

и болямъ въ рукахъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ приобретаетъ патологическое значеніе и ведетъ къ опредѣленнымъ (параличнымъ или судорожнымъ) формамъ заболѣваній руки. Не всегда это переутомленіе зависитъ отъ чрезмѣрныхъ занятій письмомъ или игрою. Оно можетъ наступить еще при цѣломъ рядѣ условій, нарушающихъ нормальные предѣлы жизненныхъ функций. Переутомленіе при занятіяхъ письмомъ наблюдается, конечно, чаще, чѣмъ переутомленіе игрою. Лишь страдающихъ этимъ переутомленіемъ авторъ раздѣляетъ на нѣсколько группъ, приводя для каждой болѣе или менѣе характерные примѣры.

Мѣры въ цѣляхъ предупрежденія или предотвращенія переутомленія при письмѣ заключаются въ подходящемъ положеніи сидящаго за письмомъ, въ правильной установкѣ его тѣла и руки, въ подходящемъ выборѣ письменныхъ принадлежностей (для нѣкоторыхъ случаевъ рекомендуются специально устроенныя ручки), далѣе въ примѣненіи стенографіи и письма на пишущей машинѣ и наконецъ въ обращеніи особаго вниманія со стороны учителей на почеркъ учениковъ въ отношеніи его четкости и красоты.

Говоря о переутомленіи при занятіяхъ музыкой авторъ имѣлъ въ виду, главнымъ образомъ, пианистовъ и предлагаетъ слѣдующія средства для борьбы съ частными случаями этого страданія: ограниченіе выставленія на первый планъ техники игры; болѣе гуманное отношеніе композиторовъ, которые должны бы меньше имѣть въ виду музыкальнаго сверхъ-человѣка; наконецъ тщательное приспособленіе учителей къ даннымъ средствамъ играющаго: къ дарованію его, возрасту, общему физическому развитію и анатомическому соотношенію частей рукъ, т. е. длины и ширины пальцевъ и кисти.

Ханутина М. Д. *Къ казуистикѣ синдроміэміи.* „Русскій Врачъ“ №№ 19 и 20.

Собственнымъ 4-мъ наблюденіямъ авторъ предпосылаетъ достаточно полный очеркъ работъ посвященныхъ вопросу о сущности и клинической діагностикѣ даннаго страданія.

1 сл. Больная 20 л., съ годъ назадъ замѣтила слабость въ правой рукѣ, безъ болей. Сила этой руки—5 клгрм., тогда какъ лѣвой—25 клгрм. На кожѣ этой руки нѣсколько рубцовъ послѣ ожоговъ. Конечность на видъ представлялась достаточно полной, но на фарадическій токъ мышцы ея реагировали вяло; гальванической тскъ обнаруживалъ реакцію перерожденія. Сухожильные рефлексy этой руки понижены. Коленные рефлексy повышены. Полная анальгезія и термоанестезія правой руки, отчасти плечевого пояса и туловища. На протяженіи анестезированныхъ областей имѣлись мѣста, гдѣ больная способна различать холодъ при прикосновеніи пробирки со льдомъ. Это заставляло предполагать, что чувствительность къ холоду есть

болѣе стойкое свойство чувствительныхъ проводниковъ. Отсутствие атрофіи Duchenne-Arag'овскаго типа объясняется здѣсь отечно-гиперпластическимъ процессомъ въ подкожной клѣтчаткѣ («main Succulente»).

2 сл. Больная 52 л., больна 20 л. 8 лѣтъ ходьбѣ ея затруднена. Въ правомъ глазу нейропаралитическій кератитъ. Приступы кашля при проглатываніи пищи. Волоконцевыя подергиванія въ языкѣ. Мышечная сила обѣихъ рукъ = 0. Мускулатура рукъ атрофирована, особенно въ области кистей, при чемъ въ нѣкоторыхъ мышцахъ констатирована реакція перерожденія. Атрофическій процессъ касался также мускулатуры нижнихъ конечностей. Сухожильные рефлексъ на рукахъ понижены. Колѣнные рефлексъ повышены. Клонусъ стопъ, симптомъ Babinsk'аго. Со стороны костей явленія макрозоміи въ формѣ колбобразныхъ утолщеній послѣднихъ фалангъ пальцевъ. Дермографія. «Main Succulente». Разстройство чувствительности съ обширнымъ распространеніемъ: на рукахъ полная термоанестезія и анальгезія въ видѣ перчатокъ; выше на рукахъ и туловищѣ ограничивается только пониженіемъ болевого и термического чувства. Лицо и голова совсѣмъ не чувствительны. На правой ногѣ полная потеря болевой и тепловой чувствительности по всей передней поверхности; сзади на правой ногѣ и на лѣвой ногѣ анестезія располагается въ формѣ носка. Чувствительность къ холоду въ области темени, а равно по задней поверхности голени и бедра была повышена. Такимъ образомъ и въ этомъ случаѣ отмѣчалось мѣстами сохраненіе чувствительности къ холоду при утраченной чувствительности къ теплу.

3 сл. Больная 33 л., больна 2 года—представляла явленія рѣзкой мускульной атрофіи обѣихъ верхнихъ конечностей, особенно въ периферическихъ частяхъ. Не смотря на это мышцы хорошо реагировали на Фарадическій токъ. Сила правой руки = 0; сила лѣвой—1 клгрм. Сухожильные рефлексъ на рукахъ понижены. Колѣнные р. повышены. Симптомъ Babinsk'аго. Намекъ на клонусъ стопъ. Чувствительность (на рукахъ и туловищѣ) не представляла рѣзкаго разстройства.

4 сл. Больная 24 л., больна 4 года. На 1-ый планъ у нея выступали измѣненія со стороны костей. Позвоночникъ въ грудномъ отдѣлѣ кифотически искривленъ. Грудная клѣтка вверху ладьеобразно углублена (thorax en bateau—Astié). Слѣды бывшихъ переломовъ: нѣсколько костныхъ мозолей на ребрахъ одна мозоль, величиною съ куриное яйцо, на лѣвой ключицѣ и одна, длиною въ 5—7 смт. на правомъ бедрѣ. Правое предплечье изогнуто, что зависить, судя по Röntgen'оскопії отъ изогнутости локтевой кости и неправильно сросшагося перелома лучевой кости. Переломъ праваго бедра и лучевой кости больная получила, лежа въ постелѣ. О происхожденіи другихъ переломовъ она ничего не знала. Лицо представляло псевдоакромегалическія измѣненія: скуловые кости и нижняя челюсть съ правой стороны утолщены. Пальцы рукъ въ концевыхъ фалангахъ

укорочены и въ то же время колбообразно утолщены. Возвышенія большого пальца и мизинца, а также мускулатуры предплечій съ обѣихъ сторонъ атрофированы. Двигательная сила об. рукъ = 5 клгрм. Сухожильные рефлексy на рукахъ понижены; на ногахъ они повышены. Признакъ Babinsk'аго. Гипоалгезія и термогиперестезія конечностей, распространяющаяся отчасти и на туловище.

Въ заключеніе работы авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

1. Вопросъ о происхожденіи сирингоміэліи еще далеко не рѣшенъ; но въ общемъ врожденные пороки развитія спинного мозга играютъ при ней извѣстную предрасполагающую роль.

2. Чувствительность къ холоду сохраняется дольше, чѣмъ чувствительность къ теплу; угасанію ея, вѣроятно, предшествуетъ періодъ психрогиперестезіи.

3. Произвольные переломы отчасти зависятъ отъ разстройствъ чувствительности, но болѣе важную роль играютъ трофонейротическія (?) измѣненія самой костной ткани.

4. Наклонность къ повторнымъ переломамъ и къ повторнымъ вывихамъ должна наводить на мысль о наличности сирингоміэліи, а посему —

5. Тщательное изслѣдованіе чувствительности должно играть не послѣднюю роль при взвѣшиваніи вопроса о потерѣ или пониженіи работоспособности вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ какъ при различныхъ производствахъ, такъ и отъ какихъ нибудь частныхъ причинъ.

Н. Осокинъ

Прив.-доц. **В. П. Осиповъ** *Болѣзнь Бехтерева (одеревенѣлость позвоночника)*. Юбилейный сборникъ трудовъ по психіатріи и невропатологіи, посвящ. В. М. Бехтереву Т. I. 1903 г. С.-Петербургъ.

Какъ особая форма болѣзни, подъ названіемъ одеревенѣлости позвоночника, послѣдняя была впервые описана профессоромъ академикомъ В. М. Бехтеревымъ въ 1892 году въ пяти случаяхъ. Затѣмъ въ 1896 и 1899 году имъ-же были опубликованы еще два случая этой болѣзни. Обособляя эту болѣзненную форму, проф. В. М. Бехтеревъ на основаніи своеобразной клинической картины, характеризующейся опредѣленными симптомами, выдѣлилъ ее въ отдѣльную нозологическую единицу. Характерными основными симптомами заболѣванія служатъ слѣдующіе:

1) Большая или меньшая неподвижность или, по крайней мѣрѣ, недостаточная подвижность всего или только извѣстной части позвоночного столба при отсутствіи въ немъ рѣзкой болѣзненности при