

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Рефлексы зрачков¹⁾.

Д-ра И. Б. Галант (Москва).

Зрачковые рефлексы лучше всего изучены в психиатрии, где они играют большую роль при диагностике. Мюнхенский психиатр Бумке (Bumke) издал довольно объемистую монографию: „Расстройства зрачков у душевно- и нервнобольных“²⁾, вышедшую в 1911 г. во втором издании. Благодаря Бумке внимание психиатров и невропатологов еще больше было обращено на рефлекторные явления зрачков и в последние годы рефлексология зрачков пополнилась многими тонкостями, которых могла бы завидовать всякая другая область рефлексологии.

Рефлекторными движениями зрачков управляет довольно сложный нервно-мышечный аппарат. Dilator et sphincter pupillae, как два антагониста, служат один расширению, другой сужению зрачков. При аккомодации же вступают в действие мышцы corpus ciliare—мышца Брюке (der Brücké'sche Längsmuskel) и мышца Мюллер'а (der Müller'sche Ringmuskel). Сфинктер и мышцы цилиарного тела иннервируются глазодвигательным нервом (nervus oculomotorius). Расширение же зрачков зависит от sympathicus'a, берущего свои волокна для зрачков из centrum ciliospinale шейной части спинного мозга. Раздражение этих симпатических волокон вызывает расширение зрачков, паралич же этих волокон ведет к сужению зрачков.

1. Аккомодация и ее расстройства.

При аккомодации функционирует sphincter pupillae, musculus ciliaris и m. rectus internus. Расстройства аккомодации известны под названием поропсии (Хейльброннер—Heilbronner), аккомодативной микропсии и макропсии, дисмегалопсии. Эти симптомы, связываемые с аккомодационной судорогой, встречаются при ауре эпилептического припадка, или как эквивалент. Продолжительность таких состояний равняется нескольким секундам или минутам. Субнормальная аккомодативная сила наблюдалась при изнуряющих заболеваниях, при малокровии, у мастурбантов: ее рассматривают как выражение симпатического невроза. При неправильной аккомодации у некоторых лиц с истерическим предрасположением наряду с микропсией и судорогой при конвергенции встречается и монокулярное раздвоение. Параличи аккомодации могут иметь своей причиной интоксикации (ботулизм); при истерии они редко встречаются.

2. Реакция зрачков на конвергенцию.

При конвергенции глазных яблок получается сокращение m. sphincter pupillae и цилиарных мышц. При нормальных условиях реакция зрачков на конвергенцию живее реакции зрачков на свет. Реакция на конвергенцию при аккомодации редко когда отсутствует; чаще всего расстройство реакции на конвергенцию есть только частичное явление абсолютной неподвижности зрачков (absolute Pupillenstarre). Полное отсутствие реакции на конвергенцию при относительно хорошем светорефлексе зрачков Уттоф (Uthoff) наблюдал в нескольких случаях множественного склероза.

Конвергентные движения глазных яблок и сужение зрачков находятся в тесной функциональной связи, и центры их следует искать в пограничной части между III желудочком и aqueductus Sylvii. Все же, как нашел Франк (Frank), каждый член этой связи может быть парализован независимо от другого.

3 и 4. Орбикалярный феномен зрачков и абдукционный феномен. (Orbicularisphänomen der Pupillen. Abductionsphänomen).

Вестфаль (Westphal) и Пильч (Pilcz) описали содружественное движение sphincter iridis (сужение зрачков) при замыкании век. Этот т. наз.

¹⁾ См. Каз. мед. ж. XX, № 6; XXI, № 7; XXII, № 8; XXIII, № 3; XXIII, № 12; XXIV, № 11.

²⁾ Bumke. Die Pupillenstörungen bei Geistes- u. Nervenkranken. 2 Aufl. Jena, 1911.

орбикулярный феномен зрачков антагонистичен светорефлексу зрачков и противоречит ему, ибо при замыкании век благодаря отсутствию световых раздражений зрачки имеют стремление *расширяться*, при размыкании же век с последующим действием света на зрачки последние *суживаются*. При обыкновенных условиях орбикулярный феномен не может наблюдаться; наличие его устанавливается наступающим расширением зрачков при размыкании глаз после смыкания век. Орбикулярный феномен не имеет особенного значения. Содружественные движения зрачков наблюдаются также при движениях глазного яблока. Бер (Behr) и Бельшовский (Bielschowsky) установили в некоторых случаях абсолютной рефлекторной неподвижности зрачков содружественное движение Sphincter iridis при латеральной движениях глазного яблока (Abductionsphänomen).

5. Гальванический светорефлекс зрачков.

При электрическом раздражении глаза получают пупилломоторные явления (Бумке). Мы имеем здесь дело с феноменом, который должен рассматриваться как светореакция зрачков. При силе тока в 0,02—0,2 МА, при замыкании анода появляется световая молния, при более сильных токах движения зрачков получаются и на противоположном глазе. При частом повторении раздражения рефлекс истощается. У лиц утомленных нужно было пустить в ход более сильные токи, чтобы вызвать ощущение света и движение зрачков. У нервно-истощенных (после инфлюэнцы, тифа, потери крови, анемии, алкогольной интоксикации) наблюдалось то же явление только не при функциональных психозах и шизофрениях (Бумке и Хайман—Hauman).

Фарадические токи вызывают лишь слабые движения зрачков (Бумке, Buttin).

6. Пупиллярное беспокойство и психорефлексы.

Обычно зрачки находятся в состоянии непрерывных двигательных колебаний. Колебания эти покоятся отчасти на психических, отчасти на нервных действиях. Эта игра зрачков и называется *пупиллярное беспокойство*. Степень двигательных колебаний зрачков зависит от чувственных процессов, от живых представлений, от изменений в степени внимания и от всякого рода чувствительных и сенсорных впечатлений (ощущения осязания, болевые ощущения) вкусовые ощущения, шумы и световые раздражения). Течение этих движений зрачков отличается своей медленностью. Доказано, что каждое умственное напряжение, каждый интенсивный акт внимания сопровождается движениями зрачков. Если испытуемый направляет свое внимание на удары медленно бьющего метронома, то отмечаются ритмические движения зрачков, совпадающие с ударами метронома (Бумке). Пупиллярное беспокойство есть до известной степени выражение интенсивности и колебаний в процессах нашего сознания; оно лишено самостоятельных движений. У стариков расширение зрачков на чувствительные, сенсорные и психические раздражения ослаблено (Бумке, Рунге—Runge). Пупиллярное беспокойство не зависит от кровяного давления, дыхания, аккомодации и конвергенции.

При раздражении вестибулярного аппарата вращением вокруг оси тела пупиллярное беспокойство прекращается и зрачки не реагируют на свет.

Отсутствие пупиллярного беспокойства Бумке наблюдал в 60% больных ранним слабоумием. Рунге обнаружил этот симптом у имбецилов и идиотов, при эпилептическом слабоумии, при алкогольном слабоумии, при прогрессивном параличе, при спинной сухотке. В случаях заболевания маниакально-депрессивным психозом этот симптом не обнаружен. Причиной этого симптома можно было бы рассматривать падение психической живости при дефектпсихозах (Defektpsychose). Гиппус (от ὄ Νιππος—лошадь)—повышение пупиллярного беспокойства—наблюдался при эпилептических припадках и сумеречных состояниях. Мы имеем здесь дело с болезненно повышенной игрой антагонистических—расширяющих и суживающих зрачки—мозговых раздражений.

Диагностическое значение гиппуса невелико; помимо случаев органического заболевания он наблюдался у неврастеников, паралитиков при encephalitis lethargica и при отравлении вероналом.

Димиц (Dimitz) и Шильдер (Schilder) называют пупиллярным нистагмом сокращения зрачков, комбинирующиеся при конвергенции с ритмическими конвергентными и ротаторными движениями внутрь глазных яблок. Редлих (Redlich) наблюдал при сильном пожатии руки расширение зрачков и пони-

жение реакции зрачков на свет. Он обнаружил этот феномен у здоровых, истериков и эпилептиков. Сильнее всего явление это было выражено у лиц с симпатикотоническими явлениями. Вильбранд (Wilbrand) и Зенгер (Saenger) оспаривают, что при этом получается полная нечувствительность зрачков к свету.

7. Зрачки во время сна.

Во время сна зрачки сильно сужены. Причину этого сужения зрачков усматривали в сильной конвергенции глаз во время сна (Пог. Мюллер—Joh. Müller), другие подозревали паралич симпатических волокон. Может быть миоз во время сна есть признак выпадения всех чувствительных раздражений. Во время глубокого сна миоз сильнее выражен. Во время гипноза Деллькен (Döllken) никакого сужения зрачков не обнаружил. У амавротиков с широкими зрачками в бодром состоянии Вушю (Voussu) во время сна обнаружил сужение зрачков; он использовал точное наблюдение зрачков, чтобы различать настоящие сомнамбулические состояния от симулированных.

8. Околопупиллярный рефлекс и реакция боли.

При состояниях раздражения в переднем отделе глазного яблока, напр., при поражениях роговой оболочки получается миоз (сужение зрачков), причину которого надо будет усмотреть в гиперэмии радужной оболочки, гесп. в воспалении ее. Иначе следует смотреть на т. наз. *околопупиллярный рефлекс*, наступающий при легком натирании роговой оболочки или конъюнктивы и состоящий в первоначальном расширении зрачков. Из близлежащей области *trigeminus'a* можно тоже получить расширение зрачков. Наступающее тогда сужение зрачков можно было бы толковать, как орбикулярный феномен; мы имеем здесь переменное действие чувствительных раздражений и тригемино-фациальных рефлексов (Бумке). Каждое чувствительное раздражение ведет к расширению зрачка, которое обычно сопровождается с отделением слез и слюны; безразлично с какого места исходит раздражение; все же у различных лиц рефлексогенные зоны будут весьма различны. На чувствительные раздражения реакции бывают больше, чем на сенсорные и психические; они могут вести к мидриазу (расширение зрачков) с погашением светорефлекса. Проводимость окуломоторного нерва необходима для того, чтобы нервные влияния вели к расширению зрачков; при выключении симпатикуса зрачки реагируют еще на чувствительные раздражения.

Каждая боль вызывает изменения в иннервации вегетативной системы; превращение этого раздражения в расширение зрачков совершается в промежуточном мозгу. Электрическое раздражение основания промежуточного мозга вызывает у животных максимальное расширение зрачков и широкое размыкание век—это результат возбуждения субкортикального симпатического центра в *corpus subthalamicum*. Расширение зрачков наступает и тогда, когда болевое ощущение не осознается. Проходящие через *thalamus opticus* чувствительные пути лежат в непосредственной близости центрального серого вещества III желудочка.

Тепловая реакция зрачков покоится на раздражениях *trigeminus'a*.

При спянской сухотке и прогрессирующем параличе в большом проценте случаев рефлекторное расширение зрачков на раздражение кожи отсутствует; фарадическое раздражение оказывается без эффекта.

Бумке констатировал, что при *dementia praecox* чувствительные реакции зрачков исчезают, но позже, чем пупиллярное беспокойство и психорефлексы. Симулянты обладают весьма чувствительными зрачками с живыми психорефлексами. Е. Флатау (E. Flatau) описывает болевой мидриаз при сгибании головы назад.

9. Зрачки во время страха („Angstpupillen“).

При страхе зрачки крайне расширены и не реагируют на свет. Эксперименты на животных делают вероятным, что при возбуждении со страхом у животных выделяется повышенное количество адреналина в вены, вследствие чего гладкая мускулатура сокращается. Вероятно этот момент играет роль и у человека.

10. Рефлекторная неподвижность зрачков.

Рефлекторная неподвижность зрачков, пожалуй, самый старый во времени известный нам феномен зрачков. Он упоминается уже в книге итальянца Киаруджис (Chiargis), изданной в 1793 г.

Различают прямую и косвенную или консенсуальную светореакцию зрачков. Последняя количественно немного меньше прямой. При повреждениях сетчатки или п. orbisus одного глаза прямая реакция вследствие слепоты может отсутствовать, косвенная же, со второго зрячего глаза на слепой, сохранена. Интенсивность движения зрачков при действии на них света зависит от того приучен ли человек к свету или темноте. Сужение зрачков при действии на них света не остается длительным; вследствие привыкания получается определенная средняя ширина зрачков.

Вторичную светореакцию зрачка можно изолировать и исследовать таким путем, что освещают особо один только глаз, чтобы, истощив светорефлексы, осветить затем другой глаз; таким путем получают вторичную реакцию изолированно.

О настоящей рефлекторной неподвижности зрачка можно лишь тогда говорить, когда глаз хорошо видит и реакция на конвергенцию сохранена, причем зрачек не реагирует ни на прямые, ни на косвенные раздражения. Перенос рефлекса расстроен при этом в центральном пункте. Его следовало бы искать между первыми оптическими центрами в *corpus geniculatum externum* и местами отхождения волокон глазодвигательного нерва для *sphincter iridis*.

Расстройство это не всегда встречается в максимальной форме, оно может постепенно развиваться. Предварительная стадия обозначается как рефлекторная вялость зрачка. Расстройство бывает одно- и двустороннее, оно может быть длительным или скоропреходящим.

При начинающейся рефлекторной неподвижности зрачков можно установить повышение реакции на конвергенцию, т. е. она наступает при конвергентном угле, при котором в нормальных условиях реакция или еще совсем не наступает или же она весьма слабая. Следует прежде всего установить, не увеличилась ли при несомненно сохраненной реакции на конвергенцию разница в амплитудах движений обоих зрачков. У стариков диагноз рефлекторной неподвижности зрачков затруднен ввиду наличия миоза. Рефлекторная неподвижность зрачков классический симптом металюзса; она встречается, однако, как резидуальный симптом сифилиса мозга, и при конгенитальном сифилисе. Часто она представляет собой ранний симптом спинной сухотки и прогрессивного паралича и встречается при этих заболеваниях в высоком процентуальном отношении, особенно при табопарализе. У душевно-больных наличие рефлекторной неподвижности зрачков говорит за прогрессивный паралич. По Бумке только 18—20% всех паралитиков обнаруживают нормальную светореакцию; отсутствие вторичной светореакции Вейлера (Weiler) обнаружил в 84%, отсутствие гальванической рефлекторной возбудимости в 87% (Бумке). К концу заболевания феномен почти всегда имеется, в то время как случаи Лисауегаовского паралича протекают без этого симптома.

О наличии этого феномена вне люэтического заболевания имеются всякого рода наблюдения. Штромайер (Stromaier) наблюдал у двух сестер двустороннюю рефлекторную неподвижность зрачков, и связывает это расстройство с врожденными дефектами в нервах мозга. Бер тоже старается свести феномен на церебральное заболевание в раннем детстве. Изолированное отсутствие световой реакции при опухолях мозга не встречается.

Временное понижение светореакции до полной неподвижности зрачков наблюдалось при алкогольном отравлении, при психической и нервной недостаточности. Длительная рефлекторная неподвижность вследствие употребления алкоголя по Вейлеру не встречается. При множественном склерозе она редко встречается. Травматическая рефлекторная неподвижность является, по Беру, не настоящей рефлекторной неподвижностью, а искаженной, не полной абсолютной неподвижностью.

Следует подчеркнуть, что неподвижность зрачков принадлежит к резидуальным симптомам энцефалита (Нонне—Ноппе). В единичных случаях указывают на отравление никотином, как на причину скоропреходящей неподвижности зрачков. (Вильбранд-Зенгер). Характер рефлекторной неподвижности зрачков в начале заболевания металюзсом, при интоксикациях и острых церебральных приступах интермиттирующий. Рефлекторная неподвижность может впоследствии перейти в так называемую абсолютную неподвижность. В единичных случаях наблюдалась рефлекторная неподвижность зрачков при дифтерии (Келльнер—Kellner).

11. Абсолютная неподвижность зрачков.

При абсолютной неподвижности зрачков расстроены одновременно светореакция и реакция на конвергенцию. Абсолютная неподвижность зрачков разви-

зается большей частью медленно; обе реакции слабеют постепенно (абсолютная вялость зрачков). Если к этому присоединяется еще паралич аккомодации, то можно говорить об *ophthalmoplegia interna*. Более точными методами можно доказать весьма слабую реакцию на конвергенцию. Абсолютная неподвижность поκειται на повреждениях нисходящих путей рефлекторной дуги. Абсолютно неподвижный зрачок обычно шире нормального. Абсолютная неподвижность встречается при весьма различных заболеваниях, вследствие чего диагностическое значение его не так велико, как рефлекторной неподвижности. Чаще всего она обусловлена сифилитическими заболеваниями. Частый паралич сфинктера встречается при сифилисе мозга, при спинной сухотке, при прогресс. параличе, при старческом слабоумии, алкоголизме и органических заболеваниях мозга. *Ophthalmoplegia interna* не встречается почти никогда при чистой спинной сухотке или прогрессивном параличе. Ее наличие абсолютно не говорит против этих заболеваний, т. к. всегда возможна комбинация с другими сифилитическими изменениями. При абсолютной неподвижности зрачков тем шире, чем сильнее расстройство движения зрачков. При рефлекторной неподвижности отсутствует крайний миоз, при абсолютной неподвижности и *ophthalmoplegia interna* нет миоза.

При эпилептическом припадке зрачек обычно расширен и не реагирует, что позволяет думать об ослаблении сфинктера. Расширение остается при движениях глазного яблока и при конвергентных движениях неизменным. Все другие физиологические движения радужной оболочки выпадают; спонтанные движения зрачка в тонической стадии отсутствуют. В клонической же стадии они встречаются. В начале эпилептического припадков и во время постэпилептических психозов попадают расширение зрачков, гипусообразные движения и ограничение реактивной способности. Бумке обнаружил понижение электрической возбудимости зрачков. Сименс (Siemens) наблюдал инициальное сужение зрачков. При истерических припадках могут в исключительных случаях наблюдаться те же расстройства иннервации радужной оболочки, как и при эпилепсии. Миотическая пупиллярная неподвижность при истерическом припадке встречается почти всегда вместе с судорожной конвергенцией (*Konvergenzkrampf*).

Некоторые авторы подтверждают наличие абсолютной неподвижности зрачков при мигрени (Вестфаль, Паузелер, Вильбранд-Зенгер).

Александр наблюдал, что при эпилептическом припадке неподвижность зрачков исчезает в обоих глазах не одновременно.

12. Парадоксальная реакция зрачков.

Парадоксальная реакция зрачков—это обратное рефлекторное их движение, т. е. расширение при усиленном освещении и сужения при слабом освещении. Утоф и некоторые другие авторы относятся скептически к этому феномену и предполагают наличие ошибок у экспериментаторов при опытах. Пильч составил критический обзор всех опубликованных случаев парадоксальной реакции зрачков; по его мнению остается всего пять безупречных случаев с этим феноменом—случай прогресс. паралича, сифилиса мозга, туберкулезного менингита, нервного истощения травматического происхождения и люса с атрофией *nervi optici*. Парадоксальная светореакция зрачков, по мнению Пильча, весьма редкий симптом, встречающийся исключительно при тяжелых органических заболеваниях нервной системы.

Парадоксальная реакция на аккомодацию наблюдалась при истерии и мигрени. Бер утверждает, что парадоксальная реакция развивается на почве расстройственной уже реакции зрачков.

13. Кататоническая реакция зрачков.

Вестфаль наблюдал временную абсолютную неподвижность зрачков при кататоническом ступоре. Зрачки при этом расширены или сужены и могут иметь ненормальные формы. Феномен может быть односторонним. Светореакция при этом понижена или отсутствует совсем. Мы имеем здесь дело не с рефлекторной неподвижностью зрачков, а с расстройством иннервации всей мускулатуры радужной оболочки. Психорефлексы отсутствуют. У некоторых ступорозных больных наблюдается судорожная конвергенция с миозом в течение многих месяцев. Мейер (E. Meyer) наблюдал при давлении на т. наз. инакальную точку расширение зрачка при недостаточной светореакции. При мидриатически-кататонической неподвижности зрачков отсутствует и пупиллярное беспокойство. Причину этого расстройства Левенштейн (Löwenstein) усматривает в потере спонтанности жизни

чувств при сохраненной суггестивильности чувств; напряжения, сопровождающиеся чувством неудовольствия, вызывают торможения, ведущие к кататонической или истерической неподвижности зрачков.

14. Вегетонический феномен зрачков.

Глубокий вдох может вызвать расширение зрачков, выдох—их сужение. Явление это наблюдается чаще у молодых лиц и сопровождается инспираторной аритмией сердца.

15. Миотоническая реакция зрачков.

Под миотонической реакцией зрачков понимает аномально длящееся сужение зрачков при реакции на конвергенцию и необычно медленное расширение зрачков. Зенгер полагает, что феномен этот мышечного происхождения.

Миотоническая реакция зрачков встречается при спинной сухотке, прогресс. параличе, наследственном сифилисе, миотонии, мигрени; Ноппе наблюдал ее и при тяжелом алкоголизме. Бер рассматривает миотоническую реакцию зрачков, как самостоятельную картину заболевания. Феномен этот не есть ни лезетическое, ни табетическое явление. Возможно, что причина его кроется в изменениях вегетативной части *oculomotorius'a*.

16. Судорожные состояния *sphincter'a pupillae*.

Экспериментальные исследования показали, что электрическое и химическое раздражение определенных частей коры головного мозга влечет за собой сужение зрачков. Это обстоятельство позволяет думать, что при патологических процессах в коре головного мозга (при эпилепсии, менингите) встречается сужение зрачков и судорожная конвергенция.

При истерии наблюдаются нередко одновременно судороги *m. recti interni*, *sphincter pupillae* et *m. ciliares*.

Эрленмейер (Erlenmeyer) описал клонические судороги мышц радужной оболочки истерического происхождения, которые вели к эксцентрическим расширениям зрачков с последующим их сужением („блуждающий зрачек“—*wanderrnde pupille*). Продолжительное, сильное освещение зрачка, может вызвать рефлекторные судороги мышц радужной оболочки (Бумке).

Описанная Пильчем невротоническая реакция зрачков принадлежит к этой группе явлений. Эта реакция представляет собой персистенцию сужения зрачков после освещения.

17. Корковый рефлекс Хааба (*Hirnrindenreflex von Haab*) и ил рефлекс представления Пильча (*Vorstellungsreflex von Pilsz*).

Если в комнате, освещенной одной только свечей, зритель поставит свечу сбоку от себя и направит свой взгляд в темь, то можно заметить, что немедленно наступает сильное сокращение зрачков, если зритель при том же направлении взгляда обращает свое внимание на горящую свечу. Этот рефлекс идет через кору головного мозга и не есть результат аккомодации, конвергенции или усиленного действия света. Хеддеус (Heddeus) рассматривает корковый этот рефлекс, как содружественное аккомодационное движение. При эксперименте наступает при более или менее продолжительном пристальном взгляде, хотя бы на глаз наблюдателя, быстрое утомление и ослабление аккомодации. При возобновленном усилении внимания испытуемый аккомодирует снова, благодаря чему получается новое сужение зрачков. Хюбнеру (Hübner) не удалось вызвать этот рефлекс.

Фере (Fèré) установил, что при галлюцинациях наблюдаются соответствующие движения зрачков, смотря по тому видит ли галлюцинант картины вблизи или далеко от себя. Гольдфлам наблюдал у совершенно слепого с рефлекторной неподвижностью зрачков живую игру зрачков при представлении „светло и солнце“ (оптический феномен представления).

Кесон (Cason) пытался доказать наличие косвенных зрачковых рефлексов, напр., движений зрачков на звон колокольчика, которые сначала вызывались одновременно с освещением глаза, впоследствии же появлялись по закону условных рефлексов без световых раздражений при одном звоне колокольчика.

18. Гемипоническая реакция зрачков.

„Нарушение нормальной проводимости по *tractus opticus* подает повод к развитию гемипонической неподвижности зрачков (гемипонической реакции

зрачков). Суть этого явления сводится к тому, что освещение тех частей сетчатки, которые не воспринимают световых раздражений, остается без всякого эффекта на подвижность зрачков; наоборот, освещение тех отделов сетчатой оболочки, которыми субъект воспринимает зрительные ощущения, имеет своим последствием ясное сокращение радужной оболочки. Реакция обнаруживается не только при освещении исследуемого глаза, но и при раздражении светом другого глаза (содружественная реакция). Что касается калибра зрачков при прямом освещении сразу обоих глазных яблок, то зрачок глаза на стороне поврежденного зрительного ганглия бывает несколько шире зрачка глаза стороны, противолежащей больному tractus opticus.

Разрушение болезненным процессом *наружного колленчатого тела* называется по реакции зрачков совершенно так же, как и повреждение tractus opticus, т. е. сопровождается развитием гемангиотической неподвижности зрачков⁴. (Даркшевич).

Примечание. В основу моей сводки по зрачковым рефлексам я положил отдел: „Störungen der Pupillenbewegungen“ в главе: „Die neurologischen Störungen bei Geisteskrankheiten“ von M. Rosenfeld. Handbuch der Geisteskrankheiten, herausgeg. von Oswald Bumke. Allgemeiner Teil. III. Körperliche Störungen. Berlin. Springer. 1928, и Даркшевич. Курс нервных болезней. Том I. Общая часть. 4 изд. ГИЗ. М. П. 1923 г.—У Розенфельда и Даркшевича имеется указатель литературы по данному вопросу.

К вопросу о кризисе санитарной организации ¹⁾.

Д-ра А. Я. Плещицера (Казань).

Все чаще появляются в медицинской печати статьи, освещающие вопрос о состоянии санитарной организации в стране, о затруднениях в этой работе и о мероприятиях по изживанию этого кризиса. Пока говорят по преимуществу санитарные врачи. Врачи других специальностей как будто не слышат этой дискуссии. Вместе с тем этот вопрос настолько актуален, что заслуживает внимания широких врачебных кругов. Ведь, если санитарные врачи и санорганизация на местах говорят о кризисе и о недостатках своей работы, то невольно напрашивается вопрос, не угрожает ли это санитарному состоянию страны и будем ли мы готовы и во всеоружии при появлении эпидемий.

О чем говорят санитарные врачи? Мехоношин ¹ (Казань): „Казанская санорганизация отстала от жизни, деятельность ее носит большую частью чиновничье-административный характер, организационной же, общественной работы через сан-ячейки, в тесном контакте с массами и общественными организациями не ведется. При взаимоотношениях с коммунальщиками, с строительным управлением Татинжа, НКВД, Ветуправления, санорганизации Татнаркомздрава приходится уступать свои позиции“. Казанцев ² (Казань), отвечая Мехоношину и говоря о достижениях и о недочетах санорганизации Татарской Республики, подчеркивает, что специалисты лечебного дела пользуются в Татнаркомздраве большим почетом; на санитарных врачей там до сих пор смотрели, как на людей, которые „настоящего“ дела не делают, отсюда ненормальное стремление санврачей специализироваться по лечебной части. Киреев ³ (Калуга): „Давно пора задуматься над вопросом о засорении санитарной организации непригодным и ненужным для санитарного дела элементом. В связи с тем, что большинство намеченных санорганизациями мероприятий не осуществлялось, разбиваясь о недостаток и отсутствие кредитов, стали развиваться (порой публично) иронические восклицания „эх, санитария, санитария“, и вполне понятно, что началась обратная тяга санврачей в ряды лечебников, тем более, что и платят там лучше“. Бедериков ⁴ (Псков): „Надо, однако, открыто заявить, что, к сожалению, далеко не везде имеется тесно спаянное ядро санитарных работников, отсутствуют полное удовлетворение, и подчас и достаточная вера в свои силы и средства. Это последнее вносит долю разочарования и вынуждает некоторых призадуматься. Материальная небеспеченность санврачей, недостаточность материальных ресурсов на сани-

¹⁾ В порядке дискуссии.