

## Продолжительная контрактура жевательныхъ мышцъ.

Проф. Н. М. Попова.

(Изъ лекцій, читанныхъ студентамъ Казанскаго Университета).

*Мм. Гг.!*

Среди многочисленныхъ симптомовъ, какими выражаются функціональныя и органическія пораженія нервной системы, контрактура жевательныхъ мышцъ, trismus, занимаетъ далеко не послѣднее мѣсто, возникая подъ вліяніемъ весьма различныхъ условій. Чаще всего она развивается на почвѣ общихъ невродовъ и въ такомъ случаѣ отличается по большей части скоропреходящимъ характеромъ. Нерѣдко также мы можемъ наблюдать рефлекторное происхожденіе этой контрактуры, особенно при раздраженіи чувствительныхъ вѣтвей тройничнаго нерва; извѣстны напр. случаи, когда незначительная зубная операція у нервныхъ субъектовъ имѣла своимъ послѣдствіемъ сведеніе челюстей, продолжавшееся до трехъ мѣсяцевъ (наблюденіе Travers'a). Иногда впрочемъ источникъ раздраженія локализовался и въ болѣе отдаленной области. Такъ, Romberg <sup>1)</sup> рассказываетъ объ одномъ субъектѣ, получившемъ жестокий ударъ копытомъ въ паховую область, у котораго вскорѣ послѣ травмы развился тризмъ; послѣдній

---

<sup>1)</sup> Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Bd. II. 1851. S. 35.

прекратился только тогда, когда вскрылся гнойникъ на мѣстѣ удара.

Гораздо болѣе рѣдкою слѣдуетъ назвать контрактуру жевательныхъ мышцъ при органическихъ пораженіяхъ центральной нервной системы. То кратковременная, то, и рѣже, длительная эта контрактура при подобныхъ условіяхъ всегда является лишь какъ одна изъ деталей болѣе или менѣе сложной клинической картины, понять которую однако при надлежащей оцѣнкѣ отдѣльныхъ симптомовъ обыкновенно удается безъ особыхъ затрудненій. Но въ исключительныхъ случаяхъ даже органическое страданіе можетъ обусловить тризмъ, какъ изолированное явленіе, не сопровождаемое другими рѣзкими нарушеніями функцій нервныхъ центровъ.

Одинъ изъ такихъ случаевъ мы имѣемъ сегодня передъ собою.

Исторія нашего больного очень коротка. Около двухъ лѣтъ тому назадъ онъ, проснувшись утромъ, оказался не въ состояніи открыть рта, такъ какъ нижняя челюсть была крѣпко приведена къ верхней. Наканунѣ больной легъ спать совершенно здоровымъ и вообще не чувствовалъ передъ тѣмъ никакихъ признаковъ недомоганія. Къ этому разсказу больной добавилъ, что ему 36 лѣтъ отъ роду, что ранѣе онъ сильно злоупотреблялъ спиртными напитками, а десять лѣтъ тому назадъ заразился сифилисомъ. О послѣднемъ обстоятельстве впрочемъ онъ могъ бы и не упоминать: достаточно взглянуть на огромные характерные рубцы на лбу, правой ключицѣ и лопаткѣ, чтобы убѣдиться, что у нашего пациента былъ lues и притомъ въ довольно тяжелой формѣ. На дальнѣйшіе разспросы больной сообщилъ, что никогда не страдалъ ни головными болями, ни головокруженіями, что настоящее заболѣваніе явилось совершенно неожиданно и обнаружилось точно тѣми же симптомами, которые остаются и нынѣ, съ одной лишь разницей—его лицо было сильно перекошено въ лѣвую сторону. Немедленно по заболѣваніи онъ былъ помѣщенъ въ больницу, гдѣ врачи сдѣлали попытку



разжать челюсти подѣ глубокимъ хлороформнымъ наркозомъ, но безуспѣшно. Въ виду того, что введеніе пищи въ ротъ оказалось совершенно невозможнымъ, пришлось вырвать передніе рѣзцы и такимъ путемъ вливать питательныя жидкости: позднѣе больной настолько освоился съ своимъ положеніемъ, что былъ въ состояніи глотать и мелко разрубленное мясо. Пользовавшіе его врачи, принимая въ расчетъ данныя анамнеза, немедленно предприняли энергичное специфическое лѣченіе, оставшееся однако безъ всякаго результата. Въ нашей больницѣ онъ находится уже болѣе двухъ мѣсяцевъ, продѣлываетъ курсъ лѣченія впрыскиваніями ртутныхъ препаратовъ и за все это время замѣтилъ только незначительное улучшеніе, происшедшее сразу, толчкомъ: вдоль нижней челюсти слѣва онъ вдругъ почувствовалъ какъ бы бѣганіе мурашекъ и затѣмъ получилъ возможность разжать челюсти на два сантиметра. Обрадовавшись такой неожиданности, больной рѣшился прибѣгнуть къ насилію, чтобы раздвинуть челюсти еще болѣе и съ этой цѣлью началъ оттягивать нижнюю полотенцемъ, но не смотря на всѣ усилія не достигъ желаемого, а только ощутилъ сильную боль и колотье въ лѣвой половинѣ лица. На эту боль, къ которой вскорѣ присоединилось колотье въ ушахъ, онъ жалуется и до сихъ поръ.

Вотъ и все, что намъ извѣстно о началѣ заболѣванія и объ его теченіи.

Обратимся теперь къ непосредственному изслѣдованію самого больного.

Передъ Вами крѣпко сложенный, хорошо упитанный субъектъ, у котораго, кромѣ упомянутыхъ выше рубцовъ, наружный осмотръ не открываетъ ничего ненормальнаго; никакихъ уклоненій отъ нормы не замѣчается и со стороны внутреннихъ органовъ. Симптомы болѣзни ограничиваются исключительно областью лица, гдѣ прежде всего можно констатировать довольно замѣтную асимметрію: ротъ нѣсколько скошенъ въ лѣвую сторону, лѣвый уголъ рта стоитъ выше правого, лѣвая носогубная складка выражена яснѣе. Заставивъ

больного сдѣлать нѣсколько мимическихъ движеній, Вы легко убѣждаетесь, что такая ассиметрія не зависитъ отъ пареза мышцъ правой половины лица, такъ какъ всѣ произвольныя движенія въ послѣдней выполняются вполне отчетливо и съ достаточной силой. Остается, слѣдовательно, заключить, что мы имѣемъ дѣло съ спастическимъ состояніемъ мышцъ лѣвой половины лица, и такой выводъ находитъ себѣ поддержку въ болѣе внимательномъ изученіи клинической картины. Дѣйствительно, всматриваясь пристальнѣе въ лѣвую половину лица, не трудно замѣтить, что въ мышцахъ рта и щеки время отъ времени появляются легкія клоническія судороги, а при поколачиваніи молоточкомъ по стволу лѣваго n. facialis удается вызывать гораздо болѣе ясное сокращеніе въ мышцахъ лѣвой половины рта и лѣвой щеки, чѣмъ на противоположной сторонѣ, гдѣ мышечныя сокращенія, обусловленные механическимъ раздраженіемъ ствола праваго личнаго нерва, едва уловимы.

Предложимъ, далѣе, нашему больному какъ можно шире раскрыть ротъ. Вы видите, что это ему удается въ очень незначительной степени; онъ едва въ состояніи просунуть кончикъ языка между зубами. Отыскивая причину такой ограниченности движеній, Вы прежде всего легко убѣждаетесь, что массы обѣихъ жевательныхъ мышцъ при ощупываніи представляются крайне твердыми и что при раскрытіи рта твердость ихъ ни мало не уменьшается. При послѣднемъ условіи Вы можете замѣтить также, что напряженное брюшко m. masseteris на лѣвой сторонѣ значительно большаго объема, чѣмъ на правой. Если Вы заставите больного съ силою сжимать челюсти и потомъ разжимать ихъ, то безъ труда можете констатировать еще, что при сжатіи оба mm. masseteres увеличиваются въ объемѣ, именно своими передними отдѣлами, и что такое увеличеніе замѣтнѣе на правой сторонѣ. Отсюда мы имѣемъ право заключить, что обѣ жевательныя мышцы находятся въ состояніи рѣзкой контрактуры, и что такое патологическое состояніе охватываетъ однако не

всю массу мышцъ безъ исключенія, но самые передніе участки ихъ остались пощаженными, причемъ на правой сторонѣ этотъ участокъ болѣе, чѣмъ на лѣвой. При ощупываніи височныхъ областей никакой разницы не усматривается: массы височныхъ мышцъ замѣтны весьма мало, если только больной не сжимаетъ челюстей; въ противномъ случаѣ онѣ выступаютъ одинаково отчетливо на обѣихъ сторонахъ. Эти данныя заставляютъ думать, что височныя мышцы не находятся въ состояніи контрактуры.

При поступленіи въ больницу у нашего пациента не удалось показать никакихъ ясныхъ уклоненій въ сферѣ кожной чувствительности.

Правда, иногда онъ говорилъ, что какъ бы рѣзче чувствуетъ прикосновеніе на лѣвой половинѣ лица, но эти заявленія не отличались постоянствомъ и опредѣленностью, такъ что имъ нельзя придавать значенія. Въ настоящее время послѣ попытки къ насильственному раскрытію рта онъ часто жалуется на боли въ лѣвой половинѣ лица, гдѣ изслѣдованіе легко открываетъ характерныя болѣзненные точки,—особенно чувствительною къ давленію представляется предглазничная.

Таковы данныя объективнаго изслѣдованія.

Если Вы оставите въ сторонѣ боли и болѣзненные точки, какъ случайное осложненіе, то должны будете согласиться со мною, что вся клиническая картина исчерпывается симптомами раздраженія весьма ограниченной двигательной области, области личного и тройничнаго нервовъ.

Постараемся теперь выяснитъ себѣ, какимъ патологическимъ процессомъ обусловливается это раздраженіе и гдѣ мы должны его локализовать?

Остановимся прежде всего на первомъ вопросѣ.

Изъ разсказа больного извѣстно, что заболѣваніе развилось вдругъ, безъ всякихъ предвѣстниковъ, сразу достигло своего аспе, а затѣмъ симптомы его очень медленно и постепенно начали, хотя и въ незначительной степени, сглаживаться. Но именно такими особенностями возникновенія и

теченія отличаются страданія нервной системы сосудистаго происхожденія: при нихъ почти всегда мы имѣемъ крайне быстрое развитіе, за которымъ слѣдуетъ обыкновенно медленное улучшение. На возможность въ нашемъ случаѣ допустить пораженіе сосудовъ указываютъ и данныя анамнеза. Тяжелая форма сифилиса, перенесенная больнымъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ, весьма легко могла отразиться на строеніи артеріальныхъ стѣнокъ, вызвавъ въ нихъ рядъ патологическихъ измѣненій, извѣстныхъ подъ именемъ Гейбнеровскаго перерожденія. Намъ извѣстно, далѣе, что такое перерожденіе можетъ вести къ полной облитераціи сосуда и его закупоркѣ, неизбѣжнымъ результатомъ которой, если она происходитъ въ сосудахъ, питающихъ вещество мозга, является выпаденіе функціи соотвѣтствующаго участка этого органа.

Итакъ, мы имѣемъ основаніе предполагать, что наблюдаемый нами комплексъ симптомовъ образовался благодаря закупоркѣ сосуда.

Но если рѣшеніе перваго изъ поставленныхъ выше вопросовъ оказывается такимъ образомъ довольно простымъ, то далеко нельзя сказать того же, коль скоро мы пожелаемъ выяснить, въ какой же области головного мозга должна произойти закупорка сосуда, которая могла бы обусловить всѣ констатированныя нами явленія.

Вы знаете, что *n. trigeminus* выходитъ изъ вещества моста двумя корешками, изъ которыхъ передній, меньшій—двигательный, а задній, большій—чувствительный. Если мы будемъ слѣдить за ходомъ двигательнаго корешка въ толщѣ моста, то легко убѣдимся, что почти вся масса его волоконъ беретъ начало изъ двигательнаго ядра V-ой пары, которое съ внутренней стороны прилегаетъ къ чувствующему корешку. Ходъ центральныхъ волоконъ *n. trigemini*, идущихъ отъ ядра къ корѣ большихъ полушарій, намъ пока извѣстенъ очень недостаточно, но та территория коры, которая является центромъ для мышцъ, иннервируемыхъ этимъ нервомъ, уже давно опредѣлена съ приближительной точностью. Еще опыты надъ

животными, произведенные Ferrier и Hitzig'омъ, установили, что корковый двигательный центръ V-ой пары лежитъ вблизи передней части Сильвиевой борозды: при энергичномъ раздраженіи электрическимъ токомъ строго опредѣленнаго участка въ области ножки передней центральной извилины у обезьянъ наступали жевательныя движенія.

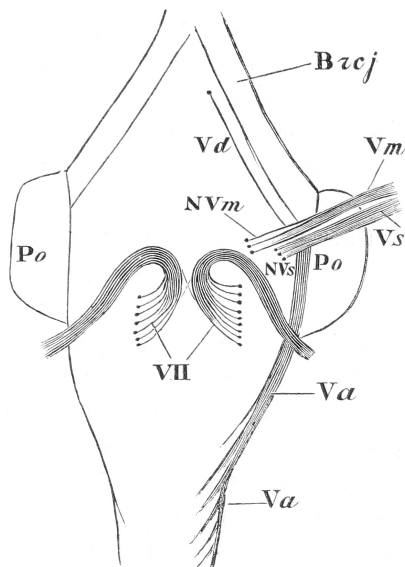
Изъ всего сейчасъ сказаннаго видно, что двигательный путь тройничнаго нерва въ головномъ мозгу—путь довольно длинный. Патологическій процессъ можетъ захватить его, конечно, въ любой точкѣ. Гдѣ же именно его слѣдуетъ искать въ нашемъ случаѣ, который, какъ Вы помните, главнымъ образомъ характеризуется явленіями раздраженія двигательныхъ вѣтвей тройничнаго нерва? Есть ли у насъ данныя, позволяющія категорически отвѣтить на этотъ вопросъ?

Передавая Вамъ рассказъ нашего пациента о самомъ началѣ заболѣванія, я упомянулъ, что вмѣстѣ съ сжатіемъ челюстей онъ замѣтилъ рѣзкое перекошеніе лица въ лѣвую сторону, а изслѣдуя его, мы встрѣтились и теперь съ явленіями раздраженія въ области нижнихъ вѣтвей лѣваго личнаго нерва. Отсюда слѣдуетъ, что симптомы пораженія VII-ой пары, развившись одновременно съ основнымъ проявленіемъ болѣзни, вызваны тѣмъ же процессомъ, который повлекъ за собою и возникновеніе тризма. Другими словами, мы должны локализовать страданіе въ томъ отдѣлѣ мозга, гдѣ V-ая и VII-ая пары находятся между собою въ наиболѣе близкомъ сосѣдствѣ. Но такимъ отдѣломъ прежде всего слѣдуетъ называть область четвертаго желудочка. Дѣйствительно, какъ наглядно показываетъ прилагаемая схема (см. фиг. I), заимствованная мною изъ извѣстнаго руководства Obersteiner'a, здѣсь ядра и корешки тройничнаго и личнаго нервовъ весьма тѣсно соприкасаются другъ къ другу; даже незначительный фокусъ, заложенный въ этой территоріи, въ состояніи вызывать именно тѣ симптомы, которые мы констатировали у нашего больного.

Однако локализованіе процесса на днѣ IV-го желудочка влечетъ за собою и весьма существенныя возраженія.

Обратите вниманіе на схему (см. фиг. II), которая Вамъ напоминаетъ взаимное топографическое отношеніе ядеръ черепныхъ нервовъ.

Фиг. I.



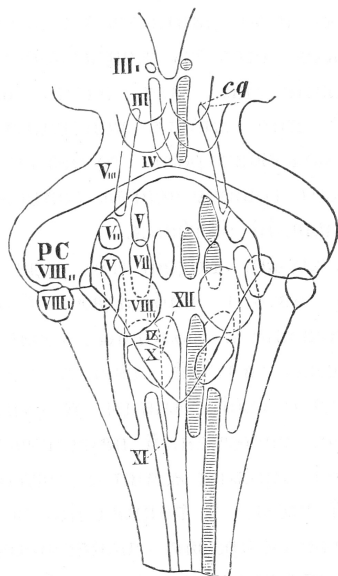
Схема, показывающая взаимное отношеніе корешковъ и ядеръ V-й и VII-й паръ.

PO—ножки моста. Brcj—brachium conjunctivum. VII—ядра и корешки VII пары. Vd—нисходящій корешокъ п. trigemini. NVm—двигательное ядро п. trigemini. Vm—двигательный корешокъ п. trigemini. NVS—чувствительное ядро п. trigemini. Va—восходящій корешокъ п. trigemini. VS—чувствующій корешокъ п. trigemini.

Вы видите, въ какой непосредственной близости заложены эти образованія. Вы помните также, что сейчасъ подъ сѣрымъ веществомъ ромбовидной ямки проходятъ между прочимъ двигательные проводники, несущіе волевые импульсы къ мышцамъ конечностей и туловища. Однимъ словомъ, на сравнительно небольшомъ пространствѣ тѣсно скучены массы

сбраго и блага вещества, обладающія весьма разнообразными и важными функціями, нарушение которых всегда рѣзко выступаетъ въ прижизненной картинѣ страданія. Отсюда уже а priori слѣдуетъ, что крайне трудно допустить такой пато-

Фиг. II.



Схема, показывающая взаимное отношеніе ядеръ черепныхъ нервовъ на днѣ IV-го желудочка (по Rauber'у).

Bq—четверохолміе, PC—средняя мозжечковая ножка, III—ядро n. oculomotorii, III'—переднее ядро того же нерва, IV—ядро n. trochlearis, V—двигательное ядро n. trigemini, V'''—сомнительное переднее ядро того же нерва (сопровождающее его нисходящій корешокъ) V'—среднее чувствительное ядро, V—длинное заднее чувствительное ядро, отъ котораго начинается его восходящій корешокъ), VI—ядро n. abducentis, VII—ядро n. facialis, VIII/VIII' и VIII''—ядра n. acustici, IX—ядро n. glossopharyngei, X—ядро n. vagi, XI—ядро n. accessorii, XII—ядро n. hypoglossi.

логическій процессъ, который, возникши уже два года тому назадъ, до настоящаго дня отражался бы только на функціи тройничнаго и личнаго нервовъ, да и тѣ вдобавокъ измѣнилъ лишь въ строго ограниченныхъ предѣлахъ. Не говоря уже о различнаго рода воспалительныхъ заболѣваніяхъ, крово-

изліянні и тромбозѣ, даже опухоли, которыя чаще другихъ болѣзненныхъ процессовъ встрѣчаются въ этой области, даже онѣ при самомъ медленномъ ростѣ, неизбѣжно захватывали бы все болѣйшій и болѣйшій районъ и вмѣстѣ съ тѣмъ осложняли бы картину страданія новыми и новыми симптомами.

Теоретическія соображенія такого рода всецѣло находятъ себѣ поддержку и въ данныхъ клиническаго опыта.

Если мы, обратившись къ спеціальной литературѣ, оставимъ свое вниманіе на тѣхъ очень немногочисленныхъ наблюденіяхъ, гдѣ при жизни контрактура жевательныхъ мышцъ играла выдающуюся роль, то безъ труда можемъ убедиться, что симптомы тризма всегда сопровождались цѣлымъ рядомъ иныхъ проявленій болѣзни.

Характерный случай подобнаго рода описалъ, напр., Wernicke <sup>1)</sup>. Этотъ авторъ наблюдалъ больную, у которой послѣдовательно развились: головныя боли, головокруженіе, рвота, параличъ всѣхъ вѣтвей лѣваго личнаго нерва, контрактура лѣвой жевательной мышцы и чувствительность при надавливаніи на нее, сочетанный параличъ лѣвой отводящей и правой внутренней прямой мышцы, затрудненіе глотанія, легкій двусторонній ptosis и пониженіе всѣхъ видовъ чувствительности въ области праваго тройничнаго нерва. Посмертное изслѣдованіе открыло опухоль въ области чепчика лѣвой половины моста.

Точно такими же особенностями отличаются прижизненные картины, обусловленные рѣзкими расстройствами кровообращенія, т. е. кровоизліяніемъ, тромбозомъ или эмболіей на днѣ ромбовидной ямки, съ тою лишь разницей, что въ этихъ случаяхъ весь сложный комплексъ симптомовъ развивается гораздо быстрѣе.

Gowers <sup>2)</sup> наблюдалъ больную, у которой предполагалось сифилитическое измѣненіе *art. basilaris*; страданіе развилось

---

<sup>1)</sup> Arch. f. Psychiatrie. VII. S. 513.

<sup>2)</sup> Handbuch der Nervenkrankheiten 1892. Bd. II.



въ теченіе двухъ дней и затѣмъ приняло стаціонарный характеръ; самымъ выдающимся явленіемъ было судорожное сведеніе челюстей, которое позволяло разжать зубы только на четверть вершка, причемъ нижняя челюсть отодвигалась нѣсколько влево; разстройствъ чувствительности въ области V-ой пары нельзя было констатировать; всѣ боковыя движенія глазъ оказались уничтоженными, вертикальныя—ограниченными; въ правомъ глазу замѣчался боковой nystagmus, въ лѣвомъ—круговой; сверхъ всего этого существовалъ полный параличъ лѣвой VI-ой пары съ реакціей перерожденія и рѣзко выраженная правосторонняя гемиплегія. Тризмъ длился въ продолженіе трехъ лѣтъ; остальные симптомы улучшились хотя и крайне незначительно.

Наблюденіе Gowers'a не было закончено посмертнымъ изслѣдованіемъ, но судя по характеру клиническихъ симптомовъ здѣсь необходимо допустить довольно обширное гнѣздо пораженія, занимавшее область ромбовидной ямки; фактъ существованія судороги жевательныхъ мышцъ заставляетъ думать, что процессъ раздраженія распространялся между прочимъ на двигательные корешки и ядра V-ой пары.

Къ этой же категоріи случаевъ относится наблюденіе Romberg'a<sup>1)</sup>: у больной послѣ апоплектического инсульта развилась сразу контрактура жевательныхъ мышцъ; авторъ нашелъ голову и шею больной неподвижно повернутыми на лѣвую сторону, оба глаза устремленными на одну точку; челюстей нельзя было раздвинуть даже при большомъ насиліи. Такое состояніе длилось 8 дней; на 9-ый наступила смерть, за нѣсколько часовъ до которой тризмъ прекратился. Вскрытіе показало склерозъ сосудовъ головного мозга и большое гнѣздо размягченія въ задней долѣ праваго полушарія, доходившее до крыши бокового желудочка; второе гнѣздо было найдено въ правомъ зрительномъ бугрѣ; обѣ ножки мозжечка къ мосту и корешку V-ой пары на обѣихъ сторонахъ оказа-

<sup>1)</sup> Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1851. Bd. II, S. 35.

лись размягченными; послѣдніе до такой степени, что при прикосновеніи растекались, какъ гной.

При посмертномъ изслѣдованіи особое вниманіе въ этомъ случаѣ было обращено на состояніе корешковъ V-ой пары. Однако не подлежитъ сомнѣнію, что столь обширное гнѣздо размягченія должно было затрагивать и ядра этой пары и что вслѣдствіе раздраженія корешковъ и ядеръ повидимому возникла контрактура жевательныхъ мышцъ, прекратившаяся затѣмъ, когда двигательные корешки были разрушены патологическимъ процессомъ.

Въ недавнее время проф. Raymond <sup>1)</sup> опубликовалъ случай продолжительнаго тризма, вызванный, какъ можно думать, только раздраженіемъ корешковъ V-ой пары. Картина страданія также отличалась сложнымъ характеромъ: боли въ области лѣваго тройничнаго нерва, анэстезія лѣвой половины лица, утрата вкусовыхъ ощущеній съ лѣвой стороны, тризмъ, слюнотеченіе, лѣвая офтальмоплегія, слѣпота на лѣвый глазъ, выпячиваніе его впередъ и глухота на лѣвое ухо—вотъ какое сочетаніе симптомовъ могъ констатировать проф. Raymond. Вскрытіе показало опухоль на основаніи черепа, занимавшую все протяженіе турецкаго сѣдла и вдававшуюся преимущественно въ лѣвую среднюю черепную ямку. Къ сожалѣнію авторъ не упоминаетъ о результатахъ изслѣдованія головного мозга, почему намъ остается неизвѣстнымъ, какъ велико было разрушеніе, произведенное опухолью въ самомъ веществѣ его.

Приведенныя сейчасъ наблюденія доказываютъ, что контрактура жевательныхъ мышцъ дѣйствительно можетъ развиться, какъ одинъ изъ симптомовъ пораженія вещества моста; только въ подобныхъ случаяхъ она наступаетъ всегда въ сопровожденіи многочисленнаго ряда другихъ явленій, связанныхъ съ заболѣваніемъ этой области головного мозга.

Относительно хода центральныхъ волоконъ тройничнаго нерва наши свѣдѣнія пока еще не отличаются желательной

<sup>1)</sup> Leçons sur les maladies nerveuses. 1898. P. 44.

полнотой, тѣмъ не менѣе однако несомнѣнно, что по крайней мѣрѣ на нѣкоторомъ протяженіи, въ области внутренней капсулы, онѣ находятся въ довольно близкомъ сосѣдствѣ съ центральными волокнами VII-ой пары. Слѣдовательно, при извѣстной локализациі патологическаго процесса здѣсь на ряду съ другими симптомами страданія мы можемъ встрѣтить и явленія раздраженія какъ тройничнаго, такъ и личнаго нервовъ. Укажу для примѣра на опубликованное въ самое послѣднее время наблюденіе Tournier<sup>1)</sup>: у женщины, страдавшей сифилисомъ, вдругъ начались клоническія судороги, появилось сжатіе глотки, развился параличъ лѣвой руки, тризмъ, невозможность говорить, отклоненіе на право глазныхъ яблокъ и головы, аграфія и параличъ языка; сознаніе оставалось не помраченнымъ; тризмъ, равно какъ параличъ языка и глотки, удерживались въ теченіе всей болѣзни, длившейся нѣсколько мѣсяцевъ, и только отклоненіе глазъ замѣнилось полнымъ отсутствіемъ произвольныхъ движеній. Вскрытіе показало размягченіе наружнаго членика чечевичнаго ядра и наружной капсулы въ правомъ полушаріи и размягченіе наружнаго членика *nuclei lenticularis*—въ лѣвомъ. Артеріи основанія оказались нормальными.

Не входя въ подробный разборъ случая Tournier, во многихъ отношеніяхъ очень интереснаго, я замѣчу только, что тризмъ здѣсь находитъ себѣ естественное объясненіе въ раздраженіи центральнаго пути тройничнаго нерва. Но вмѣстѣ съ этимъ симптомомъ мы видимъ еще цѣлый рядъ другихъ, такъ что передъ нами очень сложная клиническая картина, гдѣ контрактура жевательныхъ мышцъ представляетъ лишь одну изъ деталей. Впрочемъ уже а priori трудно было ожидать иного: при той близости, въ какой сосредоточены на тѣсномъ пространствѣ внутренней капсулы проводники самаго разнороднаго характера, всего естественнѣе конечно встрѣ-

<sup>1)</sup> Revue de médecine. 1893, p. 671.

титъ отраженіе патологическаго процесса сразу на различныхъ функціяхъ, присущихъ этому отдѣлу головного мозга.

Итакъ, локализируя заболѣваніе, въ нашемъ случаѣ нельзя остановиться и на районѣ подкорковыхъ центровъ.

Но въ клиникѣ намъ приходится наблюдать еще тризмъ, обусловленный пораженіемъ опредѣленныхъ участковъ коры большихъ полушарій.

Lérine<sup>1)</sup> описалъ случай апоплектического инсульта съ послѣдующей лѣвосторонней гемиплегіей, афазіей и интенсивнымъ тризмомъ; послѣдній удерживался въ теченіе четырехъ дней до самой смерти. Вскрытіе показало: 1) гнѣздо размягченія въ правомъ полушаріи подъ корой островка, у основанія передней центральной извилины, разрушившее *claustrum*, *capsulam externam* и прилегающую часть *nuclei lenticularis*; 2) размягченіе коры верхней темянной извилины, сейчасъ позади задней центральной и 3) старое гнѣздо въ лѣвомъ полушаріи между височной и затылочной долями.

У больного L. v. Langer'a<sup>2)</sup> послѣ перваго инсульта развилась картина правосторонней гемиплегіи съ парезомъ праваго личнаго нерва и пониженіемъ рефлексовъ и чувствительности на правой нижней конечности. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣдовалъ второй инсультъ, оставившій по себѣ афазію, парезъ лѣваго личнаго нерва и рѣзко выраженную контрактуру жевательныхъ мышцъ, которая наблюдалась около четырехъ дней, смѣнившись затѣмъ параличемъ. При вскрытіи былъ найденъ старый тромбъ въ лѣвой *art. Fossae Sylvii* и небольшой свѣжій эмболъ въ правой; большая часть первой и второй лѣвыхъ височныхъ извилинъ, прилегающій участокъ средней лобной, островка и часть полосатаго тѣла оказались размягченными. Подобныя же измѣненія, но въ меньшихъ размѣрахъ и въ меньшей степени, были открыты у верхушки правой височной доли.

<sup>1)</sup> Revue de médecine. 1882.

<sup>2)</sup> Ueber Kaumuskellähmung und Trismus bei Herderkrankungen des Gehirns. Wiener med. Wochenschrift. 1886. № 5.

V. Pfungen <sup>1)</sup> наблюдалъ больного съ гемиплегіей и другими черепномозговыми симптомами, у котораго за два дня до смерти развился тризмъ. При вскрытіи были найдены цистицерки на поверхности большихъ полушарій и между прочимъ на обѣихъ сторонахъ въ области височныхъ и затылочныхъ извилинъ.

Въ случаѣ Sant'a <sup>2)</sup> у больной черезъ восемь дней послѣ травмы черепа развился тризмъ, существовавшій въ теченіе двухъ дней до самой смерти. Вскрытіе констатировало ограниченное гнѣздо размягченія въ корѣ третьей лѣвой височной извилины, переходившее частью на вторую; рядомъ съ нимъ кпереди и внутрь замѣчался еще довольно значительный, но болѣе поверхностный, фокусъ въ корѣ передняго отдѣла первой и второй височныхъ извилинъ.

Изъ этихъ примѣровъ съ достаточной убѣдительностью вытекаетъ, что контрактура жевательныхъ мышцъ иногда вызывается поражениемъ коры большихъ полушарій мозга, если только патологическій процессъ захватываетъ между прочимъ и корковые двигательные центры V-ой пары, причемъ вся клиническая картина можетъ отличаться сравнительно меньшей сложностью. Мы имѣемъ, слѣдовательно, полное право, отбросивъ предположеніе о локализациі страданія въ области Вароліева моста, объяснять нашъ случай такимъ заболѣваніемъ мозговой коры, которое одновременно дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ какъ на центръ тройничнаго нерва, такъ и, хотя въ болѣе слабой степени, на центръ VII-ой пары. Но, спрашивается, гдѣ же именно при подобныхъ условіяхъ долженъ находиться патологическій процессъ, какіе участки коры должны обнимать собою область раздраженія? Относительно локализациі коркового центра VII-ой пары у чловѣка мы обладаемъ вполне опредѣленными свѣдѣніями: еще Char-

<sup>1)</sup> Wiener med. Blätter. 1885.

<sup>2)</sup> Zur Pathologie der Rinde. Arch. f. Psychiatrie. 1874. Bd. V.

cot, Pitres, и за ними и многіе другіе показали, что онъ заложенъ въ корѣ нижняго конца центральныхъ извилинъ. Гораздо меньшей точностью отличаются наши знанія о топографическомъ расположеніи двигательнаго центра V-ой пары—фактъ, находящій себѣ естественное объясненіе въ поразительной рѣдкости разстройствъ жеванія при фокусныхъ пораженіяхъ головного мозга. На эту рѣдкость клиницисты уже давно обратили свое вниманіе, но всѣ попытки ихъ дать ей сколько-нибудь раціональную основу до сихъ поръ не могутъ быть названы вполнѣ удачными. Нѣкоторые авторы допускали, напримѣръ, что корковый жевательный центръ отличается очень слабой раздражительностью, доказательство чего видѣли въ необходимости прибѣгать къ сильнымъ токамъ, чтобы получить у животныхъ жевательныя движенія. Столь малая возбуждимость, съ своей стороны, по мнѣнію Lérine'a обуславливается тѣмъ обстоятельствомъ, что жеваніе по существу есть актъ, требующій весьма незначительной дѣятельности головного мозга, несравненно меньшей, чѣмъ, напримѣръ, глотаніе. Недостаточная фактическая обоснованность этой гипотезы однако слишкомъ очевидна, чтобы на ней слѣдовало долго останавливаться. Совершенно иначе взглянулъ на дѣло Exner <sup>1)</sup>, который выяснилъ, что рѣдкость жевательныхъ разстройствъ при черепно-мозговомъ страданіи зависитъ отъ чисто анатомическихъ условій: жевательныя мышцы обладаютъ двусторонней иннервацией, т. е. на каждой сторонѣ онѣ находятся подъ вліяніемъ обоихъ полушарій сразу. Отсюда ясно, что для возникновенія такихъ разстройствъ необходимо всегда симметричное двустороннее пораженіе мозговой коры, такъ какъ при нарушеніи одного только центра уцѣлѣвшій принимаетъ на себя его функцію. Это объясненіе конечно можетъ быть примѣнимо къ случаямъ паралича жевательныхъ мышцъ, но имъ врядъ ли удобно пользоваться, когда рѣчь идетъ о тризмѣ—результатѣ раздраженія. Если какойнибудь

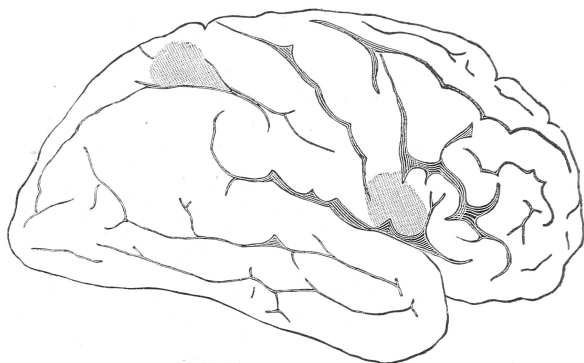
---

<sup>1)</sup> Untersuchungen etc. Wien. 1881.

патологическій процессъ вліяетъ раздражающимъ образомъ на двигательный центръ V-ой пары въ одномъ полушаріи, то благодаря тѣсной анатомической и физиологической связи это раздраженіе неизбежно должно передаваться и другому. Такимъ образомъ мы легко поймемъ, почему при одностороннемъ заболѣваніи наступаетъ контрактура жевательныхъ мышцъ на обѣихъ сторонахъ, и для насъ будетъ совершенно непонятно обратное, т. е. если фокусъ при данномъ условіи не вызоветъ ровно никакихъ клиническихъ симптомовъ.

Но, ограничившись указаніемъ на рѣдкость жевательныхъ расстройствъ при очаговыхъ пораженіяхъ коры голов-

Фиг. III.



Случай Lérine'a (правое полушаріе)

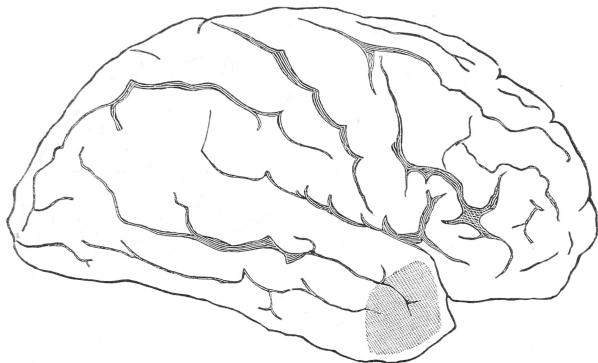
ного мозга, оставимъ разъясненіе этого факта дальнѣйшимъ наблюдателямъ. Для насъ важно пока одно: клиника ясно указываетъ, что эти расстройства могутъ являться въ числѣ другихъ симптомовъ, какими выражаются страданія мозговой коры. Спрашивается, съ заболѣваніемъ какого же именно отдѣла послѣдней онѣ связаны, въ какой именно области ея, на основаніи патолого-анатомическихъ данныхъ, мы должны локализовать двигательные центры V-ой пары у человѣка?

Выше мы привели наблюденіе Lérine'a, гдѣ тризмъ развився, осложняя собою картину лѣвосторонней гемиплегіи.

При вскрытіи были найдены два фокуса въ правомъ полушаріи (см. фиг. III): одинъ въ области верхней темянной извилины, непосредственно за задней центральной, другой—около основанія передней центральной. (О фокусъ въ лѣвомъ полушаріи я не упоминаю, такъ какъ онъ оказался уже стараго происхожденія и до второго инсульта не обнаруживался явленіями тризма).

Въ случаѣ L. v. Langer'a контрактура жевательныхъ мышцъ развилась непосредственно вслѣдъ за вторымъ инсультомъ, въ одно время съ афазіей и парезомъ лѣваго личнаго

Фиг. IV.



Случай v. Langer'a (правое полушаріе).

нерва. Въ правомъ полушаріи (фиг. IV) вскрытіе показало гнѣздо размягченія около верхушки височной доли. Въ лѣвомъ полушаріи (фиг. V) измѣненія достигали несравненно большихъ размѣровъ; здѣсь оказались размягченными большая часть первой и второй височныхъ извилинъ и прилежащія къ нимъ участки средней лобной и островка.

На случаѣ Pfunger'a, приведенномъ выше, я останавливаться не буду, такъ какъ не имѣю въ своемъ распоряженіи подлинной работы, въ статьѣ же Langer'a, по которой я съ нимъ знакомъ, о топографическомъ распредѣленіи гнѣздъ



цистицерковъ говорится въ слишкомъ общихъ чертахъ. Повидимому, однако, онъ не имѣетъ для нашей цѣли большого значенія; по крайней мѣрѣ такъ заставляетъ думать многочисленность болѣзненныхъ фокусовъ, о которой упоминаетъ Langer.

Гораздо большій интересъ представляетъ наблюдение Samt'a, хотя Langer и относится къ нему очень скептически. У больного тризмъ развился черезъ 8 дней послѣ сильного ушиба головы. Это обстоятельство склоняетъ Langer'a къ мысли, что контрактура жевательныхъ мышцъ тутъ развилась

Фиг. V.

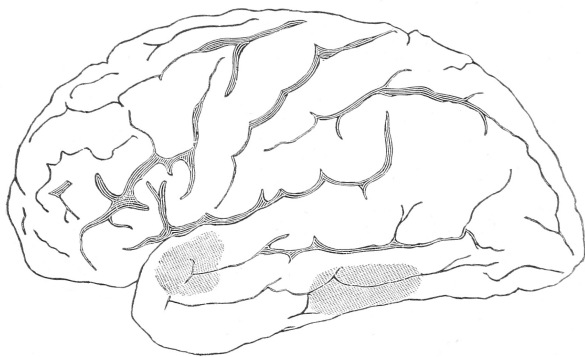


Случай v. Langer'a (лѣвое полушаріе).

въслѣдствіе общаго сотрясенія мозга, вызваннаго травмой, что, слѣдовательно, на нее можно смотрѣть по существу, какъ на эпилептическія судороги. Другими словами, по мнѣнію Langer'a, случай Samt'a не даетъ ничего для корковой локализациі жевательныхъ центровъ. Заканчивая свою статью, этотъ наблюдатель приходитъ къ общему выводу, что длительный тризмъ въ связи съ другими явленіями черепно-мозгового страданія всегда заставляетъ предполагать двустороннее пораженіе коркового центра V-ой пары. Однако если отнестись къ дѣлу безъ предвзятой мысли, то естественнѣе всего допу-

стить, что локализованныя явленія раздраженія коры, возникшія вдобавокъ не непосредственно послѣ травматическаго момента, указываютъ также на строго локализованный процессъ, тѣмъ болѣе что въ этомъ смыслѣ говорятъ и данныя посмертнаго изслѣдованія. Но относительно локализациі я тѣмъ не менѣе не могу согласиться и съ Samt'омъ. Авторъ наблюденія, опираясь на то, что патологическій процессъ рѣзче выраженъ въ заднемъ фокусѣ, ему именно и придаетъ рѣшающее значеніе, о переднемъ же гнѣздѣ размягченія упоминаетъ лишь вскользь.

Фиг. VI.



Случай Samt'a (лѣвое полушаріе).

Такой взглядъ мнѣ кажется недостаточно обоснованнымъ. Мы не имѣемъ никакого права игнорировать также область поверхностнаго размягченія; болѣе того, въ пораженіи этой области, какъ захваченной процессомъ позднѣе, по моему мнѣнію всего ближе искать причины возникновенія тризма. Вотъ почему на прилагаемой схемѣ (фиг. VI) я, въ противоположность Samt'у, считаю необходимымъ указать оба фокуса.

Сопоставьте теперь всѣ четыре схемы. Вы сразу замѣтите, что въ нихъ есть только одна общая черта: во всѣхъ

отмѣченъ болѣзненный фокусъ, локализирующійся около Сильвевой ямки. Отсюда съ большой вѣроятностью слѣдуетъ, что этотъ именно фокусъ и вызываетъ при жизни симптомы длительного раздраженія жевательныхъ мышцъ. Такимъ образомъ мы должны заключить, что центръ жеванія находится гдѣ-то около F. Sylvii. Само собою понятно однако, что подобная локализациа отнюдь не отличается желательной опредѣленностью. Да послѣдней уже и заранѣе трудно было ожидать. Дѣйствительно, имѣя дѣло съ симптомами раздраженія, вызваннаго грубымъ анатомическимъ процессомъ, мы прежде всего можемъ предположить, что этотъ процессъ развился не въ самомъ заинтересованномъ центрѣ, а вблизи его, такъ какъ въ противномъ случаѣ передъ нами были бы или однѣ явленія выпаденія функціи, явленія паралича, или только осложненныя симптомами раздраженія. Длительная контрактура жевательныхъ мышцъ поэтому находитъ себѣ болѣе понятное объясненіе, если мы допустимъ, что источникъ раздраженія помѣщается не въ двигательномъ центрѣ V-ой пары, а лишь около него.

Несравненно большей важностью для точной локализации центровъ жеванія въ мозговой корѣ обладаетъ анализъ клиническихъ наблюденій, въ которыхъ дѣло идетъ о параличѣ жевательныхъ мышцъ. Такихъ наблюденій существуетъ нѣсколько. Къ сожалѣнію далеко не всѣ онѣ пополнены данными патолого-анатомическаго изслѣдованія и потому не всѣ представляются для насъ одинаково цѣнными. Въ своемъ изложеніи я ограничусь только тѣми, съ которыми могъ познакомиться по доступной мнѣ литературѣ.

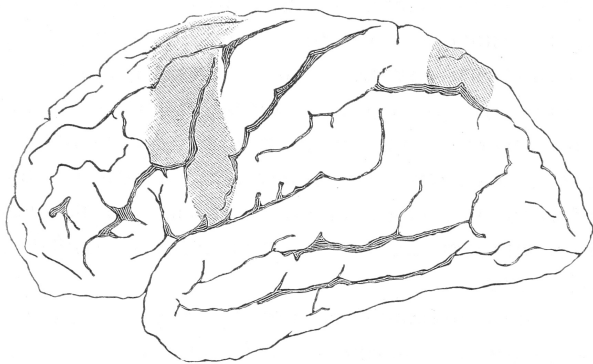
Укажу прежде всего на случай Hirt'a <sup>1)</sup>: у 65-лѣтней женщины, страдавшей въ теченіе восьми лѣтъ приступами боли въ лѣвой половинѣ лица, постепенно развилась слабость жевательныхъ мышцъ, которая въ двухлѣтній промежутокъ

---

<sup>1)</sup> Zur Localisation des corticalen Kaumuskelcentrums beim Menschen. Berl. Klin. Wochenschrift. 1887. № 27.

времени перешла въ полный параличъ; при жизни наблюдались также клоническія судороги въ мышцахъ, иннервируемыхъ лѣвымъ личнымъ нервомъ, и симптомы начального періода спинно-мозговой сухотки. При посмертномъ изслѣдованіи, кромѣ незначительнаго перерожденія заднихъ столбовъ спинного мозга, были найдены въ корѣ лѣваго большого полушарія двѣ псаомы—одна въ нижней трети передней центральной извилины и въ области основанія второй и третьей

Фиг. VII.



Случай Hirt'a (лѣвое полушаріе).

лобныхъ, другая въ области перехода лѣвой темянной извилины въ затылочную долю (см. фиг. VII).

Весьма поучительный случай паралича жевательныхъ мышцъ описанъ также Barlow'омъ <sup>1)</sup>. Въ его наблюдении дѣло идетъ о 10 лѣтнемъ мальчикѣ, пораженномъ параличемъ правыхъ и лѣвыхъ конечностей, причемъ картина осложнялась афазіей и параличемъ жевательныхъ, губныхъ и язычныхъ мышцъ. Вскрытіе показало двустороннее симметрично расположенное гнѣздо размягченія на границѣ между сред-

---

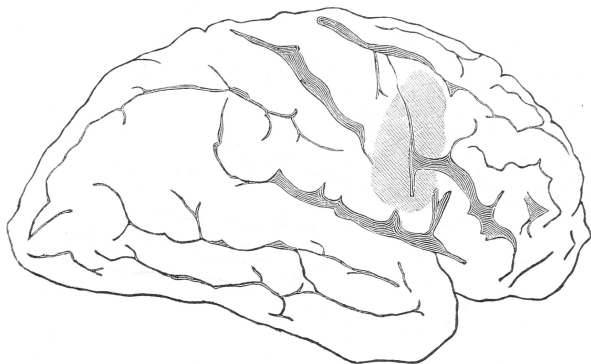
<sup>1)</sup> The british med. Journ. 1887. Не имѣя подъ руками подлинной работы, цитирую по Nothnagel'ю.

ней и нижней лобными извилинами и передней центральной (см. фиг. VIII и IX).

Кромѣ того въ спеціальной литературѣ я встрѣтилъ еще наблюденія Oulmont'a, Lérine'a и др., которыя однако по причинѣ недостаточно установленной локализаци болѣзненнаго процесса не представляютъ для насъ въ данномъ случаѣ большого значенія.

Сопоставимъ теперь результаты приведенныхъ выше случаевъ Hirt'a и Barlow'a.

Фиг. VIII.



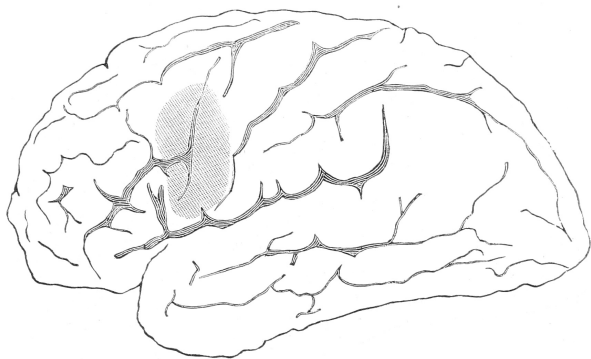
Случай Barlow'a (правое полушаріе).

Вы видите, что если при оцѣнкѣ патолого-анатомической картины въ случаяхъ тризма мы пришли къ выводу, что во всѣхъ нихъ рѣчь идетъ о процессѣ, развившемся около Сильвевой ямки, то наблюденія послѣднихъ двухъ авторовъ категорически указываютъ намъ, что параличъ жевательныхъ мышцъ обуславливается поражениемъ нижняго отдѣла передней центральной извилины и прилегающихъ къ нему заднихъ участковъ второй и третьей лобныхъ. Другими словами, выводы Ferrier и Hitzig'a всецѣло находятъ себѣ поддержку и въ данныхъ патологической анатоміи.

Я съ намѣреніемъ остановился нѣсколько долѣе на вопросѣ о локализациі двигательнаго центра тройничнаго нерва въ корѣ, такъ какъ въ этомъ отношеніи существуютъ еще довольно разнорѣчивые взгляды. Укажу для примѣра на недавно вышедшій III-ій томъ клиническихъ лекцій проф. Raymond'a, въ которыхъ авторъ, говоря о топической діагностикѣ черепно-мозговыхъ заболѣваній, помѣщаетъ центръ жевательныхъ мышцъ въ нижнемъ отдѣлѣ задней центральной извилины.

Обратимся теперь къ нашему больному.

Фиг. IX.



Случай Barlow'a (лѣвое полушаріе).

Приведенныя выше соображенія заставляютъ думать, что въ нашемъ случаѣ мы должны локализовать болѣзненный фокусъ въ области основанія правой передней центральной извилины и прилегающихъ къ нему участковъ II-ой и III-ей лобныхъ. Но тутъ естественно возникаетъ передъ нами рядъ новыхъ вопросовъ. Клиническое изслѣдованіе убѣждаетъ, что въ состояніи раздраженія находятся не всѣ мышцы, получающія иннервацию отъ V-ой пары: височныя мышцы обладаютъ повидимому вполне нормальными свойствами; о крыловидныхъ мышцахъ мы судить не можемъ и только жевательныя находятся въ состояніи контрактуры, да и то не во всей своей

массѣ. Эти факты заставляютъ принять, что область раздраженія мозговой коры крайне ограничена, такъ какъ она далеко не захватываетъ всей территоріи, занятой двигательнымъ центромъ тройничнаго нерва. Выше мы остановились на предположеніи, что въ основѣ страданія лежитъ по всей вѣроятности пораженіе сосудистой системы, приведшее къ тромбозу. Спрашивается, возможно-ли вообще допустить, чтобы тромбозъ ограничился лишь такой незначительной областью, какую необходимо имѣть въ виду въ нашемъ случаѣ? Далѣе, какъ бы ни былъ малъ участокъ запусѣвшихъ сосудовъ, во всякомъ случаѣ тромбозъ долженъ повлечь за собою выпаденіе функціи извѣстной области коры. Почему же у нашего больного мы не констатировали на ряду съ симптомами раздраженія и симптомовъ паралича? Наконецъ, какъ мы видѣли, у больного тризмъ охватилъ обѣ жевательныя мышцы. Можно ли объяснять этотъ фактъ пораженіемъ только одного полушарія, или необходимо заключить, что передъ нами случай симметрическаго пораженія обоихъ полушарій?

Остановимся прежде всего на первомъ вопросѣ.

Еще старые авторы, изучавшіе сосудистую систему головного мозга, пришли къ выводу, что эта система отличается весьма существенными недостатками. Еще Neubner и Duret при помощи инъекцій убѣдились, что если сосуды коры и не принадлежать къ категоріи конечныхъ, то лишь весьма условно. Дѣйствительно, анастомозы между областями различныхъ артерій развиты въ далеко недостаточной степени, а между артеріями малаго колибра ихъ часто и совсѣмъ не существуетъ, такъ что послѣднія соединяются другъ съ другомъ только помощью капиллярной сѣти. Такимъ образомъ, если кровообращеніе будетъ нарушено въ одной изъ нихъ, то сосѣднія не въ состояніи снабжать кровью въ достаточномъ количествѣ тотъ участокъ мозга, который питался ею. Это обстоятельство легко даетъ намъ ключъ къ пониманію, почему такъ часто расстройство кровообращенія мозговой коры выражается строго ограниченными мѣстными или гнѣздными

симптомами; вполне удовлетворительно, по моему мнѣнію, оно объясняетъ бѣдность клиническихъ явленій и въ нашемъ случаѣ.

Несравненно менѣе понятнымъ является отсутствіе симптомовъ паралича на ряду съ симптомами раздраженія. Вся психомоторная область занята двигательными центрами, которые, какъ Вы знаете, въ значительной степени обособлены другъ отъ друга, по крайней мѣрѣ у человѣка.

Клиническая картина въ нашемъ случаѣ складывается изъ симптомовъ раздраженія V-ой и VII-ой пары съ преобладаніемъ первыхъ. Отсюда весьма естественно заключить, что гнѣздо пораженія должно находиться гдѣ-то въ районѣ двигательнаго центра тройничнаго нерва. Однако самое тщательное наблюдение не открыло намъ даже намека на параличъ и не только въ области V-ой пары, но и вообще въ двигательной области. Для объясненія этого страннаго факта я долженъ снова напомнить Вамъ цитированныя выше изслѣдованія Exner'a, указавшаго, что жевательная мускулатура иннервируется одновременно со стороны обоихъ полушарій, и такимъ путемъ сдѣлавшаго понятною самую рѣдкость жевательныхъ разстройствъ при болѣзняхъ головного мозга.

Если принять во вниманіе эту особенность иннерваціи, то вполне естественно также будетъ допустить, что не функционирующий участокъ коркового поля въ одномъ полушаріи замѣненъ у нашего больного строго соответствующимъ въ другомъ и что, слѣдовательно, его бездѣятельность могла и не проявляться клинически. Тѣсная фізіологическая и анатомическая связь двухъ симметричныхъ центровъ удовлетворительно объясняетъ также, почему при раздраженіи одного изъ нихъ контрактура замѣчается на обѣихъ сторонахъ; она дѣлается намъ понятнымъ, отчего клиническій симптомокомплексъ, съ какимъ мы встрѣтились теперь, можетъ возникнуть и при одностороннемъ пораженіи психомоторной области.

Но здѣсь я долженъ сдѣлать весьма существенную оговорку: въ спеціальной литературѣ мы встрѣчаемъ указанія,



которыя въ значительной степени какъ-бы противорѣчатъ только что приведеннымъ соображеніямъ. Langer въ цитированной выше работѣ, обобщая извѣстные ему случаи контрактуры жевательныхъ мышцъ, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: нестойкіе припадки тризма, по большей части сочетанные съ другими судорогами, развиваются при различныхъ пораженіяхъ головного мозга и его оболочекъ и не даютъ права заключать ни о характерѣ, ни о локализациіи процесса. Продолжительный тризмъ въ связи съ иными явленіями мозгового страданія дѣлаетъ вѣроятнымъ двустороннее пораженіе въ области коркового центра V-ой пары. Такимъ образомъ Langer утверждаетъ, что длительный тризмъ развивается лишь при наличности двусторонняго фокуса, и этимъ обстоятельствомъ объясняетъ рѣдкость жевательныхъ расстройствъ съ одной стороны, подкрѣпляетъ фізіологическіе взгляды Exner'a съ другой.

Выше однако, приводя наблюденіе Samt'a я уже имѣлъ случай замѣтить, какъ неосновательно Langer оспариваетъ его точность, а между тѣмъ одно это наблюденіе въ состояніи опровергнуть его взглядъ на необходимость симметричнаго заболѣванія при тризмѣ. Да подобной необходимости не требуютъ, очевидно, и изслѣдованія Exner'a, такъ какъ весьма легко допустить переходъ раздраженія въ той или иной степени съ одного пункта полушарія на симметричный въ другомъ, лишь бы между ними оставалась не нарушенною анатомическая связь.

Несравненно болѣе интереса представляютъ соображенія Hirt'a (ор. cit.), точно также основанныя на клиническихъ фактахъ.

Изученіе казуистики приводитъ Hirt'a къ двумъ основнымъ положеніямъ: 1) патологическіе процессы въ головномъ мозгу, вызывающіе между другими симптомами тризмъ, локализуются по преимуществу въ лѣвомъ полушаріи; 2) относящіеся сюда чисто корковыя пораженія двусторонни; это осо-

бенно слѣдуетъ сказать о параличахъ жевательныхъ мышцъ,—при нихъ поражены всегда оба иннервационные центры.

Изъ этихъ словъ ясно, что Hirt, какъ это сдѣлали и мы, довольно рѣзко отдѣляетъ случаи тризма отъ паралича жеванія: при первыхъ возможно допустить одностороннее поражение, при вторыхъ—обязательно страданіе обоихъ полушарій. Правда авторъ добавляетъ, что при тризмѣ процессъ обыкновенно захватываетъ лѣвое полушаріе, но нашъ случай категорически противорѣчитъ этому выводу, которому Hirt прилагаетъ между тѣмъ особенное значеніе. Анализируя свое наблюденіе, онъ заключаетъ, что иногда достаточно бываетъ и односторонняго фокуса, чтобы вызвать параличъ жеванія, но въ такомъ случаѣ пострадавшимъ является лѣвое полушаріе. По Hirt'у, слѣдовательно, лѣвое полушаріе обладаетъ для жеванія приблизительно такимъ же значеніемъ, какъ и для рѣчи. Съ подобнымъ взглядомъ однако врядъ ли можно согласиться. Самъ Hirt считаетъ свой случай единственнымъ въ литературѣ по особенностямъ локализациі. И въ самомъ дѣлѣ, клиника убѣждаетъ насъ, что при параличѣ жеванія слѣдуетъ ожидать почти навѣрное двусторонняго фокуса. Если сопоставить съ этимъ фактомъ поразительную рѣдкость параличей жеванія вообще, по сравненію съ рѣчевыми расстройствами, не смотря на то, что очаговныя заболѣванія мозговой коры въ лѣвомъ полушаріи далеко не принадлежатъ къ рѣдымъ явленіямъ, то отсюда невольно возникаетъ сомнѣніе въ той преобладающей роли лѣваго полушарія, какую ему склоненъ приписывать Hirt. Однако и наблюденіе Hirt'a, какъ бы оно ни стояло особнякомъ, нельзя игнорировать. По всей вѣроятности объясненіе ему слѣдуетъ искать въ индивидуальныхъ свойствахъ субъекта. Мы знаемъ, что развитіе тѣхъ или иныхъ центровъ коры у отдѣльныхъ лицъ представляетъ иногда существенныя отклоненія. Быть можетъ и въ случаѣ Hirt'a мы имѣемъ дѣло съ исключительнымъ развитіемъ центровъ жеванія въ лѣвомъ полушаріи. Правда, это только гипотеза, но, по нашему мнѣнію, она заслуживаетъ предпочтенія, такъ

какъ не стоитъ въ столь прямомъ противорѣчїи съ фактами клиники и физиологїи, какъ взгляды, высказанные Нirt'омъ.

Чтобы закончить свою бесѣду, мнѣ остается только сказать нѣсколько словъ о прогнозѣ.

Вы уже знаете, что въ виду бывшаго сифилиса нашему больному назначено специфическое лѣченіе. Можно ли ожидать отъ него большихъ успѣховъ? Къ сожалѣнію на этотъ вопросъ приходится отвѣтить отрицательно. Если даже допустимъ, что при самыхъ благопрїятныхъ условїяхъ стѣнки измѣненныхъ сосудовъ прїйдутъ къ нормѣ, то во всякомъ случаѣ часть мозгового вещества въ настоящее время уже подверглась некрозу и навсегда останется мертвой массой, могущей тяжко отражаться на функціи пораженныхъ центровъ. Никакая внутренняя терапія здѣсь поэтому не принесетъ исцѣленія.

Немногого можно ждать и отъ хирургическаго вмѣшательства. Вѣроятно у нѣкоторыхъ изъ Васъ явится мысль, нельзя ли удалить пожемъ измѣненное мозговое вещество? На это я отвѣчу, что рубецъ, который останется послѣ операціи, въ состояніи столь же, если не болѣе, неблагопрїятно вліять на окружающую нервную ткань, какъ и удаленная часть коры. Вотъ почему улучшеніе послѣ операціи, если только оно послѣдуетъ, будетъ имѣть лишь преходящій характеръ. Пользуюсь этимъ случаемъ, чтобы сказать, что вообще показанія къ хирургическому вмѣшательству при страданїяхъ центральной нервной системы пока еще очень ограничены. По моему глубокому убѣжденію нѣкоторые изъ современныхъ невропатологовъ излишне увлекаются успѣхами оперативнаго лѣченія и, конечно, рѣзко измѣнили бы свое мнѣніе, если бы дали себѣ трудъ болѣе долгое время слѣдить за своими больными. Они бы часто вспоминали тогда драгоцѣнное правило древнихъ: не посеas!