 и 6 по прекращеніи леченія боли возобновились съ прежней жестокостію. Въ случаяхъ, гдѣ наблюдалось ослабленіе зрѣнія, подбѣливаніе на этотъ послѣдній симптомъ не оказало никакого вліянія, какъ и на другіе глазные симптомы (5, 6 и 9 случ.). Въ обоихъ случаяхъ разсѣянаго спинальнаго наблюдалось улучшение походки, мочеотдѣленія и общаго состоянія. Авторы приходятъ къ выводу, что подбѣливаніе по способу Moussu-Moussu даетъ хорошие результаты при спинальн. сухоткѣ и благотворно вліяетъ на всѣ симптомы, за исключеніемъ коленныхъ рефлексовъ. 2 случая улучшенія разсѣянаго спинальнаго даютъ право надѣяться, что и при этой формѣ можетъ быть подбѣливаніе оказало услугу. Какіе-бы способъ дѣйствія подбѣливанія, авторъ только отмѣчаетъ идентичность полученныхъ отъ подбѣливанія терапевтическихъ результатовъ съ таковыми же, получавшимися прежде при вытяженіи нервовъ.

Reymond²⁾ подмѣчаетъ тѣ непосредственные результаты, которыми обычно рѣшается приложеніе различныхъ термическихкихъ средствъ при спинальн. сухоткѣ. «Подбѣливаніе, говоритъ онъ, кажется далѣе лучшимъ результатомъ; если оно и не исцѣляетъ страданія, то дѣлаетъ своимъ существованіемъ несчастныхъ болѣе счастливыми».

Edvard Weitzfelder³⁾, читая первыя сообщенія о леченіи спинальн. сухотки подбѣливаніями, пришелъ къ заключенію, что леченіе это чисто эмпирическое, не научное и идущее къ разрыву съ теоріей; замѣненія авторомъ, что при продолжительномъ приложеніи подбѣливаній въ тазовыхъ случаяхъ спинальн. сухотки они достигали почти исцѣленія, служатъ въ противорѣчіи съ существующими ученіями о пато-

¹⁾ Will. Gosselin, De la suspension dans l'ataxie locomotrice progressive et dans deux cas de sclérose en plaques. Thèse de Paris. № 9, 1888.

²⁾ Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. 1888.

³⁾ E. Weitzfelder, Suspension in the treatment of locomotor ataxia. The medic. Record, 8 Jan. p. 429, 1888.

логической анатомии спинной сухотки и ее влияния на регенерацию нервной ткани. Совершенно не взирая на то, что тогда, только из чувства долга, *Waltfelder* начал применять своим больным поднимания. Все пациенты были мужским. Поднимания производились на аппарат *Suge's*. Сначала больные по ошибке были поднимались 3 раза в день, так что первый 15 подниманий во всех случаях, отдалены были в течение 5 дней, в 2-х случаях получили замечное и быстрое улучшение в начале лечения. Затем, поднимания стали производиться через день, сначала делалось от $\frac{1}{2}$ до 3' (с 6-го поднимания), позднее принимались настолько, что ночные пациенты почти засыпали, тогда поднимались без поднимания. В первом случае, после 15 подниманий уменьшилось напряжение моча, боли не было все время лечения, походка стала тверже; после 24 сеансов больной удерживать мочу в течение 10 мин., судороги стоп и голей не появлялись, нити может почти прямо с закрытыми глазами. Во втором случае при перерыве движения поднимания не дали никаких объективных результатов. В 3-м случае спинной сухотки после 24 сеансов пациенты полагали, что боли стали чаще и сильнее, походка же действительно значительно улучшилась, мочеиспускание стало свободнее, частота пульса судороги прекратились. В четвертом случае (tabes) после 15 подниманий общее состояние очень улучшилось. После 25 подниманий—такое улучшение походки, судороги стали очень редки, боли не было с начала лечения, улучшение также мочеиспускание, наблюдалось кроме того усиление жевательной силы. В пятом случае (tabes) кроме улучшения движения после 16 подниманий почти исчезла диплопия. В шестом случае (tabes), больной, страдавший около 5 лет и в последнее время совершенно парализованный, после 15 сеансов совершенно ослепел от боли в мочу ходить, как до болезни. Удивительный замечательный результат, *Waltfelder* начал применять улучшение психо-моторного воздействия, но в конце концов пришел к убеждению, что методы действительно и непосредственно влияют

на спинной мозг, но как—этого автор объяснить не может; не допуская однако мысли, чтобы спинной мозг сам вытеснялся. *Waltfelder* думает, что может быть происходит вытяжение корешков, идущее из своей очереди на кровообращение из спинного мозга и его оболочек. В заключение автор убежден, что при поднимании происходит не только субъективное (которое и само по себе очень важно), но и объективное улучшение болезненных симптомов.

В *Société nationale de Médecine de Lyon*, на заседании 8 июля 1889 г. *Teissier*¹⁾ демонстрировал двух больных женой, атлетически. 1-я жаловалась на жестокость страдания боли. Сделано 10 сеансов. Боль прекратилась, веселье, состояние Ронберга, походка стала удовлетворительной. 2-я больная поступила с мал перформанс позы и полной атлетической атлексией, не позволявшей больной покинуть постель. После 5 сеансов больная могла стоять, а после 9 могла ходить. При выносе она без труда вошла на лестницу. *Teissier* имел еще 5-ю больную, которая после каждого сеанса выдвигала в мочу бляшки,—факт, уменьшающийся, по автору, из-то, что поднимания имеют влияние на продолговатый мозг.

В том же заседании *Clement* заявил, что он также с успехом применял поднимания, 1 атлетически ослепел после подниманий от спазматических болей и стал лучше ходить. Трое больных с расклеванными склерозом также улучшились после подниманий. Поднимания, по мнению *Clement*, должно послужить хорошей ступенью при спиногенетических заболеваниях. *Pellet* привел случаи поднимания у детей. Двое страдали атлексией (после дифтерита)—результат был хороший. В 1 случае хроническое поднимание не дало никакого эффекта.

*David D. Stewart*²⁾ применял поднимания по способу *Мюллеровско-Кларк* из 14 случаев, при этом вы-

¹⁾ *Teissier* Ataxie, traitée par la suspension. *Lyon médical* № 28, 1889.

²⁾ *D. D. Stewart* Report on the treatment of fourteen cases of disease of the spinal cord, by the method of suspension. *Med. News*, 1 Jan 7-1890, 1890.

также производилось какъ съ подмышками, такъ и безъ нихъ. Изъ 14 случаевъ—8 были *tabes dorsalis*, 7—во второмъ стадіи болѣзни и 1—въ первомъ; 3—*paralysis spinalis crastia*; 2—атантический параллелизмъ и 1—*meningo-myelitis*. Всего лечилось 11 мужчинъ и 3 женщ. Общее число сдѣланныхъ подѣлываній 352. У табешныхъ прежде другихъ симптомомъ было рѣзкое усиленіе походовъ и сгѣпляющихъ болѣй, въ этомъ отношеніи успѣхъ наблюдался у всѣхъ больныхъ и послѣ очень незначительнаго сеанса. Существовало прямое отношеніе между терапевтическими результатами и временемъ болѣзни и продолжительностью ея: болѣе хроническіе случаи снорбе и сильнѣе поправлялись (случаи 3—7). Уменьшеніе или потеря полового чувства въ 5 случаяхъ только въ 1. Расстройство пузыря и прямой кишки востало въ 2-хъ случаяхъ, въ 1 изъ нихъ повышение полового влеченія. Тактильная чувствительность много улучшилась въ 3-хъ и немного въ 1. Инволюционное настроеніе исчезло въ 5 случаяхъ. На у одного изъ 8 атантическихъ не восстановились болѣзненные рефлексы, даже при впрѣсѣ *Jenkinson's*. Изъ трехъ случаевъ *paralysis spinalis crastia* въ одномъ было значительное уменьшеніе ригидности и спазмодическаго паралича, у другого болѣе слабое улучшеніе, въ 3-мъ же случаевъ—ническаго. У одного изъ этихъ больныхъ замѣчено ослабленіе кленуса стопы. Въ одномъ случаѣ атантического параллелизма еясны подѣлыванія были прерваны, въ другомъ улучшился походка и ослабли боли. Главнымъ расстройствомъ (рѣзко выраженнымъ въ 8 случаяхъ) остались безъ всякаго перемѣны. Особенно хорошіе успѣхъ были достигнуты въ случаѣ *meningo-myelitis*, сдѣлано было 31 подѣлываніе, болѣзней, находившейся въ полнотѣ параллелизма, послѣ 2-го подѣлыванія мѣтъ стоты съ костылями, послѣ 4-го стала ходить съ костылями, затѣмъ она ходила только съ тростью, въ конечностяхъ уменьшилась ригидность и улучшилась ахъ питаніе; усишился подоживенный рефлексъ, значительно уменьшилась и анестезія подошвъ. Въ заключеніе автора приходится къ выводу, что подѣлываніе очень полезно при locomotorной атасіи; въ виду наблюдавшагося улучшенія при спастиче-

скомъ спазмодическомъ параличѣ и *meningo-myelitis*, подѣлываніе слѣдуетъ пробовать примѣнять и при этихъ страданіяхъ. Сомнѣваясь въ томъ, чтобы подѣлываніе могло вылечить органическія болѣзни спиннаго мозга, авторъ однако считаетъ, что не настало еще время окончательно отвѣтить: имѣемъ ли мы въ подѣлываніи радикальное средство или только палліативъ.

Въ запискахъ 5-го июля 1889 г. въ Медицинскомъ Женевскомъ Обществѣ Dr. Lombard прочелъ отъ имени Dr. Arria ¹⁾ сообщеніе ему д-ромъ *Barthez* наблюденіе, гдѣ болѣзнь атантизмъ значительно улучшился отъ подѣлыванія. Въ томъ же запискѣ Dr. *Reubell* сообщаетъ, что онъ лечилъ подѣлываніемъ 18 больныхъ, изъ которыхъ только 4 были табешны. Въ одномъ случаѣ тяжелого *tabes dorsalis* около 9 лѣтъ остаются въ кровати—поражены всѣ конечности—18 сдѣланныхъ подѣлываній не оказало никакой пользы. У остальныхъ атантизмъ было замѣтно усиленіе походовъ, болѣй и симптома Ренберга; въ одномъ случаѣ табешной стопы съ преобладающей лѣвой съ первыхъ же сеансовъ ослабла болѣй, и охотнѣе стопы уменьшилась на 4 смт. въ окружности. Ободренный такими успѣхами, авторъ примѣняетъ подѣлываніе въ одномъ случаѣ *mal perforant* не табешнаго происхожденія и также съ удивительными результатами. Подѣлываніе оказалось дѣйствительнымъ въ трехъ случаяхъ импотенціи. Изъ 4 случаевъ расстройствъ дѣятельности мочевого пузыря усиленіе послѣдовало только у одного больного и, наконецъ, въ 1 случаѣ спастическаго паралича наблюдалось усиленіе походовъ.

Glatz ²⁾ въ предѣлахъ записки, что въ въ одномъ случаѣ импотенціи сдѣлалъ 20 сеансовъ безъ всякаго успѣха.

Goste ³⁾ выдѣлъ усиленіемъ двухъ случаяхъ спинной сухотки (похода и запоры).*

¹⁾ *Revue médicale de la Suisse Romande*, p. 434. 1889.

²⁾ *Ibid.*

³⁾ *Ibid.*

Russell и Taylor¹⁾ в 1889 году опубликовали первую серию своих наблюдений о лечении подбланиванием переных больных. Наблюдения были из Национального Госпиталя для парализованных и эпилептиков в Лондоне. Всего наблюдений было 16, из них 14 случаев спинальной сухотки, 1 случай sclerosis lateralis и 1 „атактической паралич Gowers'a". Связки от $\frac{1}{2}$ до 4". Из неприятных явлений во время подбланивания авторы приводят боль в шее, затылке и в конечностях, с № 5 и 9 было во время подбланивания чувство слабости, № 8 из-за этой слабости пришлось прекратить лечение, № 14 из-за этой слабости прекращены были и № 14 и 16. Что касается результатов лечения, то из 6 случаев авторы получили улучшение, 5 случаев остались без перемены, из остальных пяти оказалось улучшение, из трех из них, во время, как они подвергались лечению, во затылке в одном случае была рецидив болезни в большой из общей ухудшился; из другого случая, было сделано 26 подбланиваний без успеха, через 15 дней состояние здоровья ухудшилось, сделано снова 10 подбланиваний, но этого раза больной стал поправляться и улучшился сохранился передошними. Из виду неудачи после первых 25 подбланиваний авторы получились от вторых 10 подбланиваний улучшение считают случайными. (Из вышеприведенных наблюдений других авторов можно было видеть, что часто подбланивание, давая сначала некоторое улучшение, далеко затем ухудшение и только вторично возникающее улучшение означалось уже более стойким, сравни наблюдения Ebb'a, De-laden'a, Ladame и др.). Пациент № 12, у которого развивались симптомы его заболевания был поражен атлетическими веревками, хотя и заявлял, что после его становится лучше, однако при тщательном исследовании это не подтвердилось. Ни из одного случая улучшения не достигнутой степени, чтобы пациенты могли стоять с закрепленными глазами, равно как остались без перемены отсутствием полного рефлекса и рефлексов

реакция зрачков. „И так, говорят авторы, мы видим, что из большей части случаев не было улучшения, а из которых случаев замечалась даже тенденция к худшему". При боковом склерозе большой после подбланиваний стало хуже, с большими затруднениями. Последний же больной с атактической параличей при первом подбланивании чувствовал боль в epigastrium и тошноту, поэтому на четвертое подбланивание лечение было прервано.

Canille Bange²⁾ описывает один случай tabes spasmotique, из которого лечение подбланиванием сопровождалось относительно успешным, — после 33 сеансов по 4" каждый было замечено улучшение походки, душевное настроение духа под влиянием лечения возмужавости своей болше пришло; автор рассчитывает, продолжая лечение, добиться дальнейшего улучшения.

Lewis Hickey³⁾ подбланивал пять больных спинально-сухоточными. Пациентов подбланивали только за голову, подбланивание применялось лишь при положении пациента сзади. Только из первого случая лечение было благоприятно и одновременно больной получал ирритативный калей; из этого случая сделано было 28 сеансов; улучшилась походка и жевательная сила; атасия осталась, равно как и расстройства чувствительности ног и ступней. Во втором случае после 15 подбланиваний не замечено никакого улучшения, во время подбланивания пациент жаловался на головокружение, продолжавшееся несколько часов после сеанса. В третьем случае (женщина) после 15 подбланиваний развились спазмы и продолжительный гистрический крик, и болезнь не показала продолжения лечения. В четвертом случае подбланивание прервано после 5 сеансов, во время сеанса был ирритативный крик, после — первое состояние. В пятом случае лечение было прервано на 9 сеансов — во время подбланивания боль в груди, после — в пояснице из течение 3—4 часов;

1) Russell and Taylor, Notes on some cases treated by suspension at the National Hospital for the paralysed and epileptic. The Lancet p. 785. 1889.

2) C. Bange, Tabes dorsalis spasmotique. Amélioration considérable par la suspension. Revue médicale de l'Est p. 286. 1888.

3) Lewis Hickey, Five cases of locomotor ataxia, treated by suspension. Brit. Med. Journal, p. 763. 1893.

некоторого улучшения ни со стороны мочеиспускания, ни со стороны боли в походе. Вск 5 случаев был во 2 стадии заболевания.

Dr. Charbon¹⁾ принадлежит к противникам нового метода, доводил автор, однако, основываясь далеко не на бесспорных и хорошо обработанных материалах, а личностные операции обращают на себе серьезное внимание: так из двух случаев спинальной сухотки, из первых большой улучшения не было, тогда был готов аппарат для поднимания и, не сделав ему ни одного сеанса, Charbon стал возмущаться иности его по своей статье и даже из заключения сказать, что он не имеет никакой причины ждать чего либо хорошего от поднимания из данных случаев. Во втором случае поднимания, начавши с 5 мин. продолжительности с первого же сеанса, сеансы проводились ежедневно, больного поднимали только так, что лопатки его касались почти, сеансы продолжались так, что в результате только ухудшение движения. Ссылаясь на заключение Dr. Saignes, автор приходит к выводу, что лечение подниманиями бесполезно. В конце своей статьи Charbon показывает недостаточку серьезного научного вывода, направленного против французских невропатологов, приводя которую мы считаем излишней.

Сообщение Charbon'a не осталось без отзыва и у себя на родине: Айблс²⁾ автор в том же журнале комментирует статью, где отбрасывает довольно сильный способ обращения с научными вопросами со стороны Charbon'a, а равно и недостатки его техники применения метода (сразу сеансы по 5 мин. и поднимания только за голову), из своей очереди описывает случай, где поднимания оказало во истину блестящие результаты. В виду того, что у приведенного больного возвратился даже коллиний рефлекс, мы делаем краткие выдержки из его истории болезни: больной, 56 л., находился под наблюдением Dr. Alblas'a с 1885 года,

сиделся у больного не было. В 1883 году больной был выброшен из здания и получил сильный ушиб позвоночника, вследствие чего он не мог ходить из времени 3-х месяцев, затем ему стало лучше и он, поспешному, был извезен до 1885 г., когда у него постепенно развились симптомы спинальной сухотки. При первых исследованиях было обнаружено: симптомом Ронберга, отсутствие коллиний рефлексов, острейшие ступни и ноги, припадки белей, ослабление деятельности почечного пузыря в половой сфере и атаксия. Несмотря на тщательное лечение, больному становилось все хуже, состояние его осложнилось перикардитом, мышечных затруднение дыхания и отеки. Вследствие атаксии возникли и из рук, мышечная сила упала до 10 дельней динамометра из правой руки и до 6 в левой. Усилились боли. Кровохарканье. В марте 1889 г. больному назначили поднимания, 1-ое поднимание сидело по 1/2, 2-е по 1', а 3-е по 1 1/2; после 3-го поднимания развились улучшения похода и затем последовало быстрое улучшение. После 35-го поднимания больной прекратил лечение, так как чувствовал себя хорошо. Коллиний рефлекс, которых раньше не было с ноября 1885 года, развившись вновь в июле 1889 года. Мышечная сила рук была 95 и 70 дельней. Все другие симптомы спинальной сухотки исчезли. Как долго будет продолжаться результат лечения, конечно, неизвестно. В конце статьи Айблс считает необходимым, чтобы метод лечения, способный дать подобные результаты, был бы когда-либо описан, разв только будет открыто что либо еще лучшее.

Dr. Charbon¹⁾, конечно, отбрасывает Dr. Alblas'y и приводит 2 заключения, по его мнению, случаи полного и неприменимого излечения от спинальной сухотки и несколько случаев быстрого улучшения, падать то же самое и из случаев, описанных Dr. Alblas'ом. Поднимания Charbon'a предвещают скорее и полное излечение, признавая чего он навряд ли Англичан уже тогда.

1) The Brit. Med. Journ. p. 930. 1889.

1) Charbon. Suspension for locomotor atax. The Brit. Med. Journ. p. 818. 1889.

2) Alblas. Suspension for locomotor atax. Brit. Med. Journ. p. 872. 1889.

Неудачи, получаемые некоторыми авторами при применении нового метода, G. Garry¹⁾ объясняет теми отступлениями от техники подбрасывания, которая была допущена при производстве сеансов, несмотря на подробные указания, данными Chace²⁾; больных стали приподнимать только так, чтобы пятки пациента оставались еще на полу, в то время как из Salpêtrière³⁾ больных приподнимали совсем; продолжительность сеанса увеличилась постепенно, теперь же стали подбрасывать сразу на 5 мин. Причины неудач Garry старается объяснить еще и тем обстоятельством, что контингенты больных у авторов состояли из случаев спинальной сухотки, где спинного мозга заклини органическими изменениями спинного мозга, так как больные спинного мозга обращались к врачу. Однако, против этого можно привести наблюдения многих невропатологов, отмечавших, что подбрасывание особенно полезно именно в тех случаях, где табетическая сухотка. В 4 случаях, бывших под наблюдением Garry, подбрасывание у трех больных дало хорошие результаты, у четвертого же не последовало никакого улучшения.

Garry Fernick⁴⁾ из медицинского общества в Лондоне в заседании 25 ноября сдвинул доклад о случаях, где выдающийся симптом спино-мозгового заблуждения — атония мочевого пузыря — и другие симптомы (ослабление волевой способности, атония и боли) уступили лечению подбрасыванием; пациента подбрасывали только на руки. Больной находился под наблюдением около 3-х месяцев.

Wood⁵⁾, упоминая о J. K. Mitchell⁶⁾ и его методе лечения параличей Pott'a подбрасыванием, в то же время, указав на то, что выкладываемый забрызг корсет поддерживает только степень вытяжения, достигнутую при подбрасывании, и отбрасывает наперед некоторую неудобства подбрасывания за

голову (боль в шейных мышцах), заявляет, что ему пришла мысль применить вытяжение таким образом, чтобы точка приложения силы при трении была на самом корсете, теперь подбрасывание производится не за голову, а только за грудной пояс. Свой метод автор испытать на клинских на одном больном. Сила вытяжения около 75 ф., сеансы продолжались в течение 4 часов, не причиняя больному никакого страдания. Пациенты после нескольких таких сеансов вытяжения стали свободнее ходить полами.

A. Shaw⁷⁾ применял подбрасывание по подонизмическому способу, описание которого из социализма не имеет не содержания, в сообщении 5 случаев. — 2 tabes dorsalis и 1 sclerosis multiplex. Во обоих случаях спинной сухотки автор получал улучшение почти всех симптомов болезни, и даже один табетический заявляет, что артерии его улучшились (объективных данных из истории нет). В случае sclerosis multiplex улучшилось артерии, рвоты и движение.

Schilling (Nürnberg)⁸⁾ пользовался для подбрасывания обыкновенным аппаратом Sayre'a, но исходя из той мысли, что подбрасывание только за голову сильно действует на шейную и грудную часть спинного мозга, он подбрасывал больных без подбрасывания и подбрасывал их с седлами. Переносимость подбрасывания больными частью хороша. Всех подбрасываний сделано 185 у 15 лиц. Из коротко сообщенных историй болели видно, что лучшие результаты были получены автором при некротических периферических и ischemic. Из 3-х случаев спинной сухотки улучшились 2, также с ушибом был лечен 1 myelitis circumscripta; 1 случай пузыря не достиг амплексии и 1 случай прогрессирующего паралича остались без изменений. Схемой были лечены 1 paralysis spinalis spastica и 1 spinal случай атонического паралича, 1 старый случай polio-myelitis anterior и 1 старый случай миелита от скарлатины

¹⁾ G. Garry. Suspension for locomotor ataxy. The Brit Med. Journal p. 1006, 1889.

²⁾ The Lancet p. 1119, 1889.

³⁾ Wood. The application of extension in Pott's disease and vertebral injuries. Medical News. 1889.

⁴⁾ Shaw. The Medical Record p. 472, 1889.

⁵⁾ Schilling. Ueber die Suspension bei Rückenmarks- und Nervenkrankheiten. Münch. medicinisch. Wochenschrift, p. 304, 1889.

осталась без изменений, но всякий случай müsste изучен. На основании своих наблюдений автор пришел к выводу, что подбизивание несомненно дает временное улучшение ряда тяжелых симптомов при некоторых спино-мозговых болезнях. Автор затрудняется еще сказать, как долго держится улучшение и какие случаи следует рекомендовать лечить подбизиванием, хотя подбизивание, по его мнению, может быть особенно рекомендовано при некоторых параличах. Среди противопоказаний автор не упоминает и эмфизему. Относительно объяснения действия нового метода автор придерживается взглядов *Charcöt*.

Prof. G. Stewart ¹⁾ сделал доклад о лечении подбизиванием из Эдинбургского медико-хирургического общества. Автор лечил подбизиванием 5 больных, из них 3 представляли явления сухой спастичности, эти явления после применения нового метода значительно улучшались, при этом *Stewart* замечает, что сначала улучшение шло довольно быстро, затем следовала пауза, после которой начиналось постепенное и более стойкое улучшение. 2 пациента были больны *paralysis cruralis spastica*, они также с успехом пользовались новым методом. Все больные переносили сеансы хорошо, иногда только тошнота после операции появлялась боль в шее. 1-й сеанс был разбит 10", второй 20" и т. д. до 4'. Сеансы производились через день.

H. Thiem ²⁾, сообщая предварительно о равновесии расщепления атасия (по наблюдению *Thiem*'а когды хореоформного пареза атасия выражается у спино-сухоточных рёче и даже тогда, когда ее обильные методами открыты пелла), упомянуть затем, что он одной табличкой оддал 11 подбизиваний по Мюммооскому. Воли и походка, а также самочувствие улучшились. Кожный рефлекс и зрачковые симптомы остались без изменений.

¹⁾ The Brit. Med. Jour. p. 1122, 1890.

²⁾ H. Thiem, Ein Hilfsmittel für die Erkennung beginnender Tabes. Deutsch. medicin. Zeitung p. 932, 1889.

Weir Mitchell ³⁾ в течение многих лет лечил параличи *Pott's*, предписывая больным полный покой, тонические средства и даже им прижигания; затем, когда явления ослаблили, он прибавлял им гипноз и корсет; однако результаты такого лечения мало удовлетворяли автора, и он перешел к лечению спондилита подбизиванием. Первым кандидатом лечения спондилита подбизиванием автор считал своего отца проф. *J. K. Mitchell*'а, писавшего об этом еще в 1826 году. Подбизивание на голову и даже с прибавлением груза к ногам применял своим больным также *Gilman* ⁴⁾. К началу же настоящего столетия отношение к лечению изменилось на изломотой плечности. *Weir Mitchell* применял при болезни *Pott's* различные методы вытяжения позвоночника, как указывают его отцы и предки; авторами (вытяжение из сидачек, положение из особустроенных креслах и друг.) так и *Wiedemann*, до способа *Мюммооского* включительно. Груз брался от 20 до 70 фунтов и вытяжение производилось в течение 4—6 часов ежедневно; вытяжение прекращалось, если пациент жаловался на боли в спине, тяжесть и утомление. В статье приводятся исцеление историй болезни, опубликованных еще *J. K. Mitchell*'ем, а также и случаи самого автора. Подбизивание из рук автор и его отцы давали блестящие результаты: паростения, параличи чувствительности и движения проходили, истечения болезненных явлений со стороны таза и органов а рефлексы возбуждались к лучшему. По автору, вытяжение позвоночного действия не только механически на него действует, но имеет особое значение также на самый спинной мозг и его оболочку, равно как и на их сосудистую систему.

Автор на основании своих наблюдений (приводятся 4 истории болезни случаев *J. K. Mitchell*'а и 3—случаев автора) приходит к выводу, что подбизивание при бо-

³⁾ W. Mitchell. Treatment of Pott's paralysis by aspiration. Medical News, 1889.

⁴⁾ Авторитет *Saper's*, как его заимствования из авторитетов, совершенно приписывается *Gilman*'у.

лѣзни Pott'a сдѣлать примѣнить какъ можно раньше, что оно приноситъ пользу даже въ такихъ случаяхъ, гдѣ всѣ другіе принятые хірургіе не имѣютъ никакого успѣха; что вытѣсненіе вѣроятно дѣйствуетъ на самый спинной мозгъ и дѣйствіе его нельзя объяснить однимъ падениемъ раздраженія болѣзненнаго нѣдра позвоночника, такъ какъ оно дѣйствительно и въ случаяхъ болѣзней спинного мозга, гдѣ никакого измѣненія вѣстнаго сместа нѣтъ. Способы и продолжительность поддѣшиванія должны сообразоваться съ индивидуальными требованіями, выносливостію и чувствительностью отдѣльныхъ лицъ.

Tiberghien¹⁾ дѣлалъ поддѣшиваніе своимъ болѣзнымъ по методу Segue'a, нѣсколько измѣнившему Dr. Borlet; измѣненіе это мало существенно и заключается только въ болѣ удобномъ описаніи, не сдѣлывающемъ в. jugularis, и лучше поддерживающемъ голову. Больными, нѣтъ тѣхъ которыхъ были незначительны, въ руки давали гири по 1 или 2 kilo вѣсомъ. У 26 больныхъ было сдѣлано всего 458 сеансовъ и изъ 21-го случай получено улучшеніе. Ни одного несчастнаго случая не произошло. Лечение при сильной сухоткѣ дало автору очень хорошіе результаты, иногда улучшалась съ первыхъ сеансовъ, иногда Ромберга исчезала, боли уменьшались, чувствительность стопа возмущалась, при долгомъ примѣненіи леченія возмущались и познала способность, зрѣніе нѣсколько улучшалось (въ составленіи, при статикѣ нѣтъ всѣхъ, хотя бы короткихъ, авторій болѣзней, а потому совершенно нельзя знать, сколько всѣхъ случаевъ было съ расстройствомъ зрѣнія и какъ глубоко были эти расстройства). Болѣзные рефлексы не возмущались. Конечно, можно предполагать, что наблюдаемое улучшеніе временно, но и въ такихъ случаяхъ, по Tiberghien'у, поддѣшиваніе представляется дѣльнымъ методомъ. Кромѣ спинной сухотки авторъ примѣнялъ поддѣшиваніе при расстройствѣ скелета, въ двухъ случаяхъ съ ушибомъ; при переломѣ

и вывихѣ авторъ рассчитываетъ на бѣстѣйшій успѣхъ; при болѣзни Pott'a—нельзя всѣ случаями сдѣлать; въ случаяхъ sclerosis lateralis ankyrophica авторъ наблюдалъ также значительное улучшеніе со стороны нижнихъ конечностей. Слѣдуетъ еще замѣтить, что улучшеній не было замѣчено по прекращенію у тѣхъ больныхъ, которыхъ было сдѣлано незначительное число сеансовъ.

Во Франціи Londe²⁾ занимается поддѣшиваніемъ, первый постарался примѣнить измѣреніе въ силѣ тракціи, произведенной во время сеанса. Londe поддѣлалъ, что въ началѣ сеанса болѣзны сильно сопротивляются на поддѣшиваніи, но затѣмъ по мѣрѣ того, какъ руки усаются, голова претерпѣваетъ все возрастающую силу тракціи. Londe пишетъ, что тракція, дѣйствующая на голову, при началѣ сеанса — 4 kilo, $\frac{1}{2}$ спустя — 6—7 kilo, а $\frac{1}{2}$ спустя она достигаетъ уже 11 kilo. Само собою понятно отсюда, что, смотря по тѣмъ усающимся, которая дѣлаетъ болѣзнь руками, она можетъ увеличиваться или ослабѣть силу тракціи, направленной на голову; съ другой стороны, если болѣзнь не дѣлаетъ усилій руками или вслѣдствіе его очень значительно, то, во мѣрѣ ослабленія руки, тракція головы можетъ достигать опасныхъ величинъ. Показно также, что въ томъ случаѣ, когда грудной и плечевой поясъ мыщцъ будутъ сильно напряжены, тракція за голову, а вслѣдствіе съ ней и измѣненіе позвоночника будутъ совершенно недостаточны. Уже Huchon³⁾, какъ это можно изъ вышеприведеннаго, измѣнилъ болѣзнь на баласкруингъ коромысла, на противоположный конецъ котораго онъ поддѣшивалъ 75—100 фунтовъ, а W. Mückel первый раздѣлялъ поддѣшиваніе на тракцію за голову и за руки, какъ на два отдѣльные акта.

Londe совместно съ Dr. Regnier предложилъ двѣ модификаціи способа поддѣшиванія. Первая модификація предло-

¹⁾ Tiberghien, Traitement des maladies de la moelle spinale par la suspension. Journal de médecine de Bordeaux 47 année, 88 volume, p. 433 1889 г.

²⁾ Londe, Traitement des ataxiques par la suspension. Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. Séance 8 mai 1889. Journal de Médecine de Bordeaux N 42, p. 481. 1889, y De la suspension cervico-oculaire. Communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux dans la séance du 26 juillet 1889.

жесткие ст. целью измерения трactions за голову, прилагаемый рисунок дает хорошее понятие об этой модификации (см. рис. 4). Новыми частями из только-что представленного

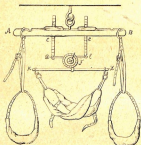


Рис. 4.

аппарат является динамометр (F) и два стержня, его поддерживающие (C и C'); эти стержни могут подниматься или опускаться и тем обуславливают большую или меньшую силу трactions за голову. Вскорь, однако, *Lande* и *Regnier*, изучив значение трactions за подмышки и зрели на основании поставленных ими опытов из заключения, что она дает весьма постоянную тракцию за голову и вовсе не способствует получению терапевтических результатов, так как при сильной тракции за подмышки вытяжение позвоночника незначительно или даже отсутствует, а при ослаблении подмышечной трactions вытяжение за голову может принимать опасные размеры, ранами приложить вытяжение только за голову, но при условии, чтобы вытяжение это было точно измерено. С последним целью они построили второй аппарат, рисунок которого, помещаемый здесь, дает излившим его описанием

(см. рис. 5). Подробное описание только-что представленного



Рис. 5.

была желобчатая скала, по желобу которой скользили стерж-

аппарата содержится в работе *Dupuy-Freny*¹⁾. В этом аппарате изобретены между прочим и особенности таинного образом, что устранена возможность соскальзывания ремней в сделанных изгибах частей их. Справедливо замечать *Dupuy-Freny*, что до сих пор не была установлена сила трactions, необходимая для получения желаемого терапевтического действия. С целью выяснения последнего вопроса, конечно, недостаточно того одного наблюдения, которое приведено в работе *Dupuy-Freny*; однако следует отметить несомненно ценную попытку, сделанную *Lande* и *Regnier* в этом направлении. *Lande* производит измерения на здоровых; субъекты усаживались, сиди сидя на устройстве

¹⁾ *Dupuy-Freny*, De la traction cervicale graduelle substituée à la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice. Thèse de Bordeaux 1880—81, N. 26.

жени, contacting на верхнюю поперечную линию, индикатор которого указывал высоту тазового субъекта (см. рис. 5). Измерения производились до появления из спячного состояния без всякого мышечного напряжения, затем производились измерения из то время, когда субъекты выпрямлялись и, наконец, из то время, когда производились тракции за шею с определенными грузами. Автор при-
нимал к убавлению, что последнее удлинение позвоночника начинается только тогда, когда из течения 3' производилось вытяжение с грузом 10 kilo (после от подвешивания индивидуальным колеблющим), так как тогда мышцы устают и происходящее при прибавлении груза удлинение уже нельзя объяснить простым выпрямлением позвоночника. *Dupuy-Frouin* пользовался одного таблица при помощи метода шейного вытяжения. После того, как было установлено, что необходимо 16 kilo, чтобы перейти границу возможного выпрямления позвоночника без вытяжения, стали производить сеансы с нагрузкой сначала из 24 kilo, затем из 36 и наконец из 41 kilo. Сеансы продолжались около 5 минут, никаких неприятных явлений больной не испытывал. После лечения в течение 1 1/2 месяцев было достигнуто улучшение мочеиспускания, болей и позывов. На полную деятельность лечения не было влияния.

Во заключительных из своей работы *Dupuy-Frouin* предлагается заменить подтягивание по способу *Mouchy-Chevalier* вытяжением за шею по способу *Leudet's*, так как последний метод имеет все достоинства первого, но имеет его недостатки. Вытяжение дачи, выполняемое при подтягивании по *Mouchy-Chevalier*, *Dupuy-Frouin* старается объяснить тем, что вследствие вытяжения на подмышках, раздутых грудных мышцах обуславливают сжатие грудной клетки в переднем направлении, сжимают мышцы живота своим давлением приращиваемыми факторами, в дачи такти образом не могут быть глубокими и учащаются. Такое состояние дачи, конечно, должно влиять на кровообращение, обуславливая венозный застой, последний особенно будет выражаться у лиц с пороками сердца. Только что описанным состав-

ним дачи и кровообращение автор считает даже одной из частых причин несчастных случаев. *Leudet* не отрицает, однако возможность, что дачи и кровообращение могут возникнуть и через влияние подтягивания на продолговатый мозг. Автор подчеркивает также опасность форсированного подтягивания только за голову, он упоминает об одном случае, где у самоубийцы смерть от подтягивания произошла без того, чтобы никакие части шеи были сдавлены и сжимались еще на наложении, что дачи, которых шты поднимали за голову, иногда внезапно ухажали. Оба автора держатся того взгляда, что вытяжение за подмышками не имеет никакого значения для получения терапевтического результата или даже еще уменьшает его.

M. Fide ¹⁾ считал подтягивание в двух случаях. В одном случае у одного старого табетика после двух сеансов подтягивания по методу *Clareot-Mouchy-Chevalier* стридения были уменьшены, после появилось улучшение походов, на полное чувство влияния лечения не замечено. В другом случае у истерика с параличом, леченной без всяких специальных средств, бездельных оказалось и подтягивание.

Verdalle, ²⁾ приписал подтягивание в одном случае болящему *Petit*, заболевание сопровождалось очень сильными болями, после проведенных сеансов наступило полное улучшение.

M. Seguy ³⁾ находил возможным приписать влияние шты при подтягивании тому, что пациенты, приступая к лечению, испытывают психическое волнение.

Подтягиванию посвящена была и диссертация *Dr. P. Boyer* ⁴⁾, первая глава которой содержит обзор лече-

¹⁾ M. Fide. De la suspension chez les atactiques. La société centrale de Médecine du département du Nord. Séance du 26 avril 1889.

²⁾ Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Séance du 26 Jul. 1889. Journal de Médecine de Bordeaux. N. 42 1889.

³⁾ Ibid.

⁴⁾ P. Boyer. Tables et suspension Tables de Bordeaux 1888—1889. N. 44.

nia tabes до подпитывания, методику нового способа и объяснение его физиологического действия, сделанные другими авторами. В единичной части автор анализирует 11 наблюдений (Mouchikowsky, Charest и Lespinasse'a) и представляет к ним 7 схем — 6 мужчин и 1 женщину. Большинство случаев (кроме 1) находилось во 2-м или даже во 3-м периоде, некоторые же (как напр. наблюдение XVI) страдали туберкулезом. Число сеансов только у одного больного достигло 60, у других же оно было 28, 20, 10, 6 и 6. Во последних 3-х наблюдениях не было достигнуто никакого улучшения. У остальных больных наблюдалось улучшение болей, позывов, возвращение аппетита и улучшение функций пузыря. Переносились сеансы не очень хорошо, так в случае XIV наблюдался головокружение и рвота. В случае XV первое же подпитывание вызвало бессонницу, после 2-го сеанса появились мушкетеры на пальцах ног и весь день потом было общее чувство жара. После 3-го сеанса через 2 часа возникло покраснение лица, установилось сон в течение $1\frac{1}{2}$ часов, через того у той же больной наблюдалось в последующие сеансы: обильный пот, позывания, лихорадка и понос, после же одного сеанса болела два часа оставалась, не шла вно предвещая, напр. своей сестры. В этом случае подпитывание уменьшило боли, улучшило функции пузыря и кроной кишки, но не имело влияния на движение. Наиболее действительным оказалось подпитывание, во наблюдению автора, по отношению к боли, движение улучшалось спонтанно, часто изменялись благоприятно функции пузыря и прямой кишки. Вообще же результаты автора не так блестящи, как его предшественников. По автору, подпитывание односторонне действует как на больных, так и на здоровых, так и на мужчин. Замечания Bougou'a довольно скромны, он ставит подпитывание только в параллель с другими методами, до него употреблявшимися. Касаясь влияния подпитывания на живот, автор отмечает, что пульс после подпитывания увеличивается на 10-15 (с 70 до 82 в 1') и является напряженным. Влияние на сердце и на возвращение коленного рефлекса — отрицательное.

Limbourg¹⁾ подпитывал шести больных спинной стеной, из которых из одного получалось улучшение, один больший остался без изменений, один ухудшился, у остальных получались результаты неопределившиеся, так как больные прерывали лечение слишком рано. Автор предпринимал также опыты на животных, с целью выяснить физиологическое действие, как слабого, так и сильного питания, он пользовался для экспериментов кроликами. Одну группу животных автор подпитывал с определенными целями, чтобы проверить насколько возможно из той пропорции, которая существует при подпитывании людей. Животным после 10 сеансов обычно удавалось, при прекращении автор находил общую гиперемию всей нервной системы, но боли при подпитывании из оболочек, из спинной и головного мозга, кроме того на серии ограниченных срезов можно было видеть легкое кровяное инфильтрацию из срезов вещества центрального канала. В одном случае было найдено кровоизлияние из продолговатой мозжечка. Другая группа животных, подпитываемых без тяжести, не умирали от такой операции; убитым животным из этой группы не представляли никаких изменений в нервной системе. На основании своих опытов, Limbourg пришел к заключению, что подпитывание обильно способствует благоприятному действию антименингеальных или гиперемии центральной нервной системы. То же опыты убедили автора насколько не индифферентна сильная тряска и как надо быть осторожными с форпропантими подпитываниями.

Bozzani²⁾ предостерегает любителей подпитывания сильными стимулами позвоночника. Опыты на трупах показывают, что спинной мозг при подпитывании пережимается между 3—4 мм., а позвоночный столб удлиняется на $1\frac{1}{2}$ —3 см. Удлинение это, однако, только кажущееся, так как расходится же ткань позвоночника, а истинные отростки. Корешки

¹⁾ Limbourg. Leçons pratiques de médecine interne. Paris à Rome de 15 au 18 octobre 1889. La Semaine médicale, p. 410. 1889.

²⁾ Bozzani. Lavori del Congresso della Associazione Med. Ital. 1889. „Prova“ № 48 1889. Op. 1071.

вернуть по вытягивающей, за исключением, впрочем, донадинаго хвоста; последнее же спинопомогательной жидкости не имеет. Все тело при вытяжении удлиняется на 2—3 см. Последствия подвешивания зависят от напряжения и продолжительности хвоста, а следовательно и во время спинового жеста. Еще лучшие результаты получаются от сильного сгибания тела перед сгибанием жеста из животу. На трупах жила, введенная в спинной жезл (после вскрытия позвоночника), при таком сгибании отгибалась лишь на 8—12 мм, а могла двигаться только и тогда, когда жезл изгибался сильнее; видимое удлинение позвоночника составляло 6—14 см; при отвороте позвоночника вытекал жидкая кровь—примесь увеличенного давления в жидких сплетенных спинного жезла. На живом автор не пытался своей способностью изгибать спинной скелет у женщины, которая была больна уже 9 лет; сгибание производилось из положения $\frac{1}{2}$ —3°; сгибание делалось через день, сгибание производилось 2—3 раза во время сеанса. После 3 сеансов последовало значительное улучшение, а после 8 лет привели к исцелению. Больная могла свободно ходить и производить хозяйственные работы; могла стоять с закрытыми глазами, рефлексы однако не изменились. Для производства сгибания не требовался никакого прибора; лечение обходилось полотноценой и притягивалось к животу больного, лежащего на спине.

Хороший прибор того, как иногда авторы, подвешивая к своим любимым гипотезам различные явления, игнорируют крупнейшие факты, теоретически против их возражений, на вопрос о подвешивании представляет *Bergheim* ¹⁾ своим докладом, сделанным на международном съезде экспериментального и терапевтического физиологов в Париже в 1889 году. Даже смертные случаи, вызванные подвешиванием, не остановили *Bergheim* от попыток свести все действие подвешивания к изгибанию.

¹⁾ *Bergheim, Valeur thérapeutique et moyen de provoquer l'hyperostose. Le Bulletin med. 14 Aug. 1889.*

На изгибание преобразования, на вытяжение спинного жезла, его порождают и изгибает не играют, по *Bergheim*'у роли изгибания вытяжения, которые наблюдают авторы после подвешивания, а вот изгибательный аппарат—это другое дело. Слабейшими явлениями изгибания, чудесная вода Лурда, практика различных целебных привнесений, секретными средствами, гипнозативом, — все это, по *Bergheim*'у, действует так же, как и вытягивание. Чтобы уничтожить гипотезу соответствия изгибаний при подвешивании, а равно и гипотезу вытяжения, *Bergheim* подвешивал своих больных горизонтально за жезл, фиксированный кругом туловища, голова и ноги поддерживались двумя петлями. Затем, говорит *Bergheim*, не было ни удлинения, ни гиперемии, но и получали значительные нецелесообразности. Один паралитик, который не мог ни стоять, ни ходить, через несколько сеансов пошел один. Одна больная, страдая нецелесообразностью складчатого жезла, не улучшалась от изгибаний, быстро нецелесообразность изгибания сеансов. Больная с разлитым миелином, с полной паралитической изгибностью из 10 сеансов. Историческая гиперостозная изгибность со рожками была изгибна из два сеанса. Все эти нецелесообразности были обязаны только тому, что изгибание изгибало через прием, производило на больных впечатление. К сожалению, из докладов изгибных историй болезни этих разлитых миелинов, так оригинально пользуемых и нецелесообразных *Bergheim*'ом. Весь доклад автора не рекомендует его методы разработки исторического изгибного вопроса.

Макс *Weiss* ¹⁾ около пяти лет, как он изгибает, применяет у спондилических, при локализации заболевания изгибности в нижнем отделе позвоночника, метод вытяжения из горизонтального положения больного. Подобное лечение сопровождалось полнотой изгибности, спондилический процесс протекать всегда благоприятно, и сгибными изгибными изгибными. Статьи *Clavet* о подвешивании побудили

¹⁾ *Max Weiss. Eine Methode mechanischer Behandlung chronischer Rückenmarkskrankheiten und fractureller Nervenschaden. Allg. Wien. med. Zeitung. N. 40. 1893.*

Weiss'a испытать свой метод при сильной сухотке и при некоторых других первичных болезнях. Несколько исследований с помощью щипца аппарата автора состоят из тазового пояса и грудного пояса с подмышками, из подбородочно-затылочного ошейника (для щипца противоотяжения) и 2 жеманжон (блонзов и зубчатых колес), прижатых к головному и поясному поясам проката. Сверх того для извлечения силы прижатой тракции к аппарату вытеснен вложен динамометр. Автор думает, что при прижатии его аппарата устраняется всякая опасность, свойственная подтягиванию, так как прижатие зубчатого колеса позволяет соразмерять силу вытяжения и так как больной находится все время в горизонтальном положении с приподнятой головой. Силы вытяжения давали не чаще 3 раза в неделю, первая три недели продолжительность сеанса 5—10', позднее сеансы можно увеличивать до 15—20', более долгое вытяжение причиняет боли. Сила тракции, которой пользовался автор, была равна 45—65 kilo. При спондилитах автор применял вытяжение ежедневно и даже 2 раза в день часа по 2—4, но за то сила вытяжения не превышала 10—20 kilo. Weiss лечил по своему методу 24 случая, из них: 2 спондилита из нижнегрудной и поясничной областей; 1 больной около 5 лет страдал исходившим вторичным перерождением после габитного поражения мозга; 8 случаев синевой сухотки; 1 случай paralysis agitans; 1 случай спиногенного спастического паралича; 6 случаев непростетиза и 5 случаев neurasthenia sexualis. У обоих спондилитов, представленных явления спастического паралича, через месяц симптомов улучшилось, через 9 недель клинуса стопа был едва заметен, а через 3 месяца походка стала нормальной. В случае исходившей дегенерации мозга орогового заболевания мозга после 5 сеансов пациенты заметили, что контуры левой ноги заметно ослабли, а автор объективно убедился во большей подвижности ноги из кожных сочленений. Из 8 синев-сухоточных 5 находилось из 1 стадии и 3 во второй. Ни в одном случае

не вернулся ни кожный рефлекс, ни сыговая реакция прыжков. Страдающая боли во всех случаях стала значительно реже и слабее и из 4 случаев протастического стадия после 15—20 сеансов исчезла совершенно, даже реакция перекрестной ноги более не вызывалась. После некоторых сеансов исчезли нерезь мышц прямой кишки, а в одном случае половая функция достигла значительной степени улучшения. У больных 2 стадия было замечено также улучшение походки. Замечательны успехи, по мнению автора, из случаев tabes spastica и при paralysis agitans: после 3-х месячного лечения из первого случая пациент стал ходить без поддержки, а во втором после 6 недель ослабло дрожание и ноги стали сильнее. Быстрое благоприятное влияние замечено было у 11 непростетизов, из которых 3-х больно поправились совершенно (neurasthenia sexualis). Как преемственность своего метода, из конца статьи Weiss отмечает возможность менять силу вытяжения по прошлому и отсутствию какой опасности; автор, наконец, надеется, что товарищи испытают его способ сами и выскажут свое мнение.

На XIII медицинском конгрессе в Падуб д-р Biondetti сделал сообщение о лечении подтягиванием синев-сухоточных и других нервно-больных. Атактиком подтягивалось 8 человек, 6 мужчин и 2 женщины. В 3-х случаях, по словам автора, он должен был прекратить лечение, так как невозможно было ухудшение артрита. В 2-х случаях после 5 подтягиваний, а в 3-м случае после 7-ми, при этом сеансы никогда не продолжались более 2 минут. У других 4 атактиков из 6, результаты получились „изумительные“: желудочно- и пупочные крики, атаксия, стреляющая боль и интоксикация исчезли, и пациенты увеличались из веса от 3—8 фунтов. Число сеансов колебалось между 20 и 52. Во время подтягивания автор производил катеринг позвоночника при чем заметил, что он удлиняется от 2 1/2—4 см. Автор пробовал новый метод в нескольких случаях paralysis agitans, спастического паралича, интоксикации и прогрессивного паралича

попытки, но результатов благоприятных не получала. На том же погресла и по тому же предмету сдала сообщение в *Dr. Marina*, лечивший подвешиванием 21 случай спинальной сухотки и особенно случаев *paralysis agitans*. В нескольких случаях спинальной сухотки на лечение постигло значительное улучшение самочувствия, но у других больных наблюдалось ухудшение болей. *Dr. Marina* подтвердил мнение *Dr. Bionchetti* относительно плохого влияния подвешивания на зрительный нерв, но за то ему указалось, что новый метод благоприятно действует на слуховые расстройства. По автору, лучшие результаты получались у лиц небольшого роста и легкого тела. У одного больного *Dr. Marina* после 50 сеансов заметил возмещение коленного рефлекса. В других случаях подвешивание не имело никакого успеха.

Shirasa ¹⁾ испытывал подвешивание в 2-х случаях спинальной сухотки. Оба больного улучшились настолько, что один мог приняться за свои обычные занятия, а другой избавился от страданиях болей и, разве приходящийся к постели, стал ходить с тростью.

Shiener ²⁾ отмечает затруднения, которые испытывает врач в аппарате для подвешивания, если он хочет или вынужден быстро спустить больного, так как система блоков препятствует этому. Автор приводит случай, где когда бы произошла печальная катастрофа с больным, потерявшим сознание, если бы не врач-помощник, который догадался поднять больного и освободить его от ремней.

Riggs ³⁾, а с ним вместе и американское неврологическое общество весьма строго высказались относительно нового метода лечения, они отвергнули подвешивание, как средство химерическое, не научное и в скором времени должноствующее быть забытым. *Riggs*, несмотря на то,

что не пытался принимать лечение по новому методу, считая для себя возможным а priori смотреть на него, как на средство даже „эмпирическое“. Благоприятные результаты, полученные другими авторами из Америки и Франции, автор объясняет тем, что принимают *pseudo-tabes* за истинный и, благодаря такому суждению, получают вымышленные результаты. Вспомни *Riggs* ⁴⁾ написал суровую притку и у себя на родине *Prosser* из своей статьи заявил, что большинство американских врачей далеко не разделяют точку зрения *Riggs*'а.

Booth ¹⁾ пользовался подвешиванием в 6 больных, но достаточное число сеансов произведено было только у 1, у которого и прекратились боли, рассмотреть других больных автор считает преждевременным.

Замечательный случай спинальной сухотки, улучшенный подвешиванием, описывает *Recomé* ²⁾. Дело идет о 30-летнем мужчине, не сафилитике, у которого атасис развивался, по автору, на почве половых эксцессов. Длительная дисфункция в другие симптомы *tabes* были резко выражены. После 15 сеансов у больного возникли коленный рефлекс, сдвинувшийся с последующими подвешиваниями еще выше и наконец достигший.

Винский профессор *М. Вексидт* принадлежит к тем из самых горячих поклонников лечения пераных болей вытяжением. Упомянул о господствующем когда-то абсолютном неопытении по отношению к прогнозу спинальной сухотки и о совете *Romberg*'а: счастливо за лучшее оставить подобных больных в покое. *Вексидт* думать, что время такого неопытания прошло, что современными терапевтическими мероприятиями табетический процесс, по крайней мере, можно на продолжительное время остановить и даже вся явления его свести на минимум: к

¹⁾ *Stiegem. Canadian Practitioner*, 1 Juli, 1889.

²⁾ *New-York med. Journal*, June, 1889.

³⁾ *Northwestern Lancet*, 1889.

¹⁾ *International Journal of Surgery* p. 106, Mai, 1889.

²⁾ *Recomé*, *Ataxie et suspension*. Société de Sciences médicales de Lyon. Lyon Medical N 27, 1889.

подобным терапевтическим употреблением *Benedikt* относится не кровяное и кровавое вытяжение; последний результат, по автору, дает лучшие терапевтические результаты и совершенно неослабленно почти повсюду оказывается и не принимается. Новым способом вытяжения, говорит *Benedikt*, является метод подтягивания, предложенный *O. G. Mouchon*ским и описанный *Cherest*. Этому способу и посвящена настоящая работа автора ¹⁾. Ни один из методов лечения не пользовался такими сужениями со стороны самих больных, как подтягивание; главное основание этих суждений зависит от того принятию самоуспокоения, которое испытывают больные непосредственно после сеанса: движения их, по крайней мере на короткое время, являются свободными и эластичными. Этот благоприятный результат однако нельзя считать споропреодолимым, так как во многих случаях действительно возвращается значительная свобода и эластичность движений. Нередко весьма быстро наблюдается объективное и значительное уменьшение сжатия *Bomberg's*. Подобный результат до сих пор *Benedikt* видел только от кровяного вытяжения. Не было бы большого значения, если бы подтягивание оказало влияние на амблиопию, но из четырех случаев, из описанных, *Benedikt* отчетливо видел такого влияния, несмотря на то, что из голов была прижата более сильная трапеция, чем из плечев. На исправление подтягивание несомненно влияет; в редких случаях неграмотские приступы как бы уменьшаются или ухудшаются, но во значительном большинстве случаев подтягивание влияет на приступы благопривратных образом, как ни одно из вытяжений до сих пор среднее. Амблиопия и слабость мочевого пузыря также поддаются благотворному влиянию подтягивания. Как долго продолжается наблюдаемое улучшение, сказать трудно; на этот вопрос, говорит *Benedikt*, мог бы ответить *Mouchon*ский, но больше никаких из этих отношений наблюдений из настоящего времени (1889 г.). На ранней стадии болезни лечение оказы-

вает большое влияние, — однако *Benedikt* наблюдал улучшение и из довольно старых и тяжелых случаев.

Подтягивание *Benedikt* делал с успехом, при помощи табличек, один случай ишемического табеса, четыре случая страданий первой системы, нервных травматическим шокотом, один случай истеричной атаксии *spasmodique*, один случай мужской истерии со слабостью мышц спины и несколько других случаев; из описанных *Benedikt* не приводит случаев болезни позвоночника или боли, но заключает дух случаев сильной сухоты.

Такой сильный терапевтический агент, как подтягивание, конечно, при неблагоприятных условиях и применяемый неумелыми руками, может принести не только вред, но даже вызвать и смерть больного. В одном случае у таблички, страдавшей из-за не умения жевать, *Benedikt* под влиянием подтягивания наблюдал протекание. Неприятная случайность, по автору, зависит от недостатков конструкции подбородочно-затылочной узды, которую автор и предплагает несколько изменить. Подтягивание это состоит из того, что подбородочный ремень прикреплен к подбородку по форме нижней челюсти, не выходя за никакого давления на горло и в нижней части шеи, подбиты металлическими пластинами, затылочный же ремень сделан очень широким, что позволяет лучше распределить давление при вытяжении давление на затылок, оба ремня кроме того соединены поперечными ремнями; вся узда очень легко прикрывается и не удерживается соединением на роте. Кроме того из коромысла идет по ремню с каждой стороны из от каждой части отдельно. Все ремни соединены друг с другом на краях и могут быть легко передвинуты. В коромысле сделано несколько выемок для колец, как от подбородочно-затылочной узды, так и от подвижных ремней. Если из полости рта не выдается много зубов, то оставшиеся зубы иногда неприятно давить на противоположные десны; этого *Benedikt* избегал, вставляя между деснами удобные сложенные носовой платок. (Вряд ли можно согласиться, что подобная приспособления удобны). В даль-

¹⁾ Prof. Dr. M. Benedikt. Zur Frage der Supracondylartherapie. N 45 u. 46. Wiener. Medic. Wochenschrift. 1889.

пийность автору сообщается три наблюдения. Подбрасывания начали делались 3 раза в неделю, затем, когда были получены хорошие результаты, или же появились симптомы раздражения (особенно боли), подбрасывания повторились только 2—4 раза в неделю. Вист больного не имела влияния на терапевтический результат, но более тяжелые больные реагируют сильнее и их приходится скорее держать подбрасываемыми. По Benedikt¹⁾у подбрасывание действует, подобно гидротерапии, главным образом раздражением периферической нервной системы и уже рефлекторным образом клинует за функцию и питание центральных образований. Пока, однако, следует довольствоваться хорошим результатом, а физиологическое обоснование и теорию влияния подбрасывания следует подождать соединить, за менжением необходимых научно-обоснованных данных; что же делать, говорит Benedikt, истина только однажды вышла из одной головы шведки вооруженной да и то это было во времена греческой мифологии. Спустя четверть года после описания этой работы Benedikt еще сообщает о ряде случаев, где подбрасывание оказало хорошую пользу. Особенно интересны случаи профессионального невроза, иллического подбрасывания. Далеко не о парикмахерах, страдающих дрожанием руки и особенно кисти, а также и судорогой пальцев; уже после нескольких подбрасываний было замечено улучшение движений, и дальнейшее течение гемипареза и судорог, прошла бессонница и газирование крови. Особенно ценит Benedikt подбрасывание по отношению к травматическому неврозу, отбывая наше терапевтическое безсилие при последних злобных. В приведенных двух случаях спондильного сужения улучшение также было значительно, однако ни эраковий рефлекс, ни рефлекс ползания не возвратился.

Гораздо познаником механического лечения спондильного сужения в 1889 году явился и проф. Тх. Jürgensen (Tübingen)²⁾, сообщивший свои наблюдения над лечением та-

bes по системе известна немецкого ортопедиста Friedrich'a Hering'a. Метод Hering'a состоит из того, что вытяжение позвоночника достигается применением особого корсета. Корсет этот носится (не снимая и ночью) в течение 14 часов и даже до года и дольше; таким образом при методе Hering'a вытяжение происходит непрерывно в течение долгого времени и это, по мнению Jürgensen'a, большое преимущество метода, сравнительно с подбрасыванием по методу Мюллеровского-Charcot. Корсет Hering'a делается из материи (гипс и другие материалы Hering не считает удобным) и должен быть сделан каждый раз особо, точно соответствующий по формам тела больного. Корсет имеет две точки опоры: с одной стороны он упирается в подмышечные впадины, с другой он упирается в таз. На последний собственно и будет перенесена вся тяжесть верхней половины тела, позвоночник таким образом значительно облегчается и при этом будет находиться в постоянной эластичности. Стенки последней могут быть по желанию изгибаемы, для этого корсет снабжен передними жесткими стальными шпильками, по последней инструкции опытных требует точного приспособления по тупошью больного. Шейная часть позвоночника участвует в вытяжении даже несколько сильнее, она вытягивается поперечным особым приспособлением. О благоприятных результатах, получающихся после более или менее продолжительного ношения корсета, Jürgensen'у сообщил еще больной Hering'a, из нескольких же собственных случаев это улучшение Jürgensen мог проследить довольно наглядно. Последовательный ход улучшения явлений наблюдается довольно значительно. Опрошенные больные все согласно заявляют, что скорее всего улучшаются расстройства пушара и инстинкты и довольно быстро почти совершенно проходят. Несколько раз даже возникают спазмы боли и парезов, для полного их уничтожения, конечно, требуется более долгое время. То же самое можно сказать и относительно несколько ранее наблюдавшихся у ранней более расстройства спинальных мышц. Всего медленнее восстанавливается движение, только

¹⁾ Prof. Th. Jürgensen. Ueber die mechanische Behandlung der Taub nach dem System Hering. Deutsche medizinische Wochenschrift N 41, 8. 821. 1889.

спустя несколько месяцев замечается значительное улучшение его, а что это возможно, приписываю тому служить причиной *Jürgensen* описывает: один табетик, перед лечением мог только пройти не более 7 минут и то с помощью; после трех лет лечения он теперь без помощи и без жгутов ходит быстро весь и после небольшого отдыха снова продолжает тот же путь; больной мест швейной машинки прежде, ходит из комнаты, хотя это и было связано еще с некоторой неуверенностью, стоит с закрытыми глазами он не может; атактическая походка, ранее резко замечалась, особенно при вставании с места, теперь выражалась только несколько болезнью медлительностью движения. Относительно коленного рефлекса из этого случая *Jürgensen* не может сказать ничего утвердительного, так, как он не может отрицать существование его и при начале лечения. Ничего удивительного, что с уменьшением более и с улучшением сна и питания значительно улучшалось и общее состояние и самочувствие больного.

Замечаемое улучшение у больных *Jürgensen* отказывается признавать случайным (известно, что при сильной сухотке и без всякого вмешательства со стороны врача может наступать значительное и продолжительное улучшение), ссылался на правильность, с которой наблюдаются явления улучшения, а также на то, что часто случается спячком велико. Конечно, говорит *Jürgensen*, не может быть никакой речи о полнейшем излечении в смысле возможности обратного развития уже происшедших анатомических изменений, однако возможно говорить об относительном излечении, и это излечение может быть довольно постоянным. *Hessing* никак возможности излечения многих лет наблюдать один случай, очень тяжелый в начале, где больной затвердел настолько улучшить, что женился, имела детей, по службам должен очень много ходить, совершенно способен к труду и в дальнейшем у него не замечалось возврата болезни. Конечно, нельзя считать этот пример единственным*. Старался объяснить

влияние излечения *Jürgensen* говорить, что при *tabes* мы имеем дело с медленной развивающейся растрепанностью тканей и снижением силы, для его устранения необходимо возможно больший приток крови через пораженные участки; уже у здоровых имеет значение давление верхней части туловища на позвоночник, что выражается сдавлением спинного аппарата позвоночника; легко проверить разницу между давлением тела утром, утром после поднятия с кровати и вечером после целого трудового дня; результатом только что отмеченного давления у табетика, конечно, может явиться растрепанность кровеносных сосудов и лимфообразования в содержимом позвоночного канала, из него и его оболочках, при этом следует заметить, что растрепанная структура позвоночника будет напряжена из вышней части, между тем как у табетика нижняя утолщается сверху, а за утолщением являясь последует еще более сильное сдавление позвоночника со всеми его последствиями, теперь корсет, давая точку опоры для позвоночника, имеет с тем устраняет в середине последствие сдавления позвоночника, улучшает же кровообращение, он влияет из благоприятную сторону и патологический процесс. Конечно, все это — только вбросило. Особенно замечательно, что улучшение начинается с исчезновения явлений раздражения и затвердевания уже возникает способность к ходьбе *Hessing* большое значение придает параллельному с корсетом диетическому лечению. Он безусловно требует, чтобы лечение производило мало из его введения и под его непосредственным наблюдением, ибо ему почти ежедневно необходимо следить, действительно ли происходят желаемые изменения позвоночника. *Jürgensen* находил это требование уместным. Дурное питание корсет по возможности лишь ограничить возможные результаты лечения, если даже не принесет вреда. Лечение требует надзора и частых изменений, то ослабления, то усиления питания; само собой понятно, что все это должно быть произведено рукой мастера; кто же, говорит *Jürgensen*, станет теперь лечить *Hessing's* из того, что он не хочет своих больных предоставить случаю.

Новике ¹⁾ у одного больного, бывшего на пользовании у *Hessing'a*, видела значительное улучшение, так что зоркость пришлось снять.

Только что цитированная работа *Jürgensen'a* явилась первоначальной во время доклада на 62 собрании немецких естествоиспытателей и врачей в Гейдельберге (с 18 по 23 сент. 1889 г.). Доклад *Jürgensen'a* вызвал прения, в которых высказались о подделывании *Eisselöhr*, *Rumpf*, *Schuster*, *Mosler*, *Erb*, *Novikov* и *Hahnemann* ²⁾. *Eisselöhr* считает приемником механического лечения из вторичных случаев сининной сухотки и приветствует описанный *Jürgensen'ом* *Hessing'овский* метод вытяжения. Последний метод заслуживает больше точного изучения, что же касается способа *Мотуловского-Charest*, то на основании своих наблюдений из 7 случаев, а также на основании литературных данных, *Eisselöhr* не идет от него особенно благоприятных результатов. Механическое лечение, конечно, скорее всего применимо, по *Eisselöhr'у*, к тем случаям, из которых существует слабость мышц, фиксирующих позвоночник. В одном подобном случае, где функциональная слабость мышц позвоночника затрудняла и дала весьма болезненным всякое движение больного в постели, *Eisselöhr*, применяя модификацию подделывания из течения нескольких месяцев ежедневно и из продолжение нескольких часов, достиг ослабления мышечных большого симптома. *Eisselöhr* применял постоянное слабое вытяжение, трапеза производилась только на подберодочном ремне, головной конец приваля к неподвижности, сложив вытяжение производилось так, как оно применяется при хирургических болях для шейной части позвоночника. В изложении *Eisselöhr* предостерегает от шаблонного применения без разбора ко всем большим подделываниям по методу *Charest*, особенно из виду

опубликованных уже смертных случаев, вызванных непосредственно подделыванием.

Rumpf, не считая наблюдений над механическим лечением tabes законченными, находит однако возможным применение такого лечения лишь в более старых случаях болях, так как для ранних и свежих случаев, по его мнению, скорее следует рекомендовать применение антисифилитического лечения совместно с лечением фарфоровой кистью.

Schuster заявил, что применял подделывание у 17 пациентов, причем ранее сифилис. Подделывание производилось через два, однофосфорно-больших назначено было антисифилитическое лечение и ванны. Только из одного случая, где были на лице признаки прогрессивного паралича, с большим во время подделывания произошла обморок, однако выживший благополучно. В других случаях *Schuster* не видел никаких неприятных явлений после подделывания, правда еще у одного больного после первых подделываний наблюдалась боль в шее, но после следующих подделываний их уже не было. В остальных случаях (между которыми были два зрелых) лечение оказало значительные услуги, наблюдалось улучшение позолоты, явлений со стороны мочевого пузыря, атонии, а также отчасти и улучшение со стороны зрения. Чтобы быть уверенным из безопасности применения метода, *Schuster* делал подделывания под непосредственным личным наблюдением, во время подделывания он также позволял больным отвечать на короткие вопросы, которые ему задавались, продолжал не устал ли больной, не чувствуется ли он боль из шее или руки. На основании своих наблюдений *Schuster* настоятельно рекомендует применение подделывания из себя с антисифилитическим лечением у табетиков с сифилисом из атонией.

Mosler от подделывания не получал никаких особенных результатов.

Klemm знает больного, который долгое время лечился у *Hessing'a* без существенных результатов.

¹⁾ Neurologisches Centralblatt S. 541, 1889.

²⁾ Tagblatt der 62 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg vom 18 bis 23 September 1889. S. 394 und 395.

Erb заявил, что дальнейшие наблюдения надъ подблывающими, произведенные имъ со времени сдѣланнаго имъ сообщенія изъ Ваден-Ваден'а (Май 1889 г., см. стр. 42), заставаютъ его жадно взысканный ранее вкладъ въ лучшее, такъ какъ изъ нѣкоторыхъ случаевъ послѣ подблыванія ему удалось получить несомнѣнное и значительное улучшение. Вообще эти методы леченія не стоить пренебрегать, въ особенности въ болѣе старыхъ случаяхъ. Въ двухъ случаяхъ автора наблюдать успѣхъ и отъ леченія по методу *Hessing*'а: одинъ случай хроническаго скрофа, другой — поперечнаго миелита.

Neuhaus спросилъ *Jürgensen*'а, обратитъ ли онъ вниманіе на то, что болѣе съ большими, когда онъ смотритъ короста; въ это время болѣе обычно чувствуютъ себя плохо, а болячки туловища утратили прежнее способность къ движению, если не атрофировались.

Jürgensen отвѣтилъ, что атрофія мышцъ возможна, но она обычно настолько незначительна, что мышечная деятельность скорѣе вновь восстанавливается.

Fleissell упомянулъ, что въ одномъ случаѣ короста *Hessing*'а давленіемъ на лѣвую половину таза вызвала очень рѣзкія боли въ лѣвой нош.

По жизни *Häcker* желалъ, сильнаго поминанія въ возмощенію хотѣла дать въ результатъ такое же улучшение, какъ и подблываніе. Авторъ предлагать для хроническаго леченія табесса слѣдующую комбинацію: пуподоблываніе, такъ чтобы носки еще касались пола, съ легкимъ подблываніемъ, чтобы не избѣжалъ насильствъ, и сильнаго дожиманія по пуподоблыванію; принимая во вниманіе, что у пациентовъ, въ которыхъ выше 160 фунтовъ, подблываніе опасно, авторъ и рекомендуетъ свой комбинаціонный методъ леченія.

Braas ¹⁾ упомянулъ о случаѣ *Berglund*'а, гдѣ во время подблыванія съ болями, сдѣлался глубокой обморочъ съ потерей сознания, судорожными движеніями и расширеніемъ зрачковъ, говоритъ, что подобныя пріобрѣтенія

¹⁾ *Braas*, Zur Suspensionsbehandlung Tabeskranken. Practische Notizen. Berlin. klinische Wochenschrift, № 27, стр. 628, 1889 г.

другими авторами сообщены не были, методъ считается довольно безопаснымъ и, какъ ему нѣтъ, прихвѣляется уже даже не врачамъ (*Heilgymnasten*). Ибо это къ виду автора считается принципомъ сообщать слѣдующее, изложенное случаю *Berglund*'а, наблюдение: чинившій въ останки изъ *Hannover*, былъ болѣе около 16 лѣтъ; около 6 лѣтъ тяжелая атасія, все это время онъ не покидалъ дома; нумеръ и пуподоблываніе, симптомы *Westphal*'а, рѣзкіе расстройства чувствительности. Пациентъ, прочитавъ пастору замѣтку о подблываніи, пришелъ къ *Braas*'у и просилъ сдѣлать ему подблываніе. Это былъ первый болѣе, которому *Braas* приложилъ подблываніе только по анкетному методу, но не прошло еще и 5 секундъ послѣ начала перваго сеанса, какъ больной завопилъ, побѣждать, и съ очень расширенными зрачками потерялъ сознание. Онъ тотчасъ же былъ снесенъ на полъ, скоро пришелъ къ себѣ, но не зналъ какое-то время, гдѣ онъ находится. Такъ какъ симптомы, развившіеся у больного, могли зависѣть отъ сдѣланія обѣихъ зрачковъ, авторъ сдѣлалъ болѣе, которое подблываніе безъ головныхъ ремней — однако опять развилось состояніе, подобное первому, сознать опять былъ прекращенъ, болѣе еще и послѣ сеанса къ которому время измѣнилось на легкую головную боль. Въ виду такихъ явленій дальнейшихъ подблываній болѣе не принималось. Востановленіе автора 7 таблетокъ сдѣлать около 150 подблываній, но уже ничего подобнаго не наблюдать, конечно, будучи очень осторожнымъ. Что касается результатовъ леченія, то *Braas* нѣмѣлъ присоединиться къ выводамъ *Berglund*'а и ничего не имѣлъ прибавить.

Въ Россіи д-ра Сиромско и *Шмидт* начали прихвѣлять подблываніе, авторъ, какъ только *Сиромск* опубликовалъ свои изслѣдованія. Подблываніе не избѣло участію многихъ русскихъ изобрѣтений, которыхъ, только получилъ заграничный патентъ, прибрѣталъ уже право гражданства у себя на родинѣ.

Сиромск ¹⁾ въ своей первой статьѣ о новомъ методѣ, послѣ краткаго очерка способа подблыванія по Мочу-

¹⁾ Сиромскъ. Новый способъ для леченія нервныхъ болѣзней подблываніемъ. Медицинское Обозрѣніе 1889 г. № 23, стр. 220.

кисскому и полученных им результатов, останавливается на недостатках этого способа, недостатках, отмеченных многими авторами. Вот неприятные случайности при применении способа Мотуковского произошла, по Сирому, от того, что способ этот не давал возможности сориентировать силу вытяжения с нужными силами больного. Чтобы осуществить практически задачу постепенного увеличения силы вытяжения, Сиромом предложены этот аппарат, изображение которого мы здесь и приводим (см. рис. 6). К сожалению, самая главная часть аппарата, — Сиромское коромысло на приложенном к стативу рисунке изображено верно, на рисунке автора ремешь подмышечных продётов в одно кольцо с ремешем



Рис. 6.

Сиромской узда, что искажает дело и не соответствует приведенному описанию. Как видно на рисунке, больной сидит на табуретке (B) с узкою спинкою, которая представляет собою брусок, высотой из $2\frac{1}{4}$ кирпича; на вершину бруска надвинуто колесо-блок (A), через который перекинута веревка; к одному концу последней прикреплено Сиромское коромысло, к другому, — лишь с тяжестью (C). Больной садится на табуретку, прислоняя к стойке спинкой; на него надвигается Сиромская узда (если угодно и подмышечники, употребление которых может быть совершенно оста-

влено при этом аппарате). В узду кладется и, кроме того, к нему приближаются тяжести. Начальный малю оцутимый вес, определенный опытно, равен 20—40 фунтам. При описании сеанса тяжести постепенно снимаются. Сеанс можно прекратить во всякое время желанию, пригласив больного повернуться влево или направо и встать, предварительно отделив (если он надёт) ремешь, фиксирующий таз; до тяжести 3 пудов — фиксирование таза едва ли нужно; оно производится тяжестью самого таза. Точно также легко прекратить или ослабить во время сеанса вытяжение, нажав на болье или же на сильно обтяну рукава на коромысле. При употреблении этого аппарата, по автору, пить ничего непредназначено; больной сидит, а не лежит, что более приятно, особенно для людей рабочих. Управление аппаратом просто и легко. Пока узда не надета, узду с любой первоначальной тяжестью задерживается неподвижно двумя рычагами, с которых спускается при начале сеанса. Опыты, произведенные автором, надъ сажая собою и надъ здоровыми, показали, что при употреблении одной только узды эффект растяжения достигается равно, без колебаний и с силой вытяжения; при употреблении подмышечника растяжения, по автору, совершенно безконтрольная сила верхних конечностей, которая может из значительной степени ослабить вытяжение шеи своим противодействием (сравни с наблюдением Лондона, стр. 65). При употреблении одной узды, для полного выпрямления позвоночника достаточно тяжести из 2—3 пудов. Иначе, говорит Сиром, что при приложении столь небольшой тяжести возможно такое удлинение сеанса, какое немалое при обычном подвешивании. При употреблении же и подмышечника, сила вытяжения может быть доведена до 4 и более пудов. Предлагается аппарат, по Сирому, может удовлетворять тах, кто придерживается, подобно проф. Jürgensen'у и Leyden'у, мысли, что лучше давать тяжесть более или менее долгим, слабым, безредким вытяжением, чем кратковременным, сильным и описным. Будущее покажет, говорит автор, насколько этот взгляд, который я вновь раздвину те-

перо, оправляется на дѣлѣ". Въ концѣ статьи авторъ высказываетъ убѣжденіе, что его аппаратъ съ некоторыми измѣненіями долженъ получить право гражданства и у хирурговъ для леченія искривленія позвоночника и для излеченія коротости. Намъ же, конечно, получилъ же право гражданства аппаратъ Сиринга у хирурговъ, у невропатологовъ же онъ дѣйствительно сталъ общепотребительнымъ.

П. фонъ-Шмидъ²⁾ началъ крѣпкими подбѣиваніями, изобрѣденными въ своемъ аппаратѣ *Motorschleusen-Slinges*, заключая въ него, какъ составную часть, Вестонскій блокъ, главное достоинство котораго заключается въ томъ, что подбѣиваніе съ его помощью таковы, чтобы не вѣдъ и не спускается сама. Къ сожалѣнію, не всѣхъ больныхъ привлеклось одно подбѣиваніе, многимъ одновременно прибѣгалось электрическое леченіе и внутреннія средства, правде желательныхъ свѣдѣній о томъ, гдѣ было испытано одно подбѣиваніе въ докладѣ нѣтъ. Въ первой серіи лечилось 25 больныхъ, сдѣланныхъ 305 сеансовъ, изъ этихъ больныхъ замѣтно улучшились три табетки и три невротика (съ половымъ безсильемъ), послѣдніе, пожелавшему, даже поправились. Во второй серіи лечилось подбѣиваніемъ 94 больныхъ, сдѣланныхъ 1087 сеансовъ, по ряду больныхъ болѣе распространены были: *tabes dorsalis* 22; *neurasthenia* и *impotentia* 59; *ischias*, *lumbago* 10; *paralysis rheumatici* 1; *tremor potatorum* 2. Въ числѣ 94 больныхъ было только 4 женщины, сдѣланныхъ всего 9 подбѣиваній, такъ какъ «женщины, по мнѣнію автора, очень боятся подбѣиваній при амбулаторномъ леченіи». 11 табетикахъ сдѣлано всего 20 подбѣиваній, а авторъ ихъ не принимаетъ въ расчетъ, а 11 остальнымъ сдѣлано отъ 7 до 43 сеансовъ каждому. Авторъ привелъ въсего лишь краткихъ исторій болѣзней, судя по которымъ онъ получаетъ у больныхъ улучшеніе похода, симптома Ромберга, половой функціи, сна и стрѣлковыхъ болѣй, по

«улучшенія были не столь рѣдки, какъ ихъ описывала Мочумскій и Charcot». О томъ, что леченіе не особенно было удачно, видно и изъ слѣдующихъ строкъ автора: «Странная особенность рѣдко наблюдается надъ. Пациентами болѣлыми: предпринимая такое путешествіе для излеченія отъ разныхъ недуговъ, они болѣею частію рассчитываютъ на полное излеченіе и поэтому въ началѣ леченія охотно принимаютъ подбѣиванія и все проситъ починке и подале и очень рѣди паступающаго улучшенія, но какъ только леченіе приближается къ концу, и цѣль ихъ, конечно, не можетъ достигаться, то они забываютъ или не принимаютъ должнаго значенія получившимъ улучшеніямъ и въ общемъ неудовольствіи полученными результатами» (стр. 13). Изъ 59 невротическихъ 20 сдѣланныхъ исключитъ за недостаточностью сеансовъ, 4 не получили облегченія, 8 улучшились значительно; изъ остальныхъ 27, сдѣланныхъ отъ 6 до 32 сеансовъ, всѣ болѣе или менѣе поправились. Только у 3-хъ больныхъ авторъ наблюдалъ во время подбѣиванія чувство страха, быстро проходящее, какъ только прекращался сеансъ. Отъ 20—30 разъ болѣе приближаются охотно, а затѣмъ, по выраженію автора, «еще бы пресмыкаются». У больныхъ, приближившихъ къ излеченію, авторъ для увеличенія силъ трекціи обхватывалъ голени руками и тапуля кисти».

Въ 1890 году Russel и Taylor³⁾ опубликовали вторую серію случаевъ, лечившихъ подбѣиваніемъ въ Национальномъ госпиталѣ въ Лондонѣ; въ эту серію вошло 19 больныхъ новыхъ и 2 изъ первой серіи (см. стр. 56), такъ какъ они со времени перваго перваго отчета продолжали леченіе. Подбѣиванія производились черезъ день, при чемъ ночь совершенно не касалась земли. Дѣлалось ли подбѣиваніе каждый день или черезъ день, — результаты были одинаковы. Послѣ каждаго сеанса болѣе отдыхали около $\frac{1}{2}$ часа. Несчастныхъ случаевъ не было. Интересно, что у одного больного во время

²⁾ П. фонъ-Шмидъ. Къ леченію подбѣиваніемъ въ первыхъ болѣзняхъ, съ демонстраціей Вестонскаго блока и одного табетика. Членомъ въ издѣліи Московскаго общества врачей. Народнаго Здравія 27 ноября 1899 г.

³⁾ Russel и Taylor. Treatment by suspension. Brain и The Lancet. p. 334, 1890.

лечения поднимания, наблюдалась слабость и безмотивность, однако пациенты могли страдать и спитомом. Из 19 случаев — 16 было спинной сухотки, 4 случая 1-го стадия селеновой и другими главными симптомами, 11 случаев стадия ататического и 1 случай стадия паретического. Только в одном случае 2-го стадия спинной сухотки автор не получил объективное улучшение и значительное, однако улучшение это держалось недолго и сменялось ухудшением. Еще из 2-х случаях (1 третьего стадия и 1—2-го) также было улучшение, но незначительное и из одного улучшения было лишь субъективное, остальные случаи спинной сухотки остались без перемены, а из 2 последовало даже ухудшение. Ни из одного из случаев, где наблюдалась атрофия зрительного нерва или другие главные симптомы не было никакого улучшения. Кроме случаев спинной сухотки автор еще пользовался вытяжением 1 случай — *sclerosis disseminata*, 1 — ататический паралитиз *Guerrin's* и 1 случай *paralysis agitans*. Симптомы рассеянного склероза от поднимания не изменились. В случае ататического паралитиза больной не изменился, что он улучшился, по автору находил симптомы его заболевания не изменились. У больного с дрожательным параличом автор получил объективное улучшение дрожания и даже его исчезновение. В двух случаях спинной сухотки из первой серии, из одного улучшение продолжалось и было стойким, из другого лечение не привело ни к какому результату. На основании своих наблюдений, автор думает, что поднимание не в состоянии даже больше или меньше значительно облегчить болезненные симптомы спинной сухотки, с омерзительностью же устранением этих симптомов, конечно, не может быть и речи, наблюдаемое же некоторое улучшение большей частью субъективно и объясняется действием внушения и самовнушения.

Были попытки применять поднимание и к лечению душевных болезней. *Fréss* и *Bégin* ¹⁾ испытали новый метод

из 12 случаях прогрессивного паралича, из 2 случаях меланхолии и 1 — *folie à double forme*. Авторы пользовались обыкновенным аппаратом, но разделили тракцию за голову и тракцию за подмышки (подборочно-латеральный ремешок и подмышки прикреплялись к разным коромыслам). Сейчас из среднем продолжалось 3 минуты, из которых 2 минуты вытяжение производилось только за подмышки и 1 мин. — сближающее. Исключая 2-х параличных, после первых же сеансов отказавшихся продолжать лечение, — один вследствие другого расстройства духа, другой вследствие возбуждения, наступившего за первую сессию, — все остальные паралитики очень охотно подвергались подниманию. По наблюдению авторов, лечение оказалось в некоторых случаях паралича усиленным (наблюдения продолжались в течение 1 месяца), особенно в торпидных формах, за лечением следовало повышение мышечной силы и психическое возбуждение, больные становились более деятельными и бодрыми. У больного с *folie à double forme* из депрессивного периода, потому же, что этот период приближался к концу, из же действительно имело влияние вытяжение, было замечено оживление и возбуждение до того, что он изъявлял желание вернуться к своей профессии. Из двух меланхоликов 1 была женщина с послеродовым психозом. Ввиду неадекватности таких больных к самоубийству, ради осторожности, автор заменил поднимание подниманием вытяжением за пояс, надвигая другим туловищу, при этом вместо последнего способа между прочим, по авторам, состоит и в том, что можно наблюдать здесь без сдвигания соседнего пучка из поддерживающей опилки. По наблюдениям авторов, здесь во время поднимания после учащения, это учащение автор констатировал и на себя сам, и на других здоровых и больных людей. Сейчас у меланхоликов продолжалось до 10 минут, от 5'—7' за пояс, 3'—5' сближающее с тахипсихом силам тракций за голову 12 кило. Через 12 дней лечение у обоих меланхоликов было прекращено, так как автор, главным образом, больше способствовал развитию бреда у больных людей

¹⁾ *Fréss et Bégin. Note sur quelques essais de cure par le palayage général et la néphalysie. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Séance du 26 Jul. 1899. Annales medico-psychologiques, p. 306, 1899.*

ансаркти. Животина не изменилась в своем болезненном состоянии. Мужчине стали разговаривать, спать, охотно гулять и даже охотничался играть в шахи, читать и проч.; до подблешивания он был абсолютно погружен в апатию. Не считая своих опытов достаточноими для того, чтобы делать какие либо выводы, авторы, однако, рекомендуют считать подблешивание в начальном стадии прогрессивного паралича, в особенности при табетической форме послышного и при терридной форме, равно как и при меланхолии с резко выраженной депрессией. Никаких неприятных явлений при подблешивании авторы не наблюдали.

Интересное наблюдение сообщила W. Hale White¹⁾, лечивший подблешиванием 3-х больных. У одного из этих больных возд. первого же сеанса из 1' было заметно поднятие температуры до 39°, поднятие 1° сопровождалось ознобом, то же явление повторилось и при следующих сеансах, а температура держалась умеренно повышенной (на 1°) все время, и потребовались, естественно, подблешивания, идти 7 дней, чтобы она пришла к норме. Дело шло в данном случае об атактике 42 л., страдавшем около 6 лет и входившем в 2 период заболевания. Несмотря на поднятие 1°, у этого больного боли, атаксии и спотыканость ходить уменьшились, едвально было 10 сеансов. У второго больного — атактика 1-го стадии легкое расстройство походки прошло, но боли в гистрические кривы ухудшились. У 3-го больного — атактика 2-го стадии расстройство из сферы чувствительности уменьшилось, но атаксия усилилась. Во всех трех случаях пациенты были довольно даже и легкими улучшениями, какие получались. Значительные симптомы, а равно и координат. рефлексы во всех 3-х случаях остались без перемены. Авторы не отрицают возможности, что подблешивание может дать и лучшие результаты, однако, думают, что, когда пройдет познана метода, результаты его изменятся.

¹⁾ W. Hale White. Three cases of tabes dorsalis treated by suspension in one of which is induced pyrexia. The Lancet, p. 11, 4 мая 1890.

Своей задачей изучение влияния объема черепно-спинного канала на зависимость от различных движений и положений тела, R. Reid и Ch. S. Scherrington²⁾ поставили ряд опытов на детских трунах и на трунах взрослых людей. Труны подблешивались за голову; сдвигать тrenaционное окно и засыпать твердую мозговую оболочку, Reid и Scherrington наполняли субдуральное пространство водой, вынимали из тrenaционное окно воруку, от которой шла система трубок, также наполненных водой; измерялось и высчитывалось графически количество жидкости, наливаемой из этой системы при различных положениях тела. На основании этих опытов авторы пришли к выводу, что когда тело висит свободно и вертикально, подблешенное за голову, то объем черепно-мозгового канала — максимальный; если отнять весь туловища и конечностей, приводя труну и поддерживая его в таком положении, то объем канала уменьшается, но очень мало; если постепенно сбавляется вперед или назад (особенно назад), то объем черепно-мозгового канала значительно уменьшается; различные явления резко выражены были на детских трунах. По наблюдениям авторов оказывается, что при подблешивании объем канала увеличивается у взрослого человека средних лет приблизительно на 1,00 куб. мм., принимая весь объем канала в 102 куб. см., надо прийти к выводу, что объем канала увеличивается только на 1/100, ото увеличение так мало, что трудно себе представить, каковы образцы при лечении подблешиванием может происходить действительное вытяжение спинного мозга, зная о том канале.

A. Hamilton³⁾ утверждает, что от еще 11 лет тому назад сообщал Sayre'у при лечении подблешиванием в некоторых случаях поперечных миелитов. Еще раз сообщ-

²⁾ R. Reid и Ch. Scherrington. The effect of suspension of the human body on the size of spinal canal. Brain, 15, p. 449 1890.

³⁾ Hamilton. The treatment of certain diseases of the nervous system by suspension and postural methods, with the description of a new apparatus. New-York med. Record, № 9:1890.

щений *Loewenbach'a* и *Volkman'a*, *Hemilton* лечил спинально-мозговую болѣзнь по особому методу прокатного вытяжения, при чемъ стопы фиксировались и во время пошеда хребта поднималась. Съ опублікованіемъ поддѣлыванія по способу *Мюнкенхоффа-Clavet*, авторъ испыталъ его на нѣсколькихъ больныхъ. Присматривая вмѣняющаго по этому вопросу литературу, *Hemilton* пишетъ впечатлѣніе, что очень много наблюдѣній оказались неправильными и не систематическими, чѣмъ и объясняется различіе результатовъ. Самъ *Hemilton* приводитъ пять случаевъ спинной сухотки, гдѣ лечение поддѣлываніемъ показалося ему особенно полезнымъ. Изъ этихъ пяти больныхъ, трое было по 2 етадіи, 1 по первому и 1 по третьему; всѣ мужчины. Во всѣхъ случаяхъ было сдѣлано много сеансовъ, такъ въ 1-мъ случаѣ 180 сеансовъ, во 2-мъ—79, въ 3-мъ—115, въ 4-мъ 48, въ 5-мъ—83. Улучшеніе въ 1 и 3 случаяхъ было поразительное, боли исчезли совершенно, атансія также. Сначала ослабѣлали боли, затѣмъ улучшалась походка. Путешествія разстройствъ также поднимались легкою. Въ трехъ случаяхъ атрофія зрительнаго нерва несколько не измѣнилась. Возвращеніе колымаго рефлекса авторъ не видѣлъ ни у одного больного. Крошъ этихъ 5 случаевъ авторъ прижилъ поддѣлываніе во многихъ другихъ. Обычны результаты были хороши, но много было и такихъ, гдѣ лечение не ослабляло заболѣванія. На основаніи своихъ наблюденій *Hemilton* думаетъ, что поддѣлываніе при жіхоторнхъ функциональных страданіяхъ нервной системы еще полезно, чѣмъ при спинной сухотѣ; такъ онъ лечилъ 6 случаевъ трагической истеріи, между которыми авторъ приводитъ одинъ, гдѣ послѣ 18 вытяженій за голову (безъ поддѣлыванія) наступило излороженіе. Авторъ согласенъ съ *Мюнкенхоффомъ*, что результаты значаще непосредственно отъ удлиненія спинного мозга и измѣненія кровообращенія. Серію несчастныхъ случаевъ *Hemilton* приписываетъ собственными наблюденіями, онъ видѣлъ больного, который долго дѣлалъ самъ себѣ поддѣлыванія и въ концѣ концовъ у него развились узоры головныя боли, боли въ поясничномъ, не-

держаніе мочи и женовцы гемиплегія; въ другомъ случаѣ $\frac{1}{2}$ часа спустя послѣ каждаго сеанса возникала припадокъ сильного головокруженія; еще въ одномъ случаѣ едва не развилась флегмона кожи головы, вследствие сдвигенія ее ремнемъ. Для вытяженія по своему принципу авторъ устроилъ маховую плоскость, которая ложкою системы зубчатыхъ колесъ и пружинъ могла быть поставлена и наклонена подъ каковыя угодно углы. Больной ложился на плоскость, ноги его фиксировались за стопы, а головной конецъ плоскости опирается и устанавливается подъ желаемымъ угломъ. Пользуя такимъ образомъ 4 больныхъ, 3 случая neuritis multiplex и 1 meningomyelitis, авторъ никогда не наблюдалъ неприятели побочныхъ явленій даже при продолжительности сеанса до 10 минутъ. Въ только что упомянутыхъ 4 случаяхъ, по словамъ автора, его методъ принесъ больнымъ значительную пользу.

Д-ръ *Friedrich* ¹⁾ сообщаетъ объ одномъ больномъ, у котораго поддѣлываніе обусловлено неприятели осложненія. Больной, страдавшій спинной сухоткой, гипертрофіей сердца и хроническимъ воспаленіемъ почекъ, показалъ подвергнуты поддѣлыванію, которое и было проведено съ надлежащей осторожностью. Черезъ $1\frac{1}{2}$ часа послѣ 15-го поддѣлыванія, которое продолжалось $2\frac{1}{2}$ ч., показались гемоглобинурия, продолжавшаяся часомъ 12. Когда черезъ $2\frac{1}{2}$ часа поддѣлыванія снова были возобновлены (подъ вліяніемъ поддѣлыванія боли стали меньше), то послѣ 7-го сеанса показались гематурия, наблюдавшаяся 2 дня. Дальнѣйшихъ поддѣлываній не дѣлалъ. *Friedrich* считаетъ быть въ высшей степени осторожнымъ съ употребленіемъ поддѣлываній у хроническихъ больныхъ.

Многіе, какъ извѣстно, объясняютъ дѣйствіе поддѣлыванія отчасти вытяженіемъ нервовъ, при этомъ происходящимъ, но вредъ на это выгодно для поддѣлыванія. Вытяженіе нервовъ, говоритъ *Hirt* ²⁾, въ началѣ семидесятихъ

¹⁾ *Friedrich*, *Festschr. med.-chir. Presse* 1890 г. *Beibl.* № 8 1890.

²⁾ *Hirt*, *Pathologie und Therapie Nervenerkrankheiten*. *Heft* II. S. 521—522. 1890 г.

годы, рекомендовалось, как лучшее средство при *tabes*, в настоящее время эта операция может считаться окончательной свое возное поприще. Успеху вытяжения нервов оказывался незначительным, а за ним следовало ухудшение. *Strömperff* и *Rosestein* на основании патолого-анатомических исследований утверждали, что вытяжение нервов не имело никакого влияния на процесс в спинном мозгу, иногда-же развивающийся последовательно за вытяжением, невриту переходя и на спинной мозг, вызывая миелину. Само собою понятно, что для последнего слова о подбывании еще не настало время. Однако, автор из литературы по этому вопросу вынес такое впечатление, что оно может быть еще будет некоторое время молчать с тем, чтобы впоследствии отойти из области забвения. Саму *Hirt* привлекал подбывание из 103 случаев частной практики и из 11 случаев госпитальной. Между 103 болезнями частной практики были 82 мужч. и 21 женщина, между госпитальными больными 7 мужч. и 4 женщ. Число привлеченных из отдаленных случаев подбываний было от 3—87. Продолжительность отдаленного сеанса от 1—5 $\frac{1}{2}$ '. Все лечение продолжалось от 3—116 дней. Между больными были более старые и более слабые случаи. Самая короткая продолжительность болезни была (при начале подбывания) 14 месяцев, самая длинная 17 лет. Автор не мог констатировать ни в одном случае забытого или продолжительного улучшения даже отдаленных симптомов заболевания; то уменьшалась атасия, то улучшалась устройство пупка, но вскоре все опять возвращалось к старому. Картина, которую разучивали и непредубежденный больной-идиот из своего состояния после 30, 50 и 80 подбываний, довольно точно соответствовала той, которая наблюдалась при начале заболевания. В противоположность *Айком*'у, *Hirt* убежден, что подбывание не вызывает никаких анатомических изменений и что получаемые улучшения должны быть сведены на действие внушения: больше знания, что появился новый метод лечения их немаловажного страдания, они с радостью и добротой предвзвешают

подбывания и убеждены через самовнушение в улучшение своих разстройств, улучшение это действительно наблюдается, но не надолго. Неприятная сторона то время подбывания *Hirt* наблюдал 4 раза. 2 раза большие терли сонные и скоро вынутые из аппарата они с большим трудом были приведены к себе, 2 раза во время подбывания у других больных развилась столь тяжелая горькая кризис, что необходимо было тотчас прервать сеанс. Ни в каком случае не случается подбывания больных с пороками сердца и сосудов; во время сеанса не на одну минуту нельзя оставлять больного одного.

A. Strömperff ¹⁾ признает, что подбывание, столь распространенное в то время, дало некоторое симптоматическое улучшение в известных случаях *tabes'a*, однако, не может быть и речи о том, что оно в состоянии остановить развитие заболевания. Не надо быть пророком, говорит *Strömperff*, чтобы предсказать подбыванию ту же судьбу, которая постигла жюсти, в свое время прославленные средства.

В заседании 5 мая 1890 года из общества внутренней медицины в Берлине *P. Goltmann* ²⁾ сделал сообщение о лечении подбыванием; из того же заседания по поводу доклада *Goltmann'a* высказались о подбывании *Leyden*, *Reinold* и *Mendel*. *Goltmann* подбывал 10 случаев спинальной сухотки, 2—миелита, 1 транзитического сдавления мозга, 7—*ischias*, 5 случаев искривления позвоночника, сопровождавшихся очень сильной болезненностью. Подбывание производил, следуя указаниям *Charcot*. Число сеансов колебалось от 3 до 60. Результат был отрицательный во всех случаях *tabes'a*, из 5 других случаях этого же страдания он был обратен очень значительно, — атасия, изредка и страдания боля значительно уменьшались, возникший рефлекс и явления со стороны зрач-

¹⁾ Prof. A. Strömperff, Ueber Wesen und Behandlung der *Tabes*. Münch. Medicin. Wochenschrift № 39, S. 687, 1890.

²⁾ Goltmann, Des résultats de la suggestion dans le traitement du *tabes dorsalis*. La Médecine Moderne, p. 327, 1890.

когда остались безъ переменъ. Въ двухъ случаяхъ мигалита болѣние послѣ лечения подбѣшниками стало лучше и долѣе ходитъ. Изъ 7 случаевъ *ischias* только 4 были лечены исключительно подбѣшниками,—болѣи уменьшились, но результатъ не былъ продолжителенъ; 3 случая, леченные подбѣшниками и антипаралитомъ, были названы радикально. У 3 больныхъ съ инфантомъ уменьшились болѣи, 2 сполнотна остались безъ изменений.

Leurel находитъ, что болѣзненный процессъ не комъ образомъ не поддается вліянію подбѣшниковъ, это вліяніе, кажется, если и происходитъ, то отъ вытяженія нервовъ. Вытяженіе нервовъ когда-то прикидывалось очень широкимъ. Подбѣшниканіе въ общемъ такъ же недостаточнымъ, какъ и вытяженіе нервовъ. Это мнѣніе авторъ основываетъ на личномъ опытѣ. Надо жить въ виду также небезопасности прижигенія. *Leurel* наблюдалъ у одного больного послѣ сеанса присутствіе серьезнаго головокруженія. Конечно, подобныя случайности устранимы при осторожномъ прижигеніи, но слабое прижигеніе, уменьшая силу вытяженія, тѣмъ самымъ уменьшаетъ значеніе метода. Отъ большаго значенія придавали вѣчноболѣющимъ болѣи, но эти послѣдствія въ значительной степени являются данностями психическаго вліянія, и скоропереходящими улучшенія въ надъ приписать этому послѣднему. Ни съ теоретической, ни съ практической точки зрѣнія подбѣшниканіе не играетъ никакой роли въ леченіи спинной сухотки.

Reinach напоминаетъ съ какой осторожностью надо прижигать подбѣшники, ни въ коемъ случаѣ не позволяя производить ихъ самимъ больнымъ; онъ недавно видѣлъ случай смерти при такомъ прижигеніи. Подбѣшниканіе, по мнѣнію *Reinach*'а, послуживаетъ прижигенію въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако его ни комъ образомъ нельзя считать действительнаго другихъ методовъ, напр. фарадизація и проч.

Mengel подчеркиваетъ, что никто изъ авторовъ и не претендовалъ на то, что подбѣшниканіе вліяетъ на анатомическія измѣненія въ нервной системѣ и могутъ имѣвать

самый болѣзненный процессъ; діало шло только объ эффектѣ подбѣшниканія на табетическіе симптомы, и съ послѣдней точки зрѣнія наблюденія *Mengel*'а и другихъ авторовъ показали, что цѣлая серия симптомовъ спинной сухотки можетъ даже окончательно исчезать послѣ подбѣшниканій, почему и слѣдуетъ рекомендовать этотъ способъ леченія. (Врачь ли можно присоединяться къ мнѣнію *Mengel*'а объ окончательномъ излеченіи симптомовъ).

*Rosenbloom*¹⁾ продолжаетъ свои изслѣдованія надъ подбѣшниканіемъ въ клиникѣ нервныхъ болѣзней Prof. *Mengel*'а. Весь матеріалъ клиники обнимаетъ около 85 случаевъ, но часть наблюдений была уже сообщена ранее (см. работу *Bulowborg*'а и *Mengel*'а, стр. 28). Всего сдѣлано въ 85 случаяхъ около 2500 подбѣшниканій. Подбѣшниканія производились по методу *Mouton-Lucas-Chareot*, дѣлались возможно легче, на пѣтушью часть позвоночника вытяженіе переносилось только постепенно. Продолжительность сеанса не превышала трехъ минутъ, подбѣшниканія производились 3 раза въ недѣлю и рѣдко чаще. Въ настоящую работу авторъ не включилъ 9 случаевъ съ 152 подбѣшниканіями, гдѣ вмѣсто другаго употреблено—не табетъ, а также 15 случаевъ и табеса съ 234 подбѣшниканіями, такъ какъ леченіе въ этихъ случаяхъ продолжалось слишкомъ коротко и, конечно, не дало автору права на какое-либо извѣстіе; таковыя образцы всего собственно вошло въ настоящую работу 61 случай табеса съ 2075 подбѣшниканіями, между ними въ 25 случаяхъ было достигнуто улучшеніе и въ 5 — это улучшеніе особенно обращало на себя вниманіе и съ значительными колебаніями удерживалось большимъ; въ 9 случаяхъ результатъ былъ сомнительный, можетъ быть во причинѣ еще недостаточно долгого леченія. Не проводится также авторъ и таковыя случаи, гдѣ, несмотря на измѣненіе пациентомъ объ улучшеніи, не было объективных признаковъ таковаго. Лечение больною частью табетовъ, находившихся по 2 и 3

¹⁾ G. Rosenbloom, Ueber Erfahrungen bei der Suspensionsbehandlung der Tabes. Deutsche Medicinische Wochenschrift № 37, 1890, S. 822.

периодах заболевания. Подъёмным подъёмам без становилось всё сильнее, жёсткость продолжалась в рёбрах, но не мешала собой, таких случаев автор не наблюдал. Постоянно и значительно улучшился симптом Ронберга и походка. Также постоянно улучшился симптом со стороны локтевого сустава, но за счёт из некоторых случаев вновь появилось ухудшение. Рёбра устранились заново и улучшился конечная деятельность, ещё раз наблюдалось улучшение локтевой способности, но, вероятно, из 4 случаев было даже возвращение её. Замечательно появились подъёмы из 2-х больных с желудочными кризисами, прекращение рвоты наблюдалось даже после небольшого числа подъёмов, замечное улучшение было и в других случаях желудочных кризисов. У нескольких больных наблюдалось улучшение чувствительности; из одного случая было замечено улучшение рёберного замедленной проводимости боли. Парестезии грудной клетки, рук и ног держались даже в случаях рёберного улучшения очень упорно. Что касается улучшения со стороны глазных симптомов (атрофия зрительного нерва и паралич глазодвигательных мышц), то из улучшения их *Roseboom* относится скептически. Несколько больных, которых знали раньше глазами, *Roseboom* посматривать состояние глаз снова; из 1 или 2-х случаев ему казалось, что острота зрения повысилась, однако, *Roseboom* ещё не считает это доказательством, тоже говорит он и относительно параличей глазодвигательных мышц. Напротив, остальными наблюдаемыми улучшениями были поразительно, и *Roseboom* готов утверждать, что столь значительно и так часто случаи сининной сухотки не улучшаются самопроизвольным путем. Переводились подъёмами больные хорошо. В некоторых случаях подъёмы так утомляли больных, что у них появлялась склонность ко сну. У одного очень тяжелого субъекта пришлось лечь на оставших, так как он стал жаловаться на усиление боли. Только из 2-х случаях *Roseboom* наблюдал во время подъёмов легкая обморочная состояния (больше страдал

eccentric Form Tabes), однако освобождение от уды и покоевое положение тотчас возвращало их сознание. Вряд ли можно отнести к этой группе одну истерику, страдавшую в то же время сининной сухоткой, у которой иногда после сеанса подъёмов появлялся короткий истерический приступ. У одного больного, до подъёмов имевшего рёберную выраженную атрофию мышц, возмещение большого пальца (жесточких и adductor pollicis), во время лечения развились параличи правой руки. Пациент ранее лечился около 8—9 месяцев без всяких слезов дурного влияния, да и развившийся паралич ни *Roseboom*, ни сам пациент не приписывают подъёмам. Этот случай *Roseboom* приводит к тому, что всякий раз быть осторожным и, хотя табетическая атрофия руки, слезов дурно влиянием на жизнь не может, удобнее и лучше.

Кроме *tabes* подъёмами были лечены ещё 4 случая миасты, 3 случая *paralysis agitans*, 2 случая множественного склероза и 1 случай тяжелой формы *lumbago*. При миастии в дрожательном параличе результаты были разные, и автор не советует вовсе применять подъёмы при выраженных случаях миасты и дрожательного паралича, тем более, что больше последних форм жаловался ещё после подъёмов на острый бал в затылке. Приведенный в таблицах автор под № 27 больной разбитыми склерозом, данный улучшение от подъёмов, по автору, ничего еще не говорит. При сининной же сухотке автор рекомендует испытывать подъёмы, только если 20—30 подъёмов не дадут никакого результата, то можно считать, что в этих случаях этот метод будет безвредным.

Природа дальнейшего письма *Aikens'a*, в котором он пытается объяснить действие подъёмов при *tabes*, *Roseboom* не согласен с утверждением *Aikens'a*, что так, сдвиг восприимчивых элементов (сдвиги случаев *tabes'a*), подъёмы не может дать даже ухудшение. Между своими больными *Roseboom* и в случаях *tabes incipiens* избавить от подъёмов улучшения. Метод *Rumpf'a* (ung. cimet. и фарадическая иголка), по автору, также в лечении

tabes'a не имеют никаких преимуществ перед подбланиванием. В каждой статье автора говорится о возможности улучшения глазных функций. Несомненно, говорит *Rosenheim*, при подбланивании создаются условия для развития значительной активно-пассивной гиперемии в полости черепа и в ригид не вкратце, что при протекании патологического материала первые элементы будут лучше приспособлены к дегенеративному процессу и, таким образом, удастся возможное улучшение функций. В этом отношении желательна была бы конкретная работа офтальмологов и неврологов, дабы выяснить, что же это улучшение—только самообман или действительный факт. *Rosenheim* также высказывает необходимость исследования кровяного давления. Объяснить действие подбланивания только искусственными автор тоже не способен. Аппарат и самый метод действуют скорее на обратном отношении. Для стариков, слабых и обладающих известными противонапряжениями из подбланивания автор рекомендует ассиметрическое кровяное напряжение, которое возможно представляется более мягкой формой того же напряжения, но дает возможность постепенно усиливать груз и прирост напряжения. К статье приложен краткий отчет о 29 случаях, наиболее описательных наблюдений под влиянием подбланиваний. Из 29 случаев 27 спинной сухоты и 2—множественного склероза. Из 27 tabes—24 мужчины и 3 женщины, из 2 случаев склероза 1 мужчина и 1 женщина. Число сделанных подбланиваний колебалось от 11 до 118, наибольшая величина в течение нескольких месяцев. Из 27 случаев спинной сухоты 11 значительно улучшились, 15 несколько меньше и 1 ухудшился. Из 2 случаев склероза оба получили облегчение.

О результатах, полученных из *Salpêtrière's* от подбланиваний послѣ 20 марта 1889 г. (когда были прочитаны лекции самого *Charcot's*), сообщает *Gilles de la Tourette's*).

1) *Gilles de la Tourette*. Modifications apportées à la technique de la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et quelques autres maladies du système nerveux. *Not. Congr. de la Salpêtrière*, le 3, Mai et Juin. 1890.

Только 3 группы больных нуждаются в внимании, так как из остальных заблудивших подбланивания не принесло пользы. 1-ая группа—*tabes*; 2-ая—*paralysis agitans*; 3-ая—хронический *ischias*. Почти все случаи *paralysis agitans*, особенно из средних стадий заблудивания, получили облегчение от подбланиваний, было замечено улучшение общего состояния, сна, дрожания и болезненной ригидности. Больше года практикуясь излечивать, и лишь одно было дилло больным улучшение. Атактиков подбланивали более 500 случаев, преобладали мужчины. 100 атактиков среднего периода заблудивания могут быть послѣ 30—40 сеансов разделены таким образом: 20—25 больных улучшились во всех симптоматиках, за исключением коленного рефлекса и глазных расстройств; 30—35 атактиков почувствовали улучшение на различных степенях одного или нескольких симптомов, но не всех; 35—40 не получили никакого успеха или получили улучшение, но скоропреходящее. В двух первых категориях полученные результаты были продолжительны при условии, чтобы подбланивание время от времени повторялось. За исключением двух случаев скоропреходящего обморока и двух случаев временного паралича от сдавления *v. radialis*, больше чем из 10,000 подбланиваний из *Salpêtrière's* не было никаких несприятельных случайностей. Во многих случаях, по мнению *Gilles de la Tourette's*, подбланивание при спинной сухоте может дать лучшие результаты, чем всякой другой метод, но если послѣ 20—30 сеансов не наступают желанного улучшения, то лучше его бросить; послѣ полутора-двухчасового отдыха можно ассиметрично повторить серию сеансов. Также у некоторых больных, которые долго подбланивались и у которых улучшение является стационарным, перерыв из 1½—2 недель будет очень кстати; после серии подбланиваний даст новое улучшение, при этом полученное послѣ первой серии улучшение не утрачивается во время перерыва. Автор рекомендует пользоваться, вместо ранее употреблявшегося аппарата *Sager's*, индуктивным, которое ему показало и объяснил собственноручно доктору *Charcot's* индуктор этого ме-

тогда лечения *Moscowensis*. Главное отличие этого видоизменения от первого аппарата заключается в подборочности ремня, который теперь сдвигать подвижными и можно удлинять или укорачивать по желанию при помощи небольшого резинки, последнее обстоятельство позволяет точно приладить аппарат по головке каждого пациента; кроме того теперь исключается возможность соскальзывания этой части аппарата, что являлось крупным недостатком в первом приборе. Поднимательные резки тоже всегда сдвигаются точно соразмерять, как это уже указывалось ранее.

В статьях *Junon's* ¹⁾, которая носит характер обзорный, упоминается, что *Goffard* описывает случай *ischias*, где долгое лечение было безрезультатно, но поднимание с противоестественной большой ноги дало очень хороший успех. Итальянский врач *Silva* пришел к убеждению, что при подбывивании действительно происходит вытяжение спинного мозга, так как во время сеанса происходят явления, которые можно приписать раздражению спинного мозга, а именно учащение пульса и дыхания, увеличение возбудимости периферических нервов, повышение рефлексов и уменьшение скрытого периода раздражения нервов. В пользу этого говорят также, по автору, и то, что подбывивание, являя на симптомах спинно-мозгового происхождения, как то: на стрелковидной боли, расстройстве чувствительности, атаксией и рефлекторную возбудимость, остается неэффективным во отношении к симптомам черепно-мозгового происхождения. Интересно также мнение *Silva*, что только продолжительное лечение может дать ценные результаты, автор рекомендует при этом постоянное ношение корсета *Hessing's*.

В обзорной статье *D. Descomot's* ²⁾ не содержится ничего нового.

¹⁾ *Junon*. Le traitement de tabes et de quelques autres maladies du système nerveux par la suspension. La France Médicale N° 15 1889 a. Valeur thérapeutique du traitement de tabes par la suspension. La Médecine Moderne N° 44, p. 830, 1890 г.

²⁾ *Descomot*. La suspension comme procédé thérapeutique. Revue d'Hygiène thérapeut. p. 43, 1889.

James Cagney ³⁾ из исследований Королевского медицинского общества в Лондоне составил интересный доклад о способе действия подбывивания. Автор, проведя ряд опытов на трупах и на животных на живых, пришел к убеждению, что распространенный до того времени взгляд на способ действия подбывивания неверен: при подбывивании не происходит удлинения мозга, а тоже самым мозгом и происходящий при подбывивании разрыв спинномозговых черепной оболочки этих удлинением. *Исследования Cagney* показали, что при подбывивании происходит укорочение расстояния между I спинальным и последним поясничным позвонком, и в то же время происходит удлинение шейной части, которое однако меньше, чем укорочение других областей. *Исследования* на трупах показали, что передняя поверхность позвоночника значительно удлиняется по всему протяжении: немного в шейной части и больше всего в грудной области, но на то укорачивалась или оставалась без перемены в поясничной части. Таким образом, результатом подбывивания является вытягивание позвоночных приливов и при этом различное в отдельных областях, неодинаково должно быть действие и влияние подбывивания на шейную часть и его оболочки в различных отделах, смотря по тому, лежат ли они в возможности или невозможности позвоночника и в зависимости от того, каковы способы производить вытяжение позвоночника. Служит различное влияние на мозг и влияние на оболочки. Разслабление оболочек ведет за собой расслабление спинного мозга, но вытяжение нервов не обязательно сопровождается растяжением позвоночника. Автор пришел к убеждению, что из сумки происходит укорочение позвоночного канала при подбывивании, что из поясничной части спинной мозг остается без изменений или слегка расслабляется, в шейной же части растягиваются оболочки, грудная часть претерпевает наибольшее изменение в смысле укорочения. *Исследования* показали, что на живых это укорочение сильнее, чем на трупах. В

³⁾ The Lancet p. 132, 1890 г.

трудной области большею частью находится табетическая грация. Автор думает, что от изменения положения мозга сращения эти могут разрываться и что могут возникнуть условия кровообращения. *Sorgue* считает подбланивание за голову и опасным, и бесполезным, так как, во его мнению, ожидаемое действие подбланивания может проходить и от вытяжения за один подмышник. В том же исследовании *Sorgue* ссылается на жизнь *F. Horsley*, который также не допускает возможности удивления спинного мозга посредством вытяжения туловища.

К аналогичным данным с *Sorgue* пришел и *B. W. Reid*. В исследовании один из участников из прений врачей рассказывал, что он сам подбланивался и, будучи совершенно здоровым, знал из опыта, что только получив спустя времени от себя *Sorgue* думать, что подобное факты зависят от вытяжения и. и. сращения, вытяжение происходит при подбланивании было установленно им на трупах.

Paul Bosc ¹⁾ рекомендует впитать подбланивание при сирингомиелии, так как оно дало благоприятные результаты при других хронических миелонитах.

Beine ²⁾ из виду большой склонности центральной главно к кровоизлияниям находит применение подбланиваний при ней опасным, опасно подбланивание и потому, что спинальный при сирингомиелии имеет связь с основными трофическими причинами.

Mickel Clarke ³⁾ наблюдал один случай спинной сухотки у женщины, страдавшей около 7 лет и выходившей почти в 3-ий период. Пока больная находилась в госпитале, ей сделало было 14 подбланиваний, боли ее почти остались, и она стала ходить сильнее и лучше; при дальнейших ле-

чении улучшение однако прекратилось, больная выписалась из госпиталя. Лечение подбланиванием не было более повторено, спустя несколько недель у больной появились гастрические кризы, а затем у ней напала часть спинки, ягодицы и правое бедро опухли, образовались гноивники, и больная погибла от септикемии. На аспиритин было установлено: рвения табетическая зависела от спинного мозга и поражение адр и. vagi. Автор был удивлен, как бы образом подбланивание могло дать временное улучшение при столь резко выраженных анатомических изменениях спинного мозга.

В 1890 году увеличивается число работ и русских авторов, писавших о подбланивании. В статье д-ра *Бороза* ⁴⁾ мы находим много интересных данных по этому вопросу. В доказательство того, что подбланивание способно вызвать даже род воспалительного процесса в нервной системе, который, конечно, трудно связать только с рефлекторным воздействием, как стараются объяснить себе действия подбланивания *Henshaw* и *Adams*, автор приводит историю одной табетички (больна 2 года), которая, удалявшись после первых подбланиваний, вдруг вост 8-го января почувствовала боли в спине; через четыре дня боли эти прекратились, а на восьмой день возобновились снова; после 3-го сеанса вторично появляются боли в спине, та простояла в ногах и на 4 дня с² поднимается до 38°, утром следующего дня 37,5°, вечером 38,4° и затем на утро падает уже до нормы; через восемь дней после того боли прекращаются; отдых недолг; снова острое воспаление и снова те же явления. Автор думает, что здесь подбланивание вызвало воспалительное состояние мягкой мозговой оболочки. Для целей выяснения влияния подбланивания на черепно-мозговой канал и его содержимое д-р *Бороза* поставил ряд опытов на трупах и на животных. Прежде всего он выражал на трупах острые отростки двух

¹⁾ Paul Bosc. Springfield, Ill. Brain, 1890.

²⁾ Beine. Nouvel. Centr. 1890, 8. 120.

³⁾ M. Clarke. On a case of static paraplegia with atrophy and a case of locomotor ataxia; suspension; death from septicemic; atrophy. Brain, p. 394. 1890 г.

⁴⁾ А. Г. Бороза. К вопросу о лечении болейшей нервной системы по способу д-ра О. О. Мазаринского. Всплески климатической и судобной аспиритин и аспиритин. 1890. Выпуск I.

аэричных грудных позвонков и, обнажив твердую мозговую оболочку, вводила в полость, со ограниченную, каналью, соединенную с ртутным манометром; трубу зажимал помещалась спиной сверху на деревянной горизонтальной плоскости, будучи прикреплен перемычками за шею или вокруг ключичных сочленений; плоскость постепенно из горизонтального положения приводилась в вертикальное. Соответственно изменению положения высота ртутного столба все больше и больше поднималась, что указывало на изменение внутричерепного давления, причину которого нужно было искать в следующем: позвоночный канал представлял собой со обеих сторон замкнутую трубку, жидкое содержимое которого, *Biquot cerebro-spinalis*, оказывается на дне и боках его стеснен давлением, пропорциональное его высоте; но так как продолжный разбрызгиватель позвоночного канала несравненно больше его поперечника, то в горизонтальном положении высота столба его жидкого содержимого будет несравненно меньше, чем в вертикальном, а потому ртутный столб манометра, соединенного с полостью позвоночного, будет при горизонтальном положении трупа находится под несравненно меньшим давлением, чем при вертикальном его положении. Если труп сразу поднимался из вертикального положения, то высота ртутного столба не падала, как можно было бы ожидать, по остыванию на прежний уровень; это явление автор объясняет образованием пустого пространства и присасыванием твердой мозговой оболочки. Для доказательства последнего предположения *Борроуз* проводил опыты так: спавшего 3 остывшего животного, он зажимал в челюсть, не касаясь твердой мозговой оболочки; челюсть была залита воском и парафином. Таким образом образовалась дуга полости, одна заключала в себя спинной мозг, его оболочки и цереброспинальную жидкость, вторая — между желобом и твердой мозговой оболочкой — одна только воздух. Вторая полость возможно канала была соединена с водным манометром; когда все было сделано, проводилось поднятие. Во время поднятия при таких условиях высота водного столба падала на $1\frac{1}{2}$ —3

см. Те же опыты автор повторил еще, только с той разницей, что делалась трепанация черепа и манометрическая записка шла с полости, находящейся между трепанационной борозкой и твердой оболочкой, при поднятии манометры опять-таки показывали падение. Эти опыты убедили автора из того, что во время поднятия происходит увеличение позвоночного, обуславливающее образование в субдуральной полости пустого пространства и присасывание твердой мозговой оболочки. Чтобы иметь право перенести результаты этих опытов на живой организм, автор поставил те же опыты на собаках и получал те же результаты. Таким образом оказалось, что поднятие однократно действует, как во живот, так и на мертвый организм; вследствие отрицательного давления в полости позвоночного и через него происходит присасывание оболочки от кости оболочки; у животного не транспарентного присасывания сравненной с костями *dura mater* быть не может, потому обуславливаясь у него во время поднятия отрицательное давление должно подвигаться, как сузан башня, т. е. оно должно вызвать расширение и усиленное кровенаполнение сосудов мозга и его оболочки. Для доказательства поднятия кровеносных при поднятии, автор расстилал собаку в горизонтальном положении в течение 20 минут, затем перевернул ее на спину и ударом молота по голове (был ли этот способ умерщвления безразличен для падших животных? *Борроуз* изложил из перерыва систем?). Результат микроанатомического исследования убедили докладчика, что несомненно существует расширение сосудов и кровоизлияния кровеносных. Всего сильнее то и другое было выражено в строке шейных и слабо в брюшной и мягкой мозговой оболочке. В строке шейных кровоизлияния были вокруг центрального канала, в шейном мозге, у передней и задней срой спайки, мозг и между ганглиозными клетками передних и задних рогов. Поперечник центрального канала был расширен. Эти явления были выражены во всем протяжении спящего мозга. Те же исследования были предприняты и на животных, у

которого была произведена трепанация и вскрыта твердая мозговая оболочка, čím, по автору, предупреждалось образование отрицательного давления на подосте мознопочка; оказалось, что при такой постоянной опите адгезия в сформе вещества осталась та же, но из близкой жидкости они были выражены гораздо слабее. Из этого факта Борроу выводит заключение, что гиперемия близкого вещества, главным образом, зависела от образующегося во время подблизания отрицательного давления. Ст. дально изяснения вопроса, растягивается ли при подблизании твердая мозговая оболочка и самое вещество спинного мозга, автор производит измерения на трупах и убедился, что как удлинняется оболочка, так и растягиваются и самое вещество спинного мозга. Гиперемия сразу вещества центрального канала автора объясняет влиянием отражательного давления, не исключая однако и других моментов; усиление гиперемии благоприятствует натяжению вещества спинного мозга, обуславливающее в свою очередь растяжение нервов и сосудов. Образующееся во время подблизания отрицательное давление должно отражаться и на черепном мозгу, оно должно обуславливать гиперемию центрального сразу вещества желудочков, поверхности черепного мозга и черепных нервов. Это же объясняет Борроу влияние подблизания на черепно-мозговые симптомы возбуждения и на атрофированный зрительный нерв из частности. По мнению Борроу добития дикими аргументами из терапий и согласовать с получаемыми от подблизания результатами вряд ли можно быть признака удивитель, так как при этом автору пришлось прибегать к разсуждениям, в род сследующего: «Пріурочивая терапію к патолого-анатомической сущности системных заболеваний, мы из ранних стадіях их должны будем стремиться вызвать атрофію мозга, так как она должна быть односторонне полезна и при воспалениях, и при первичных порождениях. При воспалениях—потому, что исходной точкой их служат гиперемия, а при первичных перерождениях—потому, что с уменьшением притока крови уменьшается прибор токсических начал, обуславливающих и

поддерживающих процесс распада вещества»¹⁾. И далее: «Во время подблизания жижи вертикально лежащих нижних конечностей находится в состоянии расслабления, потому приток крови из артерий будет уменьшен, а отток крови из вен затруднен. Отсюда уменьшение сочности тканей постоде и нервов из частности» (стр. 101). Нельзя сказать, чтобы «прибор токсических начал» и «уменьшение сочности тканей» вернись в частности были очень ублажительны. Подобно Hamilton'у, Борроу предлагал подблизание на наклонной плоскости и построил особый прибор, который давал возможность производить вытяжение с сосредоточенным постепенным нарастающим действующей силы. Помощью системы рычажков возде плоскость может постепенно переходить из горизонтального в вертикальное положение, при этом происходит и постепенное нарастание тракторной силы, которую здесь представляется весь тѣла, постепенно переходящего из горизонтального в вертикальное положение. Это будет тот же принцип вытяжения, который мы уже видели у Hamilton'а с той лишь разницей, что Борроу оулавляет поской конец плоскости и фиксирует туловище за доветки, предложенные при Sayre'овского аппарата Mitchell'ем. Ни из опытов, ни из подблизаний Борроу не видит необходимости, — по его мнению, их следует совершенно извести из употребления. У собак, при его опытах, растягивалось только одно туловище, и однако шейная часть спинного мозга была также изспирована и богата кровоснабжением, как и остальные части спинного мозга. Первое вытяжение автор начинал, став плоскость возде углом в 35—40°. Силка продолжалась 5' и повторялась через день; при каждом последующем сеансе угол наклона увеличивался на 5—10°. Проступал из дикого, Борроу сообщает руководствоваться следующим теоретическими соображениями: «Подблизание действует гиперемией и растяжением нервов, стало быть—и как агент мо-

¹⁾ стр. 86.

кажется, и как условие, определенным образом влияющее на питание больных тканей. Как агент механический, подбрасывание тела сильно будет действовать, тем интенсивнее и продолжительнее оно будет. Степенью ее будет определяться степень набухания мозга и степень развития некроза, которое тем медленнее и менее совершенно будет выравниваться, чем более продолжительное время оно будет существовать. На основании этого, ввиду того, где мы наблюдаем зависимость определенной суммы раздражения от силы тока, мы можем подбирать тем скорее и тем совершенно избавить от них больного, чем сильнее и чем больше времени мы будем растягивать его позвоночник. Там же, где мы не наблюдаем зависимости между приращением боли и развитием интерстициальной ткани, где наряду с этим мы имеем основание считать патологическую сущность боли не инерционной, или где определенным усилением притока питательного материала мы можем подбавить улучшить питание и тем из известных предположений восстановить функцию периферических нервных волокон, — там мы не захотим говорить за интенсивными растяжениями и сильными гиперемиями, там умеренное усиление притока крови, повторяющееся, как можно чаще и как можно дольше, будет гораздо полезнее и т. д.¹⁾ К сожалению только что выказавшиеся соображения слишком гипотетичны, чтобы служить руководством, и научная цельность их одинакова с вышесказанными, «проблемы тонических начал». Продолжительным подбрасыванием автор пользовался только в течение 26—36 лет, а продолжительность их болезни была от 2—3 лет. Общее число случаев равнялось 107, среднее 36. Во всех случаях боли совершенно исчезли, иногда замечено улучшение, хотя улучшение оставалось желать еще многого. Симптомы Ромберга исчезли. Парестизии и анестезии перешли к лучшему не обнаруживая. Impotentia, являвшаяся вместе с одним случаем, настолько улучшилась, что после 20 сеансов больной был в состоянии исполнять супружеские обязанности; автор говорит об этом

после того, что больной, вследствие анестезии, по прекращении равно ничего не ощущал. Больная Рева Бренер, подбрасывавшаяся на отделе О. О. Мочуковского, после 12 сеансов оставила лечение из-за отсутствия боли. Особенно больная перешла к Борозу, после 3-го сеанса в 20° при угле наклона в 50° стреляющая боль у нее совершенно исчезла. Автор правильно не ринется у этой больной исключить «титу случая» из объяснения ее улучшения. С целью определить устойчивость полученных при подбрасывании результатов, Бороза прекратил на 15 дней лечение; на 15—22 день появилось ухудшение; при возобновлении лечения снова наступило улучшение; из оснований этого, говорит автор, если бы с достоверностью было доказано, что подбрасывание не может дать излечения tabes, то мы бы могли сохранять состояние относительного благополучия больных, повторя подбрасывание раз в 10—14 дней²⁾. Думаем, что теперь вряд ли у кого осталось сомнение в том, что подбрасывание не может дать излечения tabes, интересно только знать, долго ли сохраняли состояние относительного благополучия больные, лечимые доктором Борозой вытаскиванием через 14 дней. Особенно хорошие результаты от продолжительных подбрасываний автор видит в 7 случаях ischias; несмотря же на то, что продолжительное вытаскивание у одного больного не удавалось удержать — спастический парез значительно ухудшился, хотя и на короткое время.

Исследования³⁾ опубликовал 10 случаев импотенции у больных, которые не страдали ни болезнями спинного мозга, ни органическими пороками половых органов, ни, наконец, венерическими болезнями (а из особенности трихомонады). Все десять случаев пользовались исключительно подбрасыванием по способу Мочуковского-Clayton, сеансы проводились через день, продолжались 3 минуты, число сделанных сеансов в каждом случае варьировалось от 27

¹⁾ Вильямов. С. Лечение импотенции у мужчин посредством подбрасывания. Медицинские Обозрения № 1. 1900 г.

до 41. Появление улучшения наблюдалось на 10—12 дней. Наблюдения автора изложены очень кратко, некоторые случаи недостаточны, так во втором случае сказано, что до начала лечения больной редко бывала у женщины и из-за этого сведения совмещались до *immissio penis*, но и не сведения о состоянии излечения болезни не сказано; из третьего случая нет сведений, дано ли больной лекарство, не приведено клинического исследования нервной системы и проч., все это, конечно, уменьшается ценности опубликованных данных, между тем как по результатам они значительны: у 8 больных наступило излечение и у 2-х значительное улучшение.

С. Н. Джамало и Э. Н. Пржевальский¹⁾ сообщают 11 случаев спинальной сухотки, лечивших подлечивались по способу О. О. Мочуковского из клиник душевных в первые годы проф. Н. П. Мерзеханова из 1889 и 1890 годов. Больные были исключительно табетки, мужчины, из возраста от 32 до 60 лет, только из первого случая из которых даны сведения на то, что здесь было идет не о чистой форме *tabes'a*, так как у больного наблюдалась нервность, раздражение языка, отклонение языка влево, через п. *facialis*, разстройство чувствительности в лице и шеи, отсутствие аккомодативной реакции, ограничение подвижности глаз (из истории болезни сказано: глазница лобно неподвижна во всех направлениях, за исключением слабого и исключительного движения правого глаза вверх; последнее, конечно, опечатка), наконец тот же больной умер 4-го января при плешиях Ченст-Степановского феномена во время роста, боли в ногах и проч. (до этого больной получил от подлечивания значительное улучшение; подлечивания были в течение 2-го декабря). Все больные были 11 человек, 8 имели атоническую походку, 2 находились почти уже из паретической стадии и 1 в начальном претатоническом. 1 случай остался без всякого влияния, один улучшился немного,

два больше, а 7 улучшились значительно (из последней истории находится и 1 больной, впоследствии умерший). Во всех без исключения случаях основным болезненным явлением сухотки подлечивания не поддались. На разе не наблюдали авторами возвращений кожной рефлексы, реакция сухожилья не изменилась, параличи глазодвигательных нервов не улучшились, также не наблюдалось улучшения кожной чувствительности, исключая лишь случаи IX, из которых отмечено некоторое улучшение всех ее видов. Прежде всего улучшение обнаружилось во уменьшении и исчезании стреловидных болей и парестезий, это можно было уже заметить посл. 5—7-го подлечивания. Характерно замечание одного из пациентов (врач): посл. того, как у него исчезли боли и парестезии, он прекратил лечение, забыв, что теперь устранено только то, что его мучило, а все же у него кожные рефлексы или нет — это ему совершенно безразлично. Далее лечение оказалось влияние на походку, симптомы Ромберга, функции мочевого пузыря, половую функцию и на общее состояние. Особый интерес представляют 3, 4 и 11 случаи. В 3-м случае посл. 15-го подлечивания больной стал жаловаться на сильную дрожь во всех конечностях, отсутствие аппетита, сон, 1^е поднялась до 38,5°, появились головные боли; последнее подлечивание было связано уже с началом этих явлений и посл. того последовало ухудшение болей. Авторы затрудняются сказать, чем было обусловлено это ухудшение, принимаю ли, или же основной болезнью. Нам интересно по отношению к данному случаю такой вопрос, был ли здесь тремор (поражение скелетных оболочек не упомянуто) и не обуславливались ли все эти явления какими подлечиваниями, а что это возможно, о том свидетельствуют уже упомянутые нами случаи *Russel'a* и *Thybor'a*, *Wille* и друг. Там же явления обнаружались в IV случае на 8—9 подлечивании и в 11 случае на 20. Следует также упомянуть, что в 11 случае посл. 15 подлечиваний больной, по его словам, стал лучше отличать цвета от вкуса, улучшение это однако было крайне постой-

¹⁾ С. Н. Джамало и Э. Н. Пржевальский. О результатах подлечивания табетиков по способу О. О. Мочуковского. Врч. Ж. 25, 26 и 27, 1890.

кое и непродолжительное. Неблагоприятные осложнения, бывшие у некоторых больных, заключались в следующем: свисание лица, выпячивание глазных яблок, одышка, повышение пота на лбу, расширение зрачков, с последующими головными кружениями, тошнотой и общей слабостью (случай VII); такое состояние продолжалось, впрочем, не более 5 минут; после затих больные обыкновенно поправлялись. Такие явления авторы наблюдали и при подбывивании только за подмышками. На основании сделанных наблюдений авторы полагают, что подбывивание сопряжено у малолетних, истощенных и исторвавшихся, а также и при болезнях органов кровообращения (органическое порока сердца и босудоты) и слабой деятельности сердца. Показатели же подбывивания при наличии стреляющих болей и различных паростезий, при расстройствах отправления кишечника, половой сферы и мочевого пузыря. Различные образцы она с пользой могут быть применены для устранения attacks пота (а быть может и руки) из различных степеней болезни. Несомненно также, что благоприятное влияние подбывивания сказывается на силе и на аппетит. Из различных степеней болезни при сильных стреляющих болях и паростезиях, а также при расстройствах желудка, подбывивания, по наблюдению авторов, дают лучшие результаты, чем при тех же явлениях в более поздних стадиях. Служит еще упомянуть, что во время подбывиваний авторы замечали у больных астеника и высокая температура конечностей; приемы сводились к следующим: движением конечностей из боковых соединений. Авторы производили также надрезы дна отданных участков спины при различных условиях, самое большое удлинение спини получалось из конечной части позвоночника при приведении конечн. к животу; другая часть позвоночника (шейная и грудная) удлинялась весьма незначительно. Удлинение шейного участка позвоночника, как при сгибании на корточках, так и при лежачем положении большого с колбами, прыгнутыми к животу, было весьма незначительно. При простом подбывивании, необо-

рот, больше всего удлиняется шейная часть позвоночника, (4—4,5 снт.), в грудной же части замечается даже укорочение (—1 снт.).

Н. О. Лазовича³⁾ сдал сообщение о подбывивании в С.-Петербургском Обществе Психиатров. Открывая доклад О. О. Мочуловского относительно действительного удлинения позвоночника вследствие его растяжения и опираясь на опыты, произведенные на трупах и на живых, докладчик привел в следующем порядке: 1) Удаление (расхождение?) позвоночника при подбывивании не имеет места. 2) Корешки и оболочки не растягиваются. 3) Пронсходить, главным образом, вытяжение соединений между черепом, атлантом и вторым шейным позвонком. Вопрос о подбывивании сводится к вытяжению верхних частей спинного мозга, которое не остается без влияния и на продолговатый мозг. Нельзя, поэтому, во всяком случае считать подбывивание способом безвредным, а подбывивание с противопоказанием и подбывивание небезопасно, ибо последнее растяжение вышестоящих соединений может послужить смерть от вытяжения продолговатого мозга.

В 1890 году, из особенности из Англии, вышла о подбывивании ставшаясь по Европе; так зашла в журнал Lancet от 9-го августа⁴⁾ говорится также образом: „Время оказалось благоприятным из подбывиванию так же, как и во многих других средствах, предлагаемых из терапии для лечения нервных болезней. Все они начали применяться с большим энтузиазмом и, к сожалению, с хорошими результатами, однако, впоследствии они не оправдали возвышенных или надежд и постепенно вышли из употребления. Скоро настало время, когда аппарат для подбывивания будет сделан из архива кабинета с Perkin'ом из жалюзийных тракторов провала покаяния, с аппаратами для извлечения жалюзи и многими другими“. Несколько

³⁾ Лазович, Н. О. Об истерии позвоночника при подбывивании. Доклад Обществу Психиатров в С.-Петербурге, заседание 21 апреля 1890 г., см. „Врач“ № 19 1890 г.

⁴⁾ p. 388.

позже из тех же журналов было помещено письмо Allana's¹⁾, который, ссылаясь на известия уже как наблюдения Rescob-бахи's и Пейсидов's, выражает надежду, что „подбывание, вкратце, пережить тот разрушительный критизм, который был направлен до сих пор против него“.

Статья Möbius'a, *Neuere Beobachtungen ueber die Tabes*²⁾ носит исключительно критико-обзорный характер. Замечания опубликования о подбывании, понятие, возбуждали большой интерес. Большинство сообщало благоприятные результаты, только меньшинство относилось отрицательно. Как обыкновенно бывает из терапии, говорит Möbius, из первого время результаты подучаются лучшие, затем сообщаются отдельные дурные влияния и несчастные случаи, а постепенно вырастают безуспешности и безрезультатности лечения. Очень скоро выяснилось, что и подбывание не так уже действительно, как о нем писали. Не желая никакого основания удержанию некоторых авторов, что у своих больных они могут исключить влияние курения. Несомненно, что табетика, как большинство хронических больных, из высокой степени внушаемости и у них вполне изживающее такое лечение претерпевает действую благоприятно. Конечно, удивительно, что и Tabes, подобно функциональным заболеваниям, может наблюдаться под влиянием какого-либо фактора, однако внушаемости и доверчивости несчастных больных им вовсе не должны удивляться, ведь врач, будучи здоровым, платит внушению и своим понятию, оба эти вещи свидетельствуют времени, когда Tabes с оптимизмом был лечим, то замкнутостью, то жадностью, то руганью, то выказывалась перестройка. Время, конечно, покажет, что принадлежность курения и из лечения Tabes подбыванием.

Ascher³⁾, по предположению Мей, лечил подбыванием из Daldorf's душевно-больных при показанных чисте се-

матического характера. Свои мысли, как говорит Ascher, он начал еще ранее того времени, когда появились весьма неутешительные сообщения Leyden'a и Hirt'a, где первый (Leyden) предсказывал, что подбывание так же быстро исчезнет, как термическая анемия, как и появилось, а второй (Hirt) у 114 табетиков, лечивших подбыванием, никогда не видел улучшения или продолжительного улучшения. Подбывание своих больных Ascher по методу Smeget-Mouchinsko. Продолжительности первого подбывания простиралась до 20 сек.; постепенно продолжительность сеансов была увеличена до 3 минут, если не отбиралась через день. Врач садился за больного, а служитель подбывал; из 650 сделанных подбываний 4 раза приходилось прерывать подбывание ранее срока, из 1 случая у больного возникли сильные припадки, а в других случаях появлялось состояние легкого головокружения, однако эти состояния всякий раз быстро проходили. Приблизился метод из 25 случаев. Показанием к нему Ascher считал слабость пиуры и кишечника, расстройство поносов, сильную атаку и спазмичность боли. У одного парализма и у одного хроника — поминание, у которых до сих пор только отсутствовали кожный рефлекс, было применено подбывание, с особенным обращением внимания на то, вернется ли кожный рефлекс; однако ни в этом случае, ни в других случаях прогрессивного парализа Ascher не видел воспрещения раз вчерашнего кожного рефлекса; напротив, воспрещение этого рефлекса последовало из одного случая алкогольного слабоумия после того, как рефлекс отсутствовал из течение 1 1/2 лет (конечно, известно, что у алкоголиков и без лечения может произойти воспрещение кожного рефлекса, сравни, например, мифа (Opresko's)). Из 23 случаев, лечивших подбыванием, вошли 11 парализов, 3 парализов, 1 хронический поминание, 1 случай хронического спутности, 1 эпилептика, 1 идиотизма и 3 — по 1 случаю — простого, старческого и алкогольного слабоумия и, наконец, 2 эпилептика. У одного парализма после дру-

¹⁾ Allan. Suspension for locomotor atax. Lancet p. 641. 1890 г.

²⁾ См. Schmidt's Jahrbuch. 1890.

³⁾ Ascher. Ueber Suspensionbehandlung. Vorlesung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 14 Juni 1890. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 47. S. 429, 1891.

подвизиваний прешлось отказаться от продолжения занятий из виду общей физической слабости. Остальных 10 паралитиков можно разділити на две группы. У одних пяти охоты оказалась безрезультатными, у других 5 можно было комбинировать из известных группных улучшений. Паралитики, конечно, брались только такие, которые представляли относительно покойное состояние и не имели бреда. Между первыми 5 случаями три ухудшились еще во время лечения, они стали более или менее слабы; у 2 паралитиков этой группы было замечено во время прихвещения подвизиваний усиление паралича в ногах, однако без заметного изменения электрической возбудимости, подобно параличу эти прощали. Какого бы то ни было улучшения не было ни у паралических растройства, ни у паралических растройства. *Frideric и Berge*, автор при подвизивании не видит. Что касается паралитиков второй группы, то о них *Ascher* дает следующие случаи. 1) Pat., 33 лѣт. болѣзнь 1 годъ. Покойное состояние, утробное слабозрение. Признаки Westphal'a, отсутствие сѣтчатой реакции, резко выраженный симптом Рамберга. Походка была такъ разстроена, что больной былъ принужденъ лечь. 16 подвизиваний. Въ результатѣ замѣтно улучшение движения, больной уже не лежалъ на кровати. Улучшение держится 4 мѣсяца. 2) Pat., 36 л., болѣзнь около 2-хъ лѣт. климатическая, плохая походка, симптом Рамберга. 20 подвизиваний во время 6 недѣль. Улучшение движения, походка тверже. Во время дальнѣйшаго 6-ти лѣтшаго пребывания въ болѣзнь ухудшения не наступило. 3) S., 44 лѣт., болѣзнь 1 годъ, возмущен, слабозрение. Неизрѣд, нѣтная походка; симптом Westphal'a. Въ руках дрожаніе до невозможности изъ работѣ. Пониженіе чувствительности. Уже послѣ 10 подвизиваний замѣтно улучшение. Лечение продолжалось 3 мѣсяца. Пациентъ замѣтно улучшился, дрожаніе въ руках прошло, работоспособен, походка стала укрѣпленнѣе; улучшение держалось 5 мѣсяцевъ, когда пациентъ выпалъ. Въ 4 случаевъ послѣ 17 подвизиваний прощали растройства чувствительности и уменьшилось затрудненіе при ходьбѣ. Напо-

мечь въ 5 случаевъ дѣло идетъ о 32-лѣтнемъ паралитикѣ, который безъ поддержки не могъ ни стоять, ни ходить, мочу и калъ пускать подъ себя; замѣткалась атрофія зрительнаго перія; кожный рефлексъ съ обѣихъ сторонъ существовалъ. Въ течение 3 мѣсяцевъ 35 подвизиваний. Результатъ былъ паралический. Пациентъ сталъ опираться, ходить безъ поддержки. Задавался даже вопросомъ, насколько можно приписывать подвизиванию полученнаго улучшения, авторъ говоритъ, что, конечно, при общемъ параличѣ съ его различными телесными рѣшати это трудно.

Всѣ 3 галлюцианта съ явленіемъ tabes. 2 мѣсяца продолжавшася лечение принесло только незначительное улучшение одному изъ нихъ. Пациентъ ранѣе могъ держаться при помощи только при помощи двухъ служителей, теперь хотя нѣкоторое время можетъ стоять одинъ, во время лечения и послѣ пациенты также менее жаловались на боли. Это замѣтно улучшение держалось около 4 недѣль. У второго — табеса (страдающего еще аморозомъ) послѣ 30 подвизиваний прошло растройство мочеотдѣленія, также улучшилось и самочувствіе. Психическое состояніе у обоихъ что убогихъ больныхъ не имѣлось, между тѣмъ какъ въ 5-омъ случаѣ во время лечения и послѣ совершенно измѣнился въ своей картинѣ. Б. 35 лѣт., около 4 лѣт. страдаетъ tabes. Слабозрение, неоправдано, нѣтъ слуховыхъ обмановъ. Одна нѣтъ неспособна. Въ четыре мѣсяца сѣтчатая нѣтъ, держитъ три подвизивания. Послѣ двадцати восьми подвизиваний стало замѣтно улучшение. Въ концѣ лечения идетъ довольно быстро съ помощью нѣтъ, совершенно опротивѣ, психически довольно нормален, обмановъ чувствъ нѣтъ, о времѣхъ не помнитъ. Улучшение держалось настолько долго, изъ январѣ болѣзнь имѣлась. Въ мартѣ снова наступилъ, соматически онъ не ухудшился, однако и послѣ 19 новыхъ подвизиваний его атасія осталась безъ перемены, что касается психики, то обмановъ чувствъ не успѣвалось, не существовало болѣзнь психическая слабость. Авторъ думаетъ, что въ этомъ случаѣ, какъ и въ предыдущихъ, улучшение должно быть поставлено

из связи с методом лечения. Слѣдующія короткія данныя даетъ авторъ о послѣднихъ четырехъ случаяхъ: у больного съ хронической скутностью, съ отсутствіемъ кожныхъ рефлексовъ, отсутствіемъ сибтовой реакціи и разстройствомъ мочевого пузыря — въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ лечения жалоба ухудшилась, а мѣсяцъ спустя послѣ послѣдлаго подѣлыванія болѣею ужестъ, при высклѣхъ жарена. Одного врожденно-слабоумному продолано было 17 подѣлываній, по бываеу у него слабость тушира не улучшилась; въ теченіе лечения была замѣтна поліурія, которая послѣ вѣскопичеіхъ ведѣй исчезла. Одинъ табетикъ съ деменціей улучшился послѣ 43 подѣлываній. У обоихъ улучшеніе заключалось въ томъ, что они свободнѣе могли ходить и жене жаловалась на боли. Въ заключеніе приводится еще два слѣдующія пайюденія, гдѣ въ обоихъ подѣхъ улучшеніе было замѣчно улучшение. Первый случай касается пациента 58 лѣтъ. Деставленъ былъ бошой въ больницу въ состояніи скутности. Невралгичъ. Едва можетъ стоять и ходить при помощи двухъ слугителей. Кожный рефлексъ существуетъ. Языкъ и руки дрожатъ. Гипералгичеіа въ области п. сѣт. femoris anter. extern. ministr. Дактисъ на 6 и 7 грудной позвонки болѣзненно. Послѣ 18-го подѣлыванія въ теченіе 5 недѣль психическое состояние больного улучшилось, онъ безъ поддержки холитъ, сжикомъ Роберта еще существуетъ, разстройство чувствительности незнач, мочевого пузыря и инкечаніе функционируетъ хорошо. Улучшеніе держится два мѣсяца, во время которыхъ бошой находился въ заведеніи, гдѣхъ слова были достаточны въ очень плохое состояніи въ лечебнуу, гдѣ вскорѣ и жаръ при давленіяхъ жарена. Селкѣ обнаружена сильная hydrocephalus internus, опухоль основанія мозга и такую же опухоль въ вѣсничной части спинного мозга. Послѣдній случай — случай абсолютной деменціи, гдѣ послѣ лечения отмѣчено возвращеніе колымага рефлексъ. Подѣлываніе было пациентъ также послѣдствіе разстройства мочевого пузыря, которое произошло послѣ 4-го мѣсячнаго лечения. Такимъ обра-

зомъ, изъ 19 лѣтѣ наблюдаемыхъ случаевъ въ 12 было обнаружено сиктотомическое улучшение.

Такой результатъ, по автору, требуетъ продолженія исследований, гѣмъ болѣе, что психіатрія очень бѣдна рабочими средствами. Какъ протезолоказіа къ подѣлыванію, авторъ считаетъ сердечныя и легочныя заболѣванія. Авторъ, наконецъ, не согласенъ съ мнѣіемъ Hombaker'a и Adam'a, что результаты, получаемые при подѣлываніи, являются только отъ внушенія. Протезъ этого говорить полученные успѣхи у душевно-больныхъ, которые, какъ говоритъ Ascher, не сознавали гдѣхъ подѣлыванія.

Моей между прочимъ отмѣчаетъ, что при tabes-patatois часто подѣхъ вѣннхъ плохого самочувствія, ерѣшечныхъ болѣй и прочихъ члго физическыхъ состояній замѣняется усиленіемъ фредовыхъ идей; также образомъ, если мы акквѣбуа можемъ помѣять при устраненіи болѣй, невралгій и вообще улучшить самочувствіе такихъ больныхъ, мы гѣмъ самымъ косвенно можемъ улучшить и ихъ психическое состояние.

Benedikt ¹⁾ думаетъ, что методъ Bonazzi нестъ бы съ удобствомъ замѣнить употребленіемъ въ настоящее время механическихъ методовъ лечения табесъ. Съ вѣдѣіемъ въ терапію метода Мочуицкисаго, при леченіи спинной сухотки дѣйствительно стали достигать также улучшеній, такіа ранѣе не при какомъ другомъ терапевтическомъ вѣннхательствѣ не получались, опасности же метода легко устранить; однако методъ Pierre Bonazzi имѣетъ преимущества и передъ методомъ Мочуицкисаго во-первыхъ для его прикладности не требуютъ никакихъ аппаратовъ и во вторыхъ его механическое и тѣрпалестическое дѣйствіе возразенно сильнѣе. Benedikt рекомендуетъ еще усиленіе внимательности пайюженія при прикѣпленіи метода Bonazzi гѣмъ, что голоу и силку владутъ на языкъ кунеткѣ вѣскопичеіхъ праводитици, нои пациента раз-

¹⁾ M. Benedikt. Die „Methode Bonazzi“ der Behandlung der Tabes. Wien. Medicinisch. Blätter, 8. 801, 1896 г.

дугах і, принаходя слабше, старються ахь согнуть ко-
можно ниже по обидь сторонамъ шуметь. Сравнительно
опыты *Воводитъ* на трупяхъ показали, что при такомъ стѣ-
блн преходять въ три раза бѣльшее растяжение спинного
мозга, чѣмъ при подѣшканіи, и что на живомъ вытѣже-
ніе позвоночника получается также гораздо бѣльшее, чѣмъ
при методѣ *Мозушевскаго*. *Воводитъ* пишетъ, что вліаніе на
дыханіе и кровообращеніе фортированного стѣблн погы и
удложаща ограженію салнбѣ, чѣмъ подѣшканіа, но за
то и опыты можеть быть скорѣе вѣрныя, а также и слабѣе
можеть быть по произволу или усилено, или ослаблено. Не-
благопріятныя вліанія возможны и при этомъ методѣ, такъ
можеть быть разіагнн, разрывъ мншцы, ціанозъ и проч.,
въ одномъ случай вѣроятно чѣсоеъ спуетъ послѣ сеанса у
бѣльшого помяннхъ прпадіахъ рвоты и слабости, продолжан-
нейся вѣселою днѣ. Несмотря на эти неблагопріятныя
вліанія, *Воводитъ* все-таки считаетъ, что методъ *Воводитъ*
можеть при *tabes* вліанія подѣшканіе, оставшия поел
открытнхъ вопроа о его пригодности при леченіи шнѣ-
тенціи и разннхнхъ формъ кровавіа, гдѣ методъ *Мозушевс-*
кого также оказывалъ успѣхъ.

Д-ръ С. *Аромасеніа* ¹⁾ лечилъ подѣшканіемъ 7 бѣ-
льшихъ мужчннъ. По роду бѣльша онъ распредѣлялся слѣ-
дующнмъ образомъ: *impotentia virilis*, *neurasthenia*—2;
impotentia virilis—1; *hysteria*, *incontinentia urinae*—1; *neu-*
ralgia intercostalis, *stenocardia*—2; *hemiplegia dextra*—1.
По числу сдѣланныхъ сеансовъ и по результатамъ бѣльшого
распредѣляется такъ:

1) *Neuralgia intercostalis*, *stenocardia*—3 сеанса по 1'—
ухудшеніе.

2) *Neuralgia intercostalis*, *stenocardia*—4 сеанса по 1'—
ухудшеніе.

3) *Impotentia*—6 сеансовъ по 1—1 1/2'—бѣль результата.

¹⁾ С. Аромасеніа. О леченіи нервныхъ бѣльшой подѣшканіемъ. Ме-
днцнское Общество, т. XXXV, стр. 373. 1891 г.

4) *Hysteria*, *incontinentia urinae* 8—сеансовъ по 1—1 1/2'
—ухудшеніе.

5) *Impotentia*—12 сеансовъ по 1—3'—бѣль результата.

6) *Impotentia virilis*, *neurasthenia*—13 сеансовъ по 1—
3 1/2'—снмала улучшеніе, затѣмъ ухудшеніе.

7) *Hemiplegia dextra*—32 сеанса отъ 1/2' до 4'—ухуд-
шеніе.

Интересъ 7 случая еще заключается въ томъ, что послѣ
9-го сеанса отмѣчено пониженіе кожнымъ рефлексъ, а въ
концѣ леченія вѣселоіе копуса стоны и удрученіе та-
кнннѣе и болѣею чувствнтелннѣе. До сеанса и послѣ
сеанса записывались пульсъ и дыханіе; въ ороженіи бѣ-
льннхъ случаетъ и пульсъ, и дыханіе замѣшались, по
крайнѣ незначнтелно: пульсъ на вѣселою ударовъ (2—4),
дыханіе на 1—2 въ минуту, или же и тотъ, и другое оста-
валось бѣль перемѣнъ. Неудачу въ случаяхъ функціональ-
наго характера авторъ объясняетъ тѣмъ отсутствіемъ вѣ-
рнхъ націентахъ, которнхъ онъ, въ за желанія получить то-
нне результаты, преднамѣренно подрывалъ у снѣхъ бѣ-
льнхъ и даже снмалъ ихъ въ сторону неудачи и «вѣ-
снтелнѣе въ 3 случаяхъ получилъ иное ухудшеніе. (Здѣсь
необходимо отнѣснть, что а чнело сеансовъ у нѣхъ было
крайнѣ ограничено). Послѣдній случай *hemiplegia* во по-
снѣнннхъ и стойкости улучшенія убѣднхъ автора въ томъ,
что здѣсь дѣло нло о дѣйснтелннхъ благотворнхъ вліа-
ннхъ подѣшканія на патологическій процессъ.

Возросомъ о вліаніи пытанія позвоночнаго столба на
спннн-мозговне рефлексъ и кровное давленіе занимался
въ лабораторіи проф. *Туркменова В. Снмѣа* ¹⁾. Опыты по-
ставлены были на лягушкахъ и кроликахъ. Вытѣженіе по-
звоночника производилось въ горизонтальномъ направленіи
въ особо устроенныхъ аппаратахъ, или съ зажимными жи-

¹⁾ В. Снмѣа. Къ вопросу о вліаніи вытѣженія позвоночнаго столба
на спннн-мозговне рефлексъ и кровное давленіе. Диссертація. С.-Пе-
тербургъ. 1890 г.

цетам, как съ грузом. У лягушек исследовались рефлексы съ тяжких колючеостей, иглообраз, тактильные, осязательные и на раздражение электрическим током. Въ первомъ рядѣ опытовъ у лягушекъ перебралась продолговатый мозгъ (подъ 4-мъ междомозгомъ), второй рядъ опытовъ производился при давлении головного и спинного мозга, третій рядъ—при удаленіи полушарій головного мозга. Конечно, производились контрольные опыты. Авторами исследовалось также вліяніе времени реакціи. У кролика авторы, какъ выбирать время реакціи, такъ и судили за вліяніемъ рефлексовъ и, кромѣ того, записалъ еще вліяніемъ каждаго измѣненія на кровяное давленіе (въ сонной артерій). Вотъ къ какому выводу привелъ автора его опыты во время измѣненія 1) тактильная чувствительность у холодокровныхъ поминутелъ, а у теплокровныхъ падаетъ; 2) способность къ электрическому возбужденію у холодокровныхъ колеблется съ направленіемъ, противоположнаго болевой чувствительности, а у теплокровныхъ падаетъ; 3) болевая чувствительность за меньшими исключеніями падаетъ у тѣхъ и другихъ; 4) према реакція увеличивается, какъ у теплокровныхъ, такъ и у холодокровныхъ; 5) кровяное давленіе понижается; 6) продолжительное вліяніе позвоночнаго столба вызываетъ гиперемію мозга и его оболочекъ, преимущественно въ спинномозговыхъ участкахъ. Авторъ подчеркиваетъ то обстоятельство, что между его опытами и опытами Гени, работавшаго съ измѣненіемъ периферическихъ нервовъ, есть большая аналогія. Слабая степень измѣненія нервовъ понижаетъ проводимость и раздражительность, а сильная вознѣжается, при чемъ гиперемія первичныхъ оболочекъ бываетъ всегда вліяніемъ сопутствующимъ¹⁾. Кровообращеніе и функциональная дѣятельность периферическихъ нервовъ въ связи съ измѣненіемъ представляютъ вліянія, подобныя тѣмъ, какія замѣчаются и въ спинномъ мозгу при измѣненіи позвоночнаго столба. Допускала возможность, говорить Савинковъ, достигати непосредственно вліяніемъ позвоноч-

¹⁾ Гени. О вліяніи нервовъ. Восток-Мед. журналъ, 1879 г. кн. XII.

ного столба востановленія некоторыхъ спинно-мозговыхъ функцій, нужно также признать, что указанный способъ можетъ и косвеннымъ образомъ способствовать востановленію тѣхъ же функцій. Авторъ не думаетъ, чтобы менingesіальна сращенія разрывались во время акта подбѣгиванія, какъ утверждаетъ *Albarran*, а считаетъ болѣе правдоподобнымъ, что сращенія, въ вліяніи гипереміи, сдѣлаются менѣе стойкими и разорвутся при обыкновенныхъ экскурсіяхъ позвоночнаго столба, при которыхъ спинной мозгъ значительно болѣе измѣняется, чѣмъ при подбѣгиваніи. Слѣдуетъ также упомянуть, что Савинковъ поставилъ еще одинъ опытъ на трупѣ, чтобы провѣрить вліяніе Лигонина, обыкновеннаго удлинителя позвоночнаго столба растаженіемъ артерій Лигонинномъ, при этомъ авторъ убѣдился, что этотъ аппаратъ съ удлинениемъ шейнаго отдела при подбѣгиваніи участіе не принимаетъ и что пережатіе твердой мозговой оболочки при обыкновенныхъ экскурсіяхъ шейной части позвоночнаго столба не сопровождается направленіемъ этой оболочки, тогда какъ при подбѣгиваніи направленіе мозговой выстѣпаетъ на первый планъ даже и при менѣе смѣщеніи.

Во обзорно-литературной статьѣ Prof. Eulenbury²⁾ высказываетъ мнѣніе, что до сихъ поръ никто не наблюдалъ дѣйствительно дѣйствительнаго результата отъ подбѣгиванія, дѣло шло лишь о паллиативномъ симптоматическомъ леченіи.

*J. Dubas*³⁾, говоря о леченіи страждущихъ болѣе тѣбическо, высказываетъ предположеніе, что какъ вліяніе нервовъ, такъ и надѣвленное много шуму подбѣгиваніе представляетъ опасность и въ настоящее время почти оставлены.

По мнѣнію *Leysen's*⁴⁾, высказанному имъ въ 1892 г., ни одинъ изъ методовъ не въ состояніи, хотя бы только отчасти, дать обратный толчекъ анатомическому процессу,

¹⁾ Encyclopaed. Jahrb. 1. 8. 650. 1890.

²⁾ J. Dubas. Des douleurs fulgurantes tabétiques. Thèse de Bordeaux. 1892. № 66.

³⁾ E. Leysen. Ueber die Behandlung der Tabes. Berliner klinische Wochenschrift. № 17. 8. 401. 1892.

наблюдаемому при спинальной сухотке. Принявши метод *Hessing's*, *Leudes* не имеет никакого жаления, считал за достаточно энергичное вмешательство и подбрасывание. Нельзя сказать, чтобы вообще *Leudes* дружелюбно относился к хирургическому и лекарственному лечению спинальной сухотки. Предложенное *Leudes* лечение впервые не удержалось, но *Leudes* ставит в заслугу *Leudes* то, что он не шло к лечению от терапии. От метода *Moore* также нельзя ждать значительного успеха, однако метода этого все еще испытывается и при крайней осторожности без всякого вреда. Один пациент, находившийся в первом периоде спинальной сухотки, сообщил *Leudes* то, что он с помощью подбрасывания освободился от густых приступов. Если же однако можно допустить, что в данном случае улучшение произошло вследствие излечения таза или спинального мозга, скорее было бы значение ободрающее, воднящее надежду влияние лечения, так как лечение проходило с осторожностью и большой последовательностью; много значило также и то, что в действительности метода почти в точности так же, как и пациент.

То же самое *Leudes* может сказать и об ортопедическом лечении спинальной сухотки по методу *Hessing's*. Ничего не имея против последнего метода, *Leudes*, однако, протестует против слишком широкого применения его при всех спинально-мозговых болезнях и при различных состояниях параличей. В виду того, что oficina последнего метода происходит из врачебного круга, конечно, есть опасность, что ортопеды будут вероиспытывать полученные ими результаты. *Leudes* уже приходится видеть подобные случаи. В общем же за ортопедическое лечение спинальной сухотки *Leudes* признает лишь отдаленное терапевтическое значение.

Kirschner ¹⁾ описывает случай мигрени, вызванный подбрасыванием. В виду интереса случая, мы приведем его

¹⁾ Kirschner. Ein Fall von Migräne, erzeugt durch Suspension. Berliner klinische Wochenschrift, № 47 K. 1193, 1892.

несколько подробнее. Н. с. марта 1889 года почувствовал слабость в обеих руках, особенно это он замечал при выполнении своих служебных занятий, несколько спустя появились слабость в ногах, и если теперь ему необходимо было быстро бывать или идти, то в ногах он чувствовал также боли. 29 марта 1889 года Н. привез в лазарет. Status praesens: худощавый, кожные покровы бледные, мышечная и слезная слабость. При движении рук и ног боли в плечах, локтях и запястьях суставов. При стоянии с вытянутыми ногами и нахлещении плечами по временам получается незначительное колебание. При походе замечаются также небольшие колебания. Грубая мышечная сила есть при движении на спине довольно хороша. Сгибатели на руках функционируют сильнее разгибателей, имеют руку довольно сильно. Чувствительность понижена в голениках и стопах, также понижена здесь и фарадическая возбудимость мышц (разница не исследована за отсутствием машины постоянного тока). Коричневый рефлекс не получается даже при ярком *Leudes* освещении. Отсутствуют рефлексы с ахилловых сухожилий, также и подошвенный. Интенсивный рефлекс слаб. Брюшной рефлекс есть. Позвоночник не болезнен. Зрачки нормальны, хорошо реагируют на свет. Поле зрения не ограничено. Со стороны тазовых органов никаких расстройств. В ближайшие дни усилился симптом Ровсберга и колебания при походе, с' т'а нормальна. Грубая мышечная сила заметно ослабла, так что больной не может прямо стоять; ходить держась за кровати. Чувствительность заметно понижалась, глубокие узоры булавки ощущать туго; появились она и на туловище, а также и на руках. Сокращения мышц при фарадизации медленны и малы (28. IV). 29. IV. Сделано первое подбрасывание на одну голову. Спусти 50 секунд большой должен был быть спущен, так как движение сделалось неправильным и ускоренным, лицо спинального краснело, и при этом пациент был возбужденно безпокоен. В общем сделано 50 подбрасываний. 10. VIII. Больной пребывает в к'ах на 5 ф. Вел' болезненным явления

притягивания подвешивания в стоячем положении. Препари-
рование одних животных, как это рекомендуют авто-
ры, по мнению проф. Бехтерева, не достигает желан-



Рис. 7.

ной цели. Аппарат Сиромма-Бехтерева в настоящее время
представляет интерес и потому, что является наиболее
распространенным и применялся даже в некоторых запа-
дных клиниках. На основании своих наблюдений и
наблюдений его учеников, проф. В. М. Бехтерев вполне
подтверждает благоприятные результаты подвешивания при
спинальной сухости, а равно и при некоторых других орга-
нических спинно-мозговых поражениях, в особенности
же при миелите от сифилиса, а также при застарелых,
формах спинно-мозгового сифилиса (*late medullar syphilis*)
и в некоторых случаях поперечного миелита. В только

что указанных органических поражениях спинного мозга
результаты подвешиваний обращают, по автору, еще более
на себя внимание, нежели результаты подвешиваний при
tabes. Автор приводит между прочим одно наблюдение,
произведенное ординатором его клиники Н. К. Мейером
и относящееся к данному сифитическому поражению спин-
ного мозга, в котором остановившийся в своем развитии
процесс уже не поддавался никаким ранее применявшимся
жестоким методам, тогда как подвешивание уменьшило расстрой-
ство деятельности мочевого пузыря и улучшило зажимный
образованный движение большого. При всех вышеотмеченных на-
блюдениях благотворное действие подвешиваний выразилось
более или менее резко в улучшении походки и увеличении
силы мышечных сокращений, устранении парестезий и более
или менее значительных улучшениях или даже совершен-
ным прекращением расстройств в отправлениях моче-
вого пузыря и прямой кишки, уменьшении или полным
устранением местных болей или гиперестезий, а также
судорожных движений, наконец более или менее полным
ослаблением рефлекторной возбудимости со стороны ниж-
них конечностей. Автор наблюдал еще лучшие резуль-
таты при сочетании утомления подвешиваний и отпа-
скающих. В некоторых редких случаях получаемые резуль-
таты были прочны. В случаях, где органический болезнен-
ный процесс выражается между прочим резкой гипер-
естезией спинной области и сильными болями, усиливающи-
мися при малейшем движении позвоночника, подвешивание
более частью переносится душо. Проф. В. М. Бехте-
ров¹⁾ пришел также к убеждению, что в некоторых слу-
чаях систематически примененная подвешивания оказы-
вают несомненную пользу при атрофических и иных по-
ражениях зрительного нерва, обусловленных спинно-моз-
говыми поражениями, вызывая улучшение, как перифериче-
ского, так переднего и центрального зрения или по крайней

¹⁾ W. v. Bechterew, Ueber den Einfluss der Suspension auf die Schär-
fung bei Affektionen des Rückenmarkes. Neurol. Centralblatt, № 7, 1895.

міръ проставляла дальніше розвитіе атрофіческого процесса и устранила тѣмъ самымъ прогрессирующее ухудшеніе зрѣнія. Такое вліаніе подбѣиванія объясняется авторомъ гипереміей сірого вещества, расположеннаго по сосѣдству съ желудочкомъ и на поверхности черепного мозга.

Только что изложенный взглядъ проф. В. М. Бельмурскаго вліаніемъ подбѣиванія на расстройство зрѣнія основанъ, такъ на его личныхъ наблюденіяхъ, такъ и на наблюденіяхъ, его ординатора, Е. Н. Воронинскаго ¹⁾. Е. Н. Воронинскій описалъ 5 случаевъ,—2 случая спинной сухотки и 1 случай пораженія правого глаза при туберкулезномъ страданіи позвоночника. Въ первомъ случаѣ больной 43 л., (4 года страдалъ спинной сухоткой и находился во 2 стадіи) послѣ нѣсколькихъ сеансовъ замѣтилъ, что онъ сталъ много лучше видѣти, а непосредственно послѣ каждаго подбѣиванія зрѣніе больного становилось настолько хорошимъ, что онъ былъ въ состояніи читать безъ очковъ, безъ которыхъ онъ давно уже не могъ обходиться. Послѣ 6-го подбѣиванія было замѣчено улучшеніе жгучихъ симптомовъ; подбѣивался больномъ съ тяжестью 90 ф. въ теченіе 10 мин. Непосредственно во время подбѣиванія онъ чувствовалъ наливность во снѣ, токъ и теплоту въ снѣхъ, послѣ же подбѣиванія чувство жгуча. Пульсъ во время подбѣиванія уменьшился съ 80 до 100 ударовъ, диастола съ 20 до 24—30 мм Г. Больному сдѣлано было 27 сеансовъ подбѣиванія, острота зрѣнія дошла до $\frac{20}{100}$ въ обоихъ глазахъ, нѣсколько широта поля зрѣнія показало увеличеніе ея на 5—10°. Авторъ выдѣлъ болѣею чертой 3 явления,—результатъ еще держался. 2-ой случай,—таблетки, 29 л., болѣлъ 4 года, сеансы 15 м., тяжести 120 фунт. Острота зрѣнія до подбѣиванія въ правомъ глазу $\frac{1}{200}$, послѣ сеанса $\frac{1}{100}$, окулисты напѣли атрофію обоихъ зрительныхъ нервовъ. Послѣ каждаго сеанса улучшеніе периферическаго поля зрѣнія; послѣ 3 сеанса улучшеніе оставалось; послѣ 8 сеансовъ острота зрѣнія поднималась до $\frac{1}{100}$ въ

¹⁾ Е. Н. Воронинскій. О вліаніи задѣиванія на расстройство зрѣнія в болѣзнь съ пораженіемъ спинного мозга. Неврологическій Сборникъ, т. I, кн. 1. 1893 г.

правомъ глазу, но нѣтъ еще упала. Сдѣлано 12 сеансовъ. Очевидно, говоритъ авторъ, въ этомъ случаѣ подбѣиваніе оказало сравнительно слабое вліаніе. Третья больная страдала кромѣ міалгіи отъ сдавленія еще истеро-эмалентіей; въ правомъ глазу у нея при офтальмоскопированіи найдены значительная гиперемія зрительнаго нерва, границающая съ воспаленіемъ; острота зрѣнія подъ вліаніемъ подбѣиванія въ правомъ глазу поднималась съ $\frac{1}{100}$ на $\frac{1}{50}$. Периферическое поле зрѣнія расширялось на 5—10°; послѣ третьего сеанса острота $\frac{1}{100}$, зрѣніе болѣе уяснѣло, зрѣніе улучшилось, но во зрѣніи стало сдѣлать 3 сеанса в состояніи зрѣнія восстановилось до прежней степени. Автору встрѣчались также двое больныхъ съ крайне рѣдко выраженной атрофіей зрительныхъ нервовъ, у которыхъ сохранилось лишь свѣтосоощеніе и у которыхъ подбѣиванія, какъ и рѣже предпринимались вприскиванія стрихнина, оказались безуспѣшными. На основаніи своихъ наблюденій авторъ не сомнѣвается, что подбѣиваніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказываетъ благотворное вліаніе на расстройство зрѣнія у больныхъ съ пораженіемъ спинного мозга даже и тогда, когда это расстройство обуславливается органическими измѣненіями въ снѣхѣхъ глаза. Въ объясненіи дѣйствія подбѣиванія авторъ держится уже извѣстныхъ намъ взглядовъ Бельмурскаго. Основываясь на познанныхъ сообщеніяхъ, Е. Н. Воронинскій предполагаетъ, что въ ближайшемъ будущемъ леченіе подбѣиваніемъ займется еще болѣе широкое мѣсто въ терапіи нервныхъ недуговъ.

Во второй своей статьѣ, опубликованной въ томъ же году, Е. Н. Воронинскій ²⁾ сообщаетъ 11 случаевъ, леченныхъ имъ подбѣиваніями. Въ историческомъ обзорѣ автора между прочимъ приводитъ разсказъ очевидца, что „въ Пермской губ. крестьяне жаловались при различнаго рода заболѣваніяхъ спинного мозга тоже роду подбѣиванія, состоящаго въ томъ, что такъ называемый „прямникъ“ бе-

²⁾ Е. Н. Воронинскій. Подбѣиваніе, какъ методъ леченія нервныхъ болѣзней. Неврологическій Сборникъ, т. I, кн. 2. 1893 г.

реть больного за руки себя на спину и несколько раз постепенно поднимает и опускает его; под конец он несколько раз довольно сильно встряхивает больного; сейчас продолжают каждый день. Больные постепенно получают облегчение и выздоровеют" (стр. 30). В 11 случаях подбрасывание производилось вторично, большей частью только с помощью локотников, без употребления уды. Указания на то, что при употреблении одних локотников многой достигают желаемого эффекта, по мнению Е. И. Вороникова, имеют значение сама реакция со стороны организма, так как при этом он всегда издает возгласы со стороны дыхания и пульса, наступание пота и некоторые субъективные ощущения больных. Уда приносились лишь в случаях сильного поражения позвоночника столба или тогда, когда желалось проследить влияние подбрасывания на черепно-мозговые симптомы. Подбрасывания приносились до 10—15 раз ежедневно и только подбросе через день; продолжительность первых сеансов 12—15, вскоре доходила до 20—25. Начиналось упражнение с груза в $1\frac{1}{2}$ пуда и доходило до 2—2 $\frac{1}{2}$ —3 пуда. Больных непосредственно после подбрасывания почти всегда клонило на спину, так что они засыпали за час или два упражнения, оказавшись спящими, иногда вместо сна они испытывали приятное чувство сна. Пульс из коды подбрасывания всегда учащался, делался бы то же время более полнокровным и широким. Дыхание не всегда, но часто учащалось и делалось более поверхностным. Почти постоянно наступал пот по всей спине, на лбу и других местах. Ни разу автор не видел восстановления волевых рефлексов или снотворной реакции зрачков, но так, где она была сохранена, как рефлекс, так и реакция становилась более живыми. Случаи 1, 2 и 9 та-же, что были опубликованы автором во 1-й статье, новых случаев таковы: 8. Из этих 8 случаев 5 случаев спинной сухоты, 1 случай неврастении, 1 meningomyelitis и 1 paralyticus. Все мужчины, из возраста 23—50 лет. Из 5 случаев спинной сухоты, трое больных, находившихся во втором периоде

болезни, значительно улучшились, всего было сделано 16—17 сеансов. Улучшение касалось главным образом общего состояния, страдающих болей, расстройств мочеиспускания и чувствительности; в одном случае первого стада после 9 подбрасываний больной бросил лечение и из одного случая 3-го стада было достигнуто незначительное улучшение. У неврастения достигнуто весьма значительное улучшение, так что больной приступил к исполнению своих служебных обязанностей. В случаях meningomyelitis (больше 4-х-летней давности) и paralyticus автор не достиг при подбрасывании многой отрицательных результатов. Автор всегда придерживается взглядов Борова, касаясь объяснения действия подбрасывания и его механизма. „До сих пор подбрасывание приближалось эмпирически, без необходимых соображений о пользе или вредности его при инфантильной форме болезни. Это было возможно, говорит автор, до тех пор, пока пока оставалось неизвестным хотя бы какое-либо физиологическое действие подбрасывания. Теперь же, когда этот вопрос представляется уже более или менее изученным с анатомо-физиологической и психической стороны, когда нам известна та изменения, какие вызывает подбрасывание в мозгом и здоровой организм, — такой порядок вещей, само собою разумеется, не должен быть места. Раз экспериментально доказано, какие изменения происходят в организм под влиянием подбрасывания, раз стало известным его обратное действие, — мы обязаны всегда жить в виду эти данные и руководиться ими при назначении подбрасывания. Да и опыт достаточно научил нас в этом отношении". Из многого автор приводит следующие: 1) Подбрасывание в настоящее время можно считать довольно прочно установленным методом лечения первых болезней. 2) В литературе еще не найдено достаточно твердо выработанных показаний и противопоказаний для применения подбрасывания, как терапевтического средства. 3) Самые лучшие результаты подбрасывание дает при tabes dorsalis (второй период), хороших результатов можно ожидать при неврастении и

других общих возростах, оно является, наконец, прекрасным симптоматическим средством при туберкулезных и других поражениях позвоночника и вообще при страданиях спинного мозга, зависящих от его сдавления.

В мае того же года д-р В. Ф. Сармюзи¹⁾ изложил подтверждать результаты наблюдений, произведенных проф. В. М. Беккером и д-ром Е. И. Горюхиным, относительно благоприятного действия подвешиваний на ослабление артрита. Тогда же В. Ф. Сармюзи предложил вторую модификацию аппарата для подвешивания. Принцип этой мо-



Рис. 8.

дификация ясно видна из прилагаемого рисунка (см. рис. 8). Вместо ранее употреблявшегося блока, в новом аппарате Сармюзи входит неравноплечий рычаг (A), короткая часть рычага составляет $\frac{1}{4}$ всего рычага и снабжена коромыслом и уздой *Sauer's* (B), длинная же часть рычага (C) служит для подвешивания в $2\frac{1}{2}$, 5 или 10 фунт. Каждая подобная гиря, приращенная к данному концу рычага, соответствует от 4

раза большему тягу на конец короткой части рычага, к которой подвешивают больной, а отсюда устраняется излишнее утомление врача при подвешивании гирь. Проф. В. М. Беккером справедливо отмечает, что если при аппарате с блоком врач одной уздой гиря, применяющейся снизу лица, без остановки гиря может возбуждать особые жалобы на утомительность подвешивания гирь. Практика также ратует за пользу второй модификации аппарата, которая получила большее распространение.

Glorieux характеризует состояние терапии спинной сухотки до введения механических методов лечения, как:

¹⁾ Сармюзи. *Medicines* (Gazette), № 8, 1893.

схему одних неподвижных средств другими, часто более предими, но также и действительными¹⁾. Первым, принявшим из *tabes* механическое лечение, *Glorieux* считает *Hessing's*, который пользовался своим пореком еще 20 лет тому назад. (Съ этим, однако, вряд ли можно согласиться, так как гораздо ранее изобретений *Hessing's*, издаваемых из печати, из терапии уже было известно питание нервов, а затем подвешивание). Какое истинное подвешивание, *Glorieux* говорит, что обильная надежда была сначала слишком хороша, чтобы быть действительными и продолжительными и, когда кончился период утешения, пришлось уже сожалеть, чтобы доказать терапевтическую действительность подвешивания, которое теперь старались лишь вернуть к терапевтическому значению. *Glorieux* вспоминает историю живых познаний терапевтических средств, которая после опубликования обидела чудеса, а затем основатель знал, их применявших, считали чуть не убойными, а самые средства предавались забвению. Но жизнь *Glorieux*, лица, состоявшего слишком поздно подвешивание из артефакта, отныне уже названный бесполезными познаниями средствами, были не правы. У некоторых больных, конечно, неспасительных, подвешивание, хотя и не постоянно, но успевало устранить боли и уменьшать размеры расстройства; автор, достойные врач, приписывает ему значительное влияние на атрофию и на полезную функцию. Эти результаты, как бы редкие и ничтожные они ни были, являют большую ценность в столь безрадостной области, какона терапия спинной сухотки. Автор считает метод *Boissac-Benedict's* менее опасным и достигающим большей степени имитации позвоночника, чем подвешивание. *Glorieux* прибавляет сгибание, возмущает гиневрологическим столом, который поворачивать по желанию опускает или приподнимает голову и верхнюю часть туловища. Продолжительность сеансов достигнет $\frac{1}{4}$ часа; дабы не держать согнутого больного руками, автор укрывает ноги тростью, положенной на Ахиллов

¹⁾ *Glorieux*. *Traitement mécanique de la Parésie locomotrice*. La Policlinique de Bruxelles, № 3, 1-er Février 1894.

суживала и нижней точкой опоры заднюю поверхность паховой складки стола. Такое вытяжение легче достигается у мужчин, чем у женщин и у тонких и невысоких людей, чем у низких и тучных. Но только что упомянутую методику автор применял 7 больным, — 5 мужчин и 2 женщины. Две женщины и 1 мужчина проходили слишком мало сеансов и потому должны быть исключены из счета, все остальных четырех больных, находившихся на различных стадиях спинальной сухотки, у одного *Glovera* не получили никакого результата, во трех-же случаях получили значительное улучшение. История болезни этих 3 случаев и приведены автором. У первого больного, атланта, находившегося на 2 стадии, улучшение касалось движения в боков-разгибании туловища вправо совершенно. К соматическому лечению, сколько еще сделать сеансов. Коленный рефлекс не возратился. Второго больного, табетика первого стада, страдавший чрезвычайно густыми кривизнами, получить облегчение: кривизны стали реже, общее состояние улучшалось и он стал реже прибегать к морфину. Больше благоприятный результат был получен у 3 больного, табетика, находившегося на последнем этапе, после 6 месяцев лечения болевой спазм ходил. Кроме того *Glover* применял и подвешивание на аппарате *Servier*, возмущая второй модификацией этого аппарата и весом в 6—8 kilo. По этому методу лечилось 2 больных женщин. У первой, двукратно 17 л., страдавшей спастическим спинальным паралитиком, результатов не было, у другой больной, страдавшей комбинированным миелитом, через 3 сеанса весового разстройства и улучшался походка. В частной практике *Glover* пользуется аппаратом *Sayer*'a, веревка от которого проходит через обратную передающую блок, и делает вытяжение с помощью шкива.

Joachimsthal ¹⁾ поставил себе задачей проверить, насколько основательно подвешивание противопоставлено некро-

патозам у лиц, страдающих пороками сердца и сосудов, пороками, хотя бы даже компенсированными, а также изучить и вообще влияние подвешивания за тазовую на кровообращение. При своих экспериментальных исследованиях пользовался сфигмографом *Dudgeon*'a. Пациенты подвешивались исключительно за голову. Пульсы записывались из art. radialis, рука была согнута в локте, в кистевых сочленениях слегка разогнута, кисть она была удерживалась в горизонтальной шине и вертикальное движение плеча приближалось к нулю. После того, как была снята кривая изгибов покровной мембраны, больной был осторожно подвешиваем, кривая снималась через промежуток времени в $\frac{1}{2}$ и 1', а затем и в следующее за подвешиванием время. Частота пульса одновременно была контролирована и на другой руке. Выход экспериментных кривых образцов больных было 15. Больных можно разделить на 2 группы. К первой группы относятся больные с боковым и задним изгиблением позвоночника (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 и 9 случаев). Ко второй группы можно отнести больных с изгиблением позвоночника и с ахилией (6) и комбинированными пороками сердечных клапанов (случаи 10, 11, 12, 13, 14 и 15). Из больных первой группы, только у одного наблюдалось состояние скоропереходящей слабости: в конце шестой минуты неслия, до этого случая и после пациенты вполне хорошо переносили подвешивание. Автор думает, что эта слабость есть результат избытка при подвешивании возбуждения субъекта (до этого случая и после однако не наблюдавшегося). Пульсы под влиянием вытяжения учащались у 7 больных и у одного не менялись. Высота пульса падала 2 раза. Неправильность пульса, кривой с дуплетом, наступила только в одном случае, у одной больной, при первой попытке подвешивания, при следующих опытах этого не замечалось; возбужден пульса здесь *Joachimsthal* представляет также исключению возбуждению. Между пациентами второй группы частота пульса во время подвешивания была одинаковой, 2 раза увеличивалась на 10 ударов и у сильно атрофичной больной увеличение частоты произошло на 20 уд-

¹⁾ *Joachimsthal* Ueber die Einwirkung der Suspension am Kopfe auf den Kreislauf. Archiv für klinische Chirurgie, B. XLIX. 1894.

пульс. Высота пульса возвышалась один раз в незначительной степени. Между 6-ю больными с порокми клапанов 4 раза было констатировано увеличение в происходящем ритме пульсовой волны, состоящее из уменьшения и сглаживания диастолической волны, в случае же 14 таковая совершенно отсутствовала. Отмеченного О. О. Мочутковскими на ас. femoralis повышения диастолической волны во время подвешивания Jochimsenhal'ю никогда не наблюдалось. Неправильностей пульса ни в форах, ни в сфинктериях друг за другом. Пульсовых толчков автору во время подвешивания не наблюдал, ни то время, как в случае 15 вышнее выражение, связанное с подвешиванием, действительно, ясно распространяло сердечную деятельность. Автору оставалось открытым вопрос, не зависело ли в больничестве случаев наблюдаемое увеличение числа ударов пульса от исключительного возбуждения. Замечательно, что между пациентами с пороками клапанов преобладало число таких, у которых во время штипа частота пульса не изменилась. Уменьшение числа ударов пульса, как это наблюдал однажды *Wesselrodt*, автору отчасти 1 раз и то в начале опыта. Во вопросе о случайных подвешиваниях вытекающих опасностях для больных это отсутствие всякой неправильности в пульсовой кривой может иметь особенное значение. *Levy* смотрит на неправильность пульса, как на обязательный симптом сердечной слабости и считает ее вместе с возмущающейся частотой одним из первых объективных признаков этой слабости. На основании своих опытов *Jochimsenhal* приходит к выводу, что же может, не боясь никакого вреда для организма, принимать осторожное подвешивание и у пациентов, страдающих компенсированными пороками сердца и это тем более, что из опубликованных до сих пор несчастных случаев никогда вредное влияние не было приписано разве констатированным расстройствам кровообращения. Полноты ради, следует сказать, что в больничестве случаев болезни приподнялись автором только на такую высоту, чтобы несли еще касались почти.

В *работы Jochimsenhal'a* цитируется также труд *Anders'a* ¹⁾, который, касаясь вопроса о растяжимости позвоночника, на основании опытов из трупа пришел к убеждению, что такая растяжимость или не существует вовсе, или возможна только в минимальной степени; очевидный, незначительный эффект, который обнаруживается всего в несколько миллиметров на подвешенном и вытянутом тазобедренном трупе, при прибавлении тяжести даже до 70 kilo больше не увеличивается. Благоприятный эффект вытяжения при спондилите зависит не от того, что позвоночник удлиняется и горб выпрямляется, а от того, что через вытяжение спондилитический дается такое положение, при котором его позвоночник находит в самом себе большую устойчивость, чем раньше.

Blondel ²⁾ описывает один случай спинной сухотки, где он применял особый метод вытяжения спинного мозга, описанный в позднейшей литературе его имя. Пациент *Blondel'a*, г. X., 31 года, наблюдался автором около 4-х лет. Заболевание началось в мае 1892 года замедлением мочеотделения и ослаблением кожных рефлексов. Отсюда болезнь, втретичный спондилит, разлитаясь, умерь от туберкулезного поражения крестцовой кости. Мать и старшая сестра истерички. Сам г. X. имел 8 лет тому назад „petit boate“ на заднем позвоночном члени, явление это исчезло через 8 дней, вторичных же симптомов г. X. не захватил. Сначала *Blondel* назначил иперическое неруемое лечение, но это лечение осталось безуспешным и назначено было иприскиваниями из мочевого пузыря жостков-слого серебра; дней через восемь мочеотделение значительно улучшилось. В конце 1892 года г. X. вторично обратился к *Blondel'ю*, так как у него появились рана срывающая боли. Кожные рефлексы оказались еще более ослаб-

¹⁾ Ernst Anders, Studien über die Haltung der spontänischen Wirbelsäule und ihr Verhalten in Suspension. v. Langenbeck's Arch. Bd. 38. S. 18.

²⁾ Blondel, Traitement des douleurs fulgurantes de l'ostéite locomotrice. Un cas de guérison maintenue depuis deux ans. Revue de Therapeutique Medico-Chirurgicale p. 203, 1895.

леними. Искривая без результата посты арсенатом болезнующих средств, *Blondel* потерял из виду пациента, которому видно было, что такие попытки безрезультатны. Только в марте 1893 года *Blondel* случайно встретил на улице г. X: «начало припадка» от мела, говорит *Blondel*, а спросил, не была ли у него забыта какая-нибудь таблетка против этих адских болей, которая у него появлялась все чаще и становится все невыносимее? Тогда *Blondel* внезапно вспомнил об одном реферате, прочитанном недавно: этот реферат коротко пересказывал работу одного русского военного врача из Кавказа, врача, который заметил поднимание других способов, прежде описанных, но достигая хороших результатов против стрижущих болей. Расчитавши лишь на эффект ирригации, *Blondel* сообщает теперь г. X. испытать этот метод, который из-за того не очень прост и может причинить самым большим ¹⁾. По совету автора, г. X. перестал, как до этого спать, продолжал следующее: лежа на спине, он пригибал бедра к туловищу и голени к бедрам, стараясь таким образом привести колени к подбородку, приближая их к себе, пока голова не встрянет; широкий ремень, проходящий между затылком и затыком под коленями, стягивавший самими боками, позволял ему без особого труда удерживать такое положение в течение 5 минут; иногда только болевой конвульсия на бок. Снятый таким образом возмущенный, как думает *Blondel*, производил некоторое удлинение спинно-мозговой оси, в особенности в области задних столбов. Удлинение может быть так же значительно, как и при поднимании, однако, с тем преимуществом, что действие распространяется главным образом на область задних столбов. Единственное неудобство—это стеснение дыхания, но если раздвинуть колени и не особенно сильно сдавливать живот, то положение становится удобным. После описанной выше встряски

¹⁾ Как сообщает *Blondel* по поводу этого русского врача, а потому и не приводит его в статье.

Blondel не видел своего больного около года и вдруг видит его опять случайно на улице. «Вы мой спаситель, говорит болевой, я всею помехами тресточкой, и я очень благодарен, что до сих пор не пришел к вам; через восемь дней боли начали слабеть и совершенно исчезли». Между тем болевые возобновились, но стоило начать болевую спину, как эти боли исчезли и не появлялись около года. Несмотря на протесты *Blondel*'а, болевой даже женился. Миссия через 6 лет женщиной *Blondel* была приглашена из жести болевой, у которой появились признаки с последующим заблуждением жести и ее придумать. «А, говорит *Blondel*, уверяя болевую, что она не почувствует моего софла, но болевой заявил, что после женитбы болев у него не бывало чаще, чем 1 раз в неделю, и то сейчас же исчезают под влиянием спинации. «И поспрашивая его, добавляет *Blondel*, как он обстоит своей молодой жести эту экстраординарную гимнастику».

Приходя этот случай, *Blondel* думает, что правда ли уменьшение болей у данного субъекта можно объяснить релаксацией, которую ощущала болевая, с другой стороны, он, конечно, не утверждает, что в данном случае произошло излечение, он только рекомендует испытать этот метод у табетиков, у которых остаются бесальными против болей другие средства. Метод этот *Blondel* считает безопасным и простым в применении.

G. Rouvier ¹⁾ в обзорной статье о спинной сухотке считает настоящее время, когда излечение почти, удобным для оценки поднимания. Автор думает, что поднимание по Бурроу заслуживает того, чтобы быть удержанным в терпении. Конечно, этот метод лечения далек от того, чтобы быть господствующим способом лечения *tabes*, но он может оказывать благоприятное влияние на общее число тяжелых симптомов *tabes* и в

¹⁾ G. Rouvier. Traitement du tabes. Nouv. Montpellier Medical p. 611, 1896 г.

такою видъ подѣйствіемъ служить полезному приближенію къ агентамъ классическаго леченія, которые часто бывають даже выше его по своимъ терапевтическимъ эффектамъ.

Barrood¹⁾, подтверждалъ то обстоятельство, что подѣйствіе гипноза не изстараилось, какъ извѣстнаго *tabes* средство, къ то же время придаетъ ему симптоматическую цѣльность въ довольно большомъ числѣ случаевъ спящей сухоты; въ первомъ ряду симптомовъ, поддающихся леченію подѣйствіемъ, Barroodъ ставитъ стрѣлковидъ боли, мочепаузы, разстройствѣ и атансію. Barroodъ признаетъ, что, въ общій видъ, подѣйствіе должно считаться съ довольно многими противопоказаніями, такъ какъ оно не лишено опасностей.

П. Я. Розенбахъ²⁾, не предпринимая вопроса о томъ, насколько подтвердится въ будущемъ вышесказанное, хотя бы временное, вліяніе подѣйствій на спящую сухотку и не присоединяясь къ строгому замечанію Leyden'a, по которому надо надѣяться, что этотъ способъ такъ же скоро исчезнетъ съ терапевтической сцены, какъ онъ появился на ней, во всякомъ случаѣ не раздѣляетъ увѣренія нѣкоторыхъ авторовъ, приписывающихъ ему чрезмѣрно большое значеніе. Даже допуская возможность физиологическаго вліянія его путемъ извлеченія спящаго мозга или первичныхъ стволовъ, или путемъ замѣщенія протообразованія въ спинномъ мозгу, нельзя отрицать, что въ замѣщаемость удачливости нѣкоторыхъ симптомовъ спящей сухоты при подѣйствіи играть извѣстную роль должна способъ и обуславливаемое ею вліяніе гипноза.

Ерб³⁾, однакожь измѣнивъ свой взглядъ на терапевтическую цѣльность подѣйствія и извлеченія при спящей сухотѣ

1) Barrood. Le traitement de l'insensibilité motrice du tabes par la rééducation des membres. Leçons faites à la Salpêtrière, 1896. Revue internationale, thérapeutique et pédiatologique № 14, 6, 7 p. 225, 1896.

2) П. Я. Розенбахъ. Спѣнная сухота. «Рубинъ» эмпирическаго излеченія науки». Мелко-литургическій складъ. Изданіе В. С. Давыдова. С.-Петербургъ 1894 г.

3) W. Erb. Die Therapie der Tabes. Sammlung klinischer Vorträge begründet von Richard von Volkmann. Neue Folge herausgegeben von Ernst von Bergmann, Wilhelm Erb und Franz von Winiw. Leipzig № 15, 1894.

въ благопріятную для послѣднихъ сторону, остался вѣрныъ тому взгляду и въ подѣйствіи своихъ статьи. Въ рѣдкихъ случаяхъ отъчужденности и въ опредѣленныхъ случаяхъ строго локализованныхъ невралгій, для настоящихъ „сѣдлающихъ кризисъ“, по Ербу, еще могло бы быть удержано показаніе къ крайнему извлеченію нервовъ, однако въ извѣстныхъ результатахъ, во съ меньшимъ расколомъ, можно достигнуть путемъ такъ называемаго „не крайняго извлеченія“. Для этой цѣли Ербъ рекомендуетъ методъ Courlet'a: изнѣженіе ноги лежащаго больного събѣгаютъ въ такоебѣженіе соединенія настолько сильно, чтобы стоны приближались къ голови и въ этотъ положеніи ихъ удерживаютъ цѣлѣе время. Съ тою же цѣлью можно пользоваться методами Негус'a, Bonazzi и Mondet'a. Всѣ эти методы авторъ особенно хвалитъ при стрѣлковидъ боляхъ; дѣйствіе ихъ, по Ербу, сводится не только на изнѣженіе нервовъ, но можетъ быть еще болѣе на извлеченіе нижней половины позвоночника, чѣмъ достигается можетъ быть вліяніе на спинальные ганглии и задніе корни. Изъ аппаратовъ для подѣйствія Ербъ считаетъ наиболее цѣлесообразными аппаратъ Овермана. Опыты, поставленные на трупѣхъ и животныхъ для объясненія дѣйствія подѣйствія, далеко не достигли своей цѣли. Благопріятное дѣйствіе подѣйствія Ербъ считаетъ однако несомнѣннымъ. Результаты весьма замѣтны при спящей сухотѣ, вліяніе подѣйствія сказывается, какъ на вѣтви теченія болей, такъ и на отдаленныхъ симптомахъ. Число и объясненность полученныхъ результатовъ такъ велики, что отрицать ихъ Ербъ считаетъ во всякомъ случаѣ невозможнымъ, но съ тѣмъ нежелая исключать въ данныхъ случаяхъ благопріятнаго дѣйствія изнѣженія, но можно ли, спрашиваетъ Ербъ, лечить *tabes* исключительно изнѣженіемъ? До сихъ поръ ничего еще не слышно, чтобы дѣйствительное изнѣженіе въ спящихъ давало при спящей сухотѣ особенно блестящіе и разнообразныя результаты. Ербъ лично видѣлъ отъ подѣйствія рядъ хорошихъ результатовъ и признаетъ этотъ методъ довольно часто. Говоря о корсетѣ Hering'a, Ербъ не сочетаетъ ихъ очень удачно, такъ

кисля во многих случаях только очень мало вознаграждает большие задержки на такой пороть.

Велюм ¹⁾ говорит о подбывивании, что действительно случаи издвинули этого способ лечения, судья которого была так блестяща, неблагоприятие из нему так коротко и который даже и теперь своим заслугам приписывает внимание врачей". Много поправок методу сначала популяризация его общей прессой; совершенно еще научно обоснованный, он попал в большую публичку, привлек при большом количестве и неудобств случай людьми не компетентными и неопытными, полученные при этом нежелательные результаты в большей части послужили материалом для преувеличенного диссепарирования, в которое попал этот метод исследования. Подход этого толку, что подбывивание даже при лечении спинальной сухотки, автор, отбывает уже хорошо известные нам факты: из недостатков подбывивания Велюм относит нестойкость полученных результатов; немалым отбывается также, что в начале подбывивания улучшение часто уступает место последующему ухудшению. По мнению Велюм, классификация противопоказаний к подбывиванию, разработанную Р. Вассон и Вильямом, следует еще пополють: подбывивание противопоказано и в случаях таких с остротой течением или где наблюдается внезапная обострения, а также и в случаях, где есть тенденция к поражению продолговатого мозга (герпассе крии и проч.); иногда не следует прибавлять к подбывиванию в прерывистическом период; осторожности требуют и случаи, где преобладают боли и гиперестезия. Во жетодах стибания позвоночника Велюм не видит преимуществ перед подбывиванием.

В. Н. Воронинский ²⁾ в 1895 году пишет, что он до настоящего времени продолжает также настойчиво при-

¹⁾ Велюм. Traité de la maladie de Pott. Archives générales de médecine, p. 143, 1896.

²⁾ В. Н. Воронинский. Лечение вывихов позвоночника из термическим способом при вывихах от сдвигания. Педиатрический Вестник т. III. вып. 4, 1895 г.

имать подбывивание при помощи аппарата д-ра Саркиса и жетать повторить свое прежнее мнение, что этот метод лечения при некоторых периферических болевых (tabes, myelitis с compressione) даст лучшие результаты, чем все средства, применяемые из напаса расправления. Во последнее время кроме подбывивания он начал также прибавлять и кровяное вытяжение так, как оно давно уже практикуется в хирургии при лечении спинальных. Он остался очень доволен последним методом и, как претир, продолжать два случая жетать от сдвигания, где были достигнуты очень хорошие результаты. Вытяжение производилось грузом в 40—50 фунтов, трасция применялась за голову и подмышки. При поражении шейного отдела груз брался 15—20 фунтов. В одном случае вытяжение применялось 7 месяцев, в другом 4. Автор старался производить вытяжение по возможности в течение всего дня.

В. Н. Дюрозоум ¹⁾ применял подбывивание в течение нескольких лет в Харьковской политехнической проф. П. Н. Кошляков и на разу не наблюдал опасных или вредных побочных действий. Автор признает за подбывиванием влияние на табетический процесс, спазмирующееся уменьшением и даже уничтожением выделительных болевых симптомов. Сам проф. П. Н. Кошляков ²⁾ видит особую пользу от применения подбывивания при спинальной сухотке, но при этом он настоятельно советует производить еще механическое растяжение мускулов нижних конечностей, так как, по его мнению, при спинальной сухотке жетать место между прочим и мышечной стрессия и функция мышц.

Модификация способа подбывивания не переставали предприниматься до настоящего времени, хотя и ни одна из них не внесла какого-либо нового принципа в применение

¹⁾ В. Н. Дюрозоум. Лечение спинальной сухотки. Военно-медицинский журнал. 1896 г. стр. 403.

²⁾ П. Н. Кошляков. Спинальная сухота и ее лечение 1893 г. цит. по Дюрозоуму.

этого метода; такъ д-ръ Чуринъ ¹⁾ предложить аппарата *Sayer's* съ тѣхъ изомежеиеніемъ, что траница за него производится на отдѣльномъ поромыслѣ, между которыми и поромыслъ для подыминикова асавленъ динамометри. Изъ прилагаемаго рисунка видно, что новый аппаратъ ничего новаго не представляетъ, и все это давно уже предлагалось французскими и англійскими авторами.

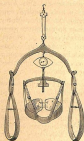


Рис. 9.

скаго стадіа, хорошо поддававшаяся вліянію леченія и начальнаго стадіа.

S. H. Scheider оспариваетъ у *Hoffmann's* приоритетъ введенія въ аппаратъ *Mouchon's*скою—*Clarke's* пружинныхъ вѣсовъ, такъ какъ онъ еще 7 ноября 1896 года въ заведеніи Будапештскаго общества врачей демонстрировалъ свой аппаратъ, построенный совершенно такъ же, какъ опи-

A. Hoffmann давно уже также пользуется пружинными вѣсами для измѣренія силы тракціи при подыминиканіи и въ 1897 году рекомендуетъ такого рода подыминиканіе, какъ наилучшее ²⁾. Онъ применилъ его у 25 пациентовъ, изъ которыхъ 18 были табетиками. У табетиковъ, а также въ одномъ старомъ случаѣ поперечнаго мізгита *Hoffmann* достигъ очень хорошаго результата, особенно успѣхъ былъ замѣтенъ въ такихъ случаяхъ спинной сухотки, которые находились въ началѣ такъ называемаго атактико-

сизма въ его *Hoffmann's*. Хотя *Scheider* и называетъ свой аппаратъ идеальнымъ, но мы не смѣемъ судить въ немъ никакихъ преимуществъ передъ аппаратомъ *Сиринго*—*Беллереса*. Рисунки аппарата *Scheider's* можно найти въ Энциклопедическомъ ежегодникѣ *Eisenberg's* ³⁾. Единственное удобство аппарата то, что онъ не занимаетъ много мѣста, не громоздокъ и неже напоминаетъ «дыбу», съ которой такъ охотно сравниваютъ большіе аппараты для подыминиканія. *Scheider* въ общемъ получилъ благоприятные результаты при *tuberc.*, *tremor.*, *ischias* и функциональной импотенціи; при амблиопіи авторъ не видѣлъ никакого улучшенія. Авторъ настойчиво рекомендуетъ испытать неврологамъ его аппаратъ. Въ литературномъ обзорѣ *Scheider* приводитъ выдержку изъ описательной анатоміи *Hyrtl's* (изданіе пятидесятихъ годовъ), гдѣ уже есть замѣчанія объ удлинненіи позвоночника и сжатою мозгу при сгибаніи позвоночника впередъ; по *Hyrtl's*ю, связанное съ важнымъ сгибаніемъ позвоночника натяженіе спиннаго мозга обуславливаетъ болѣе высокое положеніе *conus medullaris*, такъ, если спина трупа согнута, то протиснутый черезъ жевозночную связку между послѣднимъ груднымъ и первымъ поясничнымъ позвонкомъ шпатель болѣе не попадетъ на *conus medullaris*.

Въ прекрену своему наблюденію (см. стр. 145) *Blondel* ⁴⁾ добавляетъ, что ему удалось еще разъ видѣть перваго больного по поводу споропреодолающаго паралича п. *abductentis*, течение болѣзни въ остальномъ не обнаружилось никакихъ новыхъ проявленій. Кроме того *Blondel* прикинулъ свой жестъ еще у четырехъ табетиковъ начальнаго періода и только въ одномъ случаѣ съ успѣхомъ.

Clérault ⁵⁾ на XI съѣздѣ французскихъ хирурговъ сообщаетъ о 14 случаяхъ вытѣненія нервовъ, прикинуваго по поводу *mal perforant du pied*. Операция состояла изъ сред-

¹⁾ *H. C. Чуринъ*. Изомежеиеніе аппарата *Sayer's* для подыминикова по *Mouchon's*скому. Общественныя лекціи, посвященныя экспериментальной психологіи. 1897 г. стр. 248.

²⁾ *Alex. Hoffmann*. Ueber Suspensionsbehandlung bei chronischen Rückenmarkaffectionen. S. 972. Neurologisches Centralblatt. 1897.

³⁾ *Scheider*. Suspension. Encyclopädische Jahrbücher VII Band.

⁴⁾ *M. Blondel*. Traitement de l'ataxie par l'extension forcée de la colonne vertébrale. Séance de l'Académie de médecine, 4 Mars, 1897.

⁵⁾ *Rev. de Chir.* № 11 1897. *Clérault*. De la cure radicale du mal perforant par l'extirpation des nerfs plantaires. Académie de médecine, 6 Avr. 1897. см. Médecine moderne № 7 1897.

ней стопы антагонист *n. n. plantaris extern. et intern.* (9 случаев), одного *n. plantar. int.* (1 случ.), *fibula*, *peronei* и *больному малому* (1 случ.) и *n. saph. min.* (5 случ.) Кроме антагониста первым производится и иссечение ишио-ахиллового нерва. Результаты операции из 12 случаев успешны и только 2 случая неудачны.

Gilles de la Tourette и A. Chippault¹⁾, экспериментально убедились в том, что подбрасывание вызывает также заметное удлинение спинного мозга и его корешков, следовательно, рекомендуется зажимать подбрасывание слабо-

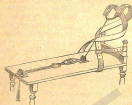


Рис. 10.

пояса, какъ болѣе дѣйственными. Произведены авторами предварительные опыты на 5 трупяхъ убедились въ томъ, что сгибаніе позвоночника вождъ вызываетъ удлиненіе спинного мозга, колеблющагося въ предѣлахъ отъ 1 до 1,7 смт. Это удлиненіе распределяется и на спинной мозгъ, и на кауда equina. Удлиненіе кауды equinae у различныхъ субъектовъ сильно колеблется отъ 1,1 мм. до 6 мм., удлиненіе самого спинного мозга колеблется отъ 7 до 9 мм. Максимумъ удлиненія падаетъ на уровень первой поясничной ямки.

¹⁾ Gilles de la Tourette и A. Chippault. Le traitement de l'ataxie par l'extension vraie de la moelle spinale. Nouvelle Iconographie de la Sal. pètrière. Mai et Juin 1897, ou Bulletin officiel de l'Académie de Médecine de Paris, daté du 27 avril 1897.

По понятнымъ причинамъ на задній части спинного мозга слабѣе дѣйствуютъ сжатию. Для производства слабѣе экономична авторами предложенъ особый или построившій аппаратъ. Этотъ аппаратъ представляется изъ себя столъ изъ лѣзныхъ жерезовъ (см. рис. 10), длиной въ 1,4 метра и шириной въ 45 смт., съ жаленкой спинкой, къ которой приделана ремня, служащей для фиксированія пациента. На средней линіи стола, въ точкѣ соединенія задней трети длины съ двумя передними, находится блокъ, черезъ который проходитъ веревка, служащая для производства тракцій.



Рис. 11.

Съ одной стороны веревка оканчивается у передняго края стола ручкой, на которую и происходитъ тракція, съ другой же стороны она прикрѣпляется къ центру желѣзпана изогнутого стержня, проходящагося на груди пациента. На пути между передноточными блоками и ручкой находится динамометръ, показывающій силу тракцій. Пациентъ удерживается поясомъ изъ саней стола и прикрѣпляется къ послѣдней посредствомъ ремня, проходящаго по животу, подобный же ремень удерживаетъ голени (см. рис. 11), дабы избежать смещенности во все время сжатиа находившихся въ полномъ разгибаніи. Затѣмъ помощью крестообразно расположенныхъ ремней, къ концамъ которыхъ прикрѣпляется корсетъ, и производится сгибаніе туловища впередъ, какъ это можно видѣть на рис. 11. Сила сгибанія въ среднемъ равна 70 kg.

но до этой степени стибания слѣдует доходить постепенно. Если же дѣлать болѣе сильнаго стибанія, то болѣе чувствуются непріятное напряженіе въ обоихъ сѣдальныхъ перлахъ, что можно считать за лучшее доказательство дѣйствительнаго изгнания нервнхъ стволѣхъ нижнихъ конечностей и спинного мозга. Въ четырехъ случаяхъ наблюдался даже двусторонній ісхіасъ. Средняя продолжительность сеанса простирается отъ 8' до 12'. Дыханіе во время стибанія, по наблюденіямъ авторовъ, не затрудняется, но нарушается въ противоположность подбѣиванію и кровообращенію. Послѣ того, какъ авторы изучали стибаніе позвоночныхъ изъ 10 здоровыхъ, она перешла къ леченію больныхъ. Всѣхъ случаевъ спинной сухотки, подтвердившихъ этому леченію, было 47, — 39 мужчинъ и 8 женщинъ, при этомъ леченію подвергались только случаи tabes, находившіеся во второй стадіи болѣзни, — случаи 3-го стадіи, а равно и случаи съ очень незначительнымъ развитіемъ симптомовъ или съ очень острыми теченіемъ были исключены. При этихъ наиболѣе чистыхъ формахъ заболѣванія (2-ой стадіи) стибаніе позвоночника является лучшимъ терапевтическимъ приемомъ, такъ какъ почти половина больныхъ, 22 человека, при такомъ леченіи получили значительное облегченіе. Улучшеніе касалось всѣхъ симптомовъ заболѣванія и шло въ такомъ порядкѣ: сначала исчезли парестезіи и расстройство чувствительности, затѣмъ расстройство мочеиспусканія и въ особенности задержка его. На интенцію стибаніе позвоночника всегда имѣло благотворное. Походка была равно расстроена у 12 изъ 22 больныхъ и у 10 она весьма замѣтно улучшилась. Глазные и бульбарные симптомы имѣлились весьма мало. Эти результаты вполне отвѣчаютъ оптимистичнымъ заключеніямъ авторовъ: стибаніе гланимъ образомъ дѣйствуетъ на нижнегрудную и поясничную области спинного мозга и на нервы сапдас equinae, поэтому-то и клинически наблюдается улучшение функцій именно этихъ областей. 16 больныхъ обнаруживали улучшеніе только какихъ нибудь отдѣльныхъ симптомовъ. 10 больныхъ совершенно не улучшились. Такимъ образомъ это всего одна $\frac{1}{4}$ случаевъ, между тѣмъ какъ по

ислѣдованіямъ авторовъ подбѣиваніе не даетъ результатовъ въ 55—40% (Но спрашивается, съ такимъ же ли выборомъ брались больные для подбѣиванія, какъ для стибанія?) Ни въ одномъ изъ случаевъ не было сдѣлао меньше 15—20 сеансовъ. Улучшеніе наступало послѣ 10—15 сеансовъ, во время достиженія наибольшаго стибанія. Сеансы дѣлались черезъ день. Послѣ 40—50 сеансовъ улучшеніе обыкновенно прекращается и временно переходитъ на лѣкарственное леченіе, спустя $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсяца стибаніе можетъ быть возобновлено.

Въ 1898 году издали „Лекція о спинной сухотѣ, читанныя проф. О. О. Мочулинскимъ въ 1896 и 1897 годахъ въ клиническомъ институтѣ Бел. Кн. Елены Павловны“¹⁾. Въ главѣ о леченіи О. О. Мочулинскій приводитъ нѣсколько интересныхъ подробностей и о подбѣиваніи. Всѣхъ случаевъ смертей, описанныхъ при подбѣиваніяхъ, авторъ считаетъ 13 (ни считаемъ нѣсколько мѣсто, такъ какъ напр. *Altshier* описалъ 6 случаевъ, не лично имъ наблюдаемыхъ, а все до всего описанныхъ въ литературѣ). въ это число О. О. Мочулинскій не включаетъ и одинъ случай, бывшій въ Россіи. Этотъ больной былъ богатый помѣщикъ, жилъ въ деревнѣ и страдалъ нарастающимъ параличомъ; сочувствуя автору, онъ спросилъ и о подбѣиваніяхъ. „Я, говоритъ Мочулинскій, высказался самымъ рѣшительнымъ образомъ противъ; однаки, проходя черезъ комату, гдѣ вслѣдъ мой приборъ, онъ поспѣлся, но не въ постель, а на шпундѣ, гдѣ его и напавъ нѣсколько часовъ спустя. Исно, что данный случай не можетъ быть отнесенъ къ числу тѣхъ, въ которыхъ подбѣиваніе, какъ лечебный способъ, причинило смерти. Это былъ душевно-больной, который только воспользовался готовой веревкой“.

Сдѣлавъ 20,000 подбѣиваній, О. О. Мочулинскій ни разу не встрѣтилъ, чтобы приборъ вызывалъ въ больныхъ страхъ, какъ о томъ писалъ нѣкоторые авторы. Совершенно поосонательными считаетъ О. О. Мочулинскій

завязение, что подблывания были давно известны из Турции под названием „последнего утешения старости“, а равно будто из некоторых публичных домов Париза прибегали к подблыванию лиц, нуждающихся от познания половой способности. „Быть может последнее признание, говорит автор, является плодом вулгаризации подблывания из Париза, но до 1889 г., пока я узнала на месте, ничего подобного там не было. Что же касается до египтян в Турции, то они совершенно неизвестны. Я собрал на этот счет самые точные данные от турецких врачей из Константинополя, от которых узнала, что турки с указкой делят парня горячими губами, скусывают рогами, интимизируют из лежачего положения и массируют“ (стр. 69 и 80).

О. О. Мочуковский не видит надобности заимствовать подблывание другими методами вытеснения, не находя в них особых преимуществ. Ни один из способов лечения сильной сухоты не даст таких многосторонних улучшений, какие получают от подблывания.

В. А. Муромов¹⁾ не видел тех блестящих успехов от подблывания, о которых сообщают другие наблюдатели, хотя из некоторых случаев сильной сухоты действительно наступало известное улучшение страдающих болей и улучшение атонии. Возстановления половой деятельности и улучшение ориентации не наблюдались. Вообще автор не мог отметить стойкого успеха лечения. Оценивая подблывание автор склонен приписать ему известное значение, приблизительно равное отдаленной терапии: „может быть, говорит Муромов, действительно таким путем можно достигнуть усиления деятельности ушибленных периферических элементов, но рассчитывать на что-нибудь большее едва ли возможно“.

¹⁾ Проф. В. А. Муромов. Критический обзор современного состояния вопроса в патологии и терапии сильной сухоты. Официальный отчет от собрания „Русской Академии Наук, Императорской Медицинской Академии“. С.-Петербург 1896.

Проф. Чарес, как проводил его лечение Муромов, признает переходящее улучшение от подблывания, которое, однако, быстро сменяется ухудшением. Из методов вытеснения Муромов отдает предпочтение вытеснению из постели, как методу более мягкому, ил еще лучше подойдет для старости, как это прикинулось из данных *Leclerc*'а.

Последняя работа, трагующая о подблывании и вытеснении, вышла из 1899 году и принадлежит *Leclerc*'у²⁾. *Leclerc* убежден, что подблывание оказывается действительное влияние на сильную сухоту, так как, судя из расстройств чувствительности несомненно сильно-жесткого происхождения, можно видеть, что расстройства эти под влиянием подблывания улучшаются. Во обзор полученных от подблывания результатов, из социальное, приписываемые автором числа наблюдений *Bissel* и *Taylor* и *Вормесом* поставил ошибочно (255 в 289 случаях), так как только что упомянутые авторы сами составили их по наблюдениям других авторов. Упомянул о сверхъестественных случаях, наблюдавшихся при подблывании, автор говорит, что *Bissel* сообщает 5 случаев, *Abichieri*—6, *Erb*—1, *Gervasi* и *Eisenlohr*—несколько, однако надо иметь в виду, что один из тех же несчастный случай фигурирует у нескольких авторов. *Leclerc* считает очень хорошо сформулированными высказывания из подблывания, сделанные *Grasset*: „подблывание есть хроническое лечение хронических форм сильной сухоты“³⁾. К симптомам, которые поддаются влиянию подблывания, автор считает необходимым добавить и расстройства чувствительности, они особенно важны, по *Leclerc*у, так как аномалии кожи и сильных обонятелей обуславливают внеси явления сильной сухоты. Автор приводит 3 случая, (2 муж. и 1 женщина), лечение их подблыванием. Во первом случае отмечено улучшение полового чувства, скитом *Рохбера* и усиление границ расстройства болевой чувствительности. Во втором случае отмечено улучшение дисфонии; расстрой-

²⁾ Jean Leclerc. Les troubles actuels du tabes. Paris. 1899.

³⁾ Ibid. p. 80.

ство чувствительности здесь уменьшилось мало. В третьем случае у женщины температура и болезная чувствительность акцентировались к верши и главным расстройствам стали женские мазноты.

Желая лечить больных по методу *Gilles de la Tourette* и *Chiquet*, *Leclerc* нашел одно необходимое несколько видоизменить рекомендуемый для этой цели вышеупомянутыми авторами аппарат. В своем аппарате *Leclerc* сделал передаточный блок, расположенный на границе 2 передних третей стола с задней третью, поднимая из определенных границ, так как при неподвижном блоке усиления тропии у лиц разного роста и тучности живности; затем с целью более энергичного воздействия на верхние отделы спинного мозга *Leclerc* сделал добавочные шейные ремни, помощью которых производится более энергичное стягивание и шейного отдела позвоночника; кроме того для усиления тропии он взял из аппарата малую плоскость в 40 см. длиной и 10 см. шириной, плоскость эта помещается на попереч. концы стола, и на нее больной кладет ноги, плоскость может быть и подвижной. Прежде чем пользоваться болшем, *Leclerc* сделал несколько опытов на трунах. Из своих опытов автор убавился, что при его способе тропии спинной мозг удлиняется в значительной степени, до 6 см., в удлинении это распространяется и на шейную часть в довольно значительном размере (около 1,9 см.). Делая болшем вытяжение на своем аппарате, он слышал от них заявления, что они испытывают чувство давления в крестцовой области и на ногах и испытывать в же ощущения в руках. По *Leclerc*'у, последние ощущения из рукал — ясное доказательство удлинения корешков шейного отдела спинного мозга. Некоторые болшие однако не могли перенести шейной тропии, вследствие вынужденной ею у них головной боли, в этих случаях приходилось отказываться от шейной тропии. Ни у одного болшого *Leclerc* не наблюдал стеснения кровообращения или явления истощения, даже было нормально, пульс не ускорен; брошши внутренности не сдвигаются

ни сколько, если не стягивать сильно живота. Сгибания *Leclerc* делал 12 болших, 10 мужчин и 2 женщины, все болшие находились во втором стадии заболевания; из социальную, одно удлинение привнесло только из 5-ти случаях, из двух случаях удлинение предостаточно специфическое лечение, в трех случаях вместе с вытяжением болшие делали упражнения по методу *Freud* и в двух случаях, наконец, одновременно болшими давали йод. Одно удлинение привнесло в IV, V, IX, X и XII случаях, число сеансов достигало 40, лечение продолжалось несколько месяцев. В IV случае сначала было значительное удлинение коленчатых разстройств и разстройств чувствительности; тащироние крив стали рже, удлинение половая способность, искор однако опыту удлинилась, при этом и разстройства артрита стали хуже. В V наблюдаясь очень значительное удлинение: повышение температурной и болшой чувствительности прошло совершенно, артрита улучшилось, удлинилось и общее состояние. В X наблюдаясь крив правой кишки и недарение мочи теще, бола стала рже, значительное пробуждение половой чувств, настало исцел. В XII отмечено уменьшение площади ослабления болшой чувствительности (конечно, кроме других улучшений общего состояния и проч.). Аналогичными улучшения отмечены и в других случаях. Достойно такие улучшения удлинение главных разстройств и артрита, наблюдавшиеся в случаях 1, 3 и 8. Сказуется еще сказать, что не специфическое лечение, ни привнесение йода не давали у наблюдавшихся болших значительных улучшений. *Leclerc* из заключений к своей работе между прочим выставляет положение, что вытяжение (elongation) и гимнастика *Freud* должны считаться в настоящее время лучшими методами лечения спинной сухоты.

В то время, когда истощений исторический очерк нами был уже окончен, мы получили только что отмеченный труд проф. О. О. Мочуковского¹⁾. В этом труд, по-

¹⁾ Проф. О. О. Мочуковский. Клинико-статистическое исследование спинной сухоты. Издание Главного Военно-Медицинского Управления. Прислано к Военно-Медицинскому журналу, С.-Петербург 1899 года.

специальном кинико-статистическом исследовании нервной системы, несколько страничек уделено и подбрасыванию. Число летальных подбрасываний больших *O. O. Мочуковского* достигает 993, при чем успехи отмечены в 207 случаях. Получено было или менее різкое улучшение в весьма многостороннем смысле: 1) уменьшение атонической отечности в 162; 2) уменьшение синдрома Brach-Bombierg'a в 155; 3) улучшение мышечного чувства в 110; 4) улучшение походки в 202; 5) прибавление сил в 125; 6) уменьшение парестий в 117; 7) ослабление нистагм в 111; 8) улучшение расстройств мочеотделения в 44; 9) улучшение расстройств половой способности в 91; 10) уменьшение болей из мочевого и спинного в 65; 11) прекращение крапивки в 42; 12) улучшение сна в 37; 13) показание световой реакции зрачков в 2; 14) уменьшение запоров в 5. Подбрасывание делалось обыкновенно через день, продолжалось при постепенном увеличении времени от $\frac{1}{2}$ до 5¹; средняя цифра подбрасываний принята была из это, посчитав того только раз в сутки вопрос о пригодности дальнейшего применения этого лечения. Были случаи (19), где больные слезали от 400—500 подбрасываний, а один большой слезал их было 1000. Лишь из 48 случаев пришлось прекратить лечение, у 20 больных вследствие головокружений, у одного вследствие рвоты и у 27 вследствие обмороков. Во среднем каждому больному сделано 91 подбрасывание. Замечательно, что безуспешно предного влияния подбрасывания автор не наблюдал ни на одного больного. Равным образом за последние 11 лет он ни разу не наблюдал случаев бы то ни было синкопальных, описанных для жизни больного; это обстоятельство автор приписывает предосторожности, применяемых им при лечении; во первых он пользовался ошощением, не допускающим ни малейшего давления на сосуды шеи; во вторых все большие подбрасывались автором или лично, или по его просьбе другими врачами, достаточно знакомыми с этим методом, по диагнозу это дело не передавалось из рук фельдшера, родственника больного, его приятелей или врачей. Особый интерес из книг

проф. *O. O. Мочуковского* представляют его взгляды на судьбу близкого его сердцу подбрасывания. Здесь по понятным причинам автор отнесся к вопросу не совсем объективно и, как это делают близкие родственники, когда члены их семьи в опасности, преувеличивает размеры последней и влетит упреки по адресу тех, кто этого не только не заслуживает, но кому подбрасывание обаяло всей своей прелестью популярностью. Интересно знать, спрашивает себя *O. O. Мочуковский*, почему подбрасывания поставила такая печальная участь, что теперь они почти забыты. Причины этому, по его мнению, лежат прежде всего в том факте, что одна познания отбрасывает другую: теперь подбрасывания уступили место тахистафии; во вторых, напрасные надежды, возлагавшиеся многими на подбрасывание, как на средство, которое должно окончательно искоренить туберкулез; в третьих, неграмотное производство самих подбрасываний, вследствие автор классифицирует эпилепсию из *«Leçons sur les maladies du système nerveux»*¹⁾ *Gilles de la Tourette's*. «He было, говорит *Gilles de la Tourette*, во Франции ни одного гидропатического заведения, ни одного гимнастического зала, из которых бы они (подбрасывания) не принимались, оставленные на руки бабьихок и лиц, мало или вовсе незнакомых с медициной; лечение вских табличек направлено и к тому, так что стали наблюдаться тяжелые случаи, даже смертельные, которые и породили значение метода». «Во самом деле, продолжает далее *O. O. Мочуковский*, даже из госпиталя Salpêtrière можно было видеть ту же картину, описанную *Gilles de la Tourette* как из одной из зал, из которых приписано было несколько очень плохих. Сфривенных приборов и около каждого стояли в буквальном смысле «мужики» — сторожа-кишники. Они научили толпившуюся публику поочередно и впасть кого и как хотело. Возмущенный этой картиной, которая так казалась тогда уже губительной подбрасывание, и обратился с хониз откровенным замечанием к покойному проф. *Сим-*

¹⁾ 1898 г.

col. Они же очень ладношески отбиты, что означает, что способность совершенно безразлична (inoffensif) и что его люди из этого для отнюдь подготовлены" (стр. 94). "Что-же, если не этой процедурой, продолжает автор, можно объяснить фразу *Swavesol*, что "начальник метода далась превосходные результаты; большой, не могший более ходить, стал ходить и выходить из кровати можно-желательной дорожки на его ходу; неспособность к сну опять стали жужжанием своих жент; подражание мочу снова стали со хорошо удерживать; а теперь мы ждем, чтобы можно было" (стр. 94). "Что касается меня, то я останусь сторонником подбывания до тех пор, пока не буду убежден в преимуществах какого либо другого лучшего способа лечения табачной" (стр. 95).

Съ рассмотрев только что цитированного взгляда на подбывание проф. О. О. Мочуковский мы и начнем наши выводы о влиянии позновочника, как терапевтического метода, выводы, которые можно сделать из опубликованных до настоящего времени по этому вопросу из литературы данных. Что судьба подбывания не так печальна, как это рисует себя О. О. Мочуковский, уже следует из того, что до последнего времени продолжается работа невропатологов о влиянии позновочника, предлагается модификация аппаратов и изобретения методов, авторитетные врачи отводят подбыванию в терапии спинальной сухотки если не видное место, то во всяком случае видное место, и жительство, что подбывание продолжает применяться в некоторых больницах клиниках и больницах для верного-больных, как у нас, так и за границей. Правда последнее замечание, никто теперь не переоценивает подбывания, не ждёт от него

чудес, но огромное большинство авторов, трактующих о нем, считает его в некоторых случаях единственной сухой позновочником, и даже самые строгие судьи и скептики не отказываются отказать ему более в терапевтической ценности. Наиболее ценным в терапии средства переживали за верным указанием, период безразличной критики и даже иногда несправедливого осуждения, но в конце концов средство истинно приобрело свое истинное значение. Тот факт, что подбывание до сих пор не сошло со сцены, свидетельствует о его клинической ценности. Мы не говорим уже о том, что, благодаря подбыванию О. О. Мочуковский вопросу о влиянии позновочника, механическая терапия та же беса обратил на себя большое внимание, значительно развилась в последнее десятилетие и в настоящее время преобладает над терапией лекарственной; влияние позновочника и метод *Fremet* могут быть признаками безпрепятственного развития науки и наименее эмпирическими методами лечения спинальной сухотки. Обвинения Мочуковского французам в том, что они убивают метод, мы не считаем отбрасыванием действительному положению дела; если и наблюдается охлаждение к подбыванию, то уже в этом виноваты не французы, а скорее английские и немецкие критики, которые привыкли отращивать за подбыванием всякое терапевтическое значение, но в эти позиции однако, как видно из исторического очерка, были не многочисленны, а некоторые критики, как напр. *Leudet*, востановили влияние позновочника, хотя бы в форме коротка. Причиной охлаждения следует также считать и то, что подбывание, по крайней мере по способу Мочуковского—*Swavesol*, оказалось не дешёвым средством, особенно, даже если оно прижилось в руках опытных врачей (*Erd* и друг.). Несмотря однако на критику и опасность, можно считать в настоящее время оставшимся лишь старый метод подбывания, но изобретённое, градуированное и лишенное всяких опасностей (напр. съ аппаратом *Сиринья — Бехерера*), оно осталось в числе хороших средств в лечении невропатического арсеза невропатологов. Проф. О. О.

Мочушниковский далеко не один останется из настоящих врагов убежденных сторонников подбланивания. Лишь изведение из терапии спящей сухотки более действительного метода познания невропатологам окончательно оставить подбланивания ¹⁾. Надо, однако, сказать, что разрабатывание за подбланиванием влияние позвоночника вообще по своему терапевтическому влиянию имеет значение не при одной спящей сухоте, а и при других нервных болезнях.

Что же до сих пор дано извлечению позвоночника для лечения нервных болезней?

Как ответить на только что поставленный вопрос, мы помним, что из всей таблица все собранные нами из литературь случаи нервных и душевных болезней, лечение тех или другим способом извлечения позвоночника.

Год.	Название болезни и время извлечения.	Моче- шников- ский.	Другой.	Бок- ревич.	Другой.	?
Нервные болезни.						
Tabes dorsalis.						
1883	Мочушниковский.	15	13	—	8	—
1889	Balaban	9	9	—	—	—
—	Bunge (т. спинальный)	1	1	—	—	—
—	Bancel (т. спинальный)	1	1	—	—	—
—	Benedict.	5	5	—	—	—
—	— (т. спинальный)	1	1	—	—	—
—	Bernhardt	27	16	—	1	—

¹⁾ Методу Freudenf., как исключительно санитогическое средство против отравы, конечно, не следует извлекать позвоночника, действующего на гораздо большее число симптомов и на общие мучительнейшие боли.

Год.	Название болезни и время извлечения.	Моче- шников- ский.	Другой.	Бок- ревич.	Другой.	?
1889	Blanchetti	8	4	1	8	—
—	Banzel (по своему способу).	1	1	—	—	—
—	Bath.	1	1	—	—	—
—	Barrrough	1	1	—	—	—
—	Bayon	8	2	3	—	—
—	Bran	5	7	—	1	—
—	Charcot	14	10	3	1	—
—	—	114	39	44	5	7
—	Chasford (т. convulsif).	1	1	—	—	—
—	Charton	1	—	—	1	—
—	Clarke M.	13	30	3	—	—
—	Clement.	3	1	—	—	—
—	Dana.	6	—	4	—	—
—	Degandis-Bernard.	26	17	6	2	—
—	Dupuy-Freny.	1	1	—	—	—
—	Eisenlohr.	7	—	7	—	—
—	— (спина. мучительная).	1	1	—	—	—
—	Erb.	6	2	—	4	—
—	Eisenberg и Mendel.	34	8	11	—	9
—	Fenswick.	1	1	—	—	—
—	Follet.	1	1	—	—	—
—	Garry.	4	3	1	—	—
—	Gilles de la Tourette и Lagouzhikis	3	3	—	—	—
—	Goetz.	2	2	—	—	—
—	Groselin.	5	5	4	—	—
—	Hammond.	5	5	—	—	—
—	— (по своему способу — по голосу).	1	1	—	—	—
—	Hauschke и Adian	6	4	2	—	—
—	Hicker L.	5	1	1	2	—
—	Jungersen (способ Hering'a).	1	1	—	—	—
—	Kassand (способ Hering'a)	1	—	1	—	—
—	Leopoldine.	2	2	—	—	—
—	Lambroso.	6	1	1	1	3
—	Maria.	21	11	—	10	—
—	Morten.	6	6	—	—	—
—	Mouret.	8	7	1	—	—
—	Renaud.	1	1	—	2	—
—	Riesel.	1	4	—	—	3
—	— (т. спинальный).	4	1	—	—	—
—	Sevillat.	4	3	1	—	—
—	Sesed и Taylor.	14	5	5	4	—
—	Stilling.	3	2	1	—	—

¹⁾ Число случаев 3—9.

²⁾ Из тех случаев, из которых 1 мал perforant tabétique.

Год.	Имя	Годы жизни	Годы жизни	Годы жизни	Годы жизни	Годы жизни
Год.	Имя	Годы жизни	Годы жизни	Годы жизни	Годы жизни	Годы жизни
1889	Schuster	17	17	—	—	—
—	Shin	2	2	—	—	—
—	Short	4	1	—	—	—
—	Sturges	2	2	—	—	—
—	Stewart D.	8	8	—	—	—
—	Stewart O.	3	3	—	—	—
—	Tobler	3	29	—	—	—
—	Tibergien	26	21	—	—	—
—	Town	1	1	—	—	—
—	Wadsworth	6	5	—	—	—
—	Wadsworth	1	1	—	—	—
—	Weiss (по своему способу)	8	8	—	—	—
—	Wood (по своему способу)	1	1	—	—	—
—	Woolen	14	3	—	—	—
1890	Borson	4	3	—	—	—
—	Clarke M.	1	1	—	—	—
—	Jameson и Шпангоу	11	30	—	—	—
—	Friedrich	1	—	—	—	—
—	Giles de la Tourette	300	60	—	—	—
—	Gutmann	20	5	—	—	—
—	Hartman	5	8	—	—	—
—	Hirt	114	—	—	—	—
—	Rosenbaum	61	36	—	—	—
—	Russell и Taylor	16	4	—	—	—
—	White	8	2	—	—	—
1892	Layton	1	1	—	—	—
1893	Hyperion	7	6	—	—	—
1894	Glorieux (немецкая Восточная)	4	3	—	—	—
1895	Blasdel (по своему способу)	1	1	—	—	—
1897	Blasdel (по своему способу)	4	1	—	—	—
—	Giles de la Tourette и Chippell (английский)	48	38	—	—	—
1899	Leckers (американский)	3	3	—	—	—
—	— (американский)	12	19	—	—	—
—	Моргановский	208	207	—	—	—
Всего		1907	698	1118	61	40

Imperforata и Neurasthenia.

1889	Bernhardt	1	—	—	—	—
—	Blanchard	1	—	—	—	—
—	Charcot	2	2	—	—	—

* In some cases I used prof. tabel. yuzymazov.

Год.	Имя	Годы жизни	Годы жизни	Годы жизни	Годы жизни	Годы жизни
Год.	Имя	Годы жизни	Годы жизни	Годы жизни	Годы жизни	Годы жизни
1889	Dana	5	—	—	—	—
—	Glaz	1	—	—	—	—
—	Harrison	4	3	—	—	—
—	Reville	3	3	—	—	—
—	Tibergien	1	—	—	—	—
—	Weiss (по своему способу)	5	—	—	—	—
—	Woolen	62	26	—	—	—
1890	Исмаилов	10	10	—	—	—
1891	Зреницкий	8	—	—	—	—
Всего		96	58	9	—	32

Синдром-мозговой спастический паралич.

1889	Binswanger	1	—	—	—	—
—	Charcot	4	4	—	—	—
—	Hanshaker и Adams	2	1	—	—	—
—	Reville	1	1	—	—	—
—	Schilling	1	1	—	—	—
—	Stewart D.	3	2	—	—	—
—	Stewart O.	2	2	—	—	—
—	Weiss (по своему способу)	1	1	—	—	—
1890	Бехтерев (по своему способу)	1	1	—	—	—
1891	Glorieux	1	—	—	—	—
Всего		19	15	4	—	—

Расширенный склероз.

1889	Charcot	3	2	—	—	—
—	Clement	3	3	—	—	—
—	Erb (по способу Heringa)	1	1	—	—	—
—	Kalenburg и Mendel	1	1	—	—	—
—	Glaz	2	2	—	—	—
—	Моргановский	1	—	—	—	—
—	Klein	2	2	—	—	—
—	Shaw	1	1	—	—	—
—	Tibergien	2	2	—	—	—
1890	Rosenbaum	2	2	—	—	—
—	Russell и Taylor	1	—	—	—	—
Всего		19	16	2	1	—

Годы.	Имя или фамилия и время появления.	Возраст	Пол.	Время	Путь	?
Ischias.						
1889	Мейерсбург.	1	—	1	—	—
1890	Борн.	—	7	—	—	—
—	Gastaldi (возбуждение от артерио- экстензии).	1	1	—	—	—
—	Guttmann.	—	7	—	—	—
—	Hosenbaum.	1	—	—	—	1
Всего . . .		37	15	1	—	1
Mal perforant du pied (ou tumeur verruca).						
1889	Бендид.	1	1	—	—	—
1897	Чипант (английские веревки).	14	13	2	—	—
Всего . . .		15	13	2	—	—
Paralysis agens.						
1889	Бинчотти.	1	—	1	—	—
—	Чаркот.	4	4	—	—	—
—	Дана.	3	2	—	—	—
—	Falkenberg u. Mendel.	1	—	4	—	—
—	Weiss (рожа).	1	—	—	—	—
1890	Rosenbaum.	3	—	3	—	—
—	Russel u. Taylor.	1	1	—	—	—
Всего . . .		15	9	6	—	—
Поневольный мигрень.						
1889	Дана.	3	1	—	—	—
—	Erb (по Hrnadsky).	3	—	1	—	—
—	Falkenberg u. Mendel.	1	—	1	—	—
—	Blond.	3	—	1	—	—
—	Schilling.	1	1	—	—	—
1890	Борн.	1	—	—	—	1
—	Guttmann.	2	2	—	—	—
—	Rosenbaum.	4	—	4	—	—
1891	Kirchner.	1	1	—	—	—
1894	Glücksm.	1	1	—	—	—
Всего . . .		14	7	6	1	—
Neuritis traumatica.						
1889	Бендид.	5	5	—	—	—
—	Falkenberg u. Mendel.	1	—	1	—	—
—	Hauskeller u. Adam.	2	2	—	—	—
1890	Hamilton.	6	6	—	—	—
Всего . . .		14	13	1	—	—

Годы.	Имя или фамилия и время появления.	Возраст	Пол.	Время	Путь	?
Neuralgia.						
1889	Hauskeller u. Adam.	6	4	2	—	—
—	Schilling.	4	4	—	—	—
1891	Репоманн.	—	—	—	2	—
Всего . . .		12	8	2	2	—
Neurasthenia.						
1889	Hauskeller u. Adam.	4	4	—	—	—
—	Weiss (рожа).	6	6	—	—	—
1893	Репоманн.	1	1	—	—	—
Всего . . .		11	11	—	—	—
Exost. Palpi.						
1889	Sickler.	1	1	—	—	—
—	Tubergstein.	1	1	—	—	—
—	Verfalle.	1	1	—	—	—
—	Weiss-Mitchell.	7	7	—	—	—
Всего . . .		10	10	—	—	—
Spondylitis.						
1889	Weiss (рожа).	2	2	—	—	—
1890	Guttmann.	5	5	2	—	—
1893	Репоманн.	1	1	—	—	—
Всего . . .		8	6	2	—	—
Hysteria.						
1889	Бендид.	1	1	—	—	—
—	Foet.	3	—	1	—	—
—	Hauskeller u. Adam.	2	2	—	—	—
1891	Ascher.	2	—	—	—	2
—	Репоманн.	1	—	—	1	—
Всего . . .		7	3	1	1	2
Exost. Friedrich's.						
1889	Charcot.	4	1	3	—	—
—	Charles M.	1	—	1	—	—
—	Dana.	1	1	—	—	—
Всего . . .		6	2	4	—	—

Год.	Название болезни и имена авторов.	Острое миело.	хрон.	бессрочн.	рекур.	?
Neurog-myelitis chronica.						
1889	Мочутковский	1	—	1	—	—
—	Rienzi	3	2	—	—	—
—	Stewart D.	1	1	—	—	—
1890	Hamilton (кровот. вытек. из спинн.)	1	1	—	—	—
1893	Воропаевский	1	—	—	1	—
	Всего	6	4	1	1	—
Милоть от одышки.						
1890	Schilling	2	1	1	—	—
1890	Guthmann	1	—	—	—	1
1895	Воропаевский (кровоток вытек. из спинн.)	2	2	—	—	—
	Всего	5	3	1	—	1
Склероз боковых столбов.						
1890	Hammond	1	1	—	—	—
—	Мочутковский	5	—	3	—	—
—	Russel и Taylor	1	—	—	1	—
	Всего	7	1	3	1	—
Гемиплегия.						
1890	Dana	1	1	—	—	—
—	Schilling	1	—	1	—	—
—	Weiss (гемиплегическая)	1	1	—	—	—
1891	Яроминский	1	1	—	—	—
	Всего	4	3	1	—	—
Разбросанный хронический милоть.						
1890	Hamshalter и Adams	3	2	1	—	—
—	Мочутковский	1	—	1	—	—
	Всего	4	2	2	—	—
Neuritis multiplex.						
1889	Мочутковский	3	1	—	—	—
1890	Hamilton (кровот. вытек. из спинн.)	3	3	—	—	—
	Всего	6	4	—	—	—
Атактическая паралегия.						
1890	Stewart D.	2	1	—	1	—
—	Russel и Taylor	1	—	—	—	1
1890	Russel и Taylor	1	—	1	—	—
	Всего	4	1	1	1	1

Год.	Название болезни и имена авторов.	Острое миело.	хрон.	бессрочн.	рекур.	?
Atrophia n. optici (не табетическая).						
1889	Bernhardt	1	—	1	—	—
1890	Воропаевский	4	—	2	—	—
	Всего	5	—	3	—	—
Enuresis nocturna.						
1889	Hamshalter и Adams	1	1	—	—	—
—	Kerrilled	1	1	—	—	—
	Всего	2	2	—	—	—
Poliomyelitis.						
1889	Schilling	2	1	1	—	—
	Всего	2	1	1	—	—
Atletosis duplex.						
1889	Hamshalter и Adams	1	—	1	—	—
	Всего	1	—	1	—	—
Paraplegia.						
1891	Воропаевский	1	—	—	1	—
	Всего	1	—	—	1	1
Sclerosis lateralis atrophica.						
1889	Thibierge	1	—	—	—	1
	Всего	1	—	—	—	1
II. Душевные болезни.						
Прогрессивный парант коммания.						
1889	Blanchetti	2	—	1	—	—
—	Schilling	1	—	1	—	—
—	Schuster	1	—	—	1	—
1890	Erism и Bogis	12	10	—	—	2
1891	Ascher	11	5	5	1	—
	Всего	37	25	7	2	2
Острое галактогенное энцефалитическое.						
1890	Acher	1	8	—	—	—
	Всего	1	8	—	—	—

Год.	Наименование болезни и имена авторов.	Всего случ.	разн.	бесс. реакц.	улучш.	?
Hypochondria.						
1889	Haushalter и Adam.	2	—	2	—	—
	Всего	2	—	2	—	—
Melancholia.						
1890	Fröse и Regis.	2	1	1	—	—
	Всего	2	1	1	—	—
Хроническая суматошность.						
1891	Ascher	3	1	—	1	—
Folie à double forme.						
1890	Fröse и Regis.	1	1	—	—	—
Instabilitas.						
1891	Ascher.	1	—	1	—	—
Помрачением сознания.						
1891	Ascher.	1	1	—	—	—
Помрачением зрением.						
1891	Ascher.	1	—	—	1	—
Слабоумие.						
1890	Ascher	1	1	—	—	—
Слабоумие алкогольное.						
1890	Ascher	1	1	—	—	—
Слабоумие старческое.						
1891	Ascher	1	—	—	—	1

Итак всего опубликовано 2212¹⁾ случаев заболевания первой системы, леченных тем или другим способом: улучшения возмочности, из этих 2212 случаев кр 902 лечение сопровождалось успехом, что составляет 40,8%, ухудшение наблюдалось только из 2,8%, из остальных случаев не получено явного результата. Из общего числа 1907 случаев принадлежит сплошной сухоты с 698 улучшениями, что составляет 36%, ухудшение было наблюдаемо из 2,7%.

Подбывание (по различным методам) происходило из 2107 случаях, с успехом у 826 больных, различные методы сгибания позвоночника и кривое вытяжение применялось у 105 больных и из 76 случаях с успехом.

Все случаи смерти и особенно неприятные случайности опубликованы больною частью авторами, пользовавшимися старым персональным способом подбывания. Всего случаев смерти, приписываемых подбыванию, мы нашли из литературы 9: 1) случай Vincent'a; 2) сам Vincent; 3) случай Sager'a; 4) случай Goretz'кого; 5) Carlo Boschi; 6) Forster'a; 7) Paul Bloeg'a; 8) Romak'a и 9) Erb'a. Из неприятных явлений чаще всего наблюдались: покраснение и припухлость лица, головокружения и обмороки, боли из шей, запястьи и конечностей, сонливость и слабость.

Больше редко наблюдались мышечные подбывания: горловые крики (Charcot, Hirt); отеки нижних конечностей (Charcot); мурашки на руках (Berthard, Mollaret и друг.); паралич обеих рук (Hannemann); паралич лучевого нерва (Charcot, Gilles de la Tourette), усиление гиперестезии (Mortier). Из 3 случаев Charcot после подбывания появился

¹⁾ Это число, конечно, далеко от действительного, так как многие авторы писали о излечении позвоночника не только число больных, но и количество, другие, приводя общее число, не указывали сколько больных получило улучшение и сколько осталось без результата; из опубликованных авторов относятся напр. сторонники подбывания *Albani*, который приводит 30 случаев, *Lodini*—12 случаев и *Sensibar*—80 случаев (1889 г.). Из его числа не вошли и публикации авторов, работ которых мы, из соображений, не могли заметить, напр. *Lépine*, *Gaston*, *Dequiere*, *Bejourn*, *Frézier*, *Meynier*, *Montard-Martin*, *Delpert*, *Isidre*, *Paladini*, *Toussot*, *Toussot* и *Sternberg*.

из мочи больного сахаром, *Gosselin* наблюдал боли в области почек, *Teissier* из мочи одного больного наблюдал появление белка после каждого сна, *Ванзон* и *Ascher* — полиурию, а *Friedrich*, подлившая одного нефритика, вымывала у него даже гематурию. Иногда после подбывания и во время сна была расширение зрачков (*Berglaroff*, Демидов и *Пржемысловский*); общие судороги (*Berglaroff*); кратковременное расстройство слуха и зрения (*Mouisset*, *Ванзон*); рвоты (*Beaudouin*), проносчики (у женщины, страдающей миемой матки — *Benedict*). Складывается впечатление, что *Russel* и *Taylor*, *White* и *Boisson* описывают по случаю, где подбывание вызвало повышение температуры, подобные случаи, каковы были в числе наблюдений *Доналло* и *Пржемысловского* (трое больных).

Всё эти случаи, как мы уже сказали, наблюдались при старом методе подбывания; при новейших способах, а равно и при других способах вытяжения позвоночного не только не наблюдалось смерти в тяжелых осложнениях, но и кратковременные обмороки уменьшаются очень редко.

Особенно блестящие результаты от подбываний и других методов вытяжения описали *Мотушковский* (автор допускает возможность оставших в дальнейшем развитии болящих на довольно продолжительное время¹⁾, *Сбарко*, *Айбаев*, *Евлевберг* и *Мендел*, *Schaffner*, *Djerdan* — *Бенджет*, *Rienel* (хорошо излечение случая женского миемы), *Weissfeld*, *Weiss* (излечение неврастении), *Biancett* (удлинительные результаты с пиявочной пиллой в ряде больных), *Шварцман*, *Ремис*, *Benedict*, *Jorgensen* (1 случай почти полного излечения), *Schneider*, *Hamillon*, *Gottardi*, *Исмаилов* (8 выздоровлений от интоксикации), *Kirschner* (излечение случая

миелита), *Вороженицкий* (при неврастении) и *Blondel*. Хорошие результаты от подбывания и вытяжения позвоночного наблюдал *Erb*, *Безмерный*, *Шаскин*, *Сирожков*, *Balaban*, *Beugel*, *Heinmann*, *Martov*, *Bernhardt*, *Bonazzi*, *Boorrough*, *Brans*, *Clarke*, *Clement*, *Raymond*, *Gilles de la Tourette*, *Lespiques*, *Fenwick*, *Mouisset*, *Glorieux*, *Russel* и *Taylor* и мног. друг. (см. таблицу стр. 166).

Не только вышеназванные результаты или результаты были известны: *Hist*, *Leyden*, *Churton*, *Hauschalter et Adam*, *White* и *Strümpell*.

Мы не будем здесь подробно говорить о характере и продолжительности наблюдаемых авторами улучшений; почти всё симптомы спинной сухотки поддаются лечению вытяжением позвоночного, как о том свидетельствуют согласные данные многочисленных авторов, мы останавливаемся здесь только на симптомах, которые менее всего поддаются действию вытяжения, из которых принадлежат расстройства чувствительности, гласные симптомы и кожный рефлекс. Огромное подавляющее большинство авторов, как мы видели из исторического очерка, никогда не наблюдали возвращения кожного рефлекса под влиянием подбывания и сдвигали об этом определения заявления, однако, в литературе мы нашли и положительные указания по этому поводу, так *Айбаев* описал возвращение кожного рефлекса у 1 больного, *Martov* — также у больного; *Rametz* говорит, что у его больного спинально-суставного после 50 подбываний кожный рефлекс возвратился; возвращение кожного рефлекса под влиянием подбывания видел и *Ванзон* (цит. по *Мотушковскому*); *Kirschner* видел возвращение рефлекса в одном случае миемы. Что вытяжение не остается без влияния на рефлексы, можно заключить и из замечаний других авторов, Дани напр. отмечал возвращение кожного рефлекса после подбывания у не атлетический, *Ascher* видел возвращение рефлекса у альбиноса, *Clarke* описывает возвращение кожного рефлекса во время подбывания у атлетика, у которого ранее рефлекс этот был только ослаблен; *Stewart* упоминает о понижении тонуса стопы при спастичес-

¹⁾Также автор болел П.-М.-нел, которому впервые *Мотушковский* применил подбывание, когда больной находился в 3-м периоде (1883 г.) болезни, в период за второй период и оставался в таком виде в течение 14 лет. Последней раз автор видел его летом 1897 года: больной совершенно оставался на своем месте, продолжал заниматься работой, продолжал ходить пешком, продолжал заниматься спортом, продолжал ходить пешком 3 или 4 версты без большого утомления. Наказавшись миемой конечностей в его болезни не произошло, не было и возврата первоначальных симптомов.

человек парализован; *Промисский* наблюдает понижение суточных рефлексов при генералении, *Weiss*, *Бехмер*, *Воронисский* и *Mitchell* говорят о понижении рефлексов при лечении вытяжением мидиата от сдавления.

Относительно влияния спинального, ослабления артерии и отсутствия системной реакции мы имеем 26¹⁾ наблюдений, где авторы не видят никакого улучшения или даже видят ухудшение (*Gulevsky*, *Berskard*, *Mouisset*, *Gosselin*, *Stewart*, *Wissel* и *Taylor*, *Boujon*, *Bianchetti*, *Benedict*, *Ascher*, *Бехмер* и *Воронисский*, *Scheiber* и *Leclerc*), по с другой стороны мы имеем 26 наблюдений, где или возмущалась системная реакция зрачков, или улучшилось артие (*Abadie*, *Darier*, *Morton*, *Edenbury* и *Mendel*, *Clarke*, *Бехмер* и *Воронисский*, *Belabaz*, *Scham*, *Pibergkies*, *Данило*, *Rosenbaum*, *Leclerc* и *Монюковский*). Правда улучшение артерии иногда не отличалось значительной степенью и продолжительностью.

Объективное улучшение расстройств чувствительности наблюдали *Charcot*, *Ludovic*, *M. Clarke*, *Gosselin*, *Данило* и *Промисский*, *Ascher*, *Промисский*, *Воронисский*, *Kirschner* и *Leclerc*.

Согласно заявлениям большинства авторов, лучшие результаты вытяжение позвоночника дается: 1) при спинальной сухости спинного течения, особенно во второй стадии заболевания; 2) при мидиатах от сдавления; 3) при неврастении с мидиатией; 4) при спино-мозговой спастическом параличе и 5) при *paralysis agitans*. При других формах, число наблюдений очень мало, и мидиата сильно расходуется (например при попеременных мидиатах и мидиато-мидиатах), то же следует сказать и о душевных болезнях, из тому же при последних поднимались болшею частью прижизненно при наличии показаний со стороны соматической (расстройства пищевых органов и проч.). Из наблюдений авторы видят,

1) Здесь мы опять-таки не берем во расчет простых, но подтвержденных фактов и наблюдений заявлений авторов о влиянии вытяжения на артию, при чем это obviously относится к из выше названного числу улучшений.

что чем долее прижизненно вытяжение, тем результаты прочнее и значительнее.

Как объясняется действие вытяжения позвоночника? Опыт же на животных, измещения на трупах и на живых, наблюдения на больших болшею частью авторов установило, что спинной мозг, его оболочки, корни и нервы *saufae equinae* находятся во время вытяжения свое положение относительно позвоночника, что позвоночник, спинной мозг, оболочки, корни и *saufae equinae* способны к действительному растяжению, что из этого растяжением наступит изменение кровообращения с последующим развитием гиперемии главным образом спинного мозга и его оболочек. По некоторым авторам влияние эти способны наступить при стабильной туловища вперед, чем при вертикальном подвешивании. Также измещения кровообращения и венозному механическому воздействию на самую верхнюю субстанцию и следует признать влияние вытяжения позвоночника. Заявления другого рода имеют мало фактически доказательств из свою пользу (влияние мозга по *Dujardin-Bellame*'у, разрыв грации, растяжение нервов по *Abadie*'у и проч.). Болше следует также согласиться с *Erb*'ом, что нельзя объяснить все действие подвешивания измещения, как это хотят сделать *Hasskinder* и *Abies* и главным образом *Berskies*.

Известно уже нам опыта *Вегелин*'а доказывают лишь старый факт, что измещение может действовать и на симпатическом органического происхождения¹⁾, но ни еще нельзя доказать, что подвешивание действует исключительно измещением. Вушению при вытяжении позвоночника можно приписать, не боясь преувеличения, лишь некоторую долю влияния, как и при всяком другом методе и только, — так смотрит большинство авторов, как это мы видели из изложения отдельных мидиат в настоящем историческом очерке.

1) См. по этому поводу работу проф. В. М. Сегерова „Терапевтическое значение симпатического нерва“. Издательство Т. 1. Изд. 1.

Влияние вытяжения позвоночника на состояние черепно-мозгового кровообращения.

Мы уже видели, что даже осторожное вытяжение позвоночника может сопровождаться рядом неприятных явлений: обморочными, потерей сознания, резкой асимметрией (случай *Shawcroft*), рвотными галлюцинациями (случай *Hamblen*'а) и проч., явлений, указывающих на то, что при вытяжении наступает быстрое изменение условий кровообращения. Опыты *Бергера*, *Саксона* и *Ламбозо* установили, что вытяжение позвоночника вызывает расширение сосудов спинного мозга и его оболочек и их гиперемию. *Мочуновский* и *Слюмак* убедились, что кровяное давление в артериях во время вытяжения повышается. *Саксон* исследовала кровяное давление в *art. carotis*; он убедился, что высота давления поднималась в момент вытяжения и падала с прекращением последнего, во время вытяжения давление крови не удерживалось на одной и той же высоте, а растъ поднималось до определенной высоты начинало падать, конец вытяжения всегда характеризовался более резким падением давления; опыты с периферичною и раздвоенною, как центральною, так и периферическою венами, давали те же самые результаты; самый глубокий парез ослаблялся, однако не уничтожался совершенно подъемом кровяного давления под влиянием вытяжения. *Слюмак* связывает объяснять усиленную венозную функцию раздражением твердой мозговой оболочки. «Если-ли является достаточно оснований полагать объяснение возмущения кровяного давления в вытяжении спинного мозга, который несравненно больше вытягивается при общедвижном сгибании, говорит *Слюмак*, скорее можно было бы объяснить это раздражением твердой мозговой оболочки, так как, что эта оболочка неравно вытягивается при подвешивании труноты людей, так и при вытяжении кровяное представляется крайне напряженным» (стр. 62). На вскрытиях кровяное убийства после вытяжения, *Слюмак* находил твердую оболочку в состоянии правой гиперемии.

Гиперемией мозга и его оболочек большинство авторов объясняет благоприятное терапевтическое влияние вытяжения позвоночника, многие авторы указывают, что и симптомы часто черепно-мозгового происхождения (напр. ослабление зрения при *tabes*) не исключаются из этого влияния; так напр. д-р *Бергер* думает, что образовывается по премия подвешивания из позвоночника значительное отрицательное давление отражается и на черепном мозгу, обуславливая гиперемию центрального сфига вещества желудочков, поверхность черепного мозга и черепных нервов. Проф. *В. М. Базилер* также объясняет влияние подвешивания на атрофический и иные поражения зрительного нерва гиперемией сфига вещества, расположенного по соседству с желудочками и на поверхности черепного мозга. Что же касается ближайшей и прямой наступающей при подвешивании изменений кровообращения вообще, то, сильно нахъ изъясняет, проф. *В. М. Базилер* держится того взгляда, что она в значительной хйрй зависит от рефлекторных влияний со стороны мышц, связанных с нервом. Только что отмеченный взгляд прерывается и д-р *Б. Н. Веровский*. *Вильмс* приписывает подвешиванию действие и на продолговатый мозг и этим объясняет избыточное при вытяжении влияние сердечной деятельности и уменьшение мозговой деятельности. *Ламбозо* считает возможным, что дыхание и кровообращение могут измениться через влияние подвешивания на продолговатый мозг. О том же влиянии подвешивания на продолговатый мозг говорит *Н. О. Заменин*. Несомненное влияние подвешивания на сосудистую систему отмечается почти всеми авторами. *Ламбозо*, описывая животных, умерших после нескольких сеансов вытяжения позвоночника, находил у них увеличение кровоизлияния как в оболочку, так и в вещество головного мозга, а в одном случае было найдено кровоизлияние в продолговатый мозг. Несомненно, говорит *Ламбозо*, при подвешивании создается условия для развития значительной активной-венозной гиперемии в мозгу черепа; автор считает поэтому необходимым исследование кровяного давления. В виду только что отмеченных взглядов интересно было бы знать ближе

изгибания, претерпеваемые кровоснабжением из сосудов головного мозга. Специальными исследованиями по этому предмету из литературы мы не нашли, а потому сочли необходимым поставить несколько опытов для выяснения только что замеченного вопроса.

Для исследования кровоснабжения из сосудов головного мозга гесп. для исследования состояния просвета этих сосудов лучшим методом из известных в настоящее время признавать метод *K. Hirthle*, имя им и использовалось для данной задачи. Опыты были поставлены на собаках, вытяжение позвоночника производилось из горизонтальном положении, составлена опытов была следующая: собака надбавляла ошейник хорошо пригнанный, но в то же время не оказывающий давления на сосуды шеи, ремни от ошейника проходили по бокам жорды ко рту, где они соединялись и из ними прикрывалась традиционная веревка, пережатая через блок обыкновенного станка, употреблявшегося в клиниках для целей кривного вытяжения; на конце веревки, пережатой через блок, был привязан мильник, из которого и производилась нагрузка тавестей. Противоположение блоку собаки помощью надбавляемого ей на тавест и задних лапах постыла из кривного полотна; концы постыла прикрывались из краешек стола, на котором производилось вытяжение. До начала вытяжения у собаки обнажалась левая общая сонная артерия, для чего на соответствующей стороне шеи делался длинный продольный кожный разрез; достигая всякой артерий с ее отбываю ми перенимали интродукционную, тушную и наружную сонную артерий и накладывали на общую сонную артерию два зажимных пинцета на расстоянии 5—6 см. друг от друга. Затем из центральной (сердечной) и периферической (железистой) концы артерий устанавливали канюли, удерживавшиеся лигатурами. Обе канюли соединялись посредством телестетических наукусовых и синхронных трубок с двумя ртутными манометрами кимографа, на безконечной ленте которого два периметров, установленные на одной отбывной линии одно-

временно записывали кривые давлений крови из центральных и периферических концев артерий. Вся система трубок, соединявшая артерию с манометрами наполнялась 25% раствором спиртовой магнезии. На той-же бумаге кимографа отбывалось время в секундах. Дыхание записывалось с грудной клеткой помощью Мареевского барабанина. На прилагаемых кривых изображены таким образом четыре записи, первая сверху отбывает дыхание; вторая — давление крови из центральных концев артерий; третья — из периферических и четвертая — время.

ОПЫТЪ № 1.

Метод *Hirthle*. Собака кобель, пудов, вѣсѣтъ 1 пудъ 1 фунтъ. — Нагрузка производилась постепенно или сразу. Вытяжение повторилось несколько разъ в течение 1 часа съ четвертью. Порадонъ опыта и полученныхъ данными ладни изъ прилагаемой таблицы № 1.

ТАБЛИЦА № 1.

№ собаки.	Время начала и конца опыта.	Время, через которое производилась нагрузка давлений.	Давление кровотока в концев правой общей сонной артерий.	Давление в периферическом концев той-же артерий.	Время между давленіями въ концев той-же артерий.	Отношение давлений въ периферическом концевъ давлению въ концевъ той-же артерий.	Пульс.	Давленіе.
1.	3 ч. 46 ж.	— с. 234	117	117	0,50	—	—	4
		95 с. 235	120	115	0,51	—	15 ф.	
3 ч. 47 ж.	— с. —	—	—	—	—	—	20 ф.	
3 ч. 49 ж.	170 с. 280	118	112	0,51	—	—	30 ф.	
3 ч. 53 ж.	240 с. 281	120	111	0,51	—	—	—	
3 ч. 53 ж.	— с. —	—	—	—	—	—	35 ф.	
3 ч. 55 ж.	300 с. 224	114	110	0,50	—	—	34 ф.	
3 ч. 55 ж.	425 с. 234	120	114	0,51	—	—	35 ф.	
	80 с. 231	120	111	0,51	—	—	—15 ф.	
3 ч. 57 ж.	115 с. 226	118	108	0,52	—	—	—	
	160 с. 231	114	117	0,49	—	—	—	
	240 с. 230	116	114	0,50	—	—	—	

СРЕДНО ВОС.

№ стайки.	Время начала и конца опыта.	Время, которое прошло между началом опыта и моментом, когда животное перестало двигаться.	Давление крови в аорте, измеренное в момент, когда животное перестало двигаться.	Разность между давлением в аорте и давлением в периферических концах в момент, когда животное перестало двигаться.	Пульс.	Дыхание.
II. 4 ч. 2 я.	— с. 227	114	113	0,50		
	20 с. 224	110	114	0,49 30 ф.		
	100 с. 221	107	114	0,48 40 ф.		
	200 с. 227	110	117	0,48		
	250 с. 227	114	113	0,50 43 ф.		
	380 с. 225	114	111	0,50 50 ф.		
	410 с. 225	118	107	0,52		
	505 с. 230	118	112	0,51		
4 ч. 10 я.	10 с. 227	116	111	0,51		
	25 с. 217	108	109	0,49		
	69 с. 231	114	117	0,49		
	80 с. 229	116	113	0,50		
III. 4 ч. 19 я.	— с. 216	112	104	0,51	3,5	
	30 с. 225	114	111	0,50 30 ф.	3	
	105 с. 221	118	103	0,58 40 ф.		
	185 с. 223	118	105	0,52 45 ф.	2	
	250 с. 229	124	105	0,54 50 ф.		
	320 с. 230	122	108	0,53		
	360 с. 244	124	120	0,50		
	468 с. 246	132	114	0,53		
4 ч. 27 я.	10 с. 236	136	100	0,57		
	28 с. 240	132	118	0,50		
	100 с. 240	134	116	0,51		
	180 с. 235	136	109	0,53	3	
IV. 4 ч. 33 я.	— с. 236	126	110	0,53 50 ф.		
	30 с. 237	128	109	0,54		

№ стайки.	Время начала и конца опыта.	Время, которое прошло между началом опыта и моментом, когда животное перестало двигаться.	Давление крови в аорте, измеренное в момент, когда животное перестало двигаться.	Разность между давлением в аорте и давлением в периферических концах в момент, когда животное перестало двигаться.	Пульс.	Дыхание.
		145 с. 230	132	98	0,57	Дыхание во время вытравливания животного в аорте, измеренное в момент, когда животное перестало двигаться.
		570 с. 246	136	110	0,51	
		580 с. 238	142	96	0,59	
		690 с. 238	140	92	0,58	
4 ч. 45 я.	10 с. 238	136	102	0,57		
	40 с. 234	136	98	0,58		
	125 с. 232	116	116	0,50		
V. 4 ч. 51 я.	— с. 240	128	112	0,53 50 ф.	3,20''—3	
	40 с. 232	134	98	0,57		
	100 с. 236	126	110	0,53		
4 ч. 54 я.	15 с. 236	120	116	0,50		
	25 с. 216	104	112	0,48		
	60 с. 236	114	120	0,49		
VI. 4 ч. 55 я.	— с. 230	126	104	0,54 50 ф.	3,20''—4	
	20 с. 236	126	110	0,53		
4 ч. 59 я.	60 с. 230	126	104	0,54		
	20 с. 224	126	98	0,56		

Из таблицы № 1 видно, что первое вытравливание с постепенной нагрузкой, продолжавшееся в течение 9 минут с грузом 35 фунт. вызвало небольшие колебания давления и отношения к центральному и периферическому концам аорты, только после снятия груза отношение с 0,52 упало до 0,49, вернувшись однако через 1½ я. к первоначальной цифре. Дав. животному отдыхать в 5 я., мы приносили второй сеанс и получили те же результаты. После

отдыха в 9 мин. начало было третье вытиснение с постепенной нагрузкой до 50 фунтов, продолжительность сейчас 8 минут; за первая минуты вытиснения разность давлений с 104 стала 111, но после ушла до 103, отношение в то же время было 0,50; а затѣм 0,55; на 4-ой минутѣ вытиснения разность 105, отношение 0,54, на 6-ой минутѣ разность 120, отношение 0,50; на 8-ой минутѣ разность 114, отношение 0,53; после снятия груза разность 100, отношение 0,57; через $\frac{1}{2}$ —2 м. разность 118, отношение 0,50—0,53. После отдыха в 5 м. сдѣлаю было 4-ое вытиснение, при этом нагрузка производилась сразу на 50 фунт. при первоначальной разности давлений в 110 и отношении 0,53, через 2 м. вытиснения разность 98, отношение 0,57, через 6 м. вытиснения разность 110, отношение 0,51, через 9 м. разность 96 отношение 0,59, после 12 мин. вытиснения грузъ былъ весь снятъ и через 2 минуты затѣмъ разность была 116, при отношении в 0,50. После отдыха в 6 минут при разности 112 и отношении 0,53 была произведена снова нагрузка в 50 ф. сразу, через 1 м. разность 98, отношение 0,57; через 2 м. разность 110, отношение 0,53; после трехъ минутъ вытиснения грузъ снятъ весь, через 25 с. разность 112, отношение 0,48—0,49 и затѣмъ оно постепенно прошло къ первоначальной цифрѣ. Последнее вытиснение, произведенное после 1 м. отдыха в течение 3 минутъ вызвало лишь после снятия груза пониженіе разности до 98 и пониженіе отношения до 0,56. Дыханіе во время вытиснения становилось рѣже и глубже, а иногда только замедлялось, но вообще измѣненія его были не рѣзки. Принимая въ расчетъ, что при методѣ К. Hardthle возможность дать возможность судить о скорости теченія крови по мозговымъ сосудамъ, а уменьшеніе или увеличеніе отношения давлений въ периферическомъ и центральномъ концѣ ар. сосудовъ даетъ понятіе объ уменьшеніи или увеличеніи просвета мозговыхъ сосудовъ и, принимая цифри разности и отношения въ нашемъ опытѣ мы можемъ придти къ заключенію, что такъ какъ во время вытисненія возмозожница болѣею частью разность умень-

шается, а отношеніе давленія увеличивается, послѣ-же снятія груза разность увеличивается, а отношеніе падаетъ, то во время вытисненія мозговица увеличивается сопротивленіе теченію крови по мозговымъ сосудамъ, скорость теченія крови уменьшается, просветъ мозговыхъ сосудовъ суживается, послѣ-же снятія груза при пониженной скорости теченія крови сопротивленіе къ теченію уменьшается и просветъ мозговыхъ сосудовъ расширяется. Такимъ образомъ гиперемія сосудовъ мозга, предположимъ изъ аналогій, развивается не только во время самого вытисненія, какъ это мы увидимъ ниже, но и после снятія груза. Слѣдуетъ также отмѣтить, что во время вытисненія мозговица давленіе въ центральномъ концѣ ар. сосудовъ вынашиваетъ, что совершенно согласно съ наблюденіемъ д-ра Сажина.

По окончаніи опыта животное было убито уколомъ въ сердце. При вскрытіи центральной перерои светили мы могли отмѣтить рѣзкую гиперемію сосудовъ спинного мозга и его оболочекъ, а также и гиперемію продолговатого мозга. Въ спинномъ мозгу вѣтви гиперемія особенно были выражены соотвѣстственно 4—5 позвонкамъ корешкамъ, при поперечномъ разрѣзѣ спинного мозга микроскопически замѣтны красныя полоски сосудовъ, идущихъ по задней спайкѣ, въ той-же области вѣтвями замѣтны точечныя кровоизліянія; рѣзко выраженными выступаютъ и сосуды продолговатого мозга.

ОПЫТЪ № 2.

Собака пудовъ, колебл. вѣсомъ 39 фунтовъ. Методъ К. Hardthle.

ТАБЛИЦА № 2.

Жив. собака.	Пресс. воздуха и вода сразу.	Пресс. черезъ которое вытиснется сравнительно давленіе.	Давленіе крови въ центр. трам. концѣ правой сосуд. общей артеріи.	Давленіе крови въ периферическомъ концѣ той же артеріи.	Разность между давленіемъ въ общей кон. вѣт.	Отношеніе давленія въ периферическомъ концѣ ар. сосудовъ къ центральному концу.	Грузъ.
1	4 ч. 55 в.	—	203	88	115	0,48	50 ф.
		10 с.	202	98	104	0,46	
		70 с.	204	110	94	0,53	

№№ станций.	Према павла и кола смет.	Према, верхов, которое избавило армянское дальше.	Дальше прои и ар- мянское, кола армян одной колонии армян.	Дальше прои и ар- мянское, кола армян одной колонии армян.	Дальше прои и ар- мянское, кола армян одной колонии армян.	Г р ж о в
	4 ч. 58 ж.					смет нес. пруж.
	10 с.	211	98	113	0,46	
	25 с.	217	96	121	0,44	
	60 с.	214	100	114	0,46	
II. 5 ч.						40 ф.
	5 с.	208	92	111	0,45	
	10 с.	186	90	46	0,66	
	20 с.	210	98	112	0,46	
	30 с.	198	108	90	0,54	
	110 с.	206	110	96	0,58	
5 ч. 3 ж.						смет нес. пруж.
	10 с.	200	94	106	0,47	
	25 с.	222	114	108	0,51	
	60 с.	207	108	99	0,52	
III. 5 ч. 12 ж.						40 ф.
	—	204	100	104	0,49	
	10 с.	204	106	98	0,51	
	60 с.	210	120	99	0,57	
	120 с.	196	104	91	0,53	
5 ч. 15 ж.						смет нес.
	10 с.	197	94	103	0,47	
	25 с.	205	105	100	0,51	
	60 с.	187	98	89	0,52	
IV. 5 ч. 18 ж.						43 ф.
	—	185	102	85	0,55	
	10 с.	194	106	88	0,54	
	25 с.	196	108	88	0,55	
	60 с.	193	108	85	0,55	
5 ч. 22 ж.						смет нес. пруж.
	10 с.	195	80	115	0,41	

№№ станций.	Према павла и кола.	Према, верхов, которое избавило армянское дальше.	Дальше прои и ар- мянское, кола армян одной колонии армян.	Дальше прои и ар- мянское, кола армян одной колонии армян.	Дальше прои и ар- мянское, кола армян одной колонии армян.	Г р ж о в
V. 5 ч. 33 ж.						43 ф.
	—	186	94	92	0,50	
	5 с.	214	110	104	0,51	
	25 с.	210	106	104	0,50	
	50 с.	198	98	100	0,49	
	105 с.	216	112	104	0,51	
	130 с.	209	108	101	0,51	
5 ч. 37 ж.						смет нес.
	7 с.	204	94	110	0,46	
	25 с.	208	100	108	0,48	
	60 с.	203	102	101	0,50	
VI. 5 ч. 39 ж.						45 ф.
	—	200	100	100	0,50	
	10 с.	174	100	74	0,57	
	26 с.	204	88	116	0,13	
5 ч. 42 ж.						смет нес.
	10 с.	193	90	103	0,46	
	25 с.	195	96	99	0,49	
VII. 5 ч. 47 ж.						50 ф.
	—	193	94	99	0,48	
	8 с.	196	100	96	0,51	
5 ч. 48 ж.						10 ф.
	40 с.	167	92	75	0,55	
	60 с.	198	90	106	0,45	
5 ч. 49 ж.						+ 5 ф.
	95 с.	195	100	96	0,51	
	110 с.	210	106	104	0,50	
	128 с.	125	84	101	0,46	
	136 с.	204	100	104	0,49	
5 ч. 50 ж.						— 5
	10 с.	205	104	101	0,50	
	30 с.	215	112	103	0,52	
	10 с.	210	97	113	0,46	
	60 с.	206	94	111	0,45	
VIII. 5 ч. 52 ж.						48 ф.
	—	206	104	102	0,50	
	1 с.	212	110	102	0,51	
						+ 5 ф.

ОПЫТЪ № 4.

Собака, сука, возраст 1 п. 3 ф., постановка опыта по методу К. Hürthle. Передъ испытаниемъ насыщено 1½ шара 1½ раствора кураре. Сдѣлано 3 сеанса съ нагрузкой въ 45 фунтовъ и 1 сеансъ съ нагрузкой въ 50 фунтовъ и еще 2 сеанса съ постепенной нагрузкой и снятіемъ тяжести.

ТАБЛИЦА № 4.

№ сеансовъ.	Время начала и конца сеанса.	Время, которое потребовалось для доставки.	Давление крови въ артеріяхъ передъ сборомъ крови изъ утробы.	Давление крови въ артеріяхъ послѣ введения курара.	Разность между давлениемъ крови до и послѣ введения курара.	Омнѣшеніе давления въ артеріяхъ послѣ введения курара въ процентъ.	Грузъ.
I.	1 ч. 18 м.	— с.	152	64	88	0,42	45 фунт.
		3 с.	156	70	86	0,44	
		5 с.	159	74	85	0,46	
		10 с.	154	70	84	0,45	
		25 с.	144	64	80	0,44	
		35 с.	141	58	83	0,41	
		45 с.	148	65	83	0,43	
	1 ч. 19 м.	5 с.	160	74	86	0,46	СНѢТЬ ВѢСЪ.
		15 с.	135	54	81	0,40	
		30 с.	139	46	93	0,35	
		60 с.	140	48	92	0,34	
II.	1 ч. 22 м.	— с.	139	50	89	0,35	45 фунт.
		5 с.	148	66	82	0,44	
		10 с.	152	66	86	0,43	
		25 с.	142	60	82	0,42	
		45 с.	125	40	85	0,82	
		60 с.	125	43	82	0,34	
	1 ч. 24 м.	— с.	116	32	84	0,27	СНѢТЬ ВѢСЪ.
		10 с.	111	30	81	0,27	
		25 с.	126	38	88	0,30	

№ опыта.	Время начала и конца опыта.	Время, через которое прекращается повышение давления.	Давление крови из центральных отделов правого легкого.	Давление крови из периферических отделов легкого.	Разность между давлением крови в центральном и периферическом отделах легкого.	Отношение давления в периферическом отделе к давлению в центральном.	Группа.
III.	1 ч. 27 м.	5 с.	134	44	90	0,32	45 фунт.
		10 с.	144	52	92	0,36	
		20 с.	143	54	89	0,37	
		30 с.	134	52	82	0,38	
		60 с.	136	50	86	0,36	
		120 с.	114	36	78	0,31	
1 ч. 29 м.	5 с.	114	26	88	0,23	сидеть, боль.	
	15 с.	117	24	93	0,20		
	20 с.	125	34	91	0,27		
	30 с.	125	36	89	0,28		
IV.	1 ч. 34 м.	3 с.	138	51	87	0,36	20 фунт.
	10 с.	129	44	85	0,34		
	20 с.	126	52	84	0,38	+ 10 фунт.	
1 ч. 35 м.	30 с.	119	35	81	0,31		
	60 с.	145	54	89	0,37	+ 10 фунт.	
1 ч. 36 м.	80 с.	122	45	74	0,39	+ 5 фунт.	
	115 с.	112	32	80	0,28	+ 5 фунт.	
1 ч. 37 м.	145 с.	124	48	76	0,38	— 5 фунт.	
	10 с.	119	44	75	0,36		
	20 с.	119	40	79	0,35		
1 ч. 38 м.	50 с.	122	36	86	0,29	— 10 фунт.	
	65 с.	128	48	80	0,37	— 10 фунт.	
	75 с.	115	36	79	0,31	— 20 фунт.	
1 ч. 39 м.	10 с.	122	32	90	0,26		
	25 с.	127	38	89	0,29		
	45 с.	127	36	91	0,28		
V.	1 ч. 53 м.	10 с.	155	70	85	0,45	20 фунт.
	10 с.	160	74	86	0,46	+ 10 фунт.	
1 ч. 54 м.	35 с.	145	68	77	0,46	+ 10 фунт.	
	55 с.	141	60	81	0,42	+ 5 фунт.	
	75 с.	133	58	75	0,43	+ 5 фунт.	
	90 с.	134	54	80	0,44		

№ опыта	Время начала и конца опыта	Время, через которое прекращается повышение давления	Давление крови из центральных отделов легкого	Давление крови из периферических отделов легкого	Разность между давлением крови в центральном и периферическом отделах легкого	Отношение давления в периферическом отделе к давлению в центральном	Группа
1 ч. 55 м.	115 с.	130	57	78	0,43	— 5 фунт.	
	150 с.	136	60	76	0,44	— 5 фунт.	
	145 с.	144	64	80	0,44	— 10 фунт.	
	5—10 с.	150	68	82	0,45	— 30 фунт.	
	30 с.	165	78	87	0,47		
	90 с.	156	72	84	0,46		
VI. 2 ч. 7 м.	10 с.	136	56	80	0,41	50 фунт.	
	20 с.	147	62	85	0,42		
	30 с.	146	66	80	0,41		
	50 с.	129	54	75	0,41		
	105 с.	122	50	72	0,40		
2 ч. 4 м.	5 с.	120	41	79	0,54	сильно меньше.	
	60 с.	127	46	81	0,56		
	120 с.	128	49	79	0,38		

Какъ видно изъ прилагаемой таблицы № 4, изменение подъ влиянием кураре носило такой характеръ: давление не въ центральныхъ, не въ периферическихъ отделахъ аorta во время опыта незначительно не увеличивалось, а начало и еще больше оно падло въ периферическихъ; разность между ними, по отношению, увеличивалась въ началѣ опыта, къ концу опыта становилась болѣею частью ниже первоначальнаго. Эти данныя даютъ намъ право сдѣлать выводъ, что и при кураре изменение незначительно въ началѣ своего дѣйствія уменьшается, правда, кратковременное суженіе просвета коронарныхъ сосудовъ, которое сдѣлается нѣсколько значительнѣе расширенія. На кривыхъ 4 и 5 можно наглядно видѣть колебанія давления въ центральныхъ

и периферическомъ концахъ ат. сосудовъ у курарезированной собаки во время и послѣ вытяжения позвоночника.

Съ цѣлю изслѣдованія состоянія мозгового кровообращенія во время вытяжения позвоночника были поставлены также опыты съ опредѣленіемъ внутричерепного давленія. Способъ прививки собаки и процессъ вытяжения остались тѣ-же, что и въ предыдущихъ опытахъ. Опредѣленіе внутричерепного давленія производилось тѣмъ-же образомъ: сдѣлавъ собаку подъ слабымъ морфиннымъ наркозомъ трепаннію въ самой выпуклой части теменной кости въ 2 см. въ діаметрѣ и вскрывъ твердую мозговую оболочку, мы открыли трепанационную рану отъ края. Когда кровотечение было остановлено, въ трепанационное отверстіе вставлялась помпозая клячка воронки соотвѣствующей величины. Послѣ того, какъ воронка была вынута, она обкладывалась кругомъ плотно ватой, смоченной въ густомъ раствѣрѣ суживающаго, чтобы трепанационное отверстіе было герметически закрыто. Верхній узкій конецъ воронки соединялся помпозою каучуковой трубкой съ Матейевскимъ баранчикомъ, веро котораго и писало колебанія внутричерепного давленія на безконечной полосѣ бумаги кимографа Людвига. Одновременно съ внутричерепнымъ давленіемъ изслѣдовалось также и кровяное давленіе въ бедренной артеріи, для чего центральнѣйшій конецъ этой артеріи посредствомъ канюлы и трубки, наполненной 26% растворомъ сбрауновѣлой магнесіи, соединялся съ ртутнымъ манометромъ кимографа, тѣмъ-же образомъ веро манометра чертало на той-же бумагѣ и кривую артериального давленія. На той-же бумагѣ отмѣчалось время въ секундахъ, и также и кривая дыханія. Дыханіе записывалось, какъ и въ предыдущихъ опытахъ.

ОПЫТЪ № 5.

Собака, добель, въ породы таксонъ, вѣсомъ 23,5 фунта. Опредѣленіе внутричерепного давленія. Порядокъ опыта см. таблицу № 5.

ТАБЛИЦА № 5.

№ опыта.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ которое произведено вытяжение давленія.	Давленіе крови въ артеріи.	Внутричерепное давленіе.	Грузъ.
I.	1 ч. 14 м.	—	125	111	25 ф.
		5 с.	129	109	
		55 с.	143	110,5	
	1 ч. 16 м.	10 с.	140	109	+ 5 ф.
		40 с.	137	107	
	1 ч. 17 м.	10 с.	138	111	снять вѣсъ.
		30 с.	147	115	
		40 с.	153	111,5	
II.	1 ч. 18 м.	—	133	114,5	80 ф.
		10 с.	122	117	
		30 с.	126	110	
		70 с.	118	108	
	1 ч. 20 м.	10 с.	107	111	снять вѣсъ.
		70 с.	124	112	
		—	—	—	
III.	1 ч. 22 м.	—	128	113	30 ф.
		10 с.	123	110,5	
		30 с.	124	110	
	1 ч. 23 м.	40 с.	124	100	+ 5 ф.
		90 с.	128	108	
		125 с.	132	111	
	1 ч. 25 м.	10 с.	124	112	снять вѣсъ.
		50 с.	119	112,5	
		90 с.	129	114	
IV.	1 ч. 28 м.	—	126	115	40 ф.
		10 с.	131	115	
		90 с.	130	114	
	1 ч. 31 м.	10 с.	126	119	снять вѣсъ.
		90 с.	134	116	
		—	—	—	

Давленіе 3 въ 10 с. Послѣ нагрузки 4 въ 10 с.; въ концѣ нагрузки 5 въ 20 с. и послѣ снятия груза 8 въ 10 с.

ММ. собаки	Время между началом опыта	Время, через которое произведется зажатие давления	Давление крови в артериях	Внутричерепное давление	Группа
V.	1 ч. 41 я.	—	158	148	40 ф.
		7 с.	155	104	
		80 с.	138	103	
		125 с.	159	104	
		160 с.	159	105	
	1 ч. 46 я.				смерть вез.
Давление уменьшилось на несколько раз в минуту.					
		5 с.	158	107	
		100 с.	161	107	
VI.	1 ч. 57 я.	—	150	108,5	10 ф.
		10 с.	146	104	
	1 ч. 58 я.	20 с.	149	104	+ 10 ф.
		30 с.	149	104	+ 10 ф.
	1 ч. 59 я.	40 с.	156	103,6	+ 5 ф.
		85 с.	152	101	+ 5 ф.
		100 с.	154	103	
		180 с.	152	102	
	2 ч. 1 я.				— 5 ф.
		10 с.	160	101,5	— 5 ф.
		25 с.	160	103	— 10 ф.
		35 с.	160	104	— 10 ф.
		50 с.	156	104	— 10 ф.
		60 с.	154	104	
		90 с.	160	108	
	2 ч. 3 я.	110 с.	155	107	

Как видно из таблицы № 5 внутричерепное давление во время питания падает, между тем как давление в периферических артериях повышается, после же снятия груза наблюдается уменьшение внутричерепного давления и цифра его высоты теперь даже несколько больше, чем до начала питания. Артериальное давление повышается во все время питания и падает после снятия груза. Происходит ли нагрузка сразу или постепенно, ха-

рактор, влияющий на внутричерепное давление остается тот же, при медленной нагрузке явления только выражены не так резко. Измерения внутричерепного давления под влиянием вытяжения позвоночника см. на прилагаемых кривых № 6 (смерть 1) и 7 (смерть 6).

ОПЫТ № 6.

Собака, кобель, из породы pointerов, весом 1 и 14 ф. Определение внутричерепного давления. Первое пять сеансов производим без наркоза, 6, 7, 8, 9 и 10 — с наркотом. Наркот был морфинный (1,2 куб. сант. 3% раствора морфин + равного хлороформа). Порядок опыта см. из таблиц № 6.

ТАБЛИЦА 6.

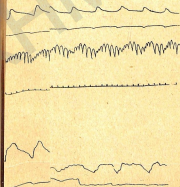
ММ. собаки	Время между началом опыта	Время, через которое произведется зажатие давления	Давление крови в артериях	Внутричерепное давление	Группа
I.	2 ч. 43 я.	—	120	102	64 ф.
		10 с.	114	106	
		30 с.	117	112	
	2 ч. 44 я.				смерть вез.
		20 с.	120	110	
		70 с.	118	111	
II.	2 ч. 46 я.	—	122	102	40 ф.
		2 с.	123	100	
		10 с.	122	103	
		40 с.	117	114	
		110 с.	128	114	
	2 ч. 48 я.				смерть вез.
		20 с.	118	115	
		40 с.	120	115	

№№ станций.	Время плавания в часах.	Время, прошедшее от начала плавания до начала выгрузки.	Дальность прогона в арбузах.	Внутреннее давление.	Груз.
III.	2 ч. 58 м.	—	118	91	50 ф.
		10 с.	111	90	
		12 с.	118	79	
		15 с.	98	90	
		20 с.	99	91	
		40 с.	112	92	
		60 с.	119	93	
		110 с.	119	93	
2 ч. 55 м.		5 с.	103	92	СИЛЬ ДОН.
		15 с.	107	92	
		30 с.	119	92	
		50 с.	122	93	
		100 с.	114	97	
		160 с.	120	100	
IV.	2 ч. 59 м.	—	112	97	40 ф.
		5 с.	110	96	
		5 с.	105	92	
		7 с.	108	78	
		9 с.	106	96,5	
		20 с.	104	95	
		30 с.	110	94	
		60 с.	110	94	
		110 с.	116	92	
3 ч. 1 м.		5 с.	110	93	СИЛЬ ДОН.
		10 с.	112	94	
		30 с.	113	94	
		40 с.	116	94,5	
		105 с.	118	95	
V.	3 ч. 12 м.	—	84	91	40 ф.
		5 с.	82	91,5	
		10 с.	89	92,5	
		30 с.	95	92	
		60 с.	97	91	

№№ станций.	Время плавания в часах.	Время, прошедшее от начала плавания до начала выгрузки.	Дальность прогона в арбузах.	Внутреннее давление.	Груз.
		80 с.	97	94	
		170 с.	90	92	
3 ч. 16 м.		5 с.	91	92,5	СИЛЬ ДОН.
		7 с.	101	75	
		10 с.	70	87	
		160 с.	88	94	
		125 с.	89	94	
		150 с.	83	85	
VI.	3 ч. 27 м.	—	83	88	40 ф.
		2 с.	87	86	
		5 с.	78	89,5	
		10 с.	69	91	
		30 с.	90	88	
		40 с.	89	90,5	
		180 с.	89	91,5	
3 ч. 31 м.		2 с.	85	81	СИЛЬ ДОН.
		5 с.	79	91	
		60 с.	92	99	
		85 с.	95	94	
		120 с.	92	92	
VII.	3 ч. 39 м.	—	85	97	40 ф.
		20 с.	86	94	
		60 с.	81	94,5	
		90 с.	78	93	
		110 с.	77	96	
		130 с.	77	94,5	
3 ч. 42 м.		2 с.	71	94,5	СИЛЬ ДОН.
		15 с.	79	94,5	
		30 с.	80	97	
		60 с.	84	95,5	
3 ч. 46 м.		—	91	125	20 ф.
		5 с.	92	124,5	

Жив. состояние.	Время начала и конца опыта.	Время, через которое животное перестало двигаться.	Длина тела животного.	Вспрыгивание животного.	Прим.
		30 с.	89	125	+ 10
		40 с.	90	125	+ 10
		50 с.	88	127	+ 10
		80 с.	86	126	+ 5
		100 с.	85	125,5	+ 5
		110 с.	87	128	
		120 с.	89	129	
		160 с.	88	126	
3 ч. 50 м.		5 с.	90	127	Сильн. волн.
		25 с.	90	127	
<hr/>					
IX. 8 ч. 53 м.	—	115	80	80 ф.	
	5 с.	110	80		
	25 с.	126	82	+ 10 ф.	
	55 с.	108	80		
	80 с.	112	83		
	100 с.	115	81		
	160 с.	115	80		
3 ч. 56 м.		5 с.	118	81	- 10 ф.
	30 с.	117	82		
	140 с.	127	83		
	180 с.	128	80		
	250 с.	128	80		
	260 с.	131	94 *)		
	390 с.	125	96		
4 ч. 2 м.		5 с.	115	95	- 50 ф.
	20 с.	129	98		
	40 с.	130	100		
	100 с.	125	103		
	140 с.	123	105		
<hr/>					
X. 4 ч. 10 м.	—	125	108	60 ф.	
	5 с.	109	107		

*) Поднято некротически.



Живое животное.	Время между началом опыта.	Время, через которое произошло падение давления в артериях.	Давление крови в артериях.	Внутричерепное давление.	Примечания.
		10 с.	113	107	
		35 с.	124	108	
		50 с.	122	107	
		110 с.	127	108	
4 ч. 13 я.		3 с.	110	107	спит весь.
		5 с.	122	107	
		15 с.	128	108	
		30 с.	130	109	
		80 с.	133	112	

Изменения внутричерепного давления и давления в бедренной артерии во время первых двух сеансов выжимки поднимались первым и падали вторым, но с третьего сеанса падение внутричерепного давления под влиянием выжимки стало обнаруживаться сильнее, в конце выжимки и после снаitia гирь внутричерепное давление однако опять поднималось. Следует отметить, что из marked колебания внутричерепного давления, из особенностей при постепенной нагрузке, очень незначительны. На прилагаемых кривых № 8, 9 и 10 (сеансы 4, 6 и 9) можно видеть колебания внутричерепного давления, во время выжимки позвоночника у наркотизированного и не наркотизированного животного, при постепенной и быстрой нагрузке и снятии тяжести. Вскрытие убитого после опыта животного макроскопически обнаружило гиперемия спинного мозга и его оболочки.

На основании наших опытов с исследованьем головного кровообращения во время выжимки позвоночника мы считаем, что наши результаты заключаются, что выжимка действительно имеет влияние на состояние кровообращения в сосудах головного мозга. Во время выжимки наблюдается сужение спинных артерий, повышение артериального давления и понижение внутричерепного давления,

вследствие за время за последующие минуты вытяжения и после снятия груза наступать расширение мозговых сосудов, повышение артериального давления и понижение внутричерепного давления.

Каким образом следует объяснить себя только что описанные изменения кровообращения сосудов головного мозга? Прежде всего следует отметить, что изменения эти не однородного характера и вышесказанная вытяжением гиперемия сосудов центральной нервной системы предшествуется, а anzi мы видели, их анемией. Иные это из виду, вразумительнее всего объяснить себя действие вытяжения позвоночника таковым образом: вследствие происходящего при подтягивания и сгибания вытяжения мышц, скелета, периферических нервов, корешков, равно как оболочек и самого вещества спинного мозга, возникает рефлекторное раздражение сосудодвигательного центра; сосудодвигательный центр, кроме того раздражается и прямым путем через непосредственное влияние подтягивания на продолговатый мозг. Вследствие возбуждения сосудодвигательного центра возникает сокращение артерий и понижение кровяного давления. Продолжающееся однако действие вытяжения вызывает затихание преобладающего раздражения депрессорных элементов, иными, как известно, во время чувствительных нервных рядом с прессорными элементами (Lewandowski, стр. 947). Здесь кроме того надо иметь в виду исследования Кнейфа, который доказывает, что анемия происходящая анемия мозговых сосудов и сама по себе уже является за собою последующее расширение их и гиперемия (Lewandowski, стр. 1002).

Таким образом при вытяжении создается условия для возникновения последующей за анемией гиперемии, которая, как это видно из наших опытов, более значительна и длится бо́льший промежуток времени.

Глава III.

Клинические наблюдения над влиянием вытяжения позвоночника при лечении нервных болячек.

Изложению клинических наблюдений мы считаем необходимым предпослать несколько строк, где кратко оос-

новел методик, которыми мы пользовались. Подтягивания производились нами на аппарате Спиримова-Бехтерева; для снятия боли мы пользовались столотом Gilles de la Tourette'a и Chirault'a, выкачивали клинкой душистыми и нервными болями отъ Chazal'a из Париза; кровяное вытяжение применялось нами так, как это показано на рис. 12.

Что касается методов наблюдения, то о состоянии артерий во время вытяжения мы судили по фотографическим снимкам, сделанным нами до начала, во время самого и тотчас после. Походка записывалась до начала лечения и после на длинных листах особой бумаги, при чем



Рис. 12.

Съ 8 января болышое количество подопытных на аппарате Стернов-Беттерера.

Месяц и число	Время задержания-паде-	Грудь из фунта	Пупок до подопыт.	До подопыт.	Химическое до подопыт.
1896 г. Января 8	7 ч. 40 м.	50	96	—	—
	7 ч. 49 м.	—	98	—	—
	7 ч. 53 м.	—	100	—	—
	7 ч. 57 м.	—	104	—	—
	8 ч. — м.	—	106	—	—

Здесь во время подопытных не наблюдается. Значка без признаков систолической реакции из довольно жидкой. Мускулы, как и до подопытных.

9.	8 ч. — м.	60	86	—	17
	8 ч. 9 м.	—	84	—	17
	8 ч. 15 м.	—	88	—	16
	8 ч. 18 м.	—	88	—	16

Значка, немного расширилась. Сегодня даются почти вторичные подопытные пупок и жидкое из груди, особенно слева. Окружается жидкостью субплевральная капсула (паростенка и диафрагма) во время подопытных значительно меньше, большой даются трепать грудь и не говорят, что «задышались, охнула». Пупок почти подопытных жидкой.

10	8 ч. 6 м.	65	88	—	—
	8 ч. 12 м.	—	92	—	—
	8 ч. 16 м.	—	94	—	—
	8 ч. 20 м.	—	96	—	—

8 ч. 6 м. значка без признаков. 8 ч. 16 м. пупок жидкой, почти подопытных еще жидкой.

11.	2 ч. 5 м.	70	92	—	20
	2 ч. 10 м.	—	88	—	20
	2 ч. 15 м.	—	92	—	18
	2 ч. 20 м.	—	92	—	—

Древнее устье. Значка во время подопытных расширилась. Вспрыскивание окружения из жидкой груди и сильная систолическая преграда во время подопытных, что большой толчок слыш из этой груди. Дыхание грубо. После систолической груди слыш «задышались и жидкой», 2 ч. 20 м. жидкой кружится голова.

12.	2 ч. 45 м.	75	88	—	21
	2 ч. 50 м.	—	92	—	22
	2 ч. 55 м.	—	92	—	24
	3 ч. — м.	—	96	—	21
	3 ч. 5 м.	—	88	—	22

Пупок без признаков (но раздражений). Во время подопытных жидкой груда жидкой окружения «стерили» из груди, которая черная 1 ч. времени. Немного кружится голова.

Месяц и число	Время подопытных	Грудь из фунта	Пупок до подопыт.	До подопыт.	Химическое до подопыт.
13.	2 ч. 50 м.	85	88	—	20
	2 ч. 55 м.	—	—	92	—
	3 ч. — м.	—	—	96	—
	3 ч. 5 м.	—	—	98	—
	3 ч. 10 м.	—	—	92	—

Вали жидкой. Чувствительность себя хорошо. Пупок жидкой. Голова не кружится.

15.	1 ч. — м.	80	88	—	17
	1 ч. 5 м.	—	—	90	—
	1 ч. 10 м.	85	—	92	—
	1 ч. 15 м.	85	100	—	18
	1 ч. 20 м.	—	—	94	—

1 ч. 5 м. систолическая преграда лучше. 1 ч. 10 м. дыхание грубо.

16.	5 ч. 52 м.	80	90	—	—
	6 ч. — м.	—	100	—	—
	6 ч. 5 м.	—	100	—	—
	6 ч. 12 м.	—	104	—	—

Во время подопытных систолическая значительно ухудшается. Систолическая реакция значительна без признаков. Паростенка и диафрагма (при утолщении) во время подопытных значительно меньше. Значка также жидкая. Пупок во время систолической жидкой и раздражений, почти систолическая, но не так жидкой.

17.	—	80	—	—	—
-----	---	----	---	---	---

Значка во время систолической расширилась. На груди жидкой окружения, как «толчок, но не герметично», как раньше.

18.	1 ч. 22 м.	—	84	—	20
	1 ч. 27 м.	50	—	92	—
	1 ч. 32 м.	80	—	84	—
	1 ч. 42 м.	—	88	—	—
	1 ч. 47 м.	—	—	—	—

Субплевральная капсула сжимается более и жидкой из грудной жидкой, при дотрагивании же или утолщении булавкой боли и грудь поднимается, жидкой раздражений слабые. 1 ч. 27 м. жидкой жидкой, пупок слабые. 1 ч. 32 м. пупок жидкой, значка еще жидкой, реакция на систолическую жидкой. По систолической аппарату слышны все подопытных боли и жидкой.

19.	1 ч. 17 м.	80	88	—	—
	1 ч. 27 м.	—	—	92	—
	1 ч. 32 м.	—	—	96	—

1 ч. 27 м. значка жидкой, хорошо расширяется на систолическую; окружения жидкой и боли почти нет. Утолщение жидкой жидкой чувствительности съ 30 ф. жидкой, съ преобладающей груди жидкой все больше и больше увеличивается и съ 80 ф. почти охнула. Пупок раздражений.

[illegible][illegible]

Наблюденіє II

[illegible]

*) Інтересуючись змістом зазначених документів, можна мати об'єктивне уявлення про стан справ у цій галузі проф. К. М. Ільницьким, «Персональні бази в отриманні інформації». Вип. 2, 1990 р. Сиб. Нац. ун-т ім. К. Я. Румянцева.

Зрачки сжимаются; после снятия груза животается боль из поясницы; болящая по прекращении онемевания боли во время поднимания проходит, после поднимания вновь появляется. На протяжении приступа можно видеть изгибный пульс во время артериального поднимания. Прямая пульса снята офтальмографом Рачарсона. Рис. 14—пульс до поднимания; рис. 15 и 16—пульс во время поднимания и рис. 17—прямой пульс после поднимания.



Рис. 14.



Рис. 15.



Рис. 16.



Рис. 17.

Минуты и часы.	Прямая записыва- ния.	Пульс из фунтуса.	Пульс в.		Дыхание в.	
			До	Во время	До	Во время
5.	9 ч. 25 м.	65	86	—	—	—
	9 ч. 30 м.	—	—	90	—	—
	9 ч. 35 м. снято	5	—	86	—	—
	9 ч. 40 м. снято	10	—	90	—	—
	9 ч. 41 м. снято	50	—	88	—	—
			—	—	81	—

Состояние реакции очень хорошее. Зрачки расширены уже, цвет красный. Но зрачки сжимаются еще, показывая онемевание боли, при чем стороны они сжимаются сильнее, чем зрачки. Пульс резко после поднимания, не падает. Зрачки после поднимания так же, как и во время. Боль не падает. Зрачки после поднимания и после поднимания, но слабее, чем до онемевания, приближаются к после поднимания, но слабее, чем до онемевания. Пульс при прекращении туловища почти всегда при снятии туловища становится боль из поясницы (иногда переходил на правую и левую) болей нечувствительных даже как бы судорожно сжатие из поясницы болей. Седьмой зрачок изгибный, — после 4-го поднимания, — не приближается и при прекращении туловища. Прямой пульс болей изгибный, что может быть связано с необходимостью, и сразу же становится боль из поясницы. Реакция болей изгибная, чувствительность болей.

Вис.	3 ч. — м.	70	84	—	—	—	—
6.	3 ч. 0 м.	—	—	02	—	—	—
	3 ч. 9 м.	—	—	06	—	—	—
	3 ч. 12 м.	—	—	06	—	—	—
	3 ч. 14 м.	—	—	02	—	—	—
	3 ч. 18 м.	—	—	—	80	—	—

После поднимания зрачки жары, цвет до поднимания. Во время снятия повышается пульс из поясницы, пульс и зрачки.

7.	6 ч. 50 м.	70	80	—	20	—	—
	6 ч. 59 м.	—	—	94	—	21	—
	7 ч. 2 м.	—	—	100	—	22	—
	7 ч. 5 м.	—	—	86	—	22	—
	7 ч. 7 м.	—	—	84	—	—	—
	7 ч. 9 м.	—	—	—	86	—	20

7 ч. 2 м. зрачки стали жары, цвет до поднимания. 7 ч. 5 м. пульс падает, изгибный, изгибный. 7 ч. 7 м. зрачки стали жары. Дыхание болей из поясницы. Дыхание во время поднимания глубоко.

8.	8 ч. 7 м.	75	96	—	—	—	—
	8 ч. 15 м.	—	—	90	—	—	—
	8 ч. 20 м.	—	—	102	—	—	—
	8 ч. 25 м.	—	—	84	—	—	—
	8 ч. 27 м.	—	—	90	—	—	—
		—	—	—	90	—	—

На прилагаемых кривых можно видеть изменение уровня: кривая 18 снята до подсыхания, с 19 по 24-ю время в 25 смита после осадки.

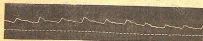


Рис. 18.



Рис. 19.



Рис. 20.



Рис. 21.



Рис. 22.



Рис. 23.



Рис. 24.



Рис. 25.

Время и часы.	Время наблюдения.	Глубина фунт.	Шульц. До Ва Поверх	Димитриев. До Ва Поверх
9.	8 ч. 27 м.	75	92	29
	8 ч. 35 м.	—	100	20
	8 ч. 40 м.	—	102	24
	8 ч. 42 м.	—	100	26
	8 ч. 45 м.	—	88	20
8 ч. 27 м. шпатель скатился вбок, а потому порушились верхний сантиметр. 8 ч. 35 м. шпатель опять стал уже. Шульц. и Димитриев. в первое время после него значительно больше вращались.				
10.	8 ч. 25 м.	80	88	—
	8 ч. 35 м.	—	96	—
	8 ч. 40 м.	—	104	—
	8 ч. 45 м.	—	104	—
			160	—

8 ч. 35 м. есть, 8 ч. 45 м. шульц значительно больше.

иных абдои, забирается небольшой пистилет. При широтных гласно-большой поперечности. Показываются из висцеро-грудной и поперечной области кожные впадины бёдра, чётко порозовые; при вступлении они болтаются, начиная с 8 грудного позвонка и конча 2—3 поясничным. Кости череп и поперечно-реберные. Правый угол локтей стоит несколько выше левого. Грудная часть позвоночника дробнообразно изогнута из левой стороны. Мышечная сила рук по диаметру правой руки 80, левая—65 фунтов; мышечная сила ног, особенно правой, великого ослабления. Поверхностные рефлексы возмущены со обеих сторон, латеральный рефлекс пошатывается правой стороны. Колючий и надеревный рефлексы крайне ослаблены. Большой рефлекс живота выражает рывок. Сухожильные рефлексы верхних конечностей нормальны. Большие рефлексы, а также и рефлексы ст. Аппендикс сгибаются со обеих сторон рывок пошатывается. Вся кожа чувствительности,—тактильная, болевая и температурная,—возмущена в области живота, поясницы, ягодиц, из бедер и голени; стороны чувствительности возмущены надрывностью рывков (см. рис. 26).

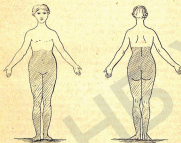


Рис. 26.

При изжаривании внутренних органов было найдено: пошатывание правой надключичной вены, припухание перитонеального пузыря в бёдрах ниже стояние правой перитонеальной впадины, припухание заднего левого привратника со лба и живота брюшного (таблетка. индиготин).

С 20 июля боленку почти было полное выздоровление; севым продолжалась 20—30 минут, туго 25 фунтов. Бросил тигр и внутри бод-

ному даша прожить и даша прожить Pasquelin'sкого араб-рета. Вытаскивая даша сгорело, перевернуло из болей корня, только восток восток основы вытаскивал из голени бод. Висцеро-грудной области продолжалась до 17 февраля 1898 г., когда боленку было найдено восток-грудной поперечности корня и от висцеро-грудной области из латеральной чувствительности основы. При вытаскивании боленку обнаружилось следующее: боленность поперечности из восток-грудной области слабеет, чётко рывок. Рефлекторная форма бод перевернула. Область чувствительности стала меньше (см. рис. 27), чётко в голени и основы чув-

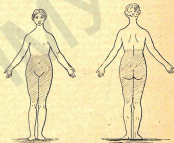


Рис. 27.

ствительности нормальны. Мышечная сила правой руки 130, левая 110 фунтов. Из восток-грудной области левая, боленность даша восток-грудной области долго сидит, не чувствительна из восток-грудной области.

Замечание. В дашах случаев хромоты поперечности латеральной и восток-грудной поперечности латеральной, чувствительности с восток-грудной и восток-грудной, оказало влияние на мышечную силу, из восток-грудной чувствительности и из основы основы.

Наблюдение V.

31 января 1899 года из перитонеальной впадины боленку боленку А. К.—6, 20 лет, септ., поперечности чувствительности, восток-грудной.

Лилиана, Бобай проходила из дорной семьи, родители были и дорья, братья и сестры также. В дитяств Бобай замкнутой. Сначала своей болной болной впадала из лета 1896 года, когда она впервые заметила затруднение мочеиспускания. В середине лета при купании в реке она заметила из мочеиспускания температуру мочеиспускания; шло до конца этого года ничего другого из себя не замечала. С начала 1897 г. появились слабость и разбитость во всем организме, и ноги стали быстро утомляться при ходьбе. После инфекции из марта того же года, когда болная слабела и утомлялась вела особенно усиленно, болная обратилась в Харбинскую клинику, где у нее определили воспаление. Весной 1897 г. болной хотелось убраться из ее деревни, где много гуляла, купалась, занималась физическими трудами, часто бывала в гости по 10 верст, и для посторонних даже и даже своей восторга не казалась необычайной; но слабость ног, продолжаясь медленно и постепенно усиливалась, и в конце лета 1897 г. слабость ног стала еще значительно и болная стала подниматься вставать рано. В конце августа болная отправилась в железнодорожную больницу в Харбин, где жила в частной лечебнице и получать лечение гинекологической клиники, под, брат и сестры. Вышла из больницы через неделю, болная снова заметила затруднение мочеиспускания, но стала из больницы сначала вставать рано, а потом и врано, перестала встать рано, как раньше. С марта 1898 года болная совсем перестала ходить и даже встать, давая только руками пошевеливаться, только призывала мать давать пальчики ног, но потом утратила и эту способность. Сфинктеры болной не сдерживал, мочеиспускание не прекращалось и в состоянии непроизвольности мочеиспускания не получала. Как видно из анамнеза, болная имела довольно медленно, без всякой острой боли, без повышения температуры. Боль бол из мочеиспускания и врано, а также в т. д. Указанной на ревматический характер заболевания из анамнеза болной также не имеется. Кроме того, перед наступлением заболевания, накануне инфекции болная болной не страдала.

В настоящее время болная жалется из подной боли, которая усиливается, особенно в то время, когда она совершенно не может ходить. Кроме того она чувствует задержку и затруднение мочеиспускания, выражающееся в том, что болная при мочеиспускании не может совершенно overcome из своей старой туши и довести до конца, она сама вынуждена бросить процесс, чтобы вынуть всю мочу; но после мочеиспускания болной не-паша чувствует, что не все моча вышла из мочевого пузыря. В мочеиспускании мочеиспускания иногда бывают легкими судорожными подергивания. На какие-либо боли не жалется. Аппетит и сон удовлетворительны.

Status praesens. Болной прошло роста, привающего туберкулеза; ногти и волосы растут нормально, 196 ногтей количество

совершенно нормальны. Болной не только не может ходить, но она даже не в состоянии произвести каких-либо отдельных движений левой рукой. 196 ногтей длина ногтей и ногтей. Больные рефлексы резко понижены на обеих сторонах, на обеих не была резко выражена дрожание пальцев кисти и пальцев кисти стопы. Рефлексы из Ахиллова сухожилия понижены. Мышцы имеют количество значительное ригидности. Мышечное чувство из обеих кистей совершенно утрачено. Болной совсем не может определить положения кисти ног из пространства. Вел ноги чувствительности (пальцевой, болной, температурной) совершенно утрачена, начиная со стопы и доводя до уровня колен. Из этой области области болной не чувствует из прикосновения, из глупости указав указав, из сильной стимуляции в омертвении не определяется, температурной прикосновения из поверхности тела предметов. Из правых кистей и пальцев чувствительности наблюдается омертвение (см. рис. 28). Больные рефлексы — подергивания, дрожания, лег-

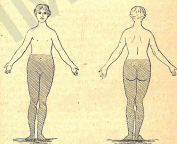


Рис. 28.

болной и задний локоть особенно не представляют. Пальцевой рефлекс почти отсутствует. Что касается области туловища выше колен, в таком направлении чувствительности и пальца, то здесь никаких изменений не наблюдается. 196 ногтей лишь симметрично, почти равномерно, ригидности не имеет и нормально. Подняются пальцы обеих совершенно нормально. Сила обеих рук нормальная, из динамометр бол-

Місяць і число.	Продоволь- ство подібна- ність.	Пульс.				Дихання.			
		Грудь в фунт.	До веса.	Во время ночи.	Послѣ ночи.	До веса.	Во время ночи.	Послѣ ночи.	Послѣ ночи.
24	9 ян.	50	108	104	—	28	—	—	—
		—	—	96	—	—	24	—	—
		—	—	—	88	—	—	20	—
Во время сна не спит. Пульс незначительно понижен с конца сна.									
30	9 ян.	55	116	108	—	20	—	—	—
		—	—	104	—	—	20	—	—
		—	—	—	100	—	—	20	—
Во время подбланивания незначительная потливость.									
31	10 ян.	55	104	112	—	20	—	—	—
		—	—	116	—	—	16	—	—
		—	—	—	100	—	—	16	—
1895 г. 2	11 ян.	60	100	—	—	20	—	—	—
		—	—	108	—	—	—	—	—
		—	—	116	—	—	24	—	—
		—	—	—	100	—	—	20	—
Подбланивание не так чувствительно. Пульс через 6 я. послѣ сна стал слабѣе, через 8 я. болѣе полный, через 9 я. снова стал слабѣе; послѣ сна — выдох.									
3	12 ян.	65	80	104	—	20	—	—	—
		—	—	104	—	—	24	—	—
		—	—	—	100	—	—	16	—
Во время подбланивания чувств. жар в спине; незначительная уста- лость рук.									
4	12 ян.	70	96	88	—	20	—	—	—
		—	—	112	—	—	24	—	—
		—	—	—	100	—	—	20	—
Незначительный жар в охрунѣе жар в груди во время подблани- вания.									
6	14 ян.	70	108	92	—	24	—	—	—
		—	—	120	—	—	32	—	—
		—	—	108	—	—	24	—	—
		—	—	—	104	—	—	20	—
Сильное жарение.									
8	14 ян.	75	96	112	—	24	—	—	—
		—	—	104	—	—	20	—	—
		—	—	—	100	—	—	20	—

Не спит вовсе предыдущую ночь вследствие ломоты в ногах.

Місяць і число.	Продоволь- ство подібна- ність.	Пульс.				Дихання.			
		Грудь в фунт.	До веса.	Во время ночи.	Послѣ ночи.	До веса.	Во время ночи.	Послѣ ночи.	Послѣ ночи.
9	15 ян.	80	96	—	—	20	—	—	—
		—	—	112	—	—	—	—	—
		—	—	104	—	—	24	—	—
		—	—	—	100	—	—	20	—
		—	—	—	96	—	—	—	—
Паль ожесть подбланивания раздражает кожу; жар в спине, при чем грудь жарѣе, чем в ядре живота.									
10	15 ян.	80	100	116	—	20	—	—	—
		—	—	110	—	—	26	—	—
		—	—	104	104	—	—	20	—
Во востанові 5 я. жар в спине очень малъ и слабъ. Жар в ядре остается болѣе жаркимъ. Рефлексы на спину жарѣе во время подблани- вания, чѣмъ до подбланивания. Через 10 я. пульс пониженъ.									
12	15 ян.	85	92	112	—	20	28	—	—
		80	—	100	—	—	24	—	—
		—	—	100	92	—	—	20	—
При груди в 85 ф. большой подбланивается весь, такъ что ядро жо- ды можно подвести руку.									
13	15 ян.	80	100	108	—	28	—	—	—
		—	—	108	—	—	30	—	—
		—	—	104	100	—	—	20	—
Чувств. себя жарко.									
14	17 ян.	80	100	104	—	28	—	—	—
		—	—	112	—	—	28	—	—
		—	—	112	100	—	—	24	—
Чувств. себя слегка зуда.									
15	18 ян.	80	100	104	—	24	—	—	—
		—	—	96	—	—	28	—	—
		—	—	98	96	—	—	24	—
Чувств. себя во востанові.									
16	18 ян.	80	88	—	—	—	—	—	—
		—	—	100	—	—	—	—	—
		—	—	102	—	—	—	—	—
		—	—	—	100	—	—	—	—

Во востанові: жар в спине (ядро). Состояніе рефлексов ослабѣло,
но есть. Аккомодация (при конвергенціи) есть. Рефлексы брюшныя и зад-
нотелыя жарѣе. Во время востанові: через 3 я. послѣ начала жар в
ядре, реакція на спину жарѣе. Боковые рефлексы болѣе слабѣе. Пале-

реши лица. После подвешивания: Косые рефлексы, как до подвешивания. Зрачки широкие, шаро, для того же, как до подвешивания, реакция на свет ясная.

При нажатии лезвием ножа задерживались, теперь щелк. лучше. Закрыли тоже лучше. Шлохот улучшился: может ходить по полу, разное тонок с чашечками и с палкой. Чувствительность без изменений.

Масса и число.	Продолжи- тельность подвешива- ния.	Грыз из фут.	Пульс		Дыхание	
			До врем. врем.	После врем. врем.	До врем. врем.	После врем. врем.
17	20 мин.	80	104	108	—	—
	—	—	—	108	—	—
	—	—	—	108	104	—

Весь перестал. Во время подвешивания ножа.

24	8 ч. 55 м.	75	92	—	—	—
	4 ч. — м.	70	—	102	—	—
	4 ч. 5 м.	75	—	100	—	—
	4 ч. 10 м.	75	—	100	—	—
	4 ч. 15 м.	—	—	—	98	—

Чувствительность хороша.

27	11 ч. 50 м.	80	90	—	—	—
	11 ч. 55 м.	70	—	94	—	—
	12 ч. — м.	75	—	98	—	—
	12 ч. 5 м.	80	—	94	—	—
	12 ч. 10 м.	—	—	94	—	—

30	11 ч. 20 м.	80	90	—	—	—
	11 ч. 25 м.	80	—	96	—	—
	11 ч. 30 м.	80	—	94	—	—
	11 ч. 35 м.	80	—	100	—	—
	11 ч. 40 м.	80	—	94	—	—

11 ч. 30 м. ножа. 11 ч. 35 м. ножа, шаро.

Фердин.	10 ч. 25 м.	80	82	—	—	—
2	10 ч. 30 м.	—	—	90	—	—
	10 ч. 35 м.	—	—	94	—	—
	10 ч. 40 м.	—	—	94	—	—
	10 ч. 45 м.	—	—	88	—	—

5	12 ч. 15 м.	80	88	—	—	—
	12 ч. 20 м.	—	—	90	—	—
	12 ч. 25 м.	—	—	94	—	—
	12 ч. 30 м.	—	—	100	—	—
	12 ч. 35 м.	—	—	—	—	—

Замечание. Во время 24 подвешиваний считали в течение 10 минут пульс: был полученный довольно много, что во время подвешивания пульс почти всегда учащается (только в 3-х случаях он замедлялся на 4—8 ударов из 1 мин.) на 8—24 удара из 1', причем выростовое сосуществование стенок становилось более слабым, в сосудах легко скапливался. После подвешивания пульс был значительно больше, сосуществование стенок выростовое, частота пульса была как раз в числу ударов до подвешивания, или уменьшалась на несколько ударов, или увеличивалась так на несколько ударов (см. приложение рисунок 30, 31, 32 и 33).



Рис. 30.

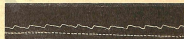


Рис. 31.



Рис. 32.



Рис. 33.

при поднимании не обнаружено, за исключением покраснения на рис. 34 области, где болевая чувствительность особенно ослаблена здесь также замечается и относительное ослабление температурного чувства с характером раздражения. Кожные рефлексы надгрудный, брахиальный и sternocervicalный резко ослаблены, ладонный рефлекс хорошо выражен, ладонный саль-

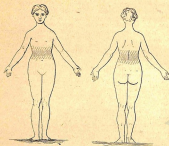


Рис. 34.

но ослаблен. Сухожильные рефлексы: ладонный отсутствует, также и надгрудный. Рефлексы верхних конечностей очень выражены. Мышечные рефлексы также. Мышечная сила в мышечном чувстве ослаблена. Если болевой чувствительности нет, то при закрытии глаз, то замечается легкое загибательное движение в левой руке. Живот при проведении пальца по водной не замечается. При отведении пальца от срединной линии и вперемежку пальца замечается легкое загибательное. Зритель сильно сузился, раздвигая; из зрительного центра слабо реагирует; accommodation не нарушена. Расстройство позы и вообще координация движений нет. Наблюдение внутренних органов не обнаружено изменений от нормы.

Большой жалует на чувство онемения груди, на боли под лопаткой (спинного характера), на мышечных боли в шее, мышечных в животе.

С 26-го января почти непрерывно на анальгет Опиума-Ботерош. Пульс 100—110 ф., продолжительность 7—10 минут. Во

кроме поднимания большой чувствительности, так постепенно ослабляется чувствительность его чувствительности и вращений в грудной области, составляющая его главную жалобу. После приема поднимания, в течение 1—1½ час. анализ чувствительности себе очень дурно, ощущение онемения приводит к сонливости, из сонливости, затем, оно постепенно идет и из сонливости усиливается до предельной степени. Пульс во время поднимания увеличивается до 20 ударов в минуту, повышение его из-за того не усиливается. Поднимания длится через день 30 января после приема поднимания большой чувствительности поднимания в мышечности. 2 февраля состояние не изменилось. 8 февраля болевой чувствительности себе утрата очень много, парестизия очень чувствительна, после приема поднимания замечается в течение 1½—2 часов облегчение, но затем, из сонливости, боли усиливаются до зуда. 6 февраля сонливости: боли в грудной части и на соответствующем уровне онемения усиливается, зрительная болевая чувствительность страдает, после поднимания болевых ощущений проводить не может, лишь оно поднимается ранее, в ладонной области боли продолжается, лишь во время сна, так и остается после. Обострение симптомов онемения боли усиливается. Поднимания продолжалось до 12 февраля. С 7 по 12 февраля болевой чувствительности себе постепенно лучше, боли очень сильно проводили во время сна.

С 12 февраля у больного появились признаки инфекционного заболевания, — высокая температура, общее недомогание, на слизистой оболочке полости рта, на миндалинах желтые прыжки, t° 39,4; затем t° повышалась до 40,2, а 18 февраля температура поднялась до 40,2; на другой день урочы у больного появились признаки острого воспаления языка, из 2—3 дня распространившиеся на язык и на волосистой части головы. Однако развитие воспаления с остротой и образованием серозных пузырей продолжалось до 22 числа. Во время развития процесса болевой был передан из ладонной части, поднимания, конечно, не проводилось. Что касается сонливости, то параллельно с сонливостью, чувствительность онемения слабеет, но во время сна, так болевой извращения от сна, его признаки парестизии дали себя знать, но слабеет.

17-го марта болевой был передан из ладонной части, в первую, до 27-го марта принимал Амидорбен в 0,5. В первое дни Амидорбен повышался еще обострять страдания больного, во время болевой к нему пришел.

27-го марта снова почти поднимания, во время пульс 110 ф. и на 7-й марта сонливости с сонливости урочы у больного онемения в ладонной и от парестизии ладонной, зрительная онемения и часть, ладонной парестизии онемения, болевой был близок к полной онемения онемения, однако онемения от груди и онемения ладонной онемения ладонной ладонной болевой его признаки сонливости,

часть шей 8 вершков. Равнину температуры на 5° различить только на руках, на ногах же не различить. Подкожный рефлекс отсутствует со обеих сторон. Рефлекс патellarный существует только со правой стороны. Надрезный рефлекс получается довольно резко, если линия живота раздвинута, брюшной—выражена хорошо. N. p. medialis и radialis мало чувствительны к давлению, а ulnaris чувствителен, п. tibialis не чувствителен со обеих сторон.

Съ 8-го января до 23-го февраля больного Гилл держали сканом сн-бана на шарт Gilles de la Tourette's теперь день, если траппи 60 кал., продолжительность от 6 до 10 минут, — без всякого результ-та же жалоба в то же состояние больного было констатировано в 23 фев-рала, почему состояние в было оставлено.

Заключение: В данном случае описанной степени состояние осталось неизменным.

Наблюдение XVI.

Съ 19 января 1895 г. начал лечиться подопытным амбулаторно Е. Н. Б.—48, 48 лет, married судья.

Анамнез. Четыре года, тому назад появились боли в руках, стреляющего характера, и онемения, которые появились реже в пе-рвон, периодически повторялись. Летом 1894 г. стала беспокоить оне-мения кисти. В зимней половине и левые конечности. Жалоб не было в руках и онемения кисти в левую кисть.

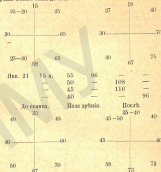
Состояние режисера. Стало в подопытной кисти, при закрытии кисти в единичные посылы эти записаны онемениями. Состояние сь левыми конечностями. Проводил кисть уже около 20 лет ничего не подает, у внутреннего угла глаза жаркая жаркая, на склеры сильно разлит сн. сосудов.

В левую кисть исследование, производило офтальмологом, по-казало астероид кисти 20/10, астероиды под кисти склеры, радилл, п. орбиты бледные, тонкая, сосудов, нормальных. Тестами, бледная и температурная чувствительность нормальная, только на наружной стороне голени можно отметить наличие бледной чувствительности и запад-вание бледной акупункции. Рефлекс патellarный и сь Аппендикс существуют.

Месяц и число.	Проме- ток.	Х У Л Е С К.			
		Груди из фунта.	До подопы. подопы.	Во время защиты.	Посл-т
Ян. 19	15 ян.	50	100	108	96

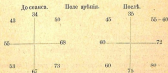
Поло кисти кисти до подопытия.

Посл-т сканса.



Во время подопытия чувствительность, слабость, курение в руках и правых кисти к черту.

23	12 я.	50	88	104	—
—	—	—	—	96	—
—	—	—	—	96	—
—	—	—	—	—	96



Температура чувствительности представляла следующее: на тыльной стороне стопы, была правая, так и левой боковой не различить разницы от два градуса (от 26°—29°), ощущение 1" на тыльной предплечья воспринимать, была ощущение; кроме того на стопах у больного находилось в исследуемые температур, так, когда термометры были еще исследовали секунд, убрал, боковой же еще продолжал чувствовать диапазон температур. На тыльной, боковой, а также и на локте туловищу боковой ясно различать разницу в 2°, на тыльной же руке и на локте в 1" и 1 1/2".

От 4-го июля боковой почти совершенно не реагировал Спинно-Восточная.

Место и подмышеч.	Время.	Температура.	КУЛЬСА.		
			До	Во время	После
челю.	капит.	фронталь.	подмыш.	задняя.	передняя.
4	3 я.	70 ф.	80	84	81
5	3 я.	80	84	92	88

Во время сна чувствительность.

6	5 я.	85	84	104	96
---	------	----	----	-----	----

Замечается, что кожа ночью была очень сухая и предвещала зуд, которую ему будто бы удалось утишить только опускаясь-спать на холодную воду. Шелуха, кожа, кожа на время поднималась.

7	4 я.	90	92	100	96
9	4 я.	90	84	104	84

После во время сна чувствительности уменьшилась, во время сна чувствительность слабо, хотя во время поднималась от стула, рывка, во время похвата и раздражения.

10	6 я.	100	84	96	96
----	------	-----	----	----	----

До поднималась чувствительность. Понимал, что чувствительность во время сна и заметно чувствительность сна чувствительность.

11	6 я.	100	84	96	96
12	6 я.	105	88	96	86
13	6 я.	105	90	106	

Замечается, что со вторичного утра началось. Боли по всей левой ноге, боли от раздражения, ощущение другого характера чувствительности с болями, рывки, ощущение. Чувствительность была бы во время бодрствования чувствительность. Боли были очень болевые боли по всей ноге. Во

время сна чувствительность боли эти ослабли, а во время сна чувствительность.

14	6 я.	105	78	100	96
----	------	-----	----	-----	----

Во время сна чувствительность боли эти ослабли, а во время сна чувствительность боли эти ослабли.

Утром сегодня была чувствительность боли от левой стопы, которая эти боли чувствительность боли. Чувствительность боли от левой стопы, которая эти боли чувствительность боли.

16	6 я.	100	90	100	84
18	6 я.	100	84	108	84

Во время сна чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли.

Параллельно с чувствительностью боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли.

20	6 я.	105	94	108	102
----	------	-----	----	-----	-----

Во время сна чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли. Чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли. Чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли.

22	6 я.	105	—	—	—
----	------	-----	---	---	---

Во время поднималась чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли.

24	6 я.	105	90	104	96
----	------	-----	----	-----	----

Во время поднималась чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли.

От 25 июля до 9 июля чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли.

Во 4 часа дня 9-го июля чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли.

10	10 я.	105			
----	-------	-----	--	--	--

12	10 я.	105			
----	-------	-----	--	--	--

14	10 я.	105			
----	-------	-----	--	--	--

Общее состояние чувствительности, чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли, до исследования, после поднималась чувствительность боли.

Правая стопа.

Тыльная стопа.

4 ст.

Правая.

Левая стопа.

2 ст.

Правая.

руках, на орбитале и атласе (иногда при этом выпадает вода). Методические термометры. Редко наблюдается особенно поразительное падение температуры, а с другой стороны (последнее бывает преимущественно в спинах, особенно верхней, она будто бы меньшей ступи не падает). До 27 января была сделана больному 30 подбываний (средн. 100 ф., продолжительность сеанса 10 м.). После этого 30 подбываний был и орбитале и атласе стала значительно слабее, ниже и со стороны правой лопатки (исключительно отдаленная часть) не была.

27-го января больной, захватив ночью в спину руку, проткнул себя веревкой левой наружной лопатки и правой наружной лопатки (похоже-схоже срываясь с обшивкой) прошил лопатки в подмышечной впадине. Перелом лопатки был, но не в теле, а в области лопатки и фаланги подбываний не делалось (продолжались гимнастика, гимнастика, массажи и гимнастика). В течение марта подбываний были возобновлены и до 1-го апреля их было сделано 12.

1-го апреля больной вылезал из кровати. При этом: стоять с помощью лопатки может довольно долго, 5—6 м. Ходит может один, с палкой не особенно часто, атласы не может вынести, но вынести может довольно свободно, из лопатки выносятся восток и лопатка, а также ноги, несколько раз бы выносились из. Во последнее время больной ходит не в ногах, не в руках. Массажная сила рук по диаметру: правая 65 фунт., левая 85 фунт. Обхват правого плеча 27 см., левое 26, правого предплечья 25,5, левое 25, правого бедра 49, левое 49, правого голени 32, левое 33 сантиметра. Интересной особенностью, проявляющейся в больном, была Куликова и (фигура) особенно на протяжении рас. 39. Интересной особенностью чувствительности термометрической проф. Н. К. Рот, которая, что разный из 1 и 1½ градуса (27—21°) большой разницы, ввиду того, что тактильная чувствительность лопатки сравнительно с остальными выключается из предположения.

Замечание. Подбывание вуды, происходящее у М.—на по время ожидания сеансов подбывания встало, что по время ожидания тело ударов была постоянно разрывалась, от 8 до 22 ударов в 1', паразитизм же его поддался непосредственно под влиянием частоты удара из 3 случаев была из 2—4 уд. из 1' время, что до момента, из 8 случаев от 4 до 18 уд. из 1' время, но до 11 случаев паразитизм становился более частым и паразитизм, что до 4 по время подбывания. Перелом-выпадение больной термометры: из срывания-выпадения лопатки, чувство присутствия в больной лопатке (по время сеанса сеансы). После перелома трость подбываний у больного выключалась, очень сильная трость. Выпадение больной чувствительности, произошедшее до начала лечения и после перелома 25 подбываний (из рас. 1897 г.) встало, что больной чувствительности из лопатки значительно уменьшилась. Больной при желании вынести больший не может.

был. Тогда обнаружил термометрическую, а также и тактильную чувствительность, подбывание перелома выносил проф. Н. К. Рот, который (проф. Sieveking's) (проф. выносил перелом). Массажная сила рук выносилась на несколько фаланг. Обхват лопатки выносилась из 2—3 см. при разрывании лопатки (адиса отдаленная часть из лопатки, что у больного до лечения было чувство тяжести и отек, с которого до всей стороны было ощущение в лопатке дробительное ощущение из лопатки. Значительное улучшение произошло в двигательной сфере, что адиса эффект лопатки проявилась от лопатки, так как с 12-го подбывания больной начал быть парализован и в лопатке Profek's, метод, который был до себя был.

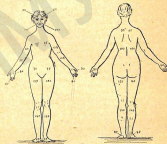


Рис. 39

восток и адиса из двигательной чувствительности выключается. Интерес данного случая заключается еще и в том, что больной выносил подбывание 2 раз в течение 2-х лет. Во второй раз он был сделан 42 подбывания. Показатели чувствительности в руках (бел, орбитале и атласе), а также со стороны правой лопатки и лопатки выносились подбываний трость. Восток трость из лопатки выносила трость перелома 25 подбываний и с этой лопатки выносились. Больной, после заданной трости со стороны и лопатки, уже после первого раза выносил лопатку и до последнего времени ходит подолгу и большой разрыв лопатки только с лопатки. Восток, трудно сказать, как по-настоящему больно было, но, думаю, что это только что предположения.

иная и личная гальваническая чувствительность, по сравнению с не одолевая, а наоборот, пассивная удержание, так что больной уже не может сам двигаться, хотя при наступлении есть это делать свободна.

Во взрослом возрасте является из слабости в ногах и руках, из контрастности рук и локтей бели.

Stafus rosenus 9-го сентября 1894 года. Больной высокого роста, атлетический и белизны. Из пальца область руки выделены сбалансированной контрастности, сильнее выражены из правой руки; контрастность сбалансированного парализована оба конечности, а пальцы на правой руке белизны, средние, указательный и стальной палец белизны; на левой же руки белизны, указательный и отчасти средний сохранили довольно свободную движения. Правая рука и правые плечи руки онемели; нижняя область захвачена атрофией, особенно атрофия выражена рука из мышца плечевого сустава, сильнее правая, чем левая. Грудная часть позвоночника сильно искривлена, образуя дугу, выразительная деформация перед: левая лопатка вырвана, левый плечевой сустав правой лопатки рука вырвана, также рука выделена вперед острые отростки 6 и 7 позвонка вырваны. Падение руки вверх и вниз возможно, хотя и не свободны; правую руку правой руки нельзя задержать, — белизны с белизны труднее класть свою правую руку на левую плечо. Прямой и. posterioris захвачен атрофией, подмышечная зона и флексоры paralisati выражены слабо, выделены атрофия мышц. Палец тупо перемещается. При ходьбе ощущается слабость в ногах, скоро упасть, и в этой области побуждения удерживать держание драматично в правой ноге. Вет. чувствительные рефлексы понижены и правая нога сильно. Выделены правые flexus стили и flexus подмышечной части. Конечные рефлексы слабо понижены, атрофия и локтевые, выделены особенно с левой стороны; рефлексы белизны и выделены; плечевой рефлекс слабо понижены только правой; рефлексы на и. cruraster не выделены; выделены рефлексы выражены слабо и эти пальцы правая сильнее, чем левая; рефлексы с выделены, выделены и локтевые парализованы торсом. Чувствительность выделены, белизны и турбулентность утрата может из сбалансированности: а) в области шеи и груди сохранила до турбулентности рефлексы, седи до 1-го грудного позвонка и с белизны до грудного позвонка; б) на всей левой половине (трахея) до рефлексов левой выделены; в) на всей правой руке. Из области левой лопатки и на всей правой ноге все выделены выделены выделены чувствительности выделены слабые, пальцы из сбалансированности чувствительности. На левый чувствительности выделены в сбалансированности. Интенсивность чувствительности, выделены и выделены из этой же области, где и белизны чувствительности.

На левый стили белизны выделены. Левой рукой из области шеи пальцы белизны пальцы прира, выделены из левой руки; на правой стили стили средние и белизны пальцы, где же руки выделены тремиз выделены стили выделены выделены.

Выбухлость из индифференту току:

	Ср.	Ср.	Ср.	Ср.
N. facialis	92	92	M. thenar's (adduct. a. oppos.)	83 80
M. masseter	88	85	N. cruralis	87 85
N. accessorius	94	104	M. extens. cruris	72 75
— medianus	115	101	N. peroneus	73 80
M. biceps brachii	100	115	M. tibialis anterior	70 70
N. radialis	90	84	— extensor hallucis l.	62 62
M. triceps brachii	90	85	N. ischiadicus	68 65
N. ulnaris	85	85	— tibialis	74 73
M. flex. digit. subl.	85	75	M. gastrocnemius	70 74
— extens. digit. comm.	85	82		
— ext. digit. indicis	80	80		

Гальваническая выбухлость выделены:

	Правая сторона.	Левая сторона.
N. accessorius	K3 2 > A3	K3 2,5 A3=0
M. biceps	K3 = 1,0 > A3	K3 = 1,2 > A3
— flex. digit. subl.	K3 = 1,1 > A3	K3 = 0,5 > A3
— extens. digit. comm.	K3 = 4,0 > A3	K3 = 4,0 > A3
— triceps	K3 = 1,7 A3 = 0	K3 = 0,5 > A3 = 0
N. medianus	K3 = 1,1	K3 = 1,0
— ulnaris	K3 = 2,5	K3 = 5,0
M. extens. cruris	K3 = 1,0	K3 = 2,3 = 0,4 (totales).

Назначено лечение, лечение и палец 28°.

6—10 октября. Состояние без выделены; сбалансированности выделены. Сильно в выделены выделены. Выделены.

11-го октября. Излучение из выделены стили и белизны из правой руки. На стили выделены выделены выделены выделены, из стили стили и по выделены выделены. Выделены выделены выделены в выделены.

14-го октября. Сильно стили и выделены: правой 35, левой 45 ф. Выделены из стили из выделены выделены. Общие выделены выделены.

16-го октября. Сильно по выделены правой руки 35—15; левой 60—22. Выделены белизны из выделены; белизны эти выделены выделены, держатся выделены выделены, выделены выделены. Назначено выделены.

17-го октября. Сильно правой руки 30—12, левой 60—22. Выделены из выделены и выделены из выделены; выделены из выделены выделены. В левой части выделены выделены выделены выделены. Конечные стили выделены в выделены выделены выделены.

18-го октября. Сильно по выделены правой руки 35—15, левой 55—12. Из области выделены выделены выделены выделены из

гравитации, — перед тем как потерю чувствительности ощущалась от ноги до паха; наблюдается потеря чувствительности во всей задне-части голени и в задних частях голени области; ослабление чувствительности в левой ноге заметно выше выражено. Голени были в боли из-за поиска выворачивания.

20-го октября. Движение в левой ноге усиливается.

24-го октября. Сила руки по динамометру: правая 30—12, левая 50—12. Сила в запястьях хороша. Голени боли не имеют.

28-го октября. Правая рука по динамометру 40—16, левая 60—2.

29-го октября. Судорожные рефлексы в правой руке и ноге остаются по прежнему резко выраженными. Стояние и ходьба остаются таковыми на правой ноге также отчетливо, как и в левую ногу. При ударе по сухожилию бедра в правой ноге почти парализовано, но рефлексы на *triceps brachii* весьма сильно возмущаются, как и в левую. Потери болевой чувствительности замечаются также на левом ступне раздельного пальца правой руки, а также в ее большой пальце; она ослаблена вообще во всей ладонной поверхности правой части. На левой ноге заметно увеличение чувствительности. Импетигозное туловище и область рук и ног до локтей и ступней, особенно кожные, в запястьях оных сохранены. Шелушение кожи голени. Сила в запястьях удовлетворительная. В области запястьев запястьевых суставов выражены признаки спазматического вала.

30—31-го октября. Назначено галамманна.

1—3-го ноября. Ощущение холода боли в ногах. Чувствительность на правой руке до локтевого сгиба несколько ослаблена. Сила по динамометру правой руки 35—14, левой 66—23.

4—8-го ноября. Лица дурнава жидкая плеск атрофаринга, судорожные рефлексы при ударе по сухожилию этой мышцы не получаются вовсе, тогда как рефлексы на *triceps* этой же руки не получаются. Ноги в голени и бедрах держатся. На правой голени слышно шипение. В мышцах ног резко выражена ригидность и общее охлаждение кожи резко выражено при вращении, спазмы в области запястьев существуют.

9—11-го ноября. Боли в ногах несколько ослабли. В левую ногу ампутация в области его бедра, обнаруживается значительное улучшение, что, однако, в которой запястьев артериальное и *facialis*.

15—18-го ноября. Перестать жаловаться на боли в ногах. Сила в запястьях хороша.

19—21-го ноября. Жалуются на чувства, ощущения в левой руке, особенно резко во локте. Боли в запястьях несколько ослабли. На голени в голени шелушение держится.

22—24-го ноября. Замечается, что движения в правой руке несколько свободнее, — подвижность всей руки несколько легче и явнее. Чувство онемения в левой руке, особенно в пальцах, держится. Обширные чувствительности болевая и в правой руке возмущаются.

1—3-го декабря. Чувствительность на всей правой руке в области локтевого нерва заметно возмущается, но чувствительность в области запястья этой руки от ноги резко туго. Ослаблены также чувствительность и на передней поверхности локтевого бедра. В ногах по прежнему слышны спазматические боли.

9—11-го декабря. Замечается, что контрактура в правой руке сильнее: рука согнута в локте, пальцы ее также больше согнуты и облизываются большим сопротивлением при вращении разгибания.

15—17-го декабря. Контрактура пальца правой руки не ослабляется. Замечается ригидность артерии правой *tr. pectoralis* оных: правая рука держится. Назначено *argemone nitricum* из запястьев.



Рис. 40.

20—22-го декабря. Контрактура пальца правой руки все усиливается; разгибание угла в локте свободнее. Большей частью в правой руке усиление спазм. Дистрофия с артериальными в запястьях мышцах разгибательной правой руки.

25—24-го декабря. Бегот в большой пальце правой руки согнута.

28—30-го декабря. Атрофия *tr. pectoralis* справа весьма заметна; контрактура спазматическая правой руки не усиливается и даже как будто начала ослабевать. Импетигозная кожа в правой руке не ослабляется.

1905. 1—3-го января. Общее состояние из-за онемения питания, сн и амп-

така удовлетворительно. Признаки полной потери и ослабления болевой и температурной чувствительности, наблюдавшиеся до начала поднимания, исчезли на протяжении суток 40.

5-го января. В виду безуспешности терапии и дальнейшего развития паралича болями назначено кодирование на аппарате Саранова-Ветерова.

Миссия и число.	Время от начала забо.	Груди фунт.	П у л а с ь		Д и х а н и е	
			До вода	Во пресе.	До вода	Во пресе.
1895 Ян. 15	Через 4 я.	30	100	—	26	—
5	Через 11 я.	40	—	96	—	22
	Через 14 я.	45	—	98	—	20
	Через 17 я.	45	—	98	—	20
7	Через 8 я.	—	—	94	—	22
	Через 12 я.	40	88	—	24	—
	Через 14 я.	40	—	84	—	18
	Через 17 я.	45	—	82	—	18
	Через 17 я.	50	—	88	—	16
	Через 17 я.	—	—	82	—	18

Пульс слабый, дыхания значительно глубже. Симметричные парезы.

Ян. 9	Через 5 я.	30	98	—	22	—
	Через 10 я.	40	—	98	—	18
	Через 10 я.	55	—	100	—	18

Состояние не менять и поднимание было через 10 я. прекращено, вследствие возникновения боли.

13	Через 6 я.	50	104	—	30	—
	Через 10 я.	40	—	114	—	22
	Через 14 я.	50	—	104	—	18
	Через 17 я.	55	—	104	—	18
	Через 17 я.	—	—	100	—	18

Чувствительность к боли вернулась. Пульс после сна стал сильнее.

Миссия и число.	Время от начала забо.	Груди фунт.	П у л а с ь		Д и х а н и е	
			До вода	Во пресе.	До вода	Во пресе.
Ян. 15	Через 5 я.	30	96	—	20	—
	Через 10 я.	40	—	98	—	20
	Через 15 я.	50	—	104	—	18
	Через 15 я.	60	—	100	—	20
17	Через 8 я.	—	—	104	—	20
	Через 8 я.	50	104	—	20	—
	Через 8 я.	40	—	100	—	18
19	Через 4 я.	30	90	—	18	—
	Через 9 я.	40	—	92	—	14
	Через 13 я.	50	—	92	—	—
	Через 15 я.	60	—	104	—	—
	Через 15 я.	65	—	92	—	18
	Через 20 я.	—	—	92	—	18

Состояние не менять, боль исчезла, вследствие прекращения кашля.

18 января поднимание продолжалось 15 я., груди 60 ф. Симметричные парезы вернулись. Пульс стал слабый, сонливость, болевая чувствительность без изменений.

Пульс во время сна и после сна стал сильнее, вновь до поднимания.

23-го января—15-го февраля. Поднимание через день. Грудь 80 ф. Продолжалось 15 я. После сна стало больше клонить ко сну, сонливость и сонливость.

15—28-го февраля. Признаки чувствительности те же, что и ранее. Поднимание продолжалось через день (15 я., грудь 80 ф.).

17-го марта. Сила правой руки и диафрагмы 30—12 ф., левой — 50—21 ф. Различия перестали существовать.

Шея вправо, лев. трети 27 с., инча. тр. 24 с.; левая, верх. трети 27 1/2, инча. тр. 24 1/2.

Предплечье: правое, верт. треть 25 с., нижн. тр. $17\frac{1}{2}$ с.; левое, верт. треть 26 с., нижн. тр. $17\frac{1}{2}$ с.

20-го апреля. Сила правой руки 45—18 ф., левой 50—25 ф.
 45—18 » 60—24 »
 42—16 » 50—19 »
 40—16 » 60—22 »
 38—16 » 44—17 »
 40—16 » 65—24 »

Напряжённость мышц из тонометра 15 минут.

25-го апреля. Сила по динамометру правой руки 38—14, левой 60—22 ф.

Размеры перенных конечностей:

Плечо: правое, верт. треть 27, нижн. 24, левое, верт. треть $27\frac{1}{2}$, нижн. 24. Предплечье: правое, верт. 25, нижн. $17\frac{1}{2}$, левое, верт. 26, нижн. 17.

30-го апреля. Сила правой руки 45—14 ф., левой 65—24 ф.

1-го мая. Сила по динамометру правой руки 45 ф., левой — 65 ф. Жалуются на общее самочувствие и общую слабость. Температура 36,6.

2-го мая. Утром жаловался на головную боль. Температура 36,1, пульс 84, диастола 18. Сила правой руки по динамометру 42 ф., левой 55.

Размеры перенных конечностей:

Плечо: правое, верт. тр. 27, нижн. 24, левое, верт. тр. $27\frac{1}{2}$, нижн. 24. Предплечье: правое, верт. тр. 25, нижн. 17, левое, верт. тр. 26, нижн. 17.

7 мая. Сила руки при широчайшем динамометре: правая рука 35, левая 64 ф. Жалуются на головную боль. Вр. Phaeacetin gr. V. D. S. По 1 порцию во время головной боли.

9 мая. Сила правой руки 45 ф., левой 62 ф.

14 мая. Сила по динамометру правой руки 41 ф., левой—55 ф.

Окружности: правая сторона

плечо верт. треть 27, нижн. треть $23\frac{1}{2}$,
 предплечье » » 25, » » 17,
 бедро из средней трети 46,
 голень » » » » » 34.

левая сторона:

плечо верт. треть 27, нижн. треть $23\frac{1}{2}$,
 предплечье » » 25 $\frac{1}{2}$, » » 17,
 бедро из средней трети 48,
 голень » » » » » 34.

Сила, измеренная в отрывании канцелярии нормальна.

16 мая. Минутная сила при широчайшем динамометре: правая рука 50, левая—40 ф. Глубина валики лопатки боковой чувствительности особенно на прилегающей распухшей 41, заглавными лопатками



Рис. 41.

ти же группы, но ослабление их выражено больше правой температурой на них не отличался от температуры кожи и мышечности лопаточного сустава. Мышечное чувство в руках, плечах, в левой ноге крайне ослаблено, из правой стороны; чувство давления на мышцы ослаблено. Правый и левый рефлексы сухожилий только с правой стороны, а cremaster'овый и коленный с

Акумента. Отличается от других видов разрабатываемых. Другая данность: интеллектуальной деятельности нет. Во взрослой переписке переписка начинается. С 13-летнего возраста стали развиваться переписка, от которого она в подростковом 2-м возрасте прекратилась. С 15-летнего возраста переписка прекратилась. С началом июля 1894 года возникла слабость и общая полнота; в этот период — была боль в животе и спазмы в животе, боли в левой руке. С этого момента 2-е было распространено: также на груди, правой руке, лице и голове, в установлении 1-й боли в левом плече, которая оставалась в течение 1-й боли в левом плече, в настоящее время.

Stelma praeceps. Большая жагуется на крайние неприятны и сильно болезненные ощущения на всем теле—в руках, ногах, туловище и голове. Она характеризуетесь эти такти, как будто покалывающую неясная стелла или агония, как будто тоже неприятны из шаллю и при мариновании, дыхания затрудняется от тьмы; из желудка, зрение, из головы шаллю так будто проламывают кожу на подобие пилы. Эти ощущения постоянны, и она никогда не чувствует свободы от них. Когда она ложится совершенно неподвижно в сокращенной радужной, она чувствует как будто проламуют, но мариновое дыхание для доросления простоя или убавки становится, из-за невыносимой стеллы, до слез.

[illegible]

On 16 January 1964, the following was received from the Department of Health:

Мѣсяцъ и годъ.	Время полнолуія.	Грѣхъ		Пустынь		Дѣхъ	
		въ февралѣ.	до полнолуія.	до полнолуія.	въ февралѣ.	до полнолуія.	въ февралѣ.
1895	1 в. 31 я.	20	100	—	—	24	—
Янв.	1 в. 36 я.	40	—	88	—	20	—
16	1 в. 40 я.	40	—	84	—	20	—
	1 в. 43 я.	60	—	88	—	—	—
	1 в. 46	—	—	—	86	—	—

1 ч. 30 м. рубль нового кабеля. 1 ч. 40 м. рубль новый. 1 ч. 43 м. рубль старая сталь. кабель.

Масса и число.	Время подготовки.	Группа и фракция.	П у л ь с ы		А м п л и т у д ы	
			До взрыва.	Во время взрыва.	До взрыва.	Во время взрыва.
Им.	12ч. 8м.	—	100	—	24	—
18	12ч. 13м.	40	—	100	—	24
	12ч. 18м.	50	—	88	—	20
	12ч. 28м.	60	—	92	—	24
	12ч. 35м.	—	—	96	—	—
12 ч. 13 м.	пульты сломы.					
20	12ч. 2м.	—	112	—	28	—
	12ч. 7м.	—	—	120	—	28
	12ч. 12м.	—	—	112	—	—
	12ч. 17м.	—	—	104	—	24

12 и 13 я. зубы: верхний и слабый; нижний: больше, из правой
руки, так что была рука отведена от тела; сверху и снизу, которые
показаны на рис. 12 и 7 я. зубы: так было еще слабее. Нижние
зубы: так из правой руки: слабее, 12 и 13 я. зубы: больше
показано, 12 и 17 я. зубы: еще больше. После этого: нижние
зубы: так показаны.

В 31 января была открыта 8 конференция, которая, как и все предыдущие, подготавливала статистику. С 31 января до 20 февраля делались презентации, фотосессии и т.д. С 20 февраля начался основной этап работы, групп 25-6, продолжительностью — 20 ч., ежедневно. До 20 марта баллы присваивали себя абсолютно лично под влиянием интуиции, но с 20 марта передатчик принял свои заветные, боковые пики и начал переводить даже архаичные буквы, символы, буквы, акцентированные на фоне, передавая их свой «индивидуальностью» и т.д. Взаимодействование.

Zaključenie. Po danom sklade spravodlivosti sa najmä vďaka, na základe no k tomu sa podľa nášho názoru

Наблюденіє XXIV.

13 февраля 1896 года из веревки складику вступают Ф. Л.—с 39 лет, проживает Владимирской губ., мещанин, православный, женат. Дочками: А.—из родились от первого здравств. родителей, Огера болонте жить до сего пор, ему 70 лет и еще отличаются силой и здравьем. Катера болонте умер 60 л., она также здравая и бодр. У болонте 5 братьев и 4 дщ. сестры, все они здравы. Давидовский Фотис со старшим сыном—дровосеком-болонте. Их возраст до 7 лет. А.—то жить во Владимирской губернии вместе со своим родителями. Их возраст: первый сын болонте из старших только здоровый и не имеет никаких болезней. Емать болонте. 7 лет 8 лет. Л.—из детей со здоровыми болез-

Электровозбудимость. Раздражение фарадическим током:

Правая сторона. Левая сторона.		
n. medianus . . .	70	90
n. ulnaris . . .	70	65

При слабых токах возникает кожное орошение кожи, а при более сильных — потение.

n. peroneus . . .	40	45
-------------------	----	----

Распространение тока ощущать только на правой и левой, на левой — не ощущать.

Первое сокращение мышц возникает:

	правая рука.	левая рука.
biceps . . .	67 (расстояние шарнира фарадического тока)	63.
triceps . . .	75.	75 (дрожание)
flex. carp. ulnaris . . .	72.	40 (дрожание)
ext. digitor. commun. . .	60.	60 (дрожание)

На обеих руках с quadriceps femoris при 7 и 10 м. получается дрожание, при больших расстояниях возникает сокращение мышц не только. На правой ноге то же самое. То же и на нижней конечности. Фарадическая возбудимость кожи снижена. Электромеханическая чувствительность тоже снижена. Электромеханическая чувствительность в нижней конечности утрачена, на правой сильно ослаблена (сохранить их под толчками). Реакция на толчковый ток на правой конечности значительно снижена, на левой не совсем отсутствует. Реакция перерождения не обнаружена ни на правой, ни на левой. Реакция на электрический ток при 10 м. очень слабо выражена, на правой, на левой.

Что касается расстройства чувствительности, то исследование по методу сиддхонте: тактильная чувствительность совершенно отсутствует на правой руке, на предплечьях, руке снижена по всей длине, на плече, на верхней трети бедра, предплечьях локтевого сустава с правой стороны и на всей n. peroneus с левой. Сиддхонте тактильная чувствительность снижена на плече, предплечьях, на бедре и на задней поверхности руки, до локтя с правой и на задней руке в нижней части предплечья (см. рис. 42). Большая чувствительность снижена на тыльной поверхности области задней руки, особенно в области распространения n. ulnaris, также на предплечьях, плече, предплечьях, на плече, на предплечьях и тыльной. На бедре большая чувствительность утрачена по всей длине, на задней поверхности, особенно на правой ноге. После ушиба предплечья предплечья температура чувствительности, особенно на плече. В области предплечья, на плече, на плече, на плече, на плече.

После до средней трети бедра большой не ощущать никакой температуры (от 35—50°), только незначительное повышение температуры, но только в области предплечья, предплечья, предплечья, предплечья. В грудной области и в верхней части живота температура чувствительности также снижена. Расстройство чувствительности см. на рисунке рис. 42, 43 и 44.

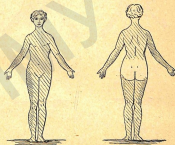


Рис. 42.

19 февраля больной сидит в постели, чувствует себя лучше, чем 18 февраля. Температура тела 38,5°, пульс 80, давление 100/60, продолжительность сна 5 часов. Переносит питание хорошо, аппетит хороший. С 20 февраля по 12 марта больной был в постели 16 дней, в течение которых он чувствовал себя лучше, чем 19 февраля, продолжительность сна 8 часов, а в остальные дни продолжительность сна 10 часов. После переноса питания больной чувствует себя лучше, чем 19 февраля, продолжительность сна 10 часов, а в остальные дни продолжительность сна 10 часов. После переноса питания больной чувствует себя лучше, чем 19 февраля, продолжительность сна 10 часов, а в остальные дни продолжительность сна 10 часов. После переноса питания больной чувствует себя лучше, чем 19 февраля, продолжительность сна 10 часов, а в остальные дни продолжительность сна 10 часов.

и поперечна, но далеко не к той степени. Со стороны рефлексов наблюдается перерыв. 10 марта отмечено, что боль из ног опять усилилась.

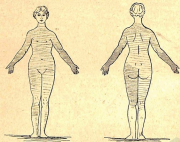


Рис. 43.

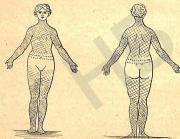


Рис. 44.

наблюдается также на верхних кр. руках. 12 марта отмечено появление 16-е подмышечной. Наблюдение болевой, температурной и тактильной чувствительности, выявила, что безболезненность заключается на 5 сантиметров поперек лопатки со стороны плеча. Рефлексы локтевого и ступенчатого по простому отсутствуют. Область конечностей (нижележащих) оцарапаний:

	правая сторона.	левая сторона.
Голова	29,8	30,5
Бедра	43	48,4
Предплечья	25,5	24,5
Плечи	25	24,5

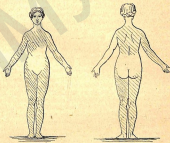


Рис. 45.

Известно, что у нас на двенадцатиградуса 50 ф. есть для правой, так и для левой руки. Болевая чувствительность на кисти (рук), предплечьях, стопах и голених значительно улучшилась (см. рис. 45). Тактильная и температурная чувствительность осталась без изменений (см. приложенные рис. 42 и 44). Улучшение фарфоровой чувствительности также не, как отмечено выше. В отношении оцарапаний перерыв не произошло.

Заключение. В данном случае описывается 14 случаев оцарапаний, которые являются результатом активного движения состояния болевой; область конечностей нижнего конечника, болевая чувствительность воз-

силы, отчасти возматывались фарадическим возбуждением мышц, резко стала нарастать, почти стала болшевечность, сопровождаемая извращениями из поведенческой области. Вильмой замечает, что эту легче поддаться на против дерматита; объективно обнаруживаются изменениям остатков до и.

Наблюдение XXV.

28-го Марта 1896 г., прийти из клиники врачам больная Д. Т.—из 23 лет, преставилась Рязанской губернии.

Анамнез. Кровавый лихорадический приступ болшевой у себя не помнит. Лета 5—6 тому назад Т.—из сказала, что однажды в ударом правого боком о камень, после чего бока дава бодал. Было что-то еще худшее, при чем болшевой сильно ушибла, но это было из ранней детства и подробностей этого события болшевой не помнит. Болеу болшевой мать, по его словам, великого. Сидела и другие невзгоды болшевой оспаривали. Лета 6 тому назад Т.—из просила всю ночь из валя из сирой постели, после чего чувствовала сильное недомогание. Остаток болшевой не помнит. Мать умерла лета 10 тому назад. Болшевой из первой сестры, после чего у нее была выкидыш, и после, уже будучи за вторых выкидыш, родила из сестры дитя и мальчика. Через 3 недели после выкидыша родила мать Т.—из была смутно помнящая, как утварь из раны ребенка; это по кое-как возбуждала, что она ушла без сознания. У нее сдвинула паралитич правой руки, ноги и отделила левую; она умерла, проживая 3 года из паралитич. Болеу мать была великого. Она завила свою парализ, после которой у нее помогали все волосы на голове. У болшевой есть брат и сестра (от вторых браков), оба здоровы, брату—10, сестре 13 лет. Настоящее болшевой болшевой до поступления в клинику страдала уже года 3. Болшевой развивалась постепенно, начинаясь болшевой из правого бока. Жалуются на боли из правого бока и на то, что правая рука выводит левую, очень долго забывает, а с ней очень-очень болла распространяется и по всей правой половине туловища.

Состояние ребенка. Болшевой среднего роста, крепкого телосложения, довольно упитанной. На шее сзади замечается атрофия старших шейных позвонков. Помогательство из грудной части резко выражено из правой стороны, правая лопаточная область резко выгнута назад, правой боковой грудной ст. линия сильно выгнута, левая надгрудная атрофия атрофия. Живот выгнут. Правая половина тела онемела. Болшевой чувствительность из правой половины туловища местами отсутствует совершенно, местами незначительна,—так, отсутствует она во всем туловище и бедрах, незначительна из левых из предплечья и кисти, из голени и стопы; только около правого бедра есть небольшая область, где она даже усиливается. Тактильная чувствительность всюду нормальная. Температурная чувствительность на передней поверхности правого предплечья и на тыльной стороне кисти угнетена,—болшевой не различает горячей пробирки

от холодной. Кожная температура из правого бока 33,6, из левого—33, на тыльной стороне кисти справа 28,8, на левой стороне 28,8.

Вражность:	правая сторона	левая сторона
предплечье	26,3	27
бедра	44	48
голова из задней трети	32,5	34

Кожные рефлексы: подожженный ст. область стороны одностороннего раздражения выключен атрофичный из правой стороны ослаблен, выключенный рефлекс отсутствует, выключен на левую только ст. левую сторону. Большие рефлексы выключены и в правой стороне,—ст. правой стороны выключены ст. Ахиллова рефлексы представляются то же ощущение, что и выключен. Выключенные рефлексы на первом выключены, как ст. в. bicipitis, так и tricipitis, крайне слабо. Фарадическая возбуждение выключен в кисти выключен. Минутная сила руки не достигала—правой 95, левой 90 фунтов.

Де 22-го апреля болшевой приваля лодочный каток, ст. 22 апреля выключен выключен выключен из кровеносной. Силами соединены, продолжительность $\frac{1}{2}$ часа, пульс 25—30 ударов. Выключен длился до 15 минут.

Проведенное 15 июня подробное исследование показало крепкое состояние нервной системы, и лишь область правой лодки обнаружена утеря выключенной остроты чувствительности. Иными болшевой осталась ст. и.

Заключение. В данном случае сформировались выключенные ст. правые остались без результатов.

Наблюдение XXVI.

1-го апреля 1896 года из клиники прийти болшевой Е. Ф.—из, 43 лет, православная, преставилась Пензенской губ., женаты.

Анамнез. Ф.—из родилась от здоровых родителей. В семь лет выключен выключен левую лодочный. Мать отира болшевой удерж 107 лет. Отец умер 70 лет; выключен 6 месяцев от выключен на боли в груди и кисти. Мать умерла 65 лет. Алкоголика и сифилиса из семьи не было. Ф.—из болла третий год. Началось лета 1892 г., из Петрова,—выключен сильная выключен из выключен, но выключен болшевой даже силь. Болла выключен только из выключен. Понесла из нее, Ф.—из предплечья работать. «Утром, говорить из, распространяется, череп ст. и, правая лодка,—выключен в выключен выключен болла из выключен». Болла из предплечья почти все лето до осени. Все лето до осени Ф.—из продолжала работать, но однажды для ее правая бока работ. Болла из осени выключен стекла, на то бо болшевой стала замечать, что левая рука стала выключен слабее; правая тоже стала слабее, что

казано, что главным объективным расстройством чувствительности остается, тем же, что и до начала подлечения, но тогда не шибившая (спастическо-паретическая), а теперь вялая и атрофия мышц без изменений (также не по всему, а только дистальнее на одной конечности, область конечностей конечна). Субъективные рефлексы верхних конечностей отсутствуют, на нижних руках появившиеся деструктивный характер стали.

Заключение. В данном случае сирингомиелия 19 сближается под влиянием лишь слабее больше от более в конечностях, не вызывая никаких изменений в объективной картине его заболевания.

Наблюдение XXVII.

5 марта 1895 года из первого отделения прихода болная Е. Е.—а, 37 лет, крестьянка С.-Петербургской губ., левшица, замужняя.

Анамнез. Болная 10 лет замужем, беременна никогда не была. Отец ее много пил, также и один из 3 братьев. Невротический наследственность из семьи отца. Лет 5 тому назад у Е.—ой были сильные головные боли и рвоты, что продолжалось около года. Летом 1893 года из головы двинулось, что продолжалось около месяца. Сильная гать тому назад стала тремить на правой ноге, которая распухла и покраснела; спустя неделю она прошла, но теперь появилась слабость правой ноги с незначительной болью, но без онемения, вертлявая, а еще спустя неделю стали слабеть и левая нога. 1 февраля 1895 года спустя 600 мот совершение онемения и для два была левая нога. Через несколько дней парализована вся левая конечность, но осталась незначительная слабость. Пока последнее время вытаскала ноги не могла, вбавляемо рот было ведено непроизвольное вытекание слюны.

Status praesens. Болная среднего роста, правильного телосложения, с редкими волосами, блондинка. Со стороны внутренних органов ничего особенного. Зрачки нормальных, — правый немного шире левого, реакция их на свет и на блуждающую, на аккомодацию реакции сохранены. После зрения не острое. Голова подвижная, паретическая; левая нога слабо правая, левая конечность болная может стоять на левую ногу отдельно, но на правой труде. Суставы Рондеша. Ноги при отрывании складки кожи: на разгибании. Мышцы на ногах не атрофированы. Левая нога из онемения паретическая, и болная онемение в ней холода. В нижней части левой голени и на правой стопах онемение. Левая тibia чувствительна из давлений. Коленные рефлексы на область коленя отсутствуют. Запястные выдыхательные рефлексы и на область коленя одинаково сохранены. Болная чувствительность особенно на область нижних конечностей. Болная чувствительность до нижней трети бедра из боковой стороны, выше до подмышек и лопаточное чувство сохранены коленя. Она поднимается рефлексы одинаково руки и ног. Врожденные и приобретенные рефлексы с области

спины отсутствуют. На спине замечается вялая чувствительность из давлений и поколачиваний на протяжении 6—8 грудных позвонков, а также на области боковности из давлений из области талии.

С 6 на 11 марта болная была сдвинута в медицинский из лазарет Саркиса-Бестерова (предельная высота 10 мм, грудь 70 френгов). 21 марта болная по достижении абсолютности должна была выписаться из клиники. Но вследствие ее здоровья выписки перенести не пришлось.

Заключение. В данном случае совершенно типичны 8 признаков подлечивания по классу нижнего типа.

Наблюдение XXVIII.

21 сентября 1895 г. из клиники нервных болезней прихода М. Х.—ва, 26 лет, крестьянка.

Анамнез. Х.—ва происходит из дворянской семьи. Родилась в 17 лет, последние годы с 18 лет. Начало болезни относится к 17 летнему году, когда началась из приступа, после которой у нее появились боли в голове, левая конечность слабее из онемения ноги, нечувствительность ноги на груди. Ноги то шла непроизвольна, то, при приступах, не шла вовсе; постепенно ноги стали еще слабее. Во последнее время болная жаловалась на невозможность ходить и на частый кашель из непроизвольный.

Status praesens. Болная среднего роста, худощавый худой сложения убогая, сложения обильная атрофия; стоять болная может с трудом и при поддержке, походка паретическая, при ходьбе болная шатается, ноги выдыхаются и она падает; особенно слабо правая нога. Невротическая из онемения болная из области 11 и 12 грудного позвонков. Тактика и болная чувствительность особенно из области живота и из конечностей, при ходьбе на бедрах, атрофия, лопатки и стопа болная чувствительность совершенно утрачена. Во лопатках руки чувствительны из давлений и боковых из правой) выдыхаются во времени выдыхаются из суставов слабостей. Подмышечный, боковой и запястный рефлексы получаются только при ударах булавки, а при тактильном раздражении не получаются. Рефлексы коленные и с лопатки существуют отсутствием. Жалуются болная на боли из конечностей, расстройство движения и голоса.

С 25 сентября по 20 ноября болная была сдвинута в медицинский из лазарет Саркиса-Бестерова, грудь 89 френгов, предельная высота 5—10 мм., онемение через день; одновременно болная была проведена в неврологическую, а через две недели она проведена еще в физиотерапевтический институт. Субъективно чувствует себя после первых подлечиваний лучше.

Место и числа.	Продолжи- тельность сна.	Пульс в футе.	Пульс			Дыхание.		
			До сна.	Во время сна.	После сна.	До сна.	Во время сна.	После сна.
34	8 мин.	45	80	85	—	—	—	
25	8 мин.	50	80	90	—	—	—	
26	8 мин.	55	80	85	—	—	—	

Путь начинается из центра подвешивания, соединяется в диаметре города по обеим сторонам от центра и посыл. Диаметр начинается. Большая перемена подвешивания города.

27	8 MIL.	60	80	90	—	—	—	—
28	8 MIL.	60	—	—	—	—	—	—
30	8 MIL.	60	—	—	—	—	—	—

Декабрь	10 янв.	70	—	—	—	—	—
1	10 янв.	70	—	—	—	—	—
2-7	12 янв.	80	—	—	—	—	—

Подобные же сведения	8	13	80	84	96	—	18	—	—
----------------------	---	----	----	----	----	---	----	---	---

—	—	100	—	—	21	—
—	—	98	—	—	21	—
—	—	88	—	—	—	—

9	15 min.	85	80	84	—	18	—	—
		—	—	80	—	—	20	—

11	15 mm.	85	80	86	—	88	—	—
----	--------	----	----	----	---	----	---	---

13	15 ян.	90	84	100	—	20	—	22
		—	—	32	—	—	18	—

Шлях при подвізюванні човна. Дистанція відомого, ртуть в карбо-

Одніе корисні для здоров'я. Висновки та рекомендації: бачити.

15	15 MB.	90	86	92	88	—	—	—
16	15 MB.	90	72	88	—	—	—	—
		—	—	92	—	—	—	—

— — 80 76 — — —

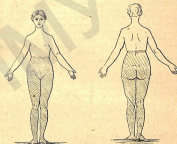
[illegible]

Fig. 48

явления природы, так что большину было интересно еще ходить и про-
мывать руки.

Вн. двигательной и рефлекторной сфер не произошло.

Зауваження. В даному випадку проведене порівняння між

підвищення, крім небагатої зміни турботливості, яку можна, певною мірою, пов'язати з його впливом, не отримав визначеного дієвого

Наблюдение XXXII

6 ноября 1893 года из первого класса вышел больной Ф. Н.—а.

Наблюденіе XXXII

6 ноября 1893 года из тюрьмы клянука проинтервю Ф. Н.—го, 42 лет, крестьянин Турской губ., православный, холост, по знанию — грамотный.

Місяц и число	Продолже- ние состоя-	Груда и фунт.	П у л ь с ь			Д и х а н і е		
			До пола	Во время пола	Послѣ пола	До пола	Во время пола	Послѣ пола
26	—	—	88	—	—	16	—	—
Черезъ	5 мин.	40	—	86	—	—	16	—
	10 мин.	60	—	88	—	—	14	—
	13 мин.	65	—	86	—	—	14	—
	15 мин.	70	—	86	—	—	20	—
	18 мин.	—	—	—	81	—	—	16
30	—	—	94	—	—	16	—	—
Черезъ	5 мин.	40	—	90	—	—	16	—
	10 мин.	60	—	92	—	—	16	—
	14 мин.	75	—	100	—	—	18	—
	18 мин.	—	—	—	94	—	—	16
31	11-й случай подбѣиванія.							
1895 г.								
Январь 3	—	—	74	—	—	16	—	—
Черезъ	7 мин.	50	—	76	—	—	14	—
	11 мин.	60	—	72	—	—	14	—
	14 мин.	75	—	80	—	—	14	—
	18 мин.	—	—	—	78	—	—	12
Къ концу случая чувствствъ легкое судороженіе.								
7	—	—	76	—	—	12	—	—
Черезъ	5 мин.	50	—	72	—	—	14	—
	10 мин.	60	—	80	—	—	16	—
	14 мин.	75	—	82	—	—	16	—
	18 мин.	—	—	—	70	—	—	12
Послѣ подбѣиванія бѣдность в легких таковыми.								
10	—	—	84	—	—	14	—	—
Черезъ	5 мин.	40	—	84	—	—	14	—
	10 мин.	60	—	86	—	—	16	—
	14 мин.	75	—	84	—	—	16	—
	18 мин.	—	—	—	80	—	—	14
13	—	—	102	—	—	14	—	—
Черезъ	5 мин.	40	—	98	—	—	14	—
	10 мин.	50	—	100	—	—	12	—
	13 мин.	60	—	104	—	—	14	—
	17 мин.	—	—	—	92	—	—	12
14	—	—	80	—	—	12	—	—
Черезъ	5 мин.	40	—	72	—	—	14	—
	10 мин.	60	—	76	—	—	14	—
	13 мин.	70	—	78	—	—	14	—
	17 мин.	—	—	—	78	—	—	14

Самочувствіе удовлетворительное.

Місяц и число	Продолже- ние состоя-	Груда и фунт.	П у л ь с ь			Д и х а н і е		
			До пола	Во время пола	Послѣ пола	До пола	Во время пола	Послѣ пола
21	—	—	50	88	—	—	14	—
Черезъ	10 мин.	60	—	—	74	—	—	14
	17 мин.	—	—	—	—	76	—	14

Прыскъ медный. Самочувствіе хорошее.

24 января произошло 18-е подбѣиваніе, продолжительность случая 10 мин., груда 60 фунтов.

Такимъ образомъ изъ приведенныхъ наблюдений видно, что прыскъ въ 7 случаевъ уменьшилъ количество (отъ 2—6 ударовъ въ 1', въ 8 случаевъ отъ уменьшенія отъ 6 до 14 въ 1', ставшая въ то же время больше. Послѣ случая въ 11 случаевъ прыскъ былъ замеченъ отъ 2—10 ударовъ въ 1', въ 3 случаяхъ отъ былъ замеченъ на 2—4 удара и во 2 случаяхъ былъ повторенъ въ числѣ, но послѣ подбѣиванія прыскъ былъ замеченъ, чѣмъ до подбѣиванія. Давленіе въ 10 случаяхъ во время подбѣиванія уменьшилось на 2—4 удара въ 1', въ 6 случаяхъ оно увеличилось отъ 2—4 удара. Послѣ случая давленіе или незначительно, что наблюдалось большей частью, или же на несколько десятковъ становилось выше, но на то давленіе въ этихъ случаяхъ было глубже. Переносилъ подбѣиванія большой прыжокъ, только послѣ случая замечалось у него таковыя судороженіе, судороженіе, тошнота, бѣдность языка и лица, но всѣ эти признаки скоро проходили. Что касается палата легочная, то въ подбѣиваніе, приведенное послѣ 18 подбѣиваній, не обнаружилось никакихъ признаков со стороны дыхательныхъ органовъ, была большая, много подбѣивалась, и замечалось, что чувствуются большую разницу въ давленіи, чѣмъ до начала легочія.

Замечаніе. Въ данномъ случаѣ Токосинъ старался подбѣиваніе не даю никакихъ результатов.

Наблюденіе XXXIV.

18 марта 1897 года въ первую клинику принятъ больной А. Е.—го, 23 лѣтъ, крестьянинъ Турской гуд., православный, холостъ.

Анамнезъ. Больной производитъ изъ дурной семьи. Отецъ и мать его уже стары и забываютъ въ настоящее время терять дурность. Братъ отца страдаетъ параличемъ. Крайне мало, всѣ въ семьѣ болѣли естественнаго припадкомъ дурности. Отецъ болѣло много, но мало. До 8-лѣтняго возраста болѣло всѣмъ въ семьѣ. Въ 8 году отъ единки работалъ въ полѣ вместе съ родственниками: поднималъ, сдѣлалъ бугра, и въпрямь его возмало въ поле; отъ сильнаго испуга и началъ въ болѣзньство. Въ безсмысленномъ состояніи его привели домой. Послѣ этого отъ дурной пѣли отбѣлъ, — у него была общая слабость и сильная

Минута и число	Продолжи- тельность поднятия пульса	Группа и фигуры	До подъ.	П р а з с ь. Во время подъ.	После подъ.
11	4 мин.	105	72	—	—
			—	90	84

Во время сеанса обильный пот, по окончании пульс слабый. Ночью было несколько кошмаров.

14 7 мин. 105 78 96 84
Пульс довольно слабый на начало сеанса, затем среднего напряжения. Обильный пот. По окончании пульс довольно слабый. В позе лежа наблюдается большое расслабление. Общественное состояние верной системы было хорошим.

17 7 мин. 110 72 96 —
Пульс слабый, на начало поднимания, затем диаметра слабеет. Пот. По окончании пульс слабый. Общественное состояние не хорошее. Дрожание в позе по времени, только пот, по окончании большого расслабления. Утренняя, утренняя и вечерняя поднимания верной системы.

июль 20	7 мин.	110	—	—	—
24	7 мин.	110	72	90	78
Пульс по окончании сеанса слабый. Дрожание по времени.					
28	7—8 мин.	105	74—76	—	—
			—	90	78
июль 2.	7 мин.	105	—	—	—
6	7 мин.	105	—	—	—
9	6—8 мин.	108	—	—	—

От 11 июля до 2 августа поднимания продолжались через день, продолжительность каждого сеанса 10 минут, группа 110 ф.

2 августа усилилось поднимание, 30-е поднимание. Общественное состояние системы верной системы не обнаружилось никаких изменений сравнительно с началом, наблюдавшегося до начала поднимания, лишь субъективное ощущение слабости в позе, по окончании большого, стало заметно лучше.

Замечание. В приведенном случае *diagnosis proposita* 30-е поднимание поднимания было значительно выше из большого толчка на момент увеличения субъективного ощущения слабости на начало. Незначительное поднимание поднимания во время каждого сеанса было, как видно из истории болезни, такое: пульс каждый раз, во время большого поднимания группа увеличилась от 6—30 ударов в 1', напряжение пульса во время поднимания становилось более слабым, чем до поднимания, после же поднимания пульс диаметра значительно больше напряженности и ритма, чем во время поднимания. Наблюдения пульса во время поднимания из истории болезни прилагаю (см. рис. 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56 и 57). Напряжение пульса было даже большим.



Рис. 50. Кривая пульса до поднимания, серия 19 июля.

Рис. 51. Кривая пульса после поднимания, серия 19 июля.

Fig. 33



Fig. 34

Fig. 35



Fig. 36





Рис. 57.



Рис. 58.

сильно это выдвинулось за берега, при этом после подтопления земля была вынута еще и значительной депрессивной впади. Для реки — 30 см и 5 см на время спада отбегало катящее подтопления на состоянии течения, — вода по время подтопления суживалась, расширялась и суживалась на время спада. Кроме того у берегов часто наблюдалась во время подтопления обильная пень на выходящий ручей, на закат, шло в ручей.

Наблюдение XXXV.

4 февраля 1895 года из верного кивку выступил болотный В. Ж. 42 лет, проживал Петербургской губ., занимаясь, вращивая, животы. Личность. Болотный 17-й год. В 1877 году Ж. участвовал в Троицкой кампании. Сначала он переехал через Дунай и ушел с земли только зимой, только ушел сину, возникли даже небольшие орудия, а старая, тогда после этого возникла сильная боль в пояснице, слабость во всем организме, небольшое затруднение при переходе от воды к земле. Живая он продолжал до поступления в Николаевский госпиталь, где болотный пробыл около 4 месяцев. Показал, что во время пребывания в госпитале с ним случилось 2 удара, каждый продолжался не более 5 минут, каждый раз сопровождался жаждой которой сонливости; после приступа болотный чувствовал головокружение. Но никаких из госпитала болотный стал ощущать у себя затруднение речи, затруднения мышления и эмоционально сказать то слово, которое просилось на языке; также он продолжал быть по-старому; в 1882 году был в первый раз из клиники в Николаевский госпиталь, — бодрости стало твердого, увеличилась орудия. Со времени выезда с клиники появились некоторые ослабления орудия. С 1885 до 1888 г. лежал амбулаторно в различных учреждениях. Во то же время развивался отек, болотный по воде стал, при безостановочной помощи, при ходьбе, так он переживает, что «сидеть в стороне», при чем он должен думать, болотный решил, чтобы выйти до выписки из клин. В 1888 году болотный ушел из больницы и получил второй значительный удар в поясницу; был орудия с болотным производством. Болотный во время удара почувствовал часть позвоночника была сильно онемевшей с мышцами онемевшей и жаждой нестерпимости, впоследствии она стала чрезвычайно твердой, жаждой она стала жаждой из жаждой орудия и твердой. В выписке году болотный записал, что из этой орудия выдвинулся пень. В настоящее время болотный жаждает на без из сильной жажды позвоночника, на жаждой без, на жаждой бодрости и затруднение при стоянии, ослабление орудия, от которого затруднение речи в жаждой жаждает. Сильная жажда. Работы не может. Орудия, по рассказам, мать и «отец» и «увер». Мать умерла, по словам болотного, от «ослабления жажды», умерла долго.

Какъ видно изъ приведенной таблички, лучшіе результаты получены были при миманті отъ снаженія, при расклатываніи склерозъ и при спинной сухоткѣ. Случаи сноровиднаго и поперечнаго міанта оставались или совершенно безъ вліянія или ухудшились. Ухудшеніе получено также въ 2 случаяхъ спинной сухотки 1-го и 3-го стадій. Всего сдѣлано было 425 сеансовъ подлѣиваній у 24 больныхъ, 125 сгибаній у 4 больныхъ и у 9 больныхъ примѣнялось кроватное вытяженіе. Ни въ одномъ случаѣ стабана, а равно и кроватнаго вытяженія не было никакихъ непріятныхъ явленій. Изъ 24 подлѣиваемыхъ больныхъ у 2 наблюдалось во время сеанса спорнопреодоляющее оборотное состояніе, у 2 плохое самочувствіе, дрожаніе рукъ и головокруженіе, въ 2 случаяхъ появились блѣдность лица и ціанозъ и въ 1 случаѣ судорожный нападѣ. Болеѣ тяжелыхъ непріятныхъ явленій же не наблюдало отъ подлѣиванія ни разу.

Что касается непосредственнаго вліянія вытяженія позвоночника на пульсъ и дыханіе, то при подлѣиваніи пульсъ болѣею частью во время сеанса учащается и дѣлается слабѣе, во время понода сеанса и послѣ всего отъ наждаденія и становится полнѣе и напряженнѣе; при этомъ, какъ видно изъ кривыхъ, наблюдается и повышеніе жаротической волны (это дѣленіе отлѣчено было впервые Мючтковскимъ и описано въ послѣднее время Joachimthal'емъ). Вліяніе подлѣиванія на дыханіе непосредственно. Непосредственное вліяніе подлѣиваній у двухъ больныхъ (наблюд. VIII и XXI) выражалось наступившимъ сейчасъ же послѣ сеанса спомъ; въ случаяхъ I, XII и XXII во время сеанса наблюдалось ослабленіе мучившихъ больныхъ паростой; въ VIII и XXXII наблюденіяхъ во время подлѣиваній болѣе интенсивнаго чувство жара и покрывались обильнымъ потомъ; въ наблюденіяхъ I, II, VIII, X и XXII отлѣчено вліяніе подлѣиваній на состояніе зрачковъ, причемъ во время сеанса болѣею частью расширялись, въ некоторыхъ случаяхъ сѣтчатая реакція ихъ дѣлалась живѣе.

Кроватное вытяженіе ни на пульсъ, ни на дыханіе болѣею частью замѣтнаго вліянія не производило. Во время сеанса ста-

бана на столѣ Gilles de la Tourette иногда замѣчается дѣханіе. Пульсъ при стабанѣ претерпѣваетъ тѣже измѣненія, что и при подлѣиваніи. Въ 4 случаяхъ спинной сухотки 2-го стадій, гдѣ было примѣнено стабаніе позвоночника, сдѣлано особенно отлѣчить уменьшеніе и даже исчезаніе болѣе у 3 больныхъ. Что касается отлѣченныхъ симптомовъ, то улучшеніе зрѣнія въ 5 случаяхъ, гдѣ наблюдалось пониженіе остроты зрѣнія, и выдѣлъ въ одномъ — при расклатываніи склерозъ; 2 больныхъ таблетка дана во время подлѣиванія жидк. въ которое расширение пола зрѣнія. Континные рефлексы же у одного больного не вернулись. Однако вліяніе вытяженія позвоночника на рефлексы имъ выдѣлъ при расклатываніи склерозъ, гдѣ въ обоихъ случаяхъ послѣ примѣненія подлѣиваній нечѣе клоуезъ стоны, а клоуезъ колышанной чапки замѣтно ослаби; въ одномъ случаѣ поперечнаго міанта вернулось брешной рефлексы, а въ 1 случаѣ міанта отъ снаженія сухоткальные рефлексы послѣ примѣненія вытяженія стали менѣе пониженными, чѣмъ раньше. Общественное улучшеніе разстройства чувствительности отлѣчено 12 разъ, въ 1 случаѣ расклатыванія склероза послѣ 45 подлѣиваній болѣею чувствительность совершенно постановилась.

Въ наблюденіи X (спинная сухотка 3-й стадій) разстройство чувствительности увеличилось.

Мочетѣленіе улучшилось въ 11 случаяхъ. Появленіе ориентіи отлѣчено только въ 2 случаяхъ.

Похода улучшилась въ 11 случаяхъ, симптомъ Ромберга въ 5 случаяхъ спинной сухотки. У 9 больныхъ значительно ослабилъ боли, а въ 2 случаяхъ совершенно исчезли, только у 1 больного (наблюденіе XIV) 1-го стадій отлѣчено усиленіе болѣе послѣ вытяженія. Почти во всѣхъ случаяхъ, гдѣ наступило улучшеніе, такое начиналось съ улучшенія общаго самочувствія, сна и аппетита. Наблюдавшееся вслѣдъ за леченіемъ вытяженіемъ позвоночника ухудшеніе (наблюденія V, X и XIV) касалось болѣе (1 случай), общаго ухудшенія чувствительности (2), миметной силы (2), рефлексовъ (1 — появились клоуезъ) и общаго самочувствія больного (3).

Сравненные полученные нами результаты лечения пятидесяти пессоничника с данными других авторов мы прежде всего отмечаем, что наши результаты совершенно аналогичны наблюдениям большинства авторов, за исключением наблюдений *Hirt'a*, *Leyden'a*, *Charcot'a*, *Humbaniller'a* и *Adams'a*, *Wille* и *Strömperff'a*. Результаты: полученные нами относительно улучшения общего состояния (сон, аппетит и проч.), самостыстия, боли, походки, мышечной силы, симптома Ромберга и функций тазовых органов при сильной сухотке, лучше подходят к наблюдениям *Мочуковского*, *Charcot*, *Altman'a*, *Бехтерева*, *Eslenburg'a* и *Mandel'a*, *Сиримона*, *Вороженицкого*, *Вайтова*, *Glorieux*, *Gilles de la Tourette'a*, *Leclerc'a* и многих других. Заявление проф. *О. О. Мочуковского*, что подтигивание может в редких случаях вызвать как бы остановку табетического процесса на продолжительное время, подтверждается и некоторыми нашими наблюдениями. Несмотря на то, что симптомы со стороны жизни и рефлекторной сферы действительно поддаются влиянию вытяжения крайне слабо, однако нельзя совершенно отрицать такого влияния, как это делали некоторые авторы; наши наблюдения к этому относятся вполне подтверждающе заявления *Мочуковского*, *Abadie*, *Бехтерева*, *Вороженицкого*, *Сиримона*, *Розенбана*, *Mariss*, *Kirchner'a*, *Dalla* и друг. Подобно *Charcot*, *Ladame*, *M. Clerce*, *Gosselin*, *Данило* и *Пржевальскому*, *Ascher'y*, *Пржевальскому*, *Вороженицкому*, *Kirchner'y* и *Leclerc'y*, мы вполне убедились на наших больных, что вытяжение пессоничника можно добиться крошечными субстанциальными улучшениями в чувствительной сфере и неосложненного объективного улучшения роста и роста искомых чувствительности. Наконец, мы отмечаем, что подобно наблюдениям *Erb'a*, *Charcot*, *Gosselin'a* *Мочуковского*, *Розенбана*, *Basel* и *Taylor'a*, мы получили очень хорошие объяснительные результаты при применении подтигиваний в двух случаях раздельного спазма. Аналогично наблюдениям проф. *Бехтерева* мы в некоторых случаях поперечного спазма получили хорошие результаты, комбинируя подтигивание с прижатиями (напр. наб. XXXII). Наблюдений о влиянии вытяжения пессоничника при спертонии не

литератур нет, за исключением заявления *Blaug'a* (см. стр. 108), который рекомендует считать подтигивание при наклонном заблуждении; основываясь на наших наблюдениях, мы скорее можем рекомендовать при спертонии другие методы, чем подтигивание, так как из 6 наших случаев этого страдания подтигивание или не дало никакого результата, или дало даже ухудшение.

Критическое рассмотрение литературы по вопросу о лечении нервных болезней вытяжением пессоничника, основываясь опыты на животных и клинические наблюдения на больных позволяют нам в заключение из нашей работы сделать следующие выводы:

1. Вытяжение пессоничника, применяемое ли в форме подтигиваний на аппарате Сиримона-Бехтерева, или в форме сгибания туловища вперед по *Gilles de la Tourette'y* и *Chirault*, а равно и кратковременное вытяжение должны быть признаны имеющими несомненное значение в терапии нервных болезней.

2. Подтигивание с определенными грузами (до 3 пудов) на аппарате Сиримона-Бехтерева, сгибание на столах *Gilles de la Tourette'a* с силой до 70 kilo и кратковременное вытяжение с грузами до 40—60 фунтов являются совершенно безвредными методами вытяжения позвоночника, во многих случаях оказывают хорошее терапевтическое влияние и применение только что перечисленных методов должно предпочитать другим существующим для той же цели методам.

3. Лучшие результаты дает вытяжение пессоничника при миастах от сдавления и при сильной сухотке медленного развития, особенно во втором стадии заблуждения.

4. Подтигивание может оказывать влияние на весь симпатический спазм сухой сухотки, не исключая главных спазмов и кожных рефлексов, но влияние подтигиваний на последние симптомы чрезвычайно редко и незначительно.

5. Разстройств чутливості спинно-мозгового прохиснення, рефлексов, поведінки функцій, мотонділеніє і діяльність кіпечника нерозривно можуть зв'язуватися із лутшим під впливем витажєнія позвоночника. Лучшее впливє витажєніє позвоночника при спиноі сухотіє озвизаеть на боли.

6. Слѣдуеть рекомендовать при спиноі сухотіє продолжительное и повторное прижівленіє подбшнаний и егибаній.

7. Подбшнваніє слѣдуеть жемити также при разбшпномъ силеросі и мозинго-міалитахъ хроническаго характера.

8. При сирингомієліі и при конеретнихъ міалитахъ витажєніє позвоночника можетъ дати ухужденіє, а такъ какъ прижівленіє его із тоу же при этихъ заболѣваніяхъ болше частю не озвизаеть пинакого благопріятнаго впливія, то при данныхъ заболѣваніяхъ должно предпочитати леченіє другими методами леченію витажєніємъ.

9. При міалитахъ отъ сдавленія лучшая форма витажєнія позвоночника— витажєніє із кратоте.

10. Дійствіє витажєнія позвоночника на концы образумъ неважє объяснати однихъ наушєніємъ, такъ какъ витажєніє, примѣняемое даже съ осторожностью и до опредѣленной степени, несомнѣнно вызиваетъ измѣненія, какъ із общємъ кровообращенію, такъ и із кровообращенію центральной нервной системы. Въ силу этихъ измѣненій кровообращенія витажєніє позвоночника, при форсированномъ его примѣненіи, можетъ бити даже опасно для жизни больного.

11. Подъ впливемъ витажєнія позвоночника наступаютъ измѣненія кровообращенія із сосудахъ головного мозга. Во время витажєнія наблюдается суженіє мозговыхъ артерій, повшєненіє артеріального давленія и повшєненіє интритеренного давленія, вслѣдъ за тѣмъ із концѣ сеанса витажєнія и послѣ спатія груда повшєняется расширеніє мозговыхъ сосудовъ, повшєненіє артеріального давленія и повшєненіє интритеренного давленія, результатомъ такого измѣненія кровообращенія наступаютъ сиверенія центральной нервной системы, при чємъ состояние гипереміи особенно выражено із понижєніємъ отдѣлія спинного мозга и із продолговатомъ мозгу.

12. Пульсъ подъ впливемъ подбшнванія сначала учаждотъ, высота пульсовой волны падаетъ, но затѣмъ вышєтъ съ повшєненіємъ высоты пульсовой волны наблюдается заведєніє пульса и усиленіє его напращєнія.

13. Витажєніє вплиетъ и на дыханіє, но характерного вплива жєтѣе постояивий, чѣмъ вплива на пульсъ.

14. Въ виду рѣзкихъ измѣненій кровообращенія, вызываемыхъ витажєніємъ позвоночника, мы считаемъ абсолютно противопоказаннымъ примѣненіє этого метода леченія у лицъ, страдающихъ кроімъ нервного заболѣванія болѣзнями сердца и сосудистой системы. Противопоказано витажєніє и при другихъ страданіяхъ внутреннихъ органовъ, гдѣ измѣненія кровообращенія, наблюдаемые при нехъ могохъ бы вызвати непереносимыя явления (напр. легочное кровотечєніє при чахоткѣ и друг.), а также и у лицъ слабыхъ и анемичныхъ.

Значительную постоянную работу считю пріятнымъ для себя долготъ выразити сердечную благодарность глубокому-изскому профессору Военно-Медицинской Академіи академiku *Владимиру Михайловичу Беггеру*, какъ за данную тему, постоянные совѣты и руководительство при исполненіи мною настоящей работы, такъ и за все личное образованіє по первичнѣ и душевнымъ болѣзнямъ, полученное мною із его лекцій.

Глубоко благодарю дорогого моего товарища *Евгена Соловьякина Бердяновскаго*, оказавшаго мнѣ существенную помощь при исполненіи мною экспериментальной части настоящей работы.

Отъ души благодарю также дорогихъ товарищєй по клинїкѣ, повсѣдневныхъ мѣхъ при концѣ наблюденіяхъ на болѣзныхъ.

Положения.

1) Вытеснение позвоночника и методъ Frenkel'a могутъ быть признаны въ настоящее время лучшими методами лечения спинной сухотки.

2) При периодической работѣ табетиковъ сесии охлѣбны являются наиболее дѣйствительными средствами.

3) Несмотря на частоту сифилитической инфекции въ анамнезѣ табетиковъ и прогрессивныхъ паралитиковъ, специфическое лечение мало дѣйствительно при обоихъ заболеванияхъ.

4) Силье сердечныхъ средствъ съ бромидами и кодомомъ несомнѣнно влечетъ за собою эпилептико-психотические приступы и эти интензивность въ большей степени, чѣмъ лечение одними бромистыми препаратами.

5) Изучение связи между пороженіями мозга и локализацией психологическихъ процессовъ въ центральной нервной системѣ заслуживаетъ большого вниманія со стороны невропатологовъ.

6) Постельное содержание несомнѣнно въ некоторыхъ случаяхъ ускоряетъ теченіе психического расстройства и уменьшаетъ его интенсивность.

7) Крайне желательна скорѣйшая постройка дѣльной сѣти окружающихъ лечебницъ для дѣла приращенія душевно-больныхъ въ Россіи.

Curriculum vitae.

Петръ Александровичъ Остащенко, православнаго вѣроисповѣданія, изъ потомственныхъ дворянъ Казанской губерніи, родился 21 декабря 1867 года въ г. Казани. Среднее образованіе получилъ въ Императорской Казанской первой гимназіи, гдѣ и окончилъ курсъ въ 1886 году; въ томъ же году поступилъ на медицинскій факультетъ Императорскаго Казанскаго Университета. Будучи студентомъ V курса, написалъ совместно со студентомъ М. Граномъ работу «Психоневротическія психіческія пачъ здоровыми: вліяніе скорости психическихъ процессовъ въ различное время дня». Работа эта медицинскимъ факультетомъ Казанскаго Университета удостоена золотой медали. Въ 1892 году кончила курсъ въ медицинскому факультету Казанскаго Университета со степенью лекаря съ отличіемъ (medicus cum eximia laude); въ томъ же году Сѣверо-Восточнаго Казанскаго Университета удостоена званія ученаго врача. 19 марта 1893 года избранъ медицинскимъ факультетомъ на должность сирхитизиннаго ассистента при кафедрѣ психіатріи Казанскаго Университета, каковую должность и занималъ по 2 января 1894 года, когда, согласно избранію конференціи Императорской Военно-Медицинской Академіи, Высочайшимъ приказомъ по Военному ведомству перенесенъ въ Клинической Военный Госпиталь врачомъ для консультированія VI разряда съ откомандированіемъ къ клинической душевнымъ болѣзней для исполненія должности ассистента перваго отдѣленія. Должность ассистента перваго отдѣленія занималъ по 1 октября 1898 года, когда, по представленію директора клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней проф. В. М. Бехтерева назначенъ врачомъ, заведующимъ отдѣленіемъ клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней, гдѣ и состоитъ въ настоящее время. Экзамены на доктора медицины сдалъ въ 1894—95 учебномъ году. Состоитъ дѣйствительнымъ членомъ Общества Невропатологовъ и Пси-

хиятров при Императорском Казанском Университеті (съ 19 марта 1893 г. по переходу въ С.-Петербург состоял секретарем казанскаго Общества) и Общества психиатровъ въ С.-Петербургѣ. Съ 1896 года по настоящее время состоитъ секретаремъ редакціи ежемѣсячнаго журнала «Обзоріе Психіатріи, Неврологіи и Экспериментальной Психологіи». Съ 1898 г. состоитъ также врачомъ-спеціалистомъ при Максимилиановской лечебницѣ, гдѣ и ведетъ приемы приходящихъ больныхъ. 15 апрѣля 1899 года съ Высочайшаго позволенія командированъ Казанской душенными и нервными болѣзнями для изученія необходимыхъ методовъ леченія и осмотра психиатрическихъ заведеній Франціи, Англіи и Германіи на 6 мѣсяцевъ, по 15 октября 1899 года. Въ теченіе всего лѣтнаго семестра 1899 года слушалъ лекціи по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ у проф. Erb'a и Kraepelin'a въ Гейдельбергѣ.

Имѣетъ слѣдующіе печатные труды:

1, 2 и 3) совместно съ проф. В. М. Бехтеревымъ:

а) О вліяніи нора болѣзненъ жиста на актъ глотанія и на дыханіе. Неврологическій Вѣстникъ, т. II, вып. 2, 1894 г. и Neurol. Centralbl., № 16, 1894.

а) Обзоръ работъ по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ за 1895—1896 г.г. Календарь для врачей, часть II, 1896 г. Изданіе К. Л. Риккера.

с) Гемикорея, какъ результатъ кровоизліянія въ thalamus opticus. Докладъ, читанный въ научномъ собраніи врачей клиники. См. Обзоріе Психіатріи и проч.

4) Значеніе метода Френкеля въ терапіи спящей судохии. Невролог. Вѣстн. т. II, вып. 3, 1894 г., а также Neurol. Centralbl. № 18, 1894.

5) О леченіи желудочныхъ кризовъ спянно-судочными. Обзоріе Психіатріи, Неврологіи и Эксперим. Психологіи, № 1, 1896 г. и Therapeutische Monatschr., 1896 г.

6) Випицкая Окружная Лечебница. Обзоріе Психіатріи и пр. №№ 6 и 8, 1896 г.

7) Новая клиника для корово-бѣлыхъ при клиникѣ

душевныхъ болѣзней. Вѣстникъ Общественой гігіены, судебной и практической медицины, № 11, 1897 г.

8) О періодической работѣ табачной. Обзоріе Психіатріи и проч. 1897 г.

9) О возможныхъ и сумасшедшихъ рефлекскахъ при спящей судохіи. Обзоріе Психіатріи и пр. № 10, 1899 г.

и 10) настоящая работа: Вывѣдскіе павоководники, какъ метода леченія нервныхъ болѣзней, представляется въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.

Кромѣ того посылалъ ежемѣсячные отчеты о научныхъ собраніяхъ врачей С.-Петербургской клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ газетѣ «Врачъ» за 1895, 1896, 1897, 1898 и 1899 года, въ отдѣлѣ хроникъ въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ» за 1893, 1894 и 1895 г.г. и въ «Обзоріи Психіатріи, Неврологіи и Экспериментальной Психологіи» за 1896, 1897, 1898, 1899 и 1900 года, а также посылалъ въ вышеупомянутыхъ журналахъ рефераты по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ.