

Наблюденія въ Казанской Окружной Лечебницѣ во имя Божіей Матери Всѣхъ Скорбящихъ Радости.

Объ измѣненіяхъ температуры при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ.

Г. В. Сороковикова,

ординатора Казанской Окружной Лечебницы.

В в е д е н і е.

Краткій историческій очеркъ ученія о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ.

Прежде чѣмъ приступить къ своей прямой задачѣ,—къ изложенію изслѣдованія температуры при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, я считаю необходимымъ бросить бѣглый взглядъ на прошлое этой болѣзни, на постепенное развитіе изученія сущности процесса, лежащаго въ основѣ, и причинъ ея.

Прогрессивный параличъ, какъ болѣзнь *suī generis*, есть достояніе, почти исключительно, послѣднихъ двухъ столѣтій XVIII и XIX-го. До тѣхъ поръ эта болѣзнь представляла явленіе довольно рѣдкое. Изъ исторіи психіатріи извѣстно, что древнимъ врачамъ прогрессивный параличъ, какъ самостоятельная болѣзнь, былъ вовсе неизвѣстенъ, хотя и среди нихъ были выдающіеся клиницисты и наблюдатели, какъ-то Гиппократъ, Целій Авреліанъ и другіе, оставившіе намъ довольно точныя и обстоятельныя клиническія описанія мани, меланхоліи и другихъ формъ душевнаго расстройства, но ни словомъ не упоминающіе о прогрессивномъ параличѣ.

Первыя указанія на картину прогрессивнаго паралича можно встрѣтить у Willis'a ¹⁾, въ его статьѣ „Anima brutorum“, который говоритъ: „Observavi in pluribus, quod, cum cerebro primum indisposito mentis hebetudine et oblivione et deinde stupiditate et *моробеи* afficerentur, postea in paraly-sin incidebant..., и далѣе: Particulae oppilativae a cerebro dilapsae, inque medullam oblongatam provectae, nervos quaerendam facies partium musculis destinotas subeunt, inque ipsis spiritum vias obstruendo, linguae paraly-sin, modo in his aut illis, oculorum, palpebrarum, labiorum, aliarumque partium musculis resolutionem patiunt“ *).

Болѣе точныя указанія уже въ 1798 году даетъ Haslam ¹⁾, который говоритъ: „паралитическія разстройства бывають причиною помѣшательства чаще, нежели это думаютъ, и они также часто бывають исходомъ маніи. У паралитиковъ въ видѣ правила наблюдаются разстройства движенія, которыя совершенно не зависятъ отъ ихъ душевнаго заболѣванія. Рѣчь разстроена, углы рта сглажены, произвольныя движенія рукъ и ногъ болѣе или менѣе ослаблены, и у большинства больныхъ значительно понижена память. Обыкновенно у нихъ отсутствуетъ сознаніе своего положенія. Слабые настолько, что едва держатся на ногахъ; они воображаютъ себя крайне сильными и способными на самую большую дѣятельность“. Не смотря на столь тонкія замѣчанія Haslam далекъ еще отъ правильнаго представленія означеніи двигательныхъ разстройствъ, такъ какъ онъ считаетъ ихъ, то причиною позднѣе проявляющагося психоза, то его слѣд-

*) Я наблюдалъ во многихъ случаяхъ, что мозговья заболѣванія первоначально выражаются вялостью мысли, забывчивостью, а потомъ тупостью, и нечувствительностью, за каковымъ періодомъ слѣдуетъ параличъ... и далѣе. Разрушившіяся частицы, отдѣлившись отъ мозга и понавши въ продолговатый мозгъ, подходятъ къ лицевымъ мускульнымъ нервамъ, преградивши въ нихъ доступъ жизненной силы и закупоривши ихъ, производятъ параличъ языка, глазъ, вѣкъ, губъ или поражаютъ не только эти части но и другіе мускулы другихъ частей тѣла.

ствиемъ, то смотритъ на нихъ, какъ на самостоятельное болѣзненное состояніе, развивающееся на ряду съ психозомъ. Подобныя же указанія дѣлаютъ Ph. Pinel³⁾ въ 1809 году и Esquirol²⁾ въ 1814 г.

Esquirol, первый французскій изслѣдователь въ области этого заболѣванія, кромѣ того подмѣтилъ своеобразное при этой болѣзни разстройство рѣчи—спотыканіе на слогахъ. Въ 1820 году Georget¹⁾ и Delaye¹⁾ въ 1824 году трактуютъ о томъ, что „Paralysie“ есть особый видъ двигательнаго разстройства (*paralysie musculaire chronique*. Georget) съ абсолютно неблагоприятнымъ исходомъ.

Болѣе или менѣе полное и обстоятельное описаніе этой болѣзни въ 1822 году даетъ Bayle⁴⁾. Этотъ послѣдній авторъ въ своей замѣчательной работѣ устанавливаетъ уже два главныхъ положенія: 1) прогрессивный параличъ есть болѣзнь *sui generis* и 2) она всегда сопровождается умственнымъ разстройствомъ. Онъ относитъ ихъ къ одному общему патолого-анатомическому процессу—*arachnitis chronica*.

Эти положенія Bayle'я оспаривались весьма почтенными авторитетами науки и тѣмъ не менѣе остаются непоколебимыми и по настоящее время. Такъ, Esquirol²⁾ признавая дѣйствительность существованія данной болѣзни, полагалъ, однако, что она является исходомъ изъ другихъ первичныхъ психозовъ и, слѣдовательно, является только вторичнымъ психозомъ. Этому-же мнѣнію придерживались Delaye¹⁾, Georget¹⁾ и другіе, хотя Georget также уже въ 1823 году пришелъ къ тѣмъ же воззрѣніямъ, какъ Bayle, но онъ сводитъ всѣ симптомы къ „*encephalitis generalis chronica*“. Онъ находитъ, что одержимые этой болѣзью становятся слабоумными, у нихъ развивается общій прогрессирующій параличъ, и чрезъ большіе или меньшіе промежутки времени они подвергаются апоплектическимъ и эпилептическимъ припадкамъ. Foville¹⁾ находитъ причину интеллектуальныхъ разстройствъ въ заболѣваніи мозговой коры, а двигательныхъ—въ заболѣваніи „блага вещества мозга“ (уплотнѣніе его). Parchappe¹⁾, принимая

положеніе, что прогрессивный параличъ есть болѣзнь *sui generis*, допускалъ и такіе случаи, когда двигательныя разстройства, свойственныя прогрессивному параличу, могутъ послѣдовательно присоединяться къ другимъ душевнымъ заболѣваніямъ и такимъ образомъ давать вторичную форму прогрессивнаго паралича. Подобное мнѣніе находитъ себѣ подтвержденіе и у болѣе позднихъ авторовъ, какъ Griésinger'a ⁵⁾ и другихъ. Кромѣ того Parchappe считаетъ это заболѣваніе за „*cerebrité corticale générale*“ и клинически называетъ его „*folie paralytique*“.

Оспаривалось и второе положеніе Bayle'я, именно, что прогрессивный параличъ всегда сопровождается помѣшательствомъ. Такъ, напр., Sandras ⁶⁾, Brierre de Boismont ⁶⁾, Duchenne ⁶⁾ и др. различали прогрессивный параличъ помѣшанныхъ и прогрессивный параличъ непомѣшанныхъ; однако, въ настоящее время—за весьма рѣдкими исключеніями, это положеніе Bayle'я не оспаривается.

Въ своихъ дальнѣйшихъ работахъ Bayle ⁷⁾ въ 1825—1826 году главную основу душевнаго разстройства и паралича видитъ въ *meningitis cerebri chronicis*, при этомъ указываетъ, что развитію этого процесса служатъ, какъ этиологическій моментъ, приливы крови къ мозгу, что этому заболѣванію соотвѣтствуетъ особая форма бреда, кромѣ того онъ отмѣчаетъ уже, въ числѣ первыхъ продромальныхъ симптомовъ, разстройства рѣчи: временныя внезапныя остановки, замедленное выговариваніе словъ, заиканіе. Послѣ работъ Bayle'я, эта форма душевнаго разстройства обращаетъ на себя особое вниманіе изслѣдователей.

Уже въ 1826 году появляется отдѣльная монографія Calmeil'я ⁸⁾ „*De la paralysie chez les aliénés*“, гдѣ авторъ даетъ полную картину патолого-анатомическихъ измѣненій мозговыхъ оболочекъ и самаго мозга, какъ явленія воспаленія въ нихъ, описываетъ утолщенія и грануляціи эпендимы желудочковъ, какъ признакъ перехода воспаленія на нихъ, указываетъ на разнообразныя клиническія картины психическихъ

проявленій прогрессивнаго паралича и конечный исходъ ихъ— всегда высокая степень слабоумія. Болѣзнь эта, по Calmeil'ю, можетъ отъ начала до конца протекать подъ видомъ нарастающаго слабоумія, а также и въ формѣ меланхолической подавленности, чаще все-таки въ видѣ маниакальнаго возбужденія съ бредомъ величія. Особенно характеренъ во всѣхъ случаяхъ уже рано наступающій упадокъ интеллекта и памяти.

Baillarger ²⁶⁾, Dukamel ⁶⁾, Prus, Requin ⁶⁾, Lunier ⁶⁾, Sandras ⁶⁾ нѣсколько отступаютъ отъ основнаго ученія Bayl'я. Они считаютъ dementia paralytica комбинаціей двухъ заболѣваній, а именно: съ одной стороны двигательной сферы и съ другой психическаго органа, при чемъ они независимо другъ отъ друга и даже не всегда бываютъ вмѣстѣ. Requin ⁶⁾ предложилъ вмѣсто „folie paralytique“, название „paralysie générale progressive“, чтобъ подъ нимъ понимать, какъ параличъ помѣшанныхъ, такъ и гипотетическую форму „sans alienation“, „sans delire“.

Въ 1853 году Falret ¹⁰⁾ въ своей монографіи исправляетъ ошибочное ученіе о прогрессивномъ параличѣ своихъ предшественниковъ и возстановляетъ ученіе Bayl'я. Этотъ авторъ считаетъ „folie paralytique“ заболѣваніемъ опредѣленной формы съ опредѣленнымъ симптомокомплексомъ, характеризующимся своеобразными расстройствами движенія, типическимъ теченіемъ и характернымъ бредомъ. Эти явленія, по втору, обязаны своимъ происхожденіемъ одной и той же патолого-анатомической причинѣ. Кромѣ того Falret, на ряду съ классической формой, признаетъ слабоумную форму прогрессивнаго паралича.

Такимъ образомъ французскіе ученые положили главную основу ученія о прогрессивномъ параличѣ. Это ученіе было принято учеными всѣхъ странъ свѣта, нашло подтвержденіе и у нихъ и побудило къ дальнѣйшей разработкѣ этого вопроса.

Почти въ одно время съ работою Falret появилась большая работа нѣмецкаго изслѣдователя Duchek'a ⁹⁾: „о слабо-

уміи и параличѣ“. Вмѣстѣ съ Ваул'емъ, Parchappe'омъ, Falret и друг. Duchek видитъ въ параличѣ помѣшанныхъ опредѣленную болѣзнь съ особенными симптомами и патолого-анатомическими измѣненіями (*Meningitis chronica et atrophia cerebri*).

Въ дальнѣйшемъ нѣмецкіе ученые дали слишкомъ много для ученія о прогрессивномъ параличѣ, какъ въ области патолого-анатомическихъ изслѣдованій, какъ Westphal¹¹⁾, Meynert⁹⁾, Simon¹²⁾ и др., такъ и въ области причинъ, обуславливающихъ данную болѣзнь. L. Meyer пытался свести ее на хроническій менингитъ. Въ 1857 году Jaffe⁶⁾ изслѣдовала спинной мозгъ. Westphal на основаніи этихъ изслѣдованій доказалъ, что особенно часто при этой болѣзни встрѣчается перерожденіе заднихъ пучковъ на всемъ ихъ протяженіи, равно какъ и измѣненія задняго отдѣла боковыхъ пучковъ, часто комбинированныя съ такими же измѣненіями заднихъ столбовъ, въ смыслѣ такъ называемаго зернисто-кѣлочнаго міэлита.

Westphal¹¹⁾ (1868 г.) и Simon¹²⁾ (1871 г.) дали превосходныя, исчерпывающія все, что было сдѣлано до нихъ, клиническія описанія этой болѣзни.

Въ послѣдніе 30 лѣтъ прогрессивному параличу помѣшанныхъ было удѣлено особенное вниманіе, какъ съ патолого-анатомической стороны, такъ и съ клинической и въ особенности много работъ было посвящено изслѣдованію причинъ, производящихъ и обуславливающихъ эту болѣзнь. Появилась масса работъ, посвященныхъ изученію и разбору патолого-анатомической картины, лежащей въ основѣ этой болѣзни. При этомъ тщательному изслѣдованію, какъ макроскопически, такъ и микроскопически подвергаются патолого-анатомическія измѣненія во всѣхъ отдѣлахъ головного мозга и его оболочекъ, въ спинномъ мозгу, периферической нервной системѣ, узлахъ симпатической системы и внутреннихъ органахъ. Вездѣ и всюду были обнаружены болѣе или менѣе значительныя измѣненія.

При прогрессивномъ параличѣ поражается вся нервная система и поражение это весьма стойкаго характера. Измѣненію подвергаются не только нервные элементы, но и промежуточная ткань, сосуды и т. д. Всѣ авторы, писавшіе о патологіи общаго паралича, согласны въ томъ, что эта болѣзнь анатомически характеризуется кортико-менингеальнымъ, церебральнымъ, хронически усиливающимся процессомъ, измѣняющимъ дѣятельность въ особенности мыслительной и двигательной областей головного мозга и ведущимъ къ атрофіи нервныхъ элементовъ. Не стану перечислять всѣхъ работъ изслѣдователей, занимавшихся изученіемъ патолого-анатомической подкладки прогрессивнаго паралича, достаточно указать на такія работы о прогрессивномъ параличѣ, какъ Hitzig'a ¹⁵⁾ 1877 года, Voisin'a ¹³⁾ 1879 г., Mendel'я ¹⁴⁾ 1880 года, Mickle ¹⁶⁾ 1886 г., Краффтз-Эбинга ⁹⁾ 1890 г., проф. П. И. Ковалевскаго ¹⁷⁾ 1893 г. и проф. Н. М. Попова ¹⁸⁾ 1900 г., заключающія въ себѣ критическій разборъ всѣхъ патолого-анатомическихъ находокъ и постепенное развитіе взгляда на эту болѣзнь, и наконецъ самая послѣдняя монографія, вышедшая въ 1901 году, второе изданіе „Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ“ проф. П. И. Ковалевскаго ¹⁹⁾, обнимающая все, что до настоящаго времени выяснено относительно прогрессивнаго паралича.

Не смотря на неустанныя стремленія выдающихся изслѣдователей дать объясненіе патолого-анатомическимъ находкамъ, не существуетъ еще согласія относительно сущности и значенія того мозговаго процесса, который обуславливаетъ картину паралича. Однимъ изъ прежнихъ изслѣдователей казалось, что процессъ несомнѣнно посуществу воспалительнаго характера, и они считали его въ мозгу первичнымъ и главнымъ, какъ-то Bayle (хроническій менингитъ съ послѣдующимъ переходомъ на корку), Calmeil (encephalitis chronica), Parchappe (cerebrite), Mechede 1865 г. (parenchymatose encephalitis), Mendel ²⁰⁾ 1880 г. (интерстиціальныи корковый энцефалитъ), точно также Magnan ¹⁹⁾ 1866 г., Lubimoff ¹⁹⁾ 1873 г.,

Мержеевскій ¹⁹⁾ 1875 г., и Wernike ¹⁹⁾ 1881 г. (encephalitis corticalis parenchimatosa). Другіе считали исходнымъ мѣстомъ заболѣванія мозговая оболочка, Duchek—meningitis chronica cum atrophia cerebri, Meyer—хроническій менингитъ; Bonnet и Poincarot видятъ основу болѣзни въ пораженіи узловъ симпатической системы; Mendel ²⁰⁾ на основаніи патолого-анатомическихъ изслѣдованій случаевъ паралича въ различныхъ его стадіяхъ, а также на основаніи опытовъ надъ животными, приходитъ къ тому заключенію, что при этой болѣзни первично поражается сосудистая система, а затѣмъ уже происходитъ размноженіе и разрошеніе клѣтокъ соединительной ткани, которыя, постепенно давя на нервныя клѣтки и волокна, мало по малу ведутъ ихъ къ атрофіи и къ уничтоженію. Такимъ образомъ первую поражается сосудистая система, затѣмъ промежуточная ткань и наконецъ элементы нервной ткани. Такой взглядъ Mendel'я нашелъ себѣ послѣдователей не только въ Германіи, но и во Франціи. Такъ, почти тотъ же взглядъ на сущность процесса мы находимъ у Raymond'a, Magnan'a и др. Этотъ взглядъ находитъ себѣ подтвержденіе и въ изслѣдованіяхъ Poincarot и Bonnet ²¹⁾, Любимова ²¹⁾ и др., которые видятъ основу страданія въ измѣненіяхъ шейныхъ и другихъ узловъ симпатической системы, завѣдующей кровеносной системой.

Но такой взглядъ нашель противорѣчіе въ изслѣдованіяхъ Zacher'a, который заявилъ на берлинскомъ съѣздѣ нейропатологовъ и въ своей работѣ ²²⁾, что онъ не можетъ исполнѣ согласиться съ мнѣніемъ Mendel'я, что если существуютъ случаи прогрессивнаго паралича, гдѣ въ основѣ его лежитъ интерстиціальнй энцефалитъ, то существуютъ случаи, гдѣ въ основѣ лежитъ исключительно паренхиматознй энцефалитъ, гдѣ первично поражаются нервныя элементы, а вторично и послѣдовательно промежуточная ткань. Болѣе яркимъ противникомъ взгляда Mendel'я, является Roscioli ¹⁹⁾, который признаетъ при прогрессивномъ параличѣ первичнымъ пораженіемъ измѣненія въ узловыхъ клѣткахъ, а вторичнымъ

склеротическія измѣненія въ соединительной ткани. По его мнѣнію, прогрессивный параличъ служитъ выраженіемъ систематическаго дегенеративнаго процесса нервныхъ клѣтокъ мозговой корки, подобно тому, какъ *tabes dorsalis* есть выраженіе первичной дегенерации волоконъ заднихъ пучковъ спинного мозга, прогрессивная мышечная атрофія—дегенерациі клѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга. Этотъ взглядъ Roscioli на сущность патолого-анатомическихъ измѣненій при прогрессивномъ параличѣ находитъ себѣ подтвержденіе въ мнѣніяхъ Joffroy¹⁹⁾, Ballet¹⁹⁾ и другихъ. По изслѣдованіямъ Carter'a¹⁹⁾ при общемъ параличѣ можно наблюдать нерѣдко полное разрушеніе нервныхъ клѣтокъ, безъ того чтобы рядомъ съ этимъ существовали другіе какіе-либо процессы въ сосудахъ и проч. По этому взгляду, первично при прогрессивномъ параличѣ поражаются нервные элементы—*encephalitis parenchimatosa*, и за симъ уже, на мѣстѣ уничтоженныхъ нервныхъ элементовъ происходитъ полное разрушеніе и размноженіе промежуточной ткани.

Targowla²³⁾ полагаетъ, что основнымъ пораженіемъ центральной нервной системы при прогрессивномъ параличѣ является исчезновеніе міэлина въ различныхъ частяхъ головного мозга, пораженіе же нервныхъ клѣтокъ, сосудовъ и нейроглии явленіе непостоянное. Это-то исчезновеніе міэлина и служитъ основою всѣхъ тѣхъ периферическихъ измѣненій, которыя при прогрессивномъ параличѣ не щадятъ ни одного органа, ни одной части тѣла. Значительно раньше на это явленіе обратилъ вниманіе проф. П. И. Ковалевскій²⁴⁾, который полагаетъ, что едва-ли можно отрицать, хотя для нѣкоторыхъ случаевъ общаго паралича возможность трофическаго пораженія мозга, подобно тому, какъ и другія части тѣла при прогрессивномъ параличѣ подвергаются разстройствамъ питанія и послѣдующей дегенерациі.

Столь различныя взгляды на сущность патологическихъ процессовъ, лежащихъ въ основѣ паралича, и разнородность самихъ процессовъ, побудило нѣкоторыхъ авторовъ связать

съ разнообразіемъ клиническихъ картинъ. Крафтъ-Эбингъ⁹⁾ сдѣлалъ даже попытку точнѣе установить эту связь. При классической формѣ прогрессивнаго паралича, характеризующейся симптомами возбужденія и специфическимъ бредомъ величія, онъ допускаетъ усиленное раздраженіе нервныхъ элементовъ,—на первый планъ тутъ выступаютъ процессы воспалительные, атрофическіе отходятъ на второй. Совершенно обратное, мы имѣемъ при формахъ дементныхъ, здѣсь симптомы выпаденія преобладаютъ надъ симптомами раздраженія, здѣсь на самомъ видномъ мѣстѣ атрофія.

По мнѣнію Binswanger'a²⁵⁾ существуетъ три типа патолого-анатомическихъ измѣненій при прогрессивномъ параличѣ: а) типъ диффузнаго лепто-менингита съ огромнымъ исчезновеніемъ мозгового вещества, б) гемморрагическая форма съ гіалиновымъ перерожденіемъ сосудовъ и с) распространенное заболѣваніе мозговой коры безъ лепто-менингита. Какъ анатомически, такъ и клинически можно различать различно выражающіяся и протекающія формы прогрессивнаго паралича.

Такимъ образомъ въ настоящее время большинство изслѣдователей, не отрицая случаевъ прогрессивнаго паралича, въ основѣ которыхъ лежатъ трофическія расстройства самого мозга, полагаютъ, что въ однихъ случаяхъ первично поражается интерстиціальная ткань и болѣзненный процессъ носить характеръ *encephalitis interstitialis*, въ другихъ же случаяхъ первично поражаются нервные элементы и тогда болѣзненный процессъ носить характеръ *encephalitis parenchimatosa*, въ тѣхъ и другихъ случаяхъ съ исходомъ въ атрофію мозга.

Не мало труда было потрачено изслѣдователями для выясненія причинъ, вызывающихъ столь разнородные патолого-анатомическіе процессы, лежащіе въ основѣ прогрессивнаго паралича. При самомъ почти возникновеніи ученія о прогрессивномъ параличѣ, были указаны и причины, производящія эту болѣзнь.

Среди предрасполагающихъ индивидуальныхъ моментовъ въ этиологіи прогрессивнаго паралича обращали вниманіе на наслѣдственность, но здѣсь выводы рѣзко расходятся. Obersteiner²⁹⁾ констатировалъ наслѣдственное предрасположеніе только въ 11,5% своихъ случаевъ, Ziehen²⁷⁾ въ 10%, Oebeke²⁹⁾ въ 22%, Arnaud²⁸⁾ въ 53%. Очень видное значеніе наслѣдственности придаютъ также нѣкоторые изъ позднѣйшихъ авторовъ. Такъ Joffroy³¹⁾, описавшій одинъ случай, гдѣ сифилисъ можно было съ положительностью исключить и гдѣ главнѣйшимъ, если не единственнымъ, факторомъ явилась психическая дегенерация. Ученики Joffroy, Rosques et Fürsac¹⁸⁾, высказываются еще рѣшительнѣе. Они утверждаютъ, что наслѣдственное предрасположеніе, повидимому, основная причина прогрессивнаго паралича.

Näcke²⁹⁾ могъ указать почти въ половинѣ всѣхъ своихъ случаевъ наслѣдственно предрасположенную почву. Этотъ авторъ не отрицая этиологическаго вліянія сифилиса, полагаетъ, что lues только усиливаетъ уже имѣющуюся иввалидность мозга и тѣмъ облегчаетъ взрывъ болѣзни, для возникновенія которой требуется обыкновенно еще какой-либо непосредственный толчекъ, такимъ моментомъ чаще всего является душевное волненіе. Serieux et Farnarier³⁰⁾ находили, что нейропатическая и психопатическая наслѣдственность при прогрессивномъ параличѣ имѣется въ трети всѣхъ случаевъ. Mairet³²⁾, къ причиннымъ моментамъ прогрессивнаго паралича, относитъ артритическую, церебральную и алкогольную наслѣдственность.

Прежніе психіатры склонялись къ мысли, что прогрессивный параличъ развивается преимущественно у людей, умственно развитыхъ, образованныхъ, но статистика послѣднихъ лѣтъ показываетъ, что параличъ распространяется во всѣхъ слояхъ общества, не щадя ни женщинъ, ни мужчинъ, хотя между лицами, посвящающими свою жизнь умственному труду, связанному съ оживленной борьбой за существованіе, параличъ встрѣчается повидимому чаще, чѣмъ у остальныхъ.

Такъ, Calmeil⁸⁾ еще замѣтилъ, что офицеры чрезвычайно часто заболѣваютъ прогрессивнымъ параличемъ и этотъ фактъ до сихъ поръ встрѣчаетъ себѣ многочисленныя подтвержденія. Относительно средняго вѣзраста, въ которомъ начинается заболѣваніе прогрессивнымъ параличемъ, современный взглядъ значительно расходится со взглядомъ прежнихъ изслѣдователей. По Calmeil'ю⁸⁾ этотъ возрастъ равняется 44¹/₂ годамъ, Regis³³⁾ принимаетъ за него 38 лѣтъ, по Mendel'ю¹¹⁾ наибольшій % заболѣвшихъ падаетъ на періодъ отъ 35 до 40 лѣтъ. Въ современной литературѣ, однако все чаще и чаще упоминаются случаи развитія прогрессивнаго паралича у лицъ моложе 30—25 лѣтъ.

Въ послѣднее время описываются случаи заболѣванія прогрессивнымъ параличомъ въ еще болѣе раннемъ возрастѣ. Такъ, Regis³³⁾ описалъ случай въ 19 лѣтъ, Leidesdorf et Давидовъ¹⁹⁾ въ 16 лѣтъ, Wigglesworth въ 15 лѣтъ и Strümpell¹⁹⁾ въ 13 лѣтъ. Послѣ этого описанъ былъ цѣлый рядъ случаевъ прогрессивнаго паралича въ юношескомъ возрастѣ, которые собраны въ монографіи А. И. Юценко³⁴⁾ и его послѣдующей работѣ.

Послѣ этой монографіи А. И. Юценко, въ литературѣ явился цѣлый рядъ сообщеній о юношескомъ прогрессивномъ параличѣ. Это были сообщенія: Д. И. Полякова³⁵⁾, Номен³⁶⁾, Hoch, Müller, Toulouse et Marchand, Bresler, Infeld, Karplus, Saint-Maurice, Carrier³⁷⁾, Mingazzini, Haushalter, Zappert, Rad³⁸⁾, Raporito et Regis, Raymond и др. Наконецъ В. А. Муратовъ³⁹⁾ въ послѣднее время описалъ дѣтскій прогрессивный параличъ, который по своимъ клиническимъ особенностямъ ничѣмъ не отличается отъ юношескаго прогрессивнаго паралича.

Что касается того, какое отношеніе имѣетъ поль къ прогрессивному параличу, то этому вопросу посвященъ цѣлый рядъ спеціальныхъ изслѣдованій. Сопоставляя результаты, полученные старыми и позднѣйшими авторами, можно найти значительную разницу между тѣми и дру-

гими. Въ 70-хъ годахъ ¹⁸⁾, въ прусскихъ заведеніяхъ, число мужчинъ, страдавшихъ прогрессивнымъ параличомъ, относилось къ числу женщинъ, пораженныхъ тою же болѣзью, какъ 8:1, въ Сѣверо-американскихъ, какъ 9:1, въ англійскихъ какъ 8:1. Siemerling ¹⁹⁾, опираясь на статистику Charité, за послѣднія 13 лѣтъ, принимаетъ уже это отношеніе, какъ 3,4:1. Точно такое отношеніе нашель Meunert въ 80 годахъ для Вѣны ⁹⁾. По даннымъ Тихомирова ¹⁹⁾, заимствованнымъ изъ клиники проф. П. И. Ковалевскаго, на 56 мужчинъ пришлось всего только 4 женщины. По Жданову ⁴⁰⁾, изслѣдованіе котораго появилось въ 1893 году, число паралитиковъ мужчинъ относится къ числу паралитиковъ женщинъ въ Даніи, какъ 3,49:1, въ Россіи, какъ 3,15:1, въ Англии, какъ 2,89:1, въ Бельгіи, какъ 2,77:1, и во Франціи, какъ 2,40:1. Crètè ¹⁸⁾, еще болѣе поздній изслѣдователь, пришелъ къ выводу, что число женщинъ, заболѣвшихъ прогрессивнымъ параличемъ въ департаментѣ Нижней Сены, за послѣднія 7 лѣтъ, возросло на 3,7%, по сравненію съ существовавшимъ десятилѣтіемъ.

Д-ръ Грейдебергъ ⁴¹⁾, на международномъ съѣздѣ въ Москвѣ, сдѣлалъ сообщеніе о прогрессивномъ параличѣ у женщинъ и приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Заболѣванія общимъ прогрессивнымъ параличемъ у женщинъ, въ послѣднее время, быстро возрастаютъ и при этомъ относительно быстрѣе, чѣмъ у мужчинъ. 2) Отношенія заболѣваемости у мужчинъ и женщинъ зависятъ отъ цѣлаго ряда общихъ и мѣстныхъ условій и потому, естественно, не могутъ быть всюду одинаковыми. 3) Для Таврической губ. отношеніе это равно почти 2:1. 4) Распространеніе прогрессивнаго паралича среди различныхъ сословій общества у мужчинъ и женщинъ совершенно противоположное, у мужчинъ онъ начался съ высшихъ сословій и лишь постепенно перешель къ среднимъ и низшимъ; у женщинъ, наоборотъ, онъ до послѣдняго времени встрѣчался почти исключительно въ высшихъ сословіяхъ и лишь теперь начинаетъ проникать въ

среднія и высшія; у мужчинъ, прогрессивный параличъ изъ болѣзни „аристократической“ дѣлается все болѣе и болѣе „демократической“, у женщинъ же наоборотъ. 5) Отдѣльныя причины прогрессивнаго паралича у мужчинъ и женщинъ однѣ и тѣже, но сочетанія ихъ у послѣднихъ нѣсколько иныя, чѣмъ у первыхъ. 6) Клиническая картина прогрессивнаго паралича у женщинъ представляетъ нѣкоторыя особенности, придающія ей особый отпечатокъ. 7) Теченіе прогрессивнаго паралича у женщинъ болѣе медленное, нежели у мужчинъ, поэтому и продолжительность болѣзни въ среднемъ у нихъ нѣсколько больше, чѣмъ у мужчинъ.

Большое значеніе прежніе авторы придавали переутомленію при чрезмѣрной умственной работѣ, какъ важному этиологическому моменту, но и въ этомъ отношеніи взгляды рѣзко измѣнились.

Нѣкоторые авторы придаютъ особое значеніе, какъ причиннымъ моментамъ, предрасполагающимъ къ заболѣванію прогрессивнымъ параличемъ, душевнымъ волненіямъ, различнымъ излишествамъ, эксцессамъ, злоупотребленіямъ. Давно уже было обращено вниманіе на то, что неприглядныя стороны цивилизаціи, съ крайне повышенной борьбой за существованіе, много способствуютъ развитію и даже умноженію прогрессивнаго паралича.

Изъ вызывающихъ причинъ первое мѣсто отводятъ сифилису. Еще Baule ⁴²⁾ въ своей работѣ отмѣтилъ, какъ часто среди паралитиковъ попадаютъ люди, перенесшія до того сифилисъ. Однако онъ не рѣшилъ поставить эти двѣ болѣзни въ причинную зависимость и ограничился лишь тѣмъ, что констатировалъ голый фактъ—одна пятая его больныхъ имѣла въ своемъ прошломъ половые эксцессы и часто пріобрѣтала сифилитическія болѣзни.

Въ 1857 году, Esmarch et Jessen ⁴³⁾, первые заявили, что сифилису необходимо приписать видную роль въ этиології прогрессивнаго паралича. Съ этихъ поръ и по настоящее время этотъ вопросъ о значеніи сифилиса, какъ этиоло-

гического момента, въ производствѣ прогрессивнаго паралича подвергался и подвергается значительной разработкѣ. Мнѣнія изслѣдователей о роли сифилиса при этой болѣзни значительно расходятся. Одни изслѣдователи держатся довольно крайняго убѣжденія, что прогрессивнымъ параличемъ могутъ заболѣть только лица, перенесшія сифилисъ, что безъ сифилиса нѣтъ и прогрессивнаго паралича. Такого взгляда придерживаются нѣкоторые изъ прежнихъ авторовъ, какъ Steenberg ⁶⁾, Kjellberg ⁶⁾, такъ и клиницисты послѣдняго времени: Jespersen ¹⁷⁾, Сyulitis ¹⁷⁾, проф. Чижь ⁴⁴⁾, Краффтъ-Эбингъ ⁴⁵⁾, Speyer ¹⁸⁾, Campbell ¹⁷⁾ и многіе другіе. Второе мнѣніе является болѣе господствующимъ и заключается въ томъ, что значительное большинство случаевъ общаго паралича стоитъ въ тѣсной связи съ зараженіемъ данныхъ лицъ сифилисомъ. Сторонниками этого мнѣнія, болѣе умѣреннаго, являются изъ прежнихъ авторовъ: Zambaco ¹⁷⁾ (1862), Wille ⁴⁶⁾ (1871), Erlenmeyer ¹⁷⁾, Fournier ¹⁷⁾ (1878—79), Obersteiner ¹⁷⁾ (1883), Rohmell ¹⁷⁾ (1884), Mendel ¹⁴⁾ (1885), Regis ³³⁾ (1890) и большинство изъ современныхъ клиницистовъ: профессора П. И. Ковалевскій ⁶⁾, Н. М. Поповъ ¹⁸⁾ и др.

Это мнѣніе находитъ себѣ подтвержденіе въ совершенно точныхъ данныхъ статистики, такъ Obersteiner опредѣляетъ сифилисъ при прогрессивномъ параличѣ въ 88,9% Rohmell могъ констатировать сифилисъ въ анамнезѣ у паралитиковъ въ 77,2%, Mendel — въ 85%, Regis 80—85%, проф. П. И. Ковалевскій — въ 86,7%.

Существуетъ наконецъ и другое крайнее мнѣніе, что сифилисъ не можетъ служить причиной прогрессивнаго паралича. Приверженцы этого мнѣнія совершенно отрицаютъ этиологическое значеніе сифилиса при прогрессивномъ параличѣ. Защитниковъ такого убѣжденія очень немного. Очень яркимъ защитникомъ этого мнѣнія былъ Magnan ⁶¹⁾, по мнѣнію котораго, самъ по себѣ сифилисъ не даетъ никакого умственнаго расстройства, а является только однимъ изъ импульсовъ, оочнчательно нарушающихъ умственное равновѣсіе и тѣмъ са-

мымъ способствующихъ человѣку, къ тому предрасположенному, подвергнуться душевному заболѣванію. Но въ 1894 году вышла, „о прогрессивномъ параличѣ“, книга Magnan et Sérigneux, въ которой Magnan рѣзко мѣняетъ свой взглядъ.

Въ 1890 г., на съѣздѣ французскихъ психіатровъ въ Руанѣ, Regnier ⁶⁾ заявилъ, что церебральный сифилисъ и общій параличъ не имѣютъ между собой ничего общаго; „сифилитическаго общаго паралича нѣтъ“.

Вопросъ объ отношеніи сифилиса къ общему параличу представляется настолько важнымъ и интереснымъ, что за послѣднее время появилось масса сочиненій, посвященныхъ разработкѣ этого вопроса, при этомъ было обращено вниманіе также и на то, не существуетъ ли какой нибудь разницы въ проявленіи общаго паралича, обязаннаго своимъ происхожденіемъ сифилису, и не имѣющаго ничего общаго съ сифилисомъ.

Изъ прежнихъ авторовъ на это послѣднее обстоятельство обращалъ вниманіе еще Wille ⁴⁶⁾, но болѣе точно и опредѣленно говоритъ объ этомъ Fournier ¹⁹⁾, который дѣлитъ случаи общаго паралича на три группы: обычный общій параличъ, развивающійся у несифилитиковъ, общій параличъ, развивающійся у сифилитиковъ и ложный общій параличъ. Такъ какъ первыя двѣ группы ничѣмъ не разнятся между собой, то онѣ соединяются въ одну группу и тогда случаи общаго паралича дѣлятся на два отличныхъ отдѣла: общій параличъ и сифилитическій псейдо-параличъ. Къ этому мнѣнію Fournier о раздѣленіи общаго паралича, на истинный параличъ и сифилитическій псейдопараличъ, присоединились Christian ⁶⁾, Voisin ¹³⁾, Sauret ⁴⁷⁾ и др.

Въ 1889 году ученики Fournier, Morel-Lavallée et Belhiers ⁶¹⁾ въ своемъ сочиненіи, на основаніи многочисленныхъ фактовъ и тщательнаго разсмотрѣнія литературныхъ данныхъ, поддерживаютъ цѣликомъ ученіе Fournier.

Charpantier ⁴⁸⁾ различаетъ двѣ формы паралича: конгестивную и токсическую. Ко второй формѣ онъ относитъ прогрессивный параличъ при сифилисѣ, пеллягрѣ, хроническомъ

алкоголизмъ, отравленіи свинцомъ, ртутью и т. д. Этотъ авторъ полагаетъ, что въ этихъ случаяхъ тотъ или другой ядъ, попадая въ организмъ, первично поражаетъ кѣтки мозговой корки.

Проф. Fürstner ⁴⁹⁾, принимая во вниманіе патолого-анатомическія данныя, клиническую картину болѣзни и даже терапевтическія послѣдствія отъ противосифилитическаго лѣченія, дѣлитъ всѣ случаи прогрессивнаго паралича на два отдѣла: случаи типическаго прогрессивнаго паралича и случаи атипическаго. Какъ въ той, такъ и въ другой клинической формѣ, несомнѣнно, преобладающее значеніе этиологическаго момента имѣетъ сифились.

О преобладающемъ значеніи сифилиса, какъ причины прогрессивнаго паралича, трактуютъ въ своихъ сочиненіяхъ слѣдующіе авторы: Bannister ⁶¹⁾, Trowbridge ⁶¹⁾, Oebeke ⁶²⁾, Bonnet ⁶¹⁾, Binswanger ⁶⁰⁾, Salgo ⁶¹⁾, Camuset ⁶¹⁾, Charpantier ⁴⁸⁾, Jacobson ⁶¹⁾, Campbell ⁶¹⁾, д-ръ Грейденбергъ ⁵⁰⁾, Sarbo, Serieux и Farnarier ¹⁹⁾, которые доказываютъ это довольно значительнымъ статистическимъ матеріаломъ. Проф. П. И. Ковалевскій ¹⁹⁾, въ своемъ второмъ и дополненномъ изданіи „Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ“ 1901 года, говоритъ на основаніи своихъ наблюденій; „въ огромномъ большинствѣ случаевъ прогрессивный параличъ является у сифилитиковъ. Сифились сочетается съ прогрессивнымъ параличемъ не только пріобрѣтенный, но и наследственный. Пріобрѣтенный обычно проявляется чрезъ 6—12 лѣтъ послѣ первичнаго заболѣванія и поражаетъ мужчинъ и женщинъ въ отношеніи 6:1. Наследственный сифились можетъ проявляться въ формѣ паралича, какъ въ молодомъ возрастѣ 8—18 лѣтъ, такъ и въ болѣе старшемъ 20—30 лѣтъ“. Такимъ образомъ въ настоящее время этотъ взглядъ на сифились, какъ на самую частую причину, вызывающую прогрессивный параличъ, пріобрѣтаетъ все болѣе и болѣе сторонниковъ и является господствующимъ.

Между причинами, обусловливающими и вызывающими прогрессивный параличъ, второе мѣсто отводятъ алкоголю. Алкоголь столь часто служитъ причиною прогрессивнаго паралича, что установлена особая форма псеудо-паралича. Разработкою этого вопроса много обязаны французскимъ психіатрамъ, особенно Magnan'у. Въ послѣднее время вопросъ этотъ дебатировался на сѣздѣ французскихъ психіатровъ въ Лионѣ ⁵¹⁾. Кромѣ того явился цѣлый рядъ работъ, при чемъ, одни изъ авторовъ приписываютъ алкоголю довольно серьезное значеніе, другіе, напротивъ, почти вовсе отрицаютъ его. Старые авторы, въ особенности французскіе, приписывали важное значеніе въ развитіи прогрессивнаго паралича злоупотребленію алкоголемъ. Подобное стремленіе замѣчается и у нѣкоторыхъ современныхъ клиницистовъ. Такъ Meilhorn ⁵²⁾ доказываетъ, что среди арабовъ до 1877 года почти не встрѣчалось прогрессивнаго паралича, съ тѣхъ поръ паралитики тамъ попадаются, хотя сравнительно рѣдко и увеличеніе ихъ числа идетъ рука объ руку съ усиленіемъ алкоголизма. Ziehen ²⁷⁾ отмѣчаетъ алкоголизмъ лишь въ 17% всего числа своихъ случаевъ. Jacobson ¹⁹⁾, Oebeke ¹⁹⁾ Peeters ¹⁸⁾ и многіе другіе, приписываютъ алкоголю довольно видную роль въ производствѣ паралича.

Затѣмъ описываютъ случаи развитія прогрессивнаго паралича на почвѣ целлагры, Baillarger ¹⁹⁾, Verga ¹⁹⁾, Lambroso ¹⁸⁾, Belmondo ¹⁸⁾ и др., подъ вліяніемъ окиси углерода (Musso), свинца (Vallon) ¹⁹⁾, на почвѣ артритическаго діатеза и туберкулеза (Klippell) ¹⁹⁾, отравленія табакомъ Kaes ¹⁹⁾, Angiolella ¹⁹⁾. Наконецъ, Berkley ¹⁹⁾ описываетъ случай урэмическаго псеудо-паралича.

Случаи происхожденія прогрессивнаго паралича на почвѣ травмы извѣстны уже давно. Особенно обстоятельно разработанъ этотъ вопросъ д-ромъ И. П. Лебедевымъ ⁵³⁾, затѣмъ Карлп'омъ ⁵⁴⁾. Д-ръ Грейденбергъ въ числѣ причинныхъ моментовъ общаго паралича находилъ травму въ 4,5%.

Въ связи съ развитіемъ ученія объ отравленіи организма ядами, получаемыми въ самомъ организмѣ, какъ продукты обмѣна веществъ (Bouchard⁵⁵), или образующимися въ немъ подъ вліяніемъ инфекцій, или поступающими извнѣ, постепенно вырабатывается новый взглядъ на сущность процесса, лежащаго въ основѣ прогрессивнаго паралича. Явленія аутоинтоксикаціи и интоксикаціи находятъ себѣ примѣненіе и при объясненіи патолого-анатомическаго процесса и клиническаго проявленія прогрессивнаго паралича.

Впервые этотъ взглядъ, ввидѣ довольно стройной теоріи токсическаго происхожденія прогрессивнаго паралича, проводитъ въ своей монографіи „Общій прогрессивный параличъ помѣшанных“ проф. П. И. Ковалевскій¹⁷) въ 1893 году. Такъ, установивши на основаніи взглядовъ всѣхъ изслѣдователей на сущность процесса при прогрессивномъ параличѣ то положеніе, что въ однихъ случаяхъ процессъ носитъ характеръ *encephalitis interstitialis*—въ другихъ же случаяхъ носитъ характеръ *encephalitis parenchimatosa*; въ томъ и другомъ случаѣ съ исходомъ въ атрофію мозга, проф. П. И. Ковалевскій говоритъ—„причину всѣхъ этихъ явленій мы должны искать въ отравленіяхъ организма, въ проникновеніи въ нервную систему тѣхъ или другихъ ядовъ, которые въ однихъ случаяхъ дѣйствуютъ преимущественно на элементы промежуточной ткани, а въ другихъ на нервные элементы“. Подтвержденіе своему мнѣнію проф. Ковалевскій находитъ для нѣкоторыхъ случаевъ во взглядахъ нейропатологовъ, внимательно изучавшихъ вопросъ о сущности даннаго пораженія, какъ то: Strümpell'я, Jendrassik'a, Gowers'a, Binswanger'a и многихъ другихъ, полагавшихъ, что въ случаяхъ разстройства нервной системы на почвѣ сифилиса, дѣйствуетъ пагубно на нервную ткань сифилитическій токсинъ. Всѣ случаи прогрессивнаго паралича въ зависимости отъ того причиннаго момента, лежащаго въ основѣ этого заболѣванія, проф. П. И. Ковалевскій объясняетъ явленіями аутоинтоксикаціи или интоксикаціи. Случаи прогрессивнаго паралича, развившіеся на почвѣ чрезмѣр-

ной и усиленной умственной дѣятельности и чрезмѣрнаго переутомленія, имѣють въ основѣ усиленную гиперемію мозга, которая изъ фізіологической превращается въ патологическую. Еще ранѣе и въ другомъ мѣстѣ проф. П. И. Ковалевскій⁽⁶⁵⁾ указываетъ, что непрерывная чрезмѣрная дѣятельность мозга ведетъ нервныя элементы къ самоотравленію и послѣдательной гибели.

Явленія аутоинтоксикаціи и интоксикаціи по отношенію къ прогрессивному параличу объясняются по теоріи проф. Ковалевскаго, слѣдующимъ образомъ: „Для правильной дѣятельности каждаго органа, даже для нервной клѣтки, помимо достаточной доставки матеріала требуются еще нѣкоторыя условія—это именно время для усвоенія и уподобленія этого матеріала и время для выведенія продуктовъ обратнаго метаморфоза, образовавшихся отъ дѣятельности данной клѣтки или ихъ группы. Если этого послѣдняго условія не будетъ, то клѣтка или клѣтки сначала замедляютъ свою дѣятельность, а затѣмъ и вовсе прекращаютъ её,—и по весьма естественной причинѣ. Работающей клѣткѣ, для правильнаго ея существованія, требуется подвозъ питательнаго матеріала и вынесене ненужнаго матеріала, уже потребленнаго и негоднаго. При усиленной мозговой дѣятельности обыкновенно притокъ питательнаго матеріала бываетъ достаточный,—за то освобожденіе клѣтки отъ потребленныхъ и негодныхъ частей бываетъ недостаточное за отсутствіемъ отдыха и невозможностью вполнѣ освободиться отъ нихъ. Слѣдствіемъ этого для данной клѣтки уронъ будетъ двоякій: количественный и качественный. Количественный потому, что эти продукты обратнаго метаморфоза, находясь въ ней, не позволяютъ войти въ клѣтку должному и достаточному количеству питательнаго матеріала и данная клѣтка или клѣтки будутъ претерпѣвать голоданіе,—качественный потому, что эти продукты обратнаго метаморфоза являются для клѣтки не только негодными, но и вредными, ядовитыми. Такимъ образомъ клѣтка создаетъ сама для себя неправильныя условія существованія, измѣненіе сво-

его состава, свое отравленіе, свою болѣзнь, а, при продолжительности существованія даннаго состоянія, и свою смерть. Такъ создается автоинтоксикація клѣтки и автоинтоксикація цѣлыхъ группъ клѣтокъ и нерѣдко ихъ тяжкая болѣзнь и даже смерть, путемъ ли бѣлковаго или жироваго перерожденія—это безразлично“.

„Но это только одна сторона автоинтоксикаціи клѣтокъ. При накопленіи ядовитыхъ веществъ въ клѣткахъ, онѣ легко могутъ диффундировать и внѣ клѣтки и вліять на окололежащія ткани: промежуточную ткань и сосуды. Подъ вліяніемъ этого дѣйствія токсиновъ нервныхъ клѣтокъ и нервныхъ волоконъ можетъ появиться усиленное раздраженіе сосудистыхъ стѣнокъ и всѣ тѣ видовизмѣненія, которыя наблюдаются въ нихъ въ первомъ періодѣ паралича,—а также и состояніе раздраженія и размноженія клѣтокъ нейроглии. Такимъ образомъ въ теченіе болѣе или менѣе долгаго времени, подъ вліяніемъ автоинтоксикаціи нервныхъ клѣтокъ могутъ наступить, какъ атрофическія измѣненія въ самихъ клѣткахъ, такъ и воспалительныя въ окололежащихъ тканяхъ подъ вліяніемъ диффузіи токсиновъ изъ нервныхъ клѣтокъ. Такъ дѣло обстоитъ въ то время, когда нервныя клѣтки еще не погибли,—и гораздо хуже, когда оболочка нервныхъ клѣтокъ погибаетъ и распадь клѣтки можетъ дѣйствовать на окололежащія ткани и свободнѣй и энергичнѣй. Тогда еще яснѣе выступаютъ на сцену и картина пораженія сосудовъ, и картина развитія интерстиціального воспаления и картина атрофіи нервной ткани“.

„Такъ можетъ создаться паренхиматозный и интерстиціальный энцефалитъ въ тѣхъ случаяхъ прогрессивнаго паралича, когда въ организмъ извнѣ ядь не заносится. И въ этихъ случаяхъ происходитъ отравленіе нервныхъ элементовъ,—но только ядомъ, вырабатываемымъ въ самихъ этихъ элементахъ, путемъ самоотравленія“.

„Считаю долгомъ добавить, что я никакъ не допускаю, чтобъ одна только чрезмѣрная работа, или чрезмѣрное

умственное напряженіе оказали такое разрушительное воздѣйствіе на нервныя элементы; обыкновенно такому состоянію предшествуютъ и сопутствуютъ и другія обстоятельства, дѣйствующія неблагопріятно на нервную систему,—это будутъ всевозможныя заболѣванія, половыя излишества, наслѣдственное неустойчивое состояніе нервной системы и т. п. Только при такомъ совмѣстномъ воздѣйствіи нѣсколькихъ вліяній можно допустить, что автоинтоксикація способна дать картину измѣненій, свойственныхъ прогрессивному параличу“.

„Припоминая причинныя моменты прогрессивнаго паралича, мы замѣчаемъ, что между ними весьма видное мѣсто занимаютъ отравленія, какъ: сифилитическимъ ядомъ, алко-големъ, окисью углерода, пеллягрознымъ ядовитымъ веществомъ, свинцомъ и т. д. Всѣ эти яды, проникая въ организмъ, естественно, будутъ энергичнѣе дѣйствовать на менѣе устойчивыя элементы, чѣмъ на болѣе устойчивыя, и въ этомъ отношеніи скорѣе на нервныя элементы, чѣмъ на нейроглию.

„Такимъ образомъ и съ этой точки зрѣнія возможность возникновенія царенхиматознаго энцефалита при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ вполне оправдывается, по крайней мѣрѣ, для нѣкоторыхъ случаевъ данной болѣзни“.

„Легче себѣ представить механизмъ и путь развитія патолого-анатомическихъ измѣненій при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, происходящемъ отъ отравленія ядами, заносимыми въ организмъ извнѣ. Мы знаемъ, что форма прогрессивнаго паралича въ этихъ случаяхъ бываетъ далеко не одинакова: разъ мы имѣемъ типическій параличъ, другой разъ—атипическій параличъ, еще иной разъ *dementia paralytica* и т. д. Такое разнообразіе клиническихъ картинъ можетъ объясняться, какъ различнымъ воздѣйствіемъ тѣхъ или другихъ ядовитыхъ веществъ на отдѣльныя части нервной ткани, такъ и сочетательнымъ воздѣйствіемъ нѣсколькихъ ядовъ и другими побочными и случайными условіями. На это обстоятельство обратилъ вниманіе уже Roscioli. По его мнѣнію въ однихъ случаяхъ при прогрессивномъ параличѣ мы

имѣемъ только дегенерацію нервныхъ элементовъ и, соотвѣтственно тому, клиническую картину слабоумія,—въ другихъ же случаяхъ имѣется дегенерація совмѣстно съ воспалительными явленіями,—тогда и форма паралича будетъ иная“.

„Мы же въ свою очередь скажемъ, что существуютъ ядовитыя вещества, которыя, при поступленіи въ организмъ, даютъ въ нервной системѣ одну патолого-анатомическую картину дегенераціи нервной ткани, а другія дегенерацію и ирритативный процессъ въ окололежащихъ тканяхъ. Мало того, существуютъ и такія вещества, что въ однихъ случаяхъ порождаютъ одинъ патологическій процессъ въ мозгу, а въ другихъ—другой. Нагляднымъ доказательствомъ тому служитъ алкоголь. По изслѣдованіямъ Magnan'a, алкоголь въ хроническихъ случаяхъ отравленія онымъ даетъ одинъ разъ склерозъ мозга, а другой разъ склерозъ онаго“.

„Разсматривая отдѣльные случаи прогрессивнаго паралича: типическаго, атипическаго и паралитическаго слабоумія—въ случаяхъ возникновенія ихъ подъ вліяніемъ интоксикаціи, мы должны допустить три случайности, что яды эти могутъ воздѣйствовать на нервную систему тройко: 1) производить преобладающую картину ирритативнаго процесса съ клиническимъ проявленіемъ ея въ формѣ типическаго паралича,—2) картину ирритативнаго процесса съ совмѣстными атрофическими и дегенеративными явленіями въ формѣ атипическихъ параличей и 3) картину дегенеративныхъ и атрофическихъ процессовъ въ формѣ деменціи. Такое отличіе процессовъ и клиническихъ картинъ можетъ обуславливаться, какъ особенностями ядовъ, такъ и особенностями людей. Сифилисъ, напр., склоненъ давать предпочтительно дегенераціи нервной ткани съ проявленіемъ ихъ въ формѣ деменціи и атипическаго паралича,—автоинтоксикаціи, напротивъ, предпочтительно даютъ ирритативный процессъ съ явленіями типическаго общаго паралича,—и алкоголь тѣ и другія формы, но во всѣхъ случаяхъ съ преобладаніемъ крайней раздражительности, возбужденія и страстности“.

„Ставши на такую точку зрѣнія о сущности измѣненной при прогрессивномъ параличѣ, принявши, что въ основѣ его происходятъ коренныя измѣненія нервной ткани, подъ вліяніемъ аутоинтоксикаціи и интоксикаціи, мы устраняемъ необходимость дѣленія его на два вида: параличъ отъ приливовъ крови и параличъ отъ отравленія. Мало того, изъ этого, по моему мнѣнію, выясняется и сущность отличительныхъ свойствъ отдѣльныхъ формъ прогрессивнаго паралича, въ зависимости отъ качествъ яда и отъ личныхъ качествъ человѣка, ибо не подлежитъ сомнѣнію, что люди образованные и развитые склонны давать предпочтительно картину типическаго паралича, тогда какъ простой людъ прямо направляется въ отдѣлъ паралическаго слабоумія“.

Этотъ же взглядъ на токсическое происхожденіе прогрессивнаго паралича былъ приведенъ проф. Ковалевскимъ въ слѣдующей работѣ, вышедшей въ 1894 году ⁵⁶⁾.

Такое воззрѣніе на прогрессивный параличъ за послѣднее время все чаще и чаще повторяется въ современной литературѣ. Такъ, Angiolella ¹⁸⁾ пришелъ къ выводу, что причины прогрессивнаго паралича могутъ быть различны: по существу это яды, находящіеся въ крови больныхъ. Вначалѣ они поражаютъ только стѣнки сосудовъ, а затѣмъ, какъ соединительнотканнные, такъ и паренхиматозные элементы и не только въ центральной нервной системѣ, но и въ другихъ внутреннихъ органахъ. Съ цѣлью представить фактическія доказательства такого взгляда, Angiolella изслѣдовалъ гистологически печень и почки 12 паралитиковъ и почти во всѣхъ случаяхъ встрѣтилъ одну и ту же картину: періартеритъ мелкихъ сосудовъ, воспалительные и регрессивные процессы въ соединительной ткани и въ паренхиматозныхъ элементахъ. Такъ какъ сосуды малаго калибра поражаются прежде всего, то авторъ и видитъ здѣсь непосредственное дѣйствіе яда, поражающаго ихъ на первомъ планѣ. Delmas ¹⁸⁾ высказалъ убѣжденіе, что сифилисъ является причиною прогрессивнаго паралича, вліяя токсинами на головной мозгъ. Kraepelin ⁵⁷⁾,

въ послѣднемъ изданіи своего руководства психіатріи, принимая во вниманіе разнообразіе симптомовъ, глубокой упадокъ общаго питанія, измѣнчивость теченія, особенность патолого-анатомическихъ процессовъ въ мозгу и другихъ органахъ, высказываетъ убѣжденіе, что прогрессивный параличъ вызывается ядами, природа которыхъ намъ пока неизвѣстна. Paris⁵⁸⁾ въ своей работѣ старается доказать, что прогрессивный параличъ есть результатъ интоксикацій и аутоинтоксикацій и клиническихъ картинъ его столько же, сколько этихъ ядовъ, которые могутъ различнымъ образомъ вступать между собой въ комбинаціи и давать различныя картины. Nascke⁵⁹⁾ приходитъ къ убѣжденію, на основаніи разсмотрѣнія различныхъ формъ и патолого-анатомическихъ данныхъ, что нѣтъ прогрессивнаго паралича, а есть прогрессивные параличи и псевдо-параличи и, что при этихъ страданіяхъ мы имѣемъ дѣло съ различными интоксикаціями и аутоинтоксикаціями, проявляющимися симптомами паралича.

При такомъ разнообразіи этиологическихъ моментовъ и разнородности патолого-анатомическихъ процессовъ, прогрессивный параличъ проявляется въ весьма различныхъ формахъ клинической картины.

Почти въ самомъ началѣ развитія ученія о прогрессивномъ параличѣ, еще Calmeil, какъ мы видѣли, подмѣтилъ разнообразіе психопатологическихъ картинъ этой болѣзни и указалъ, что болѣзнь можетъ отъ начала до конца протекать подъ видомъ нарастающаго слабоумія,—но также въ формѣ меланхолической подавленности, чаще всетаки въ видѣ маниакальнаго возбужденія съ бредомъ величія.

Далѣе стали наблюдать случаи, когда состоянія повышеннаго самочувствія поочередно смѣняются угнетеніемъ или ипохондрическимъ настроеніемъ и выдѣлилась циркулярная форма. Такимъ образомъ, почти всѣ современные клиницисты дѣлятъ прогрессивный параличъ по клинической картинѣ на нѣсколько видовъ, какъ-то: 1) типическую или маниакальную экспансивную форму, 2) меланхолическую, ипохондрическую

или депрессивную форму, 3) циркулярную и наконецъ, 4) простую дементную форму.

Но бываютъ случаи, которые не могутъ быть подведены ни подъ одну изъ этихъ формъ, а по основнымъ симптомамъ должны быть отвесены къ прогрессивному параличу.

Съ развитіемъ ученія объ этиологіи даннаго заболѣванія, патолого-анатомическихъ измѣненій, въ связи съ измѣненіемъ взгляда и на сущность процесса и разнообразіемъ клиническихъ картинъ, въ современныхъ руководствахъ стали, кромѣ того, дѣлить случаи прогрессивнаго паралича на два отдѣла: на случаи истиннаго паралича и на случаи ложнаго паралича.

Проф. П. И. Ковалевскій ¹⁷⁾, какъ Fürstner и Краффтъ-Эбингъ, даетъ названія этимъ отдѣламъ—истиннымъ параличамъ—типическій параличъ, а псевдо-параличамъ—атипическій параличъ. Сверхъ этихъ двухъ видовъ проф. П. И. Ковалевскій, согласно съ мнѣніемъ томскаго проф., М. Н. Попова ⁶³⁾, принимаетъ еще третій видъ,—первичное паралитическое слабоуміе.

Современные клиницисты, сталкиваясь съ столь разнообразнымъ проявленіемъ прогрессивнаго паралича, склонны считать въ настоящее время это названіе, какъ бы собирательнымъ, вмѣщающимъ въ себѣ нѣсколько отдѣльныхъ формъ душевнаго расстройства, имѣющихъ нѣкоторые общіе симптомы. Такое убѣжденіе очень часто повторяется въ современной литературѣ, какъ мы уже видѣли у Delmas, Paris, Naske и другихъ.

Такой взглядъ, особенно, яркое развитіе нашель себѣ въ монографіи Klippel'я ¹⁸⁾ „Sur les paralysies générales“, появившейся въ 1899 году. Этотъ авторъ старается доказать, что мало сходные по свосму характеру патологическіе процессы могутъ выражаться одной и той же клинической картиной, совершенно напоминающей прогрессивный параличъ. Онъ различаетъ три группы: „Первую составляетъ первичный воспалительный прогрессивный параличъ, въ основѣ котораго

лежитъ воспалительный процессъ, гдѣ диффузный склерозъ находится въ тѣсной зависимости отъ паренхиматознаго воспаления, которое является первичнымъ фактомъ. Клинически эта форма выражается прогрессивно идущимъ ослабленіемъ двигательной, чувствительной и психической сферы, не подчиняющимся опредѣленному закону. Бредъ, который развивается на почвѣ паралическаго слабоумія, зависитъ отъ расстройства сосудодвигательной иннервации. Ко второй группѣ Kliprel относятъ вторичныя формы, развивающіяся подъ вліяніемъ алкоголизма, атероматоза, глубокой дегенерациі, идиотизма и послѣ нѣкоторыхъ душевныхъ заболѣваній; при нихъ мы имѣемъ тотъ же патологическій субстратъ и тѣже симптомы. Въ третьей группѣ—дегенеративномъ прогрессивномъ параличѣ—мы совершенно не встрѣчаемъ воспалительныхъ измѣненій; ее составляютъ диффузные склеро-гуммозные процессы, хроническій туберкулезный менингитъ, атероматозъ въ области основанія мозга, хроническій алкоголизмъ и туберкулезъ. При первой группѣ основнымъ процессомъ является инфекция или аутоинтоксикація, этотъ процессъ, объясняющій лихорадочныя явленія и измѣнчивость развитія, возникаетъ на почвѣ предрасположенія, которое обусловлено или предшествовавшимъ „lues“омъ“, или вызвано психическими моментами. Въ основѣ дегенеративной формы лежитъ скорѣе всего аутоинтоксикація. Между первой и второй формами въ изобиліи встрѣчаются формы переходныя“.

Такимъ образомъ, такой взглядъ на значеніе аутоинтоксикаціи и интоксикаціи въ объясненіи сущности прогрессивнаго паралича пріобрѣтаетъ за послѣднее время все больше и больше сторонниковъ. Разнообразіе формъ клиническаго проявленія прогрессивнаго паралича, въ зависимости отъ различныхъ отравленій, играющихъ самую важную роль въ этиологии этой болѣзни, аналогія съ другими отравленіями, проявляющимися извѣстнымъ и только имъ свойственнымъ симптомокомплексомъ, какъ то алкоголемъ (*delirium tremens*), кокаиномъ и др., еще болѣе подтверждаютъ такое воззрѣніе на

прогрессивный параличъ. Къ сожалѣнію вопросъ этотъ еще мало разработанъ и возможны лишь одніе предположенія. Выясненіе этого вопроса, конечно можетъ быть достигнуто, путемъ точнаго наблюденія прогрессивнаго паралича, его отдѣльныхъ симптомовъ въ связи съ этиологическимъ моментомъ и патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ и химическимъ опредѣленіемъ самихъ ядовитыхъ веществъ. Что касается послѣдняго, то въ настоящее время, мы далеки еще отъ знанія тѣхъ ядовитыхъ началъ, которыя дѣйствуютъ въ организмѣ, вызывая картину прогрессивнаго паралича. Съ клинической же стороны и со стороны этиологии и патолого-анатомической картины, какъ мы видѣли при обзорѣ, сдѣлано уже многое. Авторы, описывающіе различныя формы прогрессивнаго паралича въ связи съ ихъ этиологическимъ моментомъ, вполне естественно, стараются установить зависимость опредѣленнаго клиническаго симптомокомплекса отъ причины заболѣванія, пытаются найти характерныя черты, по которымъ можно было бы объективно безъ знакомства съ анамнезомъ больного, умозаключить о причинѣ болѣзни. Но старанія и попытки изслѣдователей въ этомъ отношеніи, привели пока, только къ тому, что въ виду разнообразія клиническихъ формъ, они склонны считать прогрессивный параличъ понятіемъ сборнымъ, вмѣщающимъ въ себѣ нѣсколько отдѣльныхъ формъ душевнаго разстройства, имѣющихъ нѣкоторые общіе симптомы.

Изученіе отдѣльныхъ симптомовъ этой болѣзни, можетъ выяснитъ до нѣкоторой степени этотъ вопросъ. Однимъ изъ постоянныхъ симптомовъ прогрессивнаго паралича, является измѣненіе температуры тѣла при немъ. Между тѣмъ изслѣдованіе температуры тѣла при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, представляя много интересныхъ явленій, могущихъ пролить свѣтъ на сущность этой болѣзни, далеко еще не сдѣлано въ тѣхъ размѣрахъ и съ той послѣдовательностью, которыхъ требуетъ важность предмета. Вопросъ о температурѣ тѣла при прогрессивномъ параличѣ поднимался уже

давно и существуетъ масса изслѣдованій въ этомъ направленіи, но до сихъ поръ мнѣнія изслѣдователей, значительно расходятся между собой.

Въ особенности за послѣднее время появилось много работъ, касающихся температуры тѣла прогрессивныхъ паралитиковъ, совершенно несогласныхъ между собой по полученнымъ результатамъ. Разнорѣчія изслѣдователей по многимъ существеннымъ вопросамъ, касающимся вообще температуры при прогрессивномъ параличѣ, уже доказываютъ недостаточность сдѣланныхъ въ этомъ направленіи изслѣдованій; изслѣдованій же периферической температуры при этой болѣзни было сдѣлано очень и очень мало, а между тѣмъ эти изслѣдованія представляютъ также много интересныхъ явленій.

Въ виду важности вопроса о температурѣ при прогрессивномъ параличѣ и существующаго разнорѣчія въ мнѣніяхъ изслѣдователей, по предложенію многоуважаемаго профессора, Н. М. Попова, мною было произведено нѣсколько наблюдений и изслѣдованій температуры у больныхъ прогрессивнымъ параличемъ въ Казанской Окружной Лечебницѣ, которыя я и считаю позволительнымъ представить вниманію товарищей въ нижеслѣдующей работѣ.

Историческія данныя объ изслѣдованіи температуры при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ.

Въ 1857 году, еще въ то время, когда термометрія не играла никакой роли въ клиническихъ наблюденіяхъ, Wachsmuth¹⁾ производилъ измѣреніе температуры тѣла, въ числѣ прочихъ душевныхъ заболѣваній, и въ пяти случаяхъ паралическаго слабоумія. Этотъ авторъ, не производившій, впрочемъ, постоянныхъ правильныхъ наблюденій, а только въ видѣ 3—4 отрывочныхъ измѣреній, наблюдалъ у паралитиковъ незначительное повышеніе до $29,85^{\circ}\text{R}^{\circ}$ ($37,31^{\circ}\text{C}^{\circ}$)— $30,17^{\circ}\text{R}^{\circ}$ ($37,71^{\circ}\text{C}^{\circ}$) температуры, которое всегда совпадало при его наблюденіяхъ съ какимъ-либо соматическимъ заболѣваніемъ въ видѣ распадающагося пролежня, незначительнаго метеоризма.

Въ слѣдующемъ 1859 году L. Meyer²⁾, согласно съ взглядомъ Baule'я³⁾, разсматривавшаго параличъ помѣшанныхъ, какъ хроническій менингитъ, старался отыскать въ температурѣ этихъ больныхъ явленія, свойственныя хронически-воспалительнымъ заболѣваніямъ. Въ своихъ случаяхъ прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, L. Meyer, въ числѣ 18 наблюденій, находилъ болѣе или менѣе значительное повышеніе внутренней температуры, не смотря на отсутствіе какихъ бы то ни было осложнений со стороны внутреннихъ органовъ. Эти повышенія изрѣдка достигали до $30,4^{\circ}$ — $30,8^{\circ}\text{R}.$ ($38,5^{\circ}$ — 39°C) *in recto* и совпадали по времени съ возбужденнымъ состояніемъ, или съ приступами неистовства, тогда

какъ обыкновенная форма неистовства (*mania*), по мнѣнію Meyer'a, никогда не сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ, за исключеніемъ случаевъ съ различными физическими заболѣваніями. По утрамъ, обыкновенно, наблюдалась температура близкая къ нормѣ и немного даже ниже нормы, къ вечеру же наступало повышеніе; при этомъ совершенно не отмѣчалось той равномѣрности въ ходѣ температурной кривой, которая свойственна нормальнымъ людямъ. Дневныя колебанія температуры, по наблюденіямъ Meyer'a, были большею частію, весьма значительны и даже болѣе, чѣмъ въ хроническихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, достигая по временамъ до $2,5^{\circ}$. Кромѣ того этотъ авторъ дѣлаетъ указаніе, что въ періодѣ возбужденнаго состоянія паралитиковъ температура головы держится, большею частію, на нѣсколько десятыхъ градуса выше, по сравненію съ температурой *in recto*, чего не замѣчается при другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ. Всѣ эти термическія измѣненія въ теченіи прогрессивнаго паралича, Meyer объясняетъ существованіемъ воспалительнаго процесса въ центральномъ органѣ нервной системы и, подтверждая свои взгляды патолого-анатомическими вскрытіями, приходитъ къ заключенію, что прогрессивный параличъ помѣшанныхъ есть хронически-лихорадочная болѣзнь, сущность которой основывается, главнымъ образомъ, на хроническомъ менингитѣ. По его взгляду, всякое обостреніе хроническаго процесса въ оболочкахъ мозга должно всегда вызывать повышеніе температуры тѣла, сопровождаемое сильнымъ возбужденіемъ со стороны психической сферы.

Значительно позднѣе, въ 1866 году, Krafft Ebing⁴⁾, въ своей работѣ о дифференціальномъ діагнозѣ между *dementia paralytica* и другими родами помѣшательства, сопровождаемаго явленіями паралича, вполне подтверждая наблюденія Meyer'a, указываетъ, что въ теченіи прогрессивнаго паралича наступаютъ болѣе или менѣе значительныя повышенія температуры тѣла. Эти повышенія, по мнѣнію Krafft-Ebing'a, сопровождаются, обыкновенно, неистовымъ возбужденіемъ боль-

ныхъ и обусловливаются нейропаралитической гипереміей мозга и его оболочекъ и зависятъ отъ большаго или меньшаго пораженія вазомоторныхъ и теплорегулирующихъ центровъ. Поэтому онъ настоятельно рекомендуетъ измѣреніе температуры при прогрессивномъ параличѣ, какъ вѣрное діагностическое средство.

Въ томъ же 1866 году Werle⁵⁾, производя тщательныя наблюденія температуры тѣла при различныхъ формахъ помѣшательства, проявляющихся состояніемъ возбужденія, въ томъ числѣ и у прогрессивныхъ паралитиковъ, приходитъ къ слѣдующимъ результатамъ: между этими состояніями и температурой рѣшительно не существуетъ постояннаго соотношенія; при нихъ встрѣчаются повышенія и пониженія температуры, которыя скорѣе исключительно зависятъ отъ ненормальнаго психомоторнаго возбужденія. Такимъ образомъ, этотъ авторъ, въ противоположность предъидущимъ, повышение температуры приписываетъ скорѣе двигательному возбужденію, при какой бы формѣ душевнаго расстройства оно не проявлялось.

Въ 1867 году Wolff⁶⁾, между прочимъ, указываетъ, что при *dementia paralytica* обыкновенно, при маніи и *melancholia activa* нерѣдко, температура держится нѣсколько выше нормы, при прогрессивномъ же параличѣ иногда достигаетъ до $30,6^{\circ}\text{R}^{\circ}$ ($38,2^{\circ}\text{C}$) и болѣе, безъ осложненія припадками или другими какими либо заболѣваніями, свойственными хронической болѣзни мозга. Впрочемъ Wolff не приводитъ въ подробности своихъ наблюденій, а ограничивается только отрывочными измѣреніями температуры подъ мышкой при измѣненіяхъ пульса и констатированіемъ повышенной температуры безъ всякихъ измѣненій съ физической стороны. Кромѣ того, Wolff дѣлаетъ также указанія и относительно особенностей отношенія температуры помѣшанныхъ въ различное время дня. Такъ онъ говоритъ, что ходъ температуры душевно-больныхъ вообще часто бываетъ „атипичнымъ“. Самая высокая температура при *melancholia passiva* насту-

пасть или рано утромъ, или немного спустя послѣ полудня, при mania же и dementia paralytica эти повышенія, обыкновенно, наступаютъ въ первые часы вечера.

Westphal ⁷⁾ въ 1868 году сдѣлалъ значительныя возраженія противъ взгляда Meyer'a, относительно объясненія высокой температуры при параличѣ. Онъ, на основаніи собственныхъ наблюденій, заявляетъ, „что неистовое возбужденіе паралитиковъ, какъ таковое, не находится ни въ какой связи съ патологическими повышеніями температуры, что у нѣкоторыхъ больныхъ, совершенно независимо отъ возбужденія, наступаютъ значительныя колебанія температуры тѣла, отчасти съ особеннымъ періодическимъ типомъ“, часто состояніе возбужденія не вызываетъ повышенія температуры. При объясненіи этихъ колебаній температуры при прогрессивномъ параличѣ Westphal также не соглашается съ мнѣніемъ Meyer'a, который, какъ мы видѣли, полагаетъ, что причина повышенія температуры, сопровождаемаго сильнымъ возбужденіемъ, лежитъ въ обостреніи хроническаго процесса въ оболочкахъ мозга. Westphal, исходя изъ того общеизвѣстнаго положенія, что при общихъ тяжелыхъ явленіяхъ со стороны нервной системы, не только безъ всякаго воспалительнаго, но даже при отсутствіи видимаго мѣстнаго процесса, могутъ иногда появляться значительно высокія температуры, считалъ эти повышенія, какъ нервное проявленіе пораженія мозга. Повышенія же температуры, обнаруженныя Meyer'омъ, Westphal склоненъ объяснить другими хроническими, лихорадочными болѣзнями, скрытно протекающими, какъ-то: туберкулезомъ, абсцессомъ и др. Отдѣльные апоплектиформные и эпилептиформные припадки у прогрессивныхъ паралитиковъ, какъ и у эпилептиковъ, по наблюденіямъ Westphal'я, не вызываютъ повышенія температуры. Когда же наступаетъ цѣлый рядъ припадковъ, то повышение температуры, являющееся при нихъ, вызывается по мнѣнію Westphal'я, наступающими измѣненіями въ дыхательномъ аппаратѣ, въ видѣ пнеймоніи, которую онъ часто могъ констатировать при вскрытіяхъ. Изъ

9 случаевъ, которые онъ наблюдалъ, въ пяти, гдѣ припадки сопровождались повышеніемъ температуры, онъ находилъ при аутопсіи ясныя признаки пнеймоніи съ явленіями выраженнаго бронхита, ателектаза и отека легкихъ (набл. 1, 3, 4, 5 и 7), три раза наблюдалъ припадки, сопровождаемые повышеніемъ температуры и явленіями со стороны легкихъ (набл. 1, 3, 8), и въ одномъ случаѣ припадокъ безъ повышенія температуры и безъ всякихъ признаковъ со стороны легкихъ (набл. 1), одинъ разъ припадокъ не сопровождался повышеніемъ температуры и не было наблюдаемо никакихъ измѣненій со стороны легкихъ (набл. 1) и одинъ случай, гдѣ припадки, безъ особенно выраженныхъ судорогъ, сопровождались, наоборотъ, очень низкой температурой, при аутопсіи обнаружена двухсторонняя пнеймонія (набл. 9). На основаніи этихъ данныхъ Westphal утверждаетъ, что повышеніе температуры во время припадковъ, всегда вызывается наступающими измѣненіями со стороны дыхательнаго аппарата.

Clouston⁹⁾, въ томъ же году, сдѣлалъ сообщеніе о своихъ наблюденіяхъ, относящихся къ 305 больнымъ и пришелъ къ заключенію, что температура у душевно-больныхъ держится выше, чѣмъ у здоровыхъ людей. По его наблюденіямъ, самая высокая температура тѣла бываетъ у чахоточныхъ душевно-больныхъ, затѣмъ слѣдуетъ прогрессивный параличъ, острая манія, эпилепсія и другія душевныя болѣзни. Самая низкая, ниже, чѣмъ у здоровыхъ, температура держится при вторичномъ слабоуміи. Въ его случаяхъ состояніе возбужденія всегда сопровождалось болѣе значительнымъ повышеніемъ температуры, чѣмъ подавленное состояніе, или даже спокойное. Эпилептиформныя припадки при прогрессивномъ параличѣ всегда сопровождались болѣе высокой температурой, которая повышалась еще слѣдующій день и этимъ отличалась отъ эпилептическихъ припадковъ. Всѣ измѣренія температуры авторомъ были производимы подъ мышкой по сокращенному способу, при чемъ термометръ оставался подъ мышкой не болѣе 4-хъ минутъ, поэтому подобный способъ изслѣдованія температуры

подъ мышкой нѣсколько умалываетъ значеніе выводовъ, сдѣланныхъ хотя и на значительномъ матеріалѣ. Simon ⁹⁾, въ 1869 году, замѣчаетъ, что, производя большое количество измѣреній температуры при прогрессивномъ параличѣ, онъ, напротивъ, наблюдалъ значительныя пониженія температуры въ періодѣ безпокойства, въ спокойномъ же періодѣ повышенія температуры большею частію зависятъ отъ соматическаго заболѣванія въ видѣ erythema, decubitus, furunculus и другихъ осложненій. Такимъ образомъ, онъ, какъ Westphal, въ противоположность взгляду Meyer'a, не находилъ постояннаго соответствія между періодомъ возбужденія больныхъ и повышеніемъ внутренней температуры тѣла. Повышенія же температуры во время припадковъ, онъ объясняетъ, подобно Westphal'ю, быстро наступающими осложненіями со стороны легкихъ.

Hawkes ¹⁰⁾ въ 1872 году, производя измѣреніе температуры при различныхъ формахъ помѣшательства, въ томъ числѣ и при прогрессивномъ параличѣ, маіи, melancholia, imbecillitas, не находилъ рѣзкаго различія между ними относительно состоянія температуры тѣла.

Mickle ¹¹⁾ въ 1873 году, на основаніи своихъ наблюденій температуры въ 9 случаяхъ прогрессивнаго паралича, приходитъ къ тому заключенію, что приступы неистовства въ теченіи этой болѣзни всегда сопровождаются повышеніемъ температуры тѣла. Такимъ образомъ, онъ вполне подтверждаетъ наблюденія Meyer'a. Кромѣ того Mickle при своихъ наблюденіяхъ могъ констатировать, что иногда повышеніе температуры предшествуетъ за нѣсколько дней періоду сильнаго возбужденія и держится, большею частью, все время продолжительности возбужденнаго состоянія, послѣ же паденія температуры, обыкновенно, исчезаетъ и возбужденіе. Такое же повышеніе температуры онъ наблюдалъ и во время эпилептоидныхъ припадковъ. Напротивъ того, умѣренное возбужденіе и небольшіе судорожные припадки часто не сопровождаются никакимъ повышеніемъ температуры. Этотъ авторъ отмѣчаетъ

также, что иногда въ теченіи прогрессивнаго паралича наблюдаются болѣе или менѣе значительныя повышенія температуры безъ всякой видимой причины, какъ со стороны физической такъ и психической сферы. На основаніи своихъ наблюденій, Mickle указываетъ, что утреннія температуры въ теченіи прогрессивнаго паралича часто бываютъ выше вечернихъ (т. н. *typus inversus*). Въ быстро протекающихъ случаяхъ встрѣчаются очень высокія вечернія повышенія и вообще въ этихъ случаяхъ, какъ утреннія, такъ и вечернія температуры выше нормы, при отсутствіи какихъ-либо осложненій со стороны внутреннихъ органовъ.

Macleod ¹²⁾, въ 1874 году, у своихъ паралитиковъ могъ констатировать значительныя повышенія температуры сверхъ нормы. Въ первыхъ стадіяхъ развитія этой болѣзни, эти повышенія температуры проявляются только ненормально большими дневными колебаніями; позднѣе наступаютъ болѣе или менѣе значительныя повышенія температуры. Эти повышенія постепенно дѣлаются болѣе значительными вмѣстѣ съ дальнѣйшимъ теченіемъ болѣзни. У многихъ больныхъ наступаютъ настоящія лихорадочныя обостренія, которыя сопровождаются значительными повышеніями температуры. Въ общемъ, по его взгляду, можно при посредствѣ систематическаго измѣренія температуры вполне установить и выяснить болѣзненный процессъ—прогрессивный параличъ.

Magnan ¹³⁾, въ 1876 году, въ Біологическомъ обществѣ сообщилъ, что повышеніе температуры при прогрессивномъ параличѣ наблюдается и помимо апоплектиформныхъ и эпиплептиформныхъ припадковъ и что не только періодамъ маниакальнымъ можетъ соотвѣтствовать значительное повышеніе температуры, но даже наблюдается и при депрессивномъ состояніи съ ипохондрическими и меланхолическими идеями бреда и со ступоромъ. Изъ двухъ температурныхъ кривыхъ онъ выводитъ заключеніе, что лихорадка при общемъ параличѣ наступаетъ совершенно независимо отъ какого-либо соматическаго заболѣванія, но, исключительно, вслѣдствіе насту-

пающаго измѣненія въ нервныхъ центрахъ. Это онъ старался объяснить и патолого-анатомической картиной, такъ какъ онъ нашелъ при микроскопическомъ изслѣдованіи, кромѣ диффузнаго интерстиціального энцефалита, еще патолого-анатомическія измѣненія въ сосудахъ и ихъ периферіи, въ видѣ кровянаго трансудата и капиллярныхъ кровоизліяній.

Voisin¹⁴⁾, въ своей монографіи о прогрессивномъ параличѣ, вышедшей въ 1879 году, на основаніи изслѣдованій Parchappe'a, Calmeil'я и своихъ собственныхъ, считая процессъ, лежащій въ основѣ прогрессивнаго паралича, воспалительнаго характера, указываетъ на возможность по измѣненіямъ температуры опредѣлить діагнозъ болѣзни. При этомъ онъ приводитъ кривую температуры, измѣренной подъ мышкой въ продолженіи слишкомъ 4 мѣсяцевъ. На основаніи этой кривой онъ дѣлаетъ слѣдующія заключенія: 1) у больныхъ паралитиковъ температура тѣла обыкновенно ниже нормальнаго. 2) Каждые восемь дней изъ 15, температура поднимается выше нормальной средней. 3) Температура держится выше средней иногда только одинъ день, въ другихъ же случаяхъ въ теченіи многихъ дней. 4) Въ случаяхъ, когда жестокая лихорадка держится нѣсколько дней, то температура повышается болѣе къ вечеру, чѣмъ утромъ. 5) Какъ повышение температуры, такъ и паденіе ея наступаютъ внезапно. 6) Температура при поднятіи рѣдко, когда достигаетъ до 39°, большею частью колеблется между 37,8° и 38,6°. На основаніи этого Voisin прогрессивный параличъ принимаетъ, какъ хронически-лихорадочную болѣзнь, поэтому и всѣ повышенія температуры въ теченіи этой болѣзни считаетъ за проявленіе лихорадки, имѣющей въ своей основѣ воспалительный процессъ въ мозгу и его оболочкахъ.

На такія внезапныя повышенія внутренней температуры, на измѣненный типъ утренней и вечерней температуры въ теченіи прогрессивнаго паралича, а также на измѣненія температуры при апоплектиформныхъ и эпилептиформныхъ приступахъ, обращали вниманіе при своихъ изслѣдованіяхъ также

Burckhardt, Crichton - Browne, Regis, Ogle, Gauster и другіе. Но эти авторы только отчасти касаются температуры при прогрессивномъ параличѣ или дѣлаютъ общія указанія и выводы, относящіеся къ температурѣ при всѣхъ формахъ душевныхъ болѣзней.

Такъ, Burckhardt ¹⁵⁾ измѣрялъ температуру у 13 мужчинъ и 13 женщинъ, страдающихъ различными формами душевнаго разстройства, между которыми были только два паралитика, и констатировалъ различныя отступленія отъ нормы, которыя онъ дѣлитъ по свойству отступленія на 3 группы: 1) качественно и количественно равномерно измѣненный ходъ температуры, 2) качественно и количественно неравномерно измѣненный ходъ, 3) количественно измѣненный ходъ температуры съ совершенно неизмѣненнымъ или только изрѣдка измѣненнымъ типомъ дневныхъ колебаній. При этомъ онъ обращаетъ также вниманіе на частое уклоненіе дневныхъ колебаній температуры вообще у душевно-больныхъ. По его наблюденіямъ, утромъ наблюдается болѣе высокая температура, нежели вечеромъ (*typus inversus*), вообще температура у душевно-больныхъ держится долгое время ниже нормальной высоты и изрѣдко смѣняется значительными повышеніями.

Crichton Browne ¹⁶⁾ въ своемъ заключеніи относительно воспалительной природы прогрессивнаго паралича, основывается на томъ, что лихорадочная температура появляется очень рано, когда еще никакой атрофіи не находятъ.

Рр. Regis ¹⁷⁾, находилъ повышеніе температуры на 1° во время стадіа экзальтаціи прогрессивнаго паралича при пульсѣ 100 въ 1' и дыханіи 40 въ 1'. Въмѣстѣ съ прекращеніемъ возбужденія исчезали и эти явленія. Ogle ¹⁸⁾, хотя и находилъ вечернюю температуру прогрессивныхъ паралитиковъ постоянно повышенной и даже значительно, около 2°, но думалъ, что это не есть лихорадочное состояніе, такъ какъ утренняя температура держалась субнормально. На эту разницу между вечерней и утренней температурой обратилъ вниманіе Gauster ¹⁹⁾.

Кромѣ того нѣкоторые изъ авторовъ обращали вниманіе на измѣненіе температуры при судорожныхъ припадкахъ, часто наступающихъ въ теченіи прогрессивнаго паралича, и старались отмѣтить нѣкоторыя особенности ея измѣненій.

Такъ, Güntz ²⁰⁾, производя измѣреніе температуры во время судорожныхъ припадковъ, свойственныхъ различнымъ болѣзнямъ, въ томъ числѣ въ нѣсколькихъ случаяхъ прогрессивнаго паралича, ставя термометръ подъ мышку, слѣдилъ за постепеннымъ измѣненіемъ температуры, отмѣчая количество градусовъ чрезъ минуту, двѣ, три. При этомъ онъ нашелъ, что, если до припадковъ температура нормальна, то съ развитіемъ болѣе сильныхъ судорогъ наступаетъ постепенное повышеніе температуры, и чѣмъ сильнѣе и продолжительнѣе судороги, тѣмъ выше поднимается температура. Если температура до припадковъ была повышена въ зависимости отъ другихъ соматическихъ причинъ, то съ наступленіемъ судорогъ, она еще болѣе повышается. Эти повышенія температуры во время припадковъ, онъ ставитъ въ полную зависимость отъ сильныхъ судорожныхъ сокращеній, подтверждая опытами надъ животными со впрыскиваніемъ стрихнина.

Huppert ²¹⁾ въ своей статьѣ, между прочимъ, дѣлаетъ указаніе, что апоплектиформные и эпилептиформные припадки при прогрессивномъ параличѣ протекаютъ при повышенной температурѣ, въ то время, какъ припадки обыкновенной эпилепсіи не вызываютъ повышенія температуры. Низкія дневныя температуры во время припадковъ, наблюдаемыя Westphal'емъ, онъ старается объяснить тѣмъ, что имъ самимъ часто наблюдались во время ночи очень высокія температуры 39,2°—39,5, которыя днемъ понижаются до нормы или даже достигаютъ низкихъ цифръ.

Fürstner ²²⁾ проводитъ аналогію между повышеніемъ температуры при паралитическихъ инсультахъ и геморрагическомъ пахименингитѣ, при которыхъ оно есть постоянный симптомъ. Эти повышенія температуры при прогрессивномъ параличѣ, по мнѣнію автора, можно констатировать еще въ начальномъ

періодѣ, когда на лицо имѣется раздраженіе мозга. Въ скоропротекающихъ случаяхъ температура сплошь и рядомъ предъ смертью достигаетъ до 41° и болѣе, въ то время какъ въ затянувшихся случаяхъ, во время ремиссій, она падаетъ, при обостреніяхъ вновь поднимается. При объясненіи этихъ повышеній температуры, авторъ видитъ причину ихъ въ пораженіи центральной нервной системы.

V. Hanot²³⁾ производилъ измѣреніе температуры при апоплектиформныхъ и эпилептиформныхъ припадкахъ въ десяти случаяхъ прогрессивнаго паралича и находилъ всегда значительное повышеніе температуры вслѣдъ за припадкомъ. Послѣ окончанія судорожныхъ припадковъ на 3—5 день въ благопріятныхъ случаяхъ температура понижалась, въ случаяхъ же, ведущихъ къ летальному исходу, она продолжала подниматься до самой смерти. На основаніи своихъ наблюденій, онъ приходитъ къ заключенію, что возможно дифференцировать настоящій апоплексическій припадокъ отъ паралитического апоплектиформнаго припадка. Ссылаясь на наблюденія Charcot и Bourneville'я, находившихъ внутреннюю температуру въ первое время послѣ апоплексіи всегда пониженной (*abaissement initial*), которая только спустя нѣкоторое время начинаетъ подниматься (*periode stationaire et periode ascendante*), достигая наивысшей точки передъ самой смертью, авторъ никогда не наблюдалъ этого предварительнаго пониженія при апоплектиформныхъ и эпилептиформныхъ паралитическихъ припадкахъ.

Obersteiner²⁴⁾, на основаніи измѣненій температуры, проводитъ дифференціальную діагностику между апоплексіями, энцефалическими приступами, урэмическимъ приступомъ, эпилептическими припадками и судорожными припадками при прогрессивномъ параличѣ. Онъ находитъ, что при обыкновенномъ апоплексическомъ приступѣ, не кончающемся летально, можно констатировать, что послѣ приступа t° падаетъ ниже нормы; затѣмъ часовъ чрезъ 10, она опять поднимается, совершаетъ нѣсколько колебаній надъ нормальной высотой и,

наконецъ, остававливается на 39°C ., чтобы отсюда уже постепенно спускаться до нормального уровня. Если же апоплектической приступъ кончается летально, то замѣчаютъ, что температура уже во время самаго приступа быстро спускается до 35° — 34°C ., иногда же, наоборотъ, она падаетъ медленно, какъ въ случаяхъ съ благопріятнымъ исходомъ, но затѣмъ скоро начинаетъ повышаться снова и въ третьемъ стадіи своихъ колебаній быстро достигаетъ 40° — 41°C .. Энцефалитическіе приступы иногда весьма схожи съ апоплексіями. Но въ обыкновенныхъ случаяхъ легко замѣтить, что въ начальномъ стадіи болѣзни, температура вовсе не понижается или же падаетъ очень незначительно: далѣе, что колебанія температуры, во время втораго стадія, выражены гораздо рѣзче, чѣмъ въ этомъ же періодѣ при апоплексіи, наконецъ, что въ третьемъ стадіи повышение температуры надъ нормальнымъ уровнемъ не столь значительно, какъ въ этомъ же стадіи при апоплексіи. Всѣ эти признаки даютъ намъ возможность думать о томъ, что въ данномъ случаѣ, мы имѣемъ дѣло не съ мозговой геморрагіей, а съ энцефалитическимъ приступомъ. При обыкновенномъ урэмическомъ приступѣ, кончающимся летально, температура часто уже въ началѣ болѣзни быстро понижается до 35° — 36°C .. Въ случаяхъ урэмии съ благопріятнымъ исходомъ паденіе температуры въ этомъ періодѣ не такъ быстро и не такъ значительно. Послѣ паденія температура начинаетъ опять повышаться, постепенно достигаетъ до 39°C ., въ слѣдующіе затѣмъ дни колеблется между 37° — 38°C ., послѣ чего снова падаетъ и на этой высотѣ уже остается неподвижной. При чисто урэмическихъ приступахъ повышение температуры во время болѣзни обыкновенно не наблюдается вовсе; только уже во время агоніи замѣчается быстрое повышение температуры до 40°C .. и даже выше этого уровня. Эпилептические приступы характеризуются отсутствіемъ первоначальнаго паденія температуры и также, тѣмъ, что вскорѣ наступаетъ незначительное ея повышение, продолжающееся, впрочемъ, недолго. Приступы *dementiae*

paralyticae, обыкновенно появляющіеся въ видѣ апоплектическихъ или эпилептическихъ припадковъ, представляютъ много характеристическаго относительно температуры больного; послѣ каждаго приступа t° всегда повышается на $1-1\frac{1}{2}^{\circ}\text{C}$., стоитъ на этой высотѣ весьма недолго и затѣмъ понижается до нормы. Обыкновенно бываетъ такъ: приступъ начинается съ температурой въ $39,4^{\circ}$, послѣ него температура доходитъ до 40°C . и затѣмъ быстро опять падаетъ, спускаясь уже до $37,4^{\circ}\text{C}$. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вскорѣ происходитъ значительное пониженіе температуры, тамъ можно предсказывать благоприятное теченіе болѣзни; тамъ же, гдѣ мы находимъ въ началѣ быстрое повышеніе температуры, въ слѣдующіе затѣмъ дни, значительное ея пониженіе, а на 4—5 день опять быстрое ея повышеніе до 42°C ., тамъ предсказаніе дурно. Надо еще имѣть въ виду, что всегда въ послѣдніе два дня предъ приступомъ температура ниже нормальнаго уровня, слѣдовательно приступъ можно предвидѣть и устранить своевременнымъ приемомъ надлежащей дозы хлорала.

Болѣе продолжительныя изслѣдованія температуры при прогрессивномъ параличѣ, основанныя на многочисленныхъ наблюденіяхъ, были произведены въ 1880 году Kröemer'омъ и Reinhard'омъ, независимо одинъ отъ другаго.

Kröemer²⁵⁾, основываясь на результатахъ опытовъ Landois и Eulenburg'a, Hitzig'a, Rippling'a и другихъ, всѣ измѣненія температуры при прогрессивномъ параличѣ приводитъ въ прямую зависимость отъ вліянія центральной нервной системы. Этотъ авторъ, на основаніи своихъ наблюденій температуры подѣ мышкой у 35 паралитиковъ, приходитъ къ заключенію, что общая температура при паралитическомъ помѣшательствѣ вообще держится ниже, чѣмъ у здоровыхъ людей; сообразно тому, какъ процессъ въ мозгу можетъ представлять въ теченіи болѣзни болѣе или менѣе продолжительныя ремиссіи и даже полныя пріостановки, такъ температура можетъ подниматься до нормальной высоты. Повышеніе температуры сверхъ нормы въ теченіи прогрессивнаго паралича

Крöемер всегда объясняетъ различными осложненіями, со стороны физическихъ измѣненій, соматическими расстройствами, въ видѣ фурункула, діарреи и другихъ, двигательными расстройствами, въ видѣ судорожныхъ припадковъ, часто осложняющихъ эту болѣзнь; со стороны психической, состояніями возбужденія, связанными съ временными обостреніями въ теченіи двигательныхъ и психическихъ расстройствъ. По клинической картинѣ, Крöемер раздѣляетъ своихъ больныхъ паралитиковъ на три группы: къ первой группѣ относятся больные, у которыхъ состояніе возбужденія съ повышеннымъ самочувствіемъ выступаетъ на первый планъ—маніакальныя формы; во вторую группу входятъ больные, у которыхъ настроеніе было меланхолическое—ипохондрическое,—формы меланхолическія—ипохондрическія,—и наконецъ въ третью группу, авторъ относитъ тѣхъ больныхъ, которые жили тихо, были нечувствительны къ окружающему и находились въ состояніи глубокаго слабоумія—формы съ пассивнымъ слабоуміемъ.—Сообразно съ этимъ дѣленіемъ, онъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: при маніакальныхъ формахъ, по причинѣ большаго производства тепла, благодаря постоянному движенію, температура держится болѣе высоко, достигала высокихъ точекъ, при чемъ круто поднималась и также круто опускалась, и суточные колебанія, смотря по состоянію истощенія, достигали очень низкихъ температуръ. При меланхолическихъ—ипохондрическихъ формахъ температура держится очень низко, ниже нормы, подъемъ и паденіе коротки и суточная разница незначительна. При слабоумныхъ формахъ, кромѣ поднятія температуры, соотвѣтственно всеобщему волнообразному ходу, никакихъ абсолютно высокихъ или низкихъ температуръ нельзя было замѣтить, температура въ общемъ опускалась постепенно, соотвѣтственно общему состоянію съ незначительными суточными колебаніями и смерть наступала при очень низкихъ температурахъ. Такими общими свойствами, по мнѣнію автора, соотвѣтственно различнымъ клиническимъ формамъ паралича, обладаютъ кривыя темпе-

ратуры, которыя къ сожалѣнію не приведены въ работѣ автора. Помимо этихъ общихъ свойствъ температуры при различныхъ формахъ въ теченіи прогрессивнаго паралича, случаются, по наблюденіямъ Кгёмерга, частыя уклоненія температуры отъ общаго хода, вызванныя различными осложненіями съ физической стороны. Такъ изъ его наблюденій видно, что температура повышалась до $37,5^{\circ}$ — 38° , въ зависимости отъ различныхъ соматическихъ осложненій, въ видѣ фурункула, пролежня, діарреи и другихъ заболѣваній; эпилептиформные и апоплектиформные припадки вызывали поднятіе температуры до 38° — $38,5^{\circ}$, смотря по силѣ припадка. Передъ припадкомъ низкая температура падала еще ниже (34° — $34,5^{\circ}$), съ наступленіемъ судорогъ поднималась сразу, достигая высокихъ цифръ. Если припадокъ прекращался, то и температура опускалась и при паденіи достигала очень низкихъ температуръ 35° , $35,3$. (набл. X—XIII). Если же припадокъ продолжался долѣе, то и температура продолжала подниматься и въ случаяхъ со смертельнымъ исходомъ достигала до 39° ,— 40° и болѣе (набл. I—IV—V). Кромѣ того состоянія психическаго возбужденія, сопровождаемыя постояннымъ движеніемъ больныхъ, также вызывало повышеніе температуры до 38° — $38,6^{\circ}$ и даже до 40° . Послѣ такихъ возбужденій, когда больной становился спокойнѣе, температура также падала ниже нормы и достигала крайне низкихъ температуръ $34,5^{\circ}$ — 35° и постепенно чрезъ нѣсколько дней достигала нормы. Иногда же температура падала еще ниже $32,3^{\circ}$ — $31,5^{\circ}$, наступали явленія коллапса (набл. XIV). Изъ 35 наблюденій, авторомъ въ 15 случаяхъ, были произведены патолого - анатомическія изслѣдованія. Авторъ, на основаніи собственныхъ наблюденій температуры у паралитиковъ, не можетъ сдѣлать абсолютнаго заключенія и утверждать, что возможно на основаніи полныхъ температурныхъ кривыхъ отличить одного страдающаго параличемъ отъ другаго или даже поставить діагнозъ болѣзни, но отмѣчаетъ слѣдующія свойства и признаки температуры въ теченіи про-

грессивнаго паралича: 1) Общая температура паралитиковъ, обыкновенно, сплошь и рядомъ, бываетъ ниже, чѣмъ у здоровыхъ людей. 2) Температурная кривая имѣетъ извѣстный волнообразный видъ, при этомъ болѣе длинныя волны съ небольшими суточными колебаніями и большая правильность соотвѣтствуютъ большому психическому покою и однообразному состоянію. Онѣ наблюдаются при меланхолической, табетической и слабоумной формахъ паралича. Болѣе короткія волны съ большими суточными колебаніями, наблюдаются при паралитическихъ инсультахъ, а также во время выраженныхъ паралитическихъ эпилептиформныхъ припадковъ или состояній временнаго обостренія психическаго и двигательнаго возбужденія, какъ бы клинически они не проявлялись. 3) Въ послѣднемъ періодѣ паралича наблюдаются болѣе значительныя колебанія температуры съ большей суточной разницей, соотвѣтствуя явленіямъ наступающихъ общихъ параличей. 4) Паралитическіе инсульты сопровождаются постоянно повышеніемъ температуры и тѣмъ она выше, чѣмъ интенсивнѣе выражены судороги при инсультѣ. Обыкновенно температура въ началѣ низкая и опускается въ первыя минуты послѣ инсульта еще ниже, смотря по тому, насколько сильно раздраженіе мозга, вызвавшее судороги. 6) У тѣхъ паралитиковъ, у которыхъ явленія паралича очень сильно выражены, общая температура болѣе высока, чѣмъ у тѣхъ паралитиковъ, у которыхъ благодаря параличу сосудовъ уже наступили застои въ кровеносной системѣ.

Reinhard ²⁶⁾ производилъ измѣреніе температуры въ 15 случаяхъ прогрессивнаго паралича. При своихъ наблюденіяхъ авторъ приводитъ довольно подробную исторію болѣзни, дополненную въ семи случаяхъ протоколами патолого-анатомическаго вскрытія. Температурныя данныя приведены въ видѣ таблицъ. Измѣренія общей температуры подъ мышкой, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, производились нѣ продолженіи отъ 4-хъ недѣльнаго срока до 3—5 мѣсяцевъ, за немногими исключеніями три раза въ сутки: утромъ отъ 6 до 8 часовъ,

въ полдень отъ 12 до 2 часовъ и вечеромъ отъ 6 до 8 часовъ. Термометры каждый разъ провѣрялись по нормальному термометру и держались подъ мышкой отъ 10 до 15 минутъ. За норму авторомъ приняты цифры Vāgensprung'a: утромъ отъ 7 до 8 часовъ— $37,36^{\circ}$, въ полдень отъ 1 ч. до 2 часовъ— $36,85^{\circ}$ и вечеромъ отъ 6—8 часовъ— $37,43^{\circ}$, средняя температура— $37,15^{\circ}$. Кромѣ наблюденія общей температуры подъ мышкой, Reinhard измѣрялъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ температуру подъ обѣими мышками одновременно и опредѣлялъ разницу температуръ той и другой стороны, а также измѣрялъ температуру головы, помѣщая термометръ между сосцевиднымъ отросткомъ и мочкой уха.

При измѣреніи общей температуры подъ мышкой, Reinhard наблюдалъ, что послѣдняя представляетъ, сплошь и рядомъ, внезапно появляющіеся, и продолжающіеся отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней повышенія, достигающія обыкновенно до $38,5^{\circ}$, изрѣдка до 40° и даже 41° , довольно правильнаго интермиттирующаго типа. Эти повышенія, при отсутствіи какихъ-либо заболѣваній въ соматической сферѣ, сопровождалось часто состояніями психо-моторнаго возбужденія, обусловливались апоплектиформными и эпилептиформными припадками, сопутствуемы были явленіями пораженія центральной нервной системы, въ видѣ, болѣе или менѣе, продолжительныхъ частичныхъ или половинныхъ парезовъ и спазмодическихъ контрактуръ, явленій раздраженія въ сосудодвигательной сферѣ: полный, скорый пульсъ, усиленный потъ и т. п.

Повышеніе температуры часто предшествовало психо-моторному возбужденію и апоплектиформнымъ и эпилептиформнымъ припадкамъ за нѣсколько часовъ или за сутки, изрѣдка повышеніе температуры наступало вмѣстѣ съ припадками. Иногда же повышеніе температуры, но менѣе значительное до $37,6^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$, вовсе не сопровождалось состояніемъ возбужденія или другими припадками. На ряду съ значительными повышеніями температуры, Reinhard отмѣчаетъ

также въ періодъ болѣе спокойнаго состоянія незначительныя паденія температуры ниже нормы, обыкновенно, колеблющіяся между 35° и 36° . Въ общемъ, по наблюденіямъ Reinhard'a, температура при прогрессивномъ параличѣ представляетъ значительныя суточные колебанія, достигающія до 3° , обыкновенно, съ вечерними повышеніями. Что касается разницы температуры обѣихъ половинъ тѣла, то въ этомъ отношеніи авторъ пришелъ къ результату, что температура, обыкновенно, бываетъ повышена на той сторонѣ тѣла, которая служитъ мѣстомъ двигательныхъ разстройствъ, будутъ ли то полныя или неполныя, распространенныя или ограниченныя параличи, контрактуры и спазмы. При этомъ, чѣмъ сильнѣе выражены эти двигательныя разстройства, тѣмъ разница температуръ той и другой стороны будетъ больше, достигая по временамъ до $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ до 1° .

Наблюденія мѣстной температуры головы, измѣренной въ области *processus mastoideus*, дали автору слѣдующіе результаты: температура головы у паралитиковъ бываетъ не только выше таковой же у здороваго человѣка, но часто превышаетъ общую температуру больныхъ, измѣренную *in axilla*, на 1° , или даже $1,5^{\circ}$. Такія повышенія температуры головы совпадали всегда съ рѣзко выраженными судорожными припадками, состояніями возбужденія и вообще съ явленіями, указывающими на раздраженіе мозга.

При рѣшеніи вопроса, обусловливаются ли всѣ найденныя у паралитиковъ измѣненія температуры самимъ болѣзненнымъ процессомъ въ мозгу, или же онѣ явленія случайныя, зависящія отъ другихъ болѣзненныхъ осложненій, въ особенности со стороны легкихъ, какъ это полагаютъ Westphal и Simon, Reinhard, основываясь отчасти на результатахъ собственныхъ наблюденій и сопоставляя, наблюдавшіеся имъ, факты, приходитъ къ заключенію, что причина вышеописанныхъ измѣненій температуры лежитъ въ страданіи центральнаго органа нервной системы, признаетъ прогрессивный параличъ хронически лихорадочною болѣзною. По своему типу

лихорадочныя движенія, свойственныя прогрессивному параличу, какъ таковому, больше всего напоминаютъ, по мнѣнію автора, общеизвѣстную гектическую лихорадку, отличаясь отъ нея большею неправильностью и существованіемъ безлихорадочныхъ періодовъ. При этомъ, наблюдаемая повседневно у паралитиковъ, колебанія общей температуры тѣла Reinhard ставитъ въ непосредственную связь съ дегенеративнымъ мозговымъ процессомъ, вліяющимъ на общій метаморфозъ, рѣзкія же и внезапныя колебанія мѣстной и общей t^0 , сопровождаемыя вышеописанными явленіями со стороны мозга, объясняетъ разстройствами въ вазомоторной сферѣ. Такъ, наблюдаемое повышеніе температуры головы, Reinhard объясняетъ вліяніемъ раздраженія въ центральномъ органѣ нервной системы, дѣйствующаго ослабляющимъ образомъ на тонусъ сосудовъ головы, вслѣдствіе чего долженъ происходить усиленный притокъ крови къ мозгу.

На основаніи своихъ наблюденій температуры при апоплектиформныхъ и эпилептиформныхъ приступахъ, Reinhard дѣлаетъ значительное возраженіе взгляду Westphal'я и Simon'a, объяснявшихъ повышеніе температуры при этихъ приступахъ осложнениями со стороны внутреннихъ органовъ, главнымъ образомъ легкихъ, чего Reinhard въ своихъ случаяхъ никогда не наблюдалъ.

Для того, чтобы выяснитъ практическое значеніе, полученныхъ имъ, результатовъ, авторъ производилъ также измѣренія температуры на другихъ больныхъ и убѣдился, что, даже во время приступовъ неистовства при мавіи и приступовъ буйства при нѣкоторыхъ формахъ меланхолии, не наблюдается ни повышенной температуры, ни измѣненія въ обыкновенномъ отношеніи температуры головы къ общей температурѣ in axilla. При неизлѣчимыхъ формахъ душевнаго разстройства, напр. при слабоуміи, не представляющемъ я слѣдовъ паралича, авторъ никогда не наблюдалъ лихорадочной температуры. При другихъ формахъ душевнаго разстройства, какъ-то: dementia senilis, эпилептическомъ душевномъ забо-

лѣваніи, хотя изрѣдка, авторъ наблюдалъ лихорадочныя движенія, но температура головы никогда не превышала температуры тѣла.

Въ заключеніи статьи, авторъ указываетъ на практическій интересъ, полученныхъ имъ, результатовъ, по отношенію къ діагнозу, прогнозу и терапіи прогрессивнаго паралича, при чемъ считаетъ термометрію положительно необходимымъ и драгоценнымъ средствомъ для констатированія самаго начального стадія болѣзни, зачастую протекающаго, въ виду отсутствія параличныхъ симптомовъ, подъ названіемъ неврастенія, нервнаго раздраженія и т. п. Особенно важное значеніе въ діагностическомъ отношеніи, онъ приписываетъ болѣе высокимъ цифрамъ температуры головы, сравнительно съ температурой подмышечной впадины, необыкновенно большимъ суточнымъ колебаніямъ общей температуры тѣла и лихорадочнымъ движеніямъ безъ всякихъ осложненій со стороны внутреннихъ органовъ.

Mendel²⁷⁾, въ своей монографіи о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, вышедшей въ томъ же 1880 году, тоже касается температуры при этой болѣзни, подтверждая свои выводы собственными наблюденіями. Авторъ наблюдалъ въ большомъ количествѣ случаевъ, какъ въ началѣ, такъ и въ дальнѣйшемъ теченіи паралича, до самаго послѣдняго стадія, нормальную температуру. Если сравнивать, по мнѣнію автора, температуру паралитиковъ, находящихся въ первомъ спокойномъ, меланхолическомъ или ипохондрическомъ, стадіи, съ температурой меланхоликовъ, у которыхъ бывають совершенно одинаковыя состоянія, то есть, они мало двигаются, ничего не дѣлають, мало ѣдятъ, то можно найти, что у послѣднихъ имѣется субнормальная температура и она вполне соотвѣтствуетъ ихъ внѣшнему состоянію, благодаря которому происходитъ недостаточный обмѣнъ веществъ и недостаточная мускульная работа. Эту температуру у паралитиковъ нужно считать за нормальную температуру, которая можетъ патологически повышаться. Нерѣдко авторъ могъ наблюдать, что

температура въ прямой кишкѣ вмѣсто $37,6^{\circ}$ — 38° , опускалась и держалась между $36,8^{\circ}$ — $37,4$ безъ всякихъ измѣненій со стороны тѣла, въ особенности часто въ позднѣйшемъ дементномъ стадіи. Такимъ образомъ, на основаніи собственныхъ наблюденій, Mendel полагаетъ, что температура у паралитиковъ въ спокойномъ состояніи или нормальна, но её можно разсматривать, какъ патологически повышенную, или она умѣренно субнормальна и соотвѣтствуетъ внѣшнему состоянію, но тогда нельзя её разсматривать, какъ обусловленную болѣзью мозга.

Относительно повышенія температуры во время состоянія возбужденія, наблюдаемаго другими изслѣдователями, Mendel говоритъ, что онъ находилъ въ однихъ случаяхъ возбужденія нормальную температуру и также субнормальную температуру; такъ въ одномъ случаѣ, гдѣ измѣреніе было произведено въ продолженіе недѣли, при возбужденіи температура была между $36,8^{\circ}$ и $37,3^{\circ}$ въ подмышкѣ; въ большинствѣ же случаевъ повышеніе температуры наступало вмѣстѣ съ возбужденіемъ, при этомъ эти повышенія были такъ незначительны, что не находились ни въ какой связи съ заболѣваніемъ мозга, а скорѣе зависѣли отъ самаго движенія, которое можетъ вызывать увеличеніе мускульной работы въ противоположность прежнему пассивному состоянію. Mendel наблюдалъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ, что утренняя температура превышаетъ вечернюю, разница эта достигала до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$, которая еще болѣе увеличивалась съ повышеніемъ температуры въ случаяхъ осложненій острыми перемежающимися заболѣваніями. Кромѣ того совершенно внезапныя, значительныя повышенія температуры, доходящія нерѣдко до 40° , Mendel объясняетъ всегда какимъ-либо соматическимъ заболѣваніемъ, которое, какъ у маленькихъ дѣтей, можетъ быть совершенно ничтожно, въ видѣ фурункула, діарреи, или даже выхаркнутой гнойной мокроты. Среди своихъ случаевъ Mendel указываетъ также на нѣсколько случаевъ съ очень низкими температурами; такъ, онъ отмѣчаетъ, что въ

одномъ случаѣ самая низкая температура была $29,5^{\circ}$ за сутки до смертельнаго исхода. Относительно состоянія температуры во время апоплектиформныхъ и epileptiformныхъ припадковъ Mendel, на основаніи собственныхъ наблюденій, находить, что повышеніе температуры не есть постоянный спутникъ этихъ припадковъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ апоплектиформныхъ и epileptiformныхъ припадковъ онъ наблюдалъ нормальную температуру in recto, но зато температура, измѣренная въ ухѣ, превышала температуру in recto на $0,1^{\circ}$ — $0,2^{\circ}$, когда же припадки очень продолжительны и интенсивны, то наступало незначительное повышеніе, температура же въ ухѣ еще болѣе повышалась и всегда превышала внутреннюю температуру. Далѣе, въ большинствѣ случаевъ, если температура при усиленіи судорогъ продолжала подниматься и достигала до 40° — 41° , то это обстоятельство указывало на смертельный исходъ. На основаніи своихъ изслѣдованій, Mendel приходитъ къ заключенію, что интерстиціальнѣй энцефалитъ, лежащій въ основѣ прогрессивнаго паралича, не можетъ вызывать лихорадочныхъ явленій; повышеніе же температуры нужно приписать прежде всего соматическимъ заболѣваніямъ, въ рѣдкихъ случаяхъ оно зависитъ отъ остраго и распространеннаго менингитическаго процесса, въ иныхъ случаяхъ, какъ напр., при паралитическихъ припадкахъ, отчасти вліяютъ и термическіе центры.

Riva⁵⁴⁾, на основаніи своихъ наблюденій, сообщенныхъ на конгрессѣ въ Reggio въ 1880 году, пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ:

1) Съ развитіемъ типическаго прогрессивнаго паралича повышеніе температуры обязательно.

2) Самое значительное повышеніе, во всякомъ случаѣ, умѣренное; ходъ температурной кривой неравномѣрный и повышенія температуры не имѣютъ типическаго характера.

3) Степень повышенія температуры находится въ прямой связи съ общими условіями организма.

4) При другихъ формахъ общаго паралича, какъ самостоятельныхъ, такъ и вторичныхъ, температура и ея колебанія находятся въ тѣсной связи съ состояніемъ питанія индивидуума, съ его психическимъ состояніемъ, съ наступленіемъ апоплектиформныхъ и эпилептиформныхъ припадковъ.

5) Церебральная термометрія доказываетъ, что температура пораженнаго органа въ состояніи воспаленія можетъ превосходить общую температуру.

6) Повышеніе температуры при прогрессивномъ параличѣ исключительно зависитъ отъ менинго-энцефалическаго процесса.

Въ 1881 году, проф. В. М. Бехтеревъ ²⁸⁾ въ своей диссертаци, между другими формами душевнаго расстройства, приводитъ кривую температуры *in recto* въ одномъ случаѣ прогрессивнаго паралича, измѣряемой въ продолженіи 4 $\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ. Въ періодъ спокойнаго, благодушнаго настроенія духа больнаго температура его держится около 37°С, при наступленіи же сильнаго безпокойства замѣчается, послѣ нѣкотораго паденія температуры до 36,6°, быстрое поднятіе ея до 37,8°—38°, затѣмъ ко времени успокоенія температура понижается до 36,5° и только чрезъ двѣ недѣли снова устанавливается на 37°, съ колебаніями отъ 36,7° до 37,4°. При наступленіи апоплектиформныхъ припадковъ, температура вновь начинаетъ подниматься. Передъ припадками за 5—6 дней при сильномъ психическомъ возбужденіи, внутренняя температура больнаго, послѣ сильнаго колебанія внизъ до 35,2°, начинаетъ быстро подниматься и достигаетъ до 38°. Въ день самаго припадка температура поднимается до 38,1°, но на слѣдующій день съ прекращеніемъ припадка температура падаетъ до 36° и даже 35°. Съ развитіемъ новаго припадка, температура послѣ предварительнаго паденія до 35,7°, поднимается до 39,1°, въ слѣдующіе дни температура вновь опускается до 36°. Съ каждымъ новымъ припадкомъ стереотипно повторялись тѣже явленія. Смерть послѣдовала при крайне низкихъ температурахъ 34,7°, 33°, 32,2°, 31,7°, на-

блюдаемыхъ за 6 дней до смерти и появившихся послѣ повышения до 38,5, съ развитіемъ апоплектиформнаго припадка.

Авторъ, основываясь на физиологическихъ опытахъ Landois'a и Eulenburg'a, Hitzig'a, Остроумова, а также собственныхъ экспериментальныхъ изслѣдованій и патологическихъ фактахъ, приводимыхъ въ этой же работѣ, приписываетъ всѣ измѣненія температуры тѣла у душевно-больныхъ вліянію коры головного мозга.

Massabruni ²⁹⁾, въ 1883 году, наблюдалъ температуру подъ мышкой въ одномъ случаѣ циркулярной формы прогрессивнаго паралича и нашель, что между температурой маниакальнаго періода и меланхолическаго никакой разницы не наблюдается. Въ маниакальномъ періодѣ температура въ среднемъ держится около 36,6°, въ то время какъ въ меланхолическомъ въ среднемъ 36,9°, только въ самомъ началѣ развитія циркулярной формы своего случая, онъ наблюдалъ поднятіе температуры до 38,9°, обусловленное эпилептиформнымъ припадкомъ. Въ общемъ онъ соглашается съ наблюденіями Kroemer'a, Mendel'я и другихъ изслѣдователей, что прогрессивный параличъ есть безлихорадочная болѣзнь, протекающая, при субнормальныхъ температурахъ, лихорадка, появившаяся при параличѣ, всегда имѣетъ соматическую подкладку.

Tambroni ³⁰⁾, въ 1884 году, при своихъ изслѣдованіяхъ температуры въ 36 случаяхъ (18 мужчинъ, 18 женщинъ) различныхъ формъ душевнаго расстройства, находитъ температуру у душевно-больныхъ выше, чѣмъ у здоровыхъ и распредѣляетъ ихъ по степени высоты температуры въ слѣдующемъ порядкѣ: манія, прогрессивный параличъ, дегенеративные психозы, эпилептическое помѣшательство, идиотизмъ, меланхолія, вторичное слабоуміе и ниже всего, даже ниже нормы, держится температура при меланхоліи *cum stupore*. Въ общемъ при состояніяхъ возбужденія наблюдается повышение температуры, при подавленности—пониженіе ея. Въ среднемъ, по наблюденіямъ автора, температура у душевно-

вольныхъ $37,12^{\circ}$, у здоровыхъ же 37° , вечернія температуры выше утреннихъ. Температура у женщинъ, при соответствующихъ формахъ заболѣваній, ниже, чѣмъ у мужчинъ. Эпилептическіе припадки всегда сопровождаются повышеніемъ температуры. При множественныхъ припадкахъ наблюдаются значительныя повышенія температуры. Если лихорадку вызываютъ, присоединяющіяся къ душевному разстройству другія лихорадочныя болѣзни, то теченіе температуры ничѣмъ не отличается отъ лихорадки у здоровыхъ людей при этихъ же болѣзняхъ.

Въ 1889 году, Rottenbiller ³¹⁾ сообщилъ свои наблюденія температуры въ 33 случаяхъ прогрессивнаго паралича. Этотъ авторъ производилъ измѣреніе въ подмышечной впадинѣ, держа термометръ 15 минутъ, три раза въ день и рѣдко 2 раза въ день, въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ продолженіи 6 мѣсяцевъ, въ другихъ же болѣе короткое время, — большею частію доводилъ измѣренія до дня смерти больныхъ; при этомъ нужно замѣтить, что авторъ не приводитъ своихъ наблюденій полностью, а только отмѣчаетъ тѣ температуры, которыя представляли въ его случаяхъ какую-либо особенность. На основаніи своихъ наблюденій, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ результатамъ: субнормальная температура при прогрессивномъ параличѣ превалируетъ, утреннія температуры держатся въ предѣлахъ $35,5^{\circ}$ и $36,5^{\circ}\text{C}$., вечернія же температуры были значительно выше утреннихъ, *typus inversus* наблюдался рѣдко, полдневныя температуры были самыя высокія, вечернія и полдневныя температуры часто превышали нормальную. Авторъ, эти субнормальныя температуры при прогрессивномъ параличѣ, считаетъ за нормальныя, температуру же отъ 37° до $37,8^{\circ}$, считаетъ за лихорадочную. Въ одномъ случаѣ циркулярной формы паралича, съ явленіями рѣзко выраженной предсердечной тоски, въ періодѣ меланхолическомъ, авторъ наблюдалъ субфебрильную температуру съ утренними ремиссіями и вечерними обостреніями; самая высокая температура была $38,35^{\circ}$. Съ наступленіемъ періода возбужденія темпера-

тура держалась между $36,6^{\circ}$ и $37,7^{\circ}$ съ утренними эксацербациями. При возбужденіи авторомъ наблюдались временныя повышенія температуры безъ всякой видимой причины со стороны внутреннихъ органовъ, доходящія до $37,9^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$, иногда до 39° и даже въ одномъ случаѣ до $40,4^{\circ}$. Эти повышенія держались въ продолженіи одного дня утромъ или вечеромъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ сопровождались состояніемъ безпокойства, возбужденія, въ большинствѣ же случаевъ безъ всякаго измѣненія вѣшняго состоянія. Измѣряя температуру въ одномъ случаѣ, въ періодѣ ремиссии, авторъ пришелъ къ тѣмъ же результатамъ, какъ въ остальныхъ случаяхъ: температура держалась между 37° и $37,5^{\circ}$, но нерѣдко утренняя или вечерняя температура была субнормальна, полдневная температура была самая высокая изъ остальныхъ температуръ, также бывали и временныя повышенія, достигающія до $37,9^{\circ}$. На основаніи своихъ наблюденій, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

- 1) Температура у паралитиковъ уклоняется отъ нормы, едва превышая субнормальную температуру.
- 2) Бываютъ значительныя суточные колебанія.
- 3) Случаются, эпизодически ничѣмъ не обусловленныя, большею частію, держащіяся короткое время, внезапныя повышенія температуры, которыя иногда достигаютъ до 40°C . Эти измѣненія температуры, свойственныя начальной стадіи, ремиссиямъ и заключительному періоду прогрессивнаго паралича, могутъ служить, по мнѣнію автора, средствомъ для діагноза этой болѣзни.

Авторъ наблюдалъ также при своихъ измѣреніяхъ у четырехъ паціентовъ паралитическіе припадки, то по одному, то по нѣскольку заразъ. Во время припадковъ, авторъ всегда наблюдалъ повышеніе температуры, иногда достигающее до $39,9^{\circ}$. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ припадка температура падала, на слѣдующій день была субнормальна $35,5^{\circ}$, которая черезъ 1—2 дня, а то и болѣе, приходила въ норму. Если припадки были смертельны, температура послѣ припадка не

опускалась, а еще болѣе поднималась и достигала до 40°C. Повышеніе температуры часто наступало въ началѣ припадка, въ нѣкоторыхъ случаяхъ по истеченіи нѣсколькихъ часовъ, въ то время, какъ непосредственно за началомъ припадка, была еще субнормальная температура. Авторъ, измѣряя температуру подъ обѣими мышками, находилъ, что она была выше на нѣсколько десятыхъ, или чаще на одну десятую, то на той сторонѣ, гдѣ были судороги, то на сторонѣ свободной отъ судорогъ.

Ненормально низкія температуры, авторъ наблюдалъ въ четырехъ случаяхъ у истощенныхъ въ высшей степени больныхъ. Температура за нѣсколько дней до смерти съ 35°—34,4°, опускалась до 30,8°, 28,8° и даже 27,4°. Эти температуры онъ объясняетъ отчасти истощеніемъ и извуреніемъ больныхъ, неподвижностью ихъ, отчасти охлажденіемъ, благодаря раздѣванію,—при этомъ не исключаетъ и вліянія центральной нервной системы.

Температура агоніи, по наблюденіямъ автора, то значительно опускалась, то очень высоко поднималась. Последнее наблюдалось въ особенности, когда смерть наступала въ зависимости отъ кумулятивныхъ припадковъ. Онъ наблюдалъ въ 14 случаяхъ температуру агоніи: въ 6 случаяхъ очень низкую, въ 7 очень высокую, (до 41,1°), которая держалась и послѣ смерти, и одинъ разъ нормальную температуру.

Измѣряя температуру у эпилептиковъ въ четырехъ случаяхъ, авторъ не находитъ ничего общаго съ температурой при прогрессивномъ параличѣ. Въ теченіи эпилептическихъ припадковъ температура, то поднимается на нѣсколько десятыхъ, то опускается.

Turner³²⁾, въ томъ же 1889 году въ своихъ замѣткахъ о мочѣ и температурѣ при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, приводитъ свои изслѣдованія мочи на содержаніе мочевины, фосфорно-кислыхъ солей и суточное количество ея, а также измѣреніе температуры *in recto* въ различныхъ стадіяхъ болѣзни. По его наблюденіямъ, суточное количество мочи

у этихъ больныхъ колебалось между 625 и 2669 с.с., тогда какъ, по Landois и Sterling'у, нормальное количество ея колеблется между 1000 и 1500 к. с. У большинства, изслѣдуемыхъ авторомъ больныхъ, количество мочи превышало норму. Бѣлокъ въ мочѣ отсутствовалъ, за исключеніемъ нѣсколькихъ человѣкъ, у которыхъ онъ появлялся временно, въ теченіи нѣсколькихъ дней, и въ весьма маломъ количествѣ. Общее содержаніе мочевины и фосфорной кислоты въ большинствѣ случаевъ найдено ниже нормы. Уменьшеніе фосфорной кислоты происходило, главнымъ образомъ, на счетъ фосфатовъ земель, тогда какъ фосфаты щелочей давали незначительныя колебанія сравнительно съ нормальными цифрами. Передъ конгестивными судорожными припадками и послѣ нихъ количество фосфорной кислоты обнаруживало рѣзкое паденіе; на высотѣ припадковъ, наоборотъ, замѣчалось увеличеніе количества ея. Въ теченіи паралича, авторъ часто наблюдалъ, значительныя повышенія температуры, безъ осложненія какими-либо воспалительными процессами, на что указывалъ анализъ мочи, а также ненормальныя пониженія температуры, достигающія до 90°F. (32,2°C.) при апатическихъ формахъ и паралитическихъ приступахъ. Въ первомъ періодѣ болѣзни температура или совсѣмъ не повышалась, или повышалась немного, во второмъ и третьемъ постоянно, но была неустойчива и измѣнчива, весьма напоминающая температуру у маленькихъ дѣтей. При паралитическихъ приступахъ авторъ наблюдалъ ненормальныя повышенія, а также значительныя пониженія температуры.

Авторъ, на основаніи своихъ наблюденій, склоненъ къ тому, что измѣненія температуры при прогрессивномъ параличѣ вовсе не зависятъ отъ какихъ-либо воспалительныхъ процессовъ, но скорѣе всего отъ нарушенія теплорегулирующихъ центровъ, расстройство которыхъ влечетъ за собой нарушеніе равновѣсія температуры въ тѣлѣ, безъ увеличенія общей суммы тепла.

Кромѣ этихъ измѣреній общей внутренней температуры въ теченіи прогрессивнаго паралича, нѣкоторые изслѣдователи

обращали вниманіе при своихъ наблюденіяхъ на нѣкоторую особенность ея, не встрѣчающуюся при другихъ болѣзняхъ, это—на невѣроятно низкія температуры, чаще встрѣчающіяся при прогрессивномъ параличѣ, чѣмъ при другихъ душевныхъ расстройствахъ. За исключеніемъ случаевъ, приведенныхъ уже въ числѣ другихъ наблюденій у Reinhard'a, Kroemer'a, Mendel'a, проф. В. М. Бехтерева, Rottenbiller'a и другихъ, отдѣльные случаи прогрессивнаго паралича съ очень низкими температурами, описаны были: Ulrich'омъ, Tilling'омъ, Zenker'омъ, Hebold, Hitzig'омъ и Reinhard'омъ.

Ulrich ³³⁾ сообщилъ случай общаго паралича, гдѣ въ послѣдніе 4 дня жизни наблюдалась температура между 28,6° и 32,6°, хотя больной спокойно лежалъ въ постели.

Zenker ³⁴⁾, между другими случаями душевныхъ расстройствъ, наблюдалъ случай прогрессивнаго паралича, гдѣ у возбужденнаго, часто раздѣвющагося паралитика, температура была 26,5°.

Тиллингъ ³⁵⁾ сообщилъ нѣсколько случаевъ психическаго расстройства съ весьма низкими температурами. Въ одномъ случаѣ прогрессивнаго паралича въ послѣдніе десять дней, температура постепенно опустилась съ 37° до 27,7°С. Авторъ, находя при аутопсіи значительныя измѣненія въ частяхъ, прилежащихъ къ Варсліеву мосту, объясняетъ въ его случаяхъ пониженіе температуры пораженіемъ тѣхъ частей этой области, которыя, по опытамъ Пфлюгера, оказываютъ существенное вліяніе на температуру тѣла.

Hebold ³⁶⁾ наблюдалъ, изъ четырехъ случаевъ, въ двухъ случаяхъ прогрессивнаго паралича, гдѣ температура опускалась до 32,8°—33° in recto и держалась нѣсколько дней, а затѣмъ повышалась послѣ припадковъ до 40°. Во всѣхъ случаяхъ, при аутопсіи, Hebold находилъ обширное кровоизліяніе подъ мягкую мозговую оболочку, рѣзко выраженный *раchy-meningitis interna*. Исключая въ своихъ случаяхъ внѣшнія причины, обуславливающія пониженіе температуры, авторъ, имѣя въ виду экспериментальныя изслѣдованія Landois и

Eulenburg'a, о вліянні центральної нервної системи на регуляцію тепла въ тѣлѣ, допускаетъ для своихъ случаевъ участіе патологическихъ измѣненій нервныхъ центровъ въ пониженіи температуры тѣла.

Hitzig³⁷⁾, трактуя о субнормальныхъ температурахъ паралитиковъ, разбираетъ, въ какихъ случаяхъ наблюдаются эти пониженія температуры, и приводитъ соотвѣтствующія собственные наблюденія. Такъ, онъ приводитъ случай съ значительными колебаніями температуры безъ судорогъ и паралитическихъ припадковъ вообще, гдѣ у истощеннаго паралитика, который за двѣ недѣли до перваго пониженія температуры могъ еще танцевать, въ послѣднюю недѣлю жизни температура колебалась между $31,8^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$ in recto. Затѣмъ указываетъ на пониженіе температуры за нѣсколько часовъ, или дней, передъ апоплектиформными и эпилептиформными припадками, которое служитъ предвѣстникомъ ихъ, во время же припадковъ температура не повышается даже до нормы. Такъ, въ одномъ случаѣ у 49-лѣтней истощенной женщины съ прогрессивнымъ параличемъ, вечеромъ, наканунѣ припадка, температура была $37,5^{\circ}$, а на слѣдующее утро $32,0^{\circ}$, припадокъ появился въ 2 часа пополудни и смерть наступила при часто возвращающихся судорогахъ, при чемъ температура ни разу не повышалась даже до 33° .

Наконецъ, пониженіе температуры предшествуетъ на нѣкоторое время паралитическому инсульту, во время котораго температура съ значительными колебаніями повышается до большихъ цифръ, чтобы послѣ припадковъ возвратиться опять къ нормѣ, или, если припадки смертельны, то повышаться еще выше, или же, наконецъ, понизиться до субнормальныхъ температуръ. Такъ, въ одномъ случаѣ, у крѣпкаго, хорошо упитаннаго паралитика за $2\frac{1}{2}$ часа передъ припадкомъ t° $37,4^{\circ}$, съ наступленіемъ припадка $36,7^{\circ}$, потомъ послѣ 18 припадковъ t° $38,6^{\circ}$; въ другомъ случаѣ, у паралитика, геркулесовскаго тѣлосложенія, послѣ двухнедѣльнаго сильнаго возбужденія температура упала до 31° , но благо-

даря принятымъ мѣрамъ поднялась до $34,2^{\circ}$ и только послѣ этого наступилъ припадокъ, ночью три припадка, температура стала повышаться и на третій день достигла $39,4^{\circ}$, послѣ чего въ слѣдующіе дни стала понижаться до 32° — $26,8^{\circ}$ и смерть наступила при 25° *in recto*. При вскрытіи, во всѣхъ этихъ случаяхъ Hitzig не находилъ никакихъ особенныхъ измѣненій въ центральной нервной системѣ, которыя могли бы объяснить вышеприведенныя пониженія температуры. По мнѣнію Hitzig'a, слабость сердца, недостаточная выработка тепла, вслѣдствіе этого различными органами, играетъ нѣкоторую роль при пониженіи температуры; но этимъ, а также чрезмѣрной отдачей тепла организмомъ, нельзя объяснить въ его случаяхъ эти явленія температуры, а потому онъ предполагаетъ, что пораженный мозгъ производитъ вліяніе на субкортикальные сосудистые центры и центры спинного мозга и этимъ вызываетъ пониженіе температуры.

Reinhard ³⁸⁾, въ своей статьѣ, сообщаетъ два случая прогрессивнаго паралича, въ которыхъ онъ наблюдалъ значительныя низкія температуры, какія до него еще никто не наблюдалъ, доходящія до $22,8^{\circ}$ — $22,6^{\circ}$ С. *in recto*, съ явленіями коляпса, послѣ продолжительнаго маниакальнаго возбужденія, длящагося до 4 недѣль и болѣе. Въ одномъ случаѣ температура съ $22,6^{\circ}$ при явленіяхъ коляпса, послѣ примѣненія оживляющихъ и согрѣвающихъ средствъ, поднялась до $35,6^{\circ}$ и даже до $37,2^{\circ}$ *in axilla*, затѣмъ на другой день наступили судорожные припадки, температура поднялась до $39,5^{\circ}$ и смерть послѣдовала при *pneumonia duplex*.

При вскрытіи, въ мозгу обнаружены измѣненія, свойственныя прогрессивному параличу. Въ другомъ случаѣ, послѣ трехмѣсячнаго маниакальнаго состоянія, наступилъ коляпсъ при $t^{\circ} 22,8^{\circ}$ *in recto*, чрезъ сутки, не смотря на примѣненіе оживляющихъ средствъ, $t^{\circ} 22,6^{\circ}$ и смерть. При вскрытіи, вромѣ обыкновенныхъ измѣненій въ головномъ мозгу и его оболочкахъ, найдены *hyperostosis cranii* легкая *rachymeningi-*

tis haemorrhagica interna basillaris totalis et convexitatis partialis, измѣненія Голлевскихъ пучковъ въ шейной части спинного мѣзга. При обтясненіи причины этихъ явленій, Reinhard также склоненъ допустить вліяніе центровъ головного мозга, завѣдующихъ регуляціей тепла въ организмѣ.

Schönfeldt ³⁹⁾ въ 1888 году описываетъ два случая прогрессивнаго паралича съ ненормально низкими температурами. Температура, въ первомъ случаѣ, за 3 дня до смерти, пала до 32,9°, а въ самый день смерти до 32,4°C. Во второмъ случаѣ, за 5 дней до смерти, температура пала до 30,9°, maximum падевія былъ 29,5° наканунѣ смерти. Авторъ въ своихъ случаяхъ находитъ много общаго. Оба больные, потаторы съ dementia paralytica, оба въ теченіи болѣзни отличались крайнимъ безпокойствомъ, рвали на себѣ бѣлье, одинъ, кромѣ того, былъ крайне нечистоплотенъ. Постоянное безпокойство вызывало, такимъ образомъ, усиленный расходъ животной теплоты, особенно при полномъ исчезновеніи жировой клѣтчатки, который усиливался еще болѣе частымъ обнаженіемъ тѣла. Прямой причиной въ обоихъ случаяхъ послужила pneumonia.

Въ 1894 году Vouchaud ⁴⁰⁾, сообщая о 33 случаяхъ гипотерміи при различныхъ душевныхъ расстройствахъ, наблюдалъ ее въ 4 случаяхъ прогрессивнаго паралича. Авторъ, подробно описывая клиническую картину гипотерміи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, указываетъ въ числѣ причинныхъ моментовъ гипотерміи на первомъ планѣ, вліяніе внѣшней низкой температуры. Въ заключеніе авторъ отвергаетъ гипотезы Zenker'a, Hitzig'a, Tilling'a и другихъ, ставящихъ гипотермію въ зависимости отъ паралича, регулирующаго тепло, центра, пораженія эксцитокалорическаго центра или отъ увеличенія потери тепла, такъ какъ, ни въ мозгу, ни въ другихъ органахъ, при вскрытіи имъ не найдено постоянныхъ анатомическихъ измѣненій. Исходя изъ того, что при душевныхъ расстройствахъ, въ частности при слабоуміи и старости, нервная система глубоко расшатана и всѣ функціи, зависящія

отъ нея, оказываютъ только слабое сопротивленіе угнетающимъ причинамъ, авторъ заключаетъ, что теплопроизводство, будучи однимъ изъ этихъ функцій, тоже должно быть подвержено этимъ измѣненіямъ; поэтому гипотермія у помѣшанныхъ, есть состояніе общей подавленности, вызванной депрессивными, по природѣ причинами субъектовъ, нервная система которыхъ глубоко ослаблена.

Относительно измѣренія периферической температуры при прогрессивномъ параличѣ, въ литературѣ имѣются очень немногія наблюденія. Кромѣ вышеуказанныхъ измѣреній Reinhard'a in regione mastoidea, ранѣе его дѣлали наблюденія периферической температуры у прогрессивныхъ паралитиковъ Rippling, Maragliano et Sepilli.

Rippling ⁴¹⁾ при своихъ измѣреніяхъ, среди другихъ душевно-больныхъ, наблюдалъ периферическую температуру и въ одномъ случаѣ прогрессивнаго паралича, ставя термометры въ локтевыхъ и коленныхъ сгибахъ той и другой стороны. При этомъ авторъ нашель, что температура на обѣихъ сторонахъ держится неодинаково, разница достигала отъ 0,2° до 0,6°, то на той, то на другой сторонѣ.

На основаніи своихъ немногихъ наблюденій, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ наблюдалось повышеніе температуры на одной сторонѣ, были наблюдаемы одновременно еще и другія явленія невропатическаго характера, какъ-то: чрезмерное слюноотеченіе, или неравномѣрность зрачковъ, или половинные поты, или параличъ лицевого нерва.

2) Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наблюдались половинные поты, повышеніе температуры большею частью получалось на противоположныхъ конечностяхъ.

3) Въ случаяхъ, гдѣ было расширеніе зрачка на одной сторонѣ, повышеніе температуры наблюдалось, то на той же сторонѣ, то на противоположной.

4) Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ наблюдался параличъ лицевого нерва на одной сторонѣ, повышеніе темпера-

туры было большею частію на противоположной конечности и рѣдко на той же сторонѣ.

Maragliano et Sepilli ⁴²⁾ измѣряли температуру черепа, какъ у здоровыхъ, такъ и у душевно-больныхъ, ставя термометры по способу Брока ⁴³⁾, на обѣ половины головы, соответственно лобной, темянной и затылочной областямъ. На основаніи своихъ наблюдений, авторы пришли къ слѣдующимъ результатамъ: у душевно-больныхъ, за исключеніемъ меланхоликовъ и слабоумныхъ, средняя температура головы держится выше, чѣмъ у здоровыхъ. Наивысшая температура головы наблюдалась при неистовствѣ и *melancholia activa*, затѣмъ слѣдуетъ общій прогрессивный параличъ помѣшанныхъ; болѣе же низкая температура была при врожденномъ слабоуміи и идиотизмѣ, при обыкновенной маніи, меланхолии и при слабоуміи. При маніи, меланхолии и слабоуміи, температура лобныхъ областей нѣсколько выше температуры темянныхъ, тогда какъ при прогрессивномъ параличѣ и при *melancholia activa* температура темянныхъ областей выше лобныхъ. Кромѣ того, авторы, наблюдая температуру головы во время возбужденія и спокойствія, находили повышеніе ея на всѣхъ точкахъ приложенія термометровъ при возбужденіи.

Наконецъ, въ 1881 году, проф. В. М. Бехтеревъ ²⁸⁾, въ своемъ случаѣ прогрессивнаго паралича, измѣрялъ периферическую температуру, ставя термометры à surface на обѣихъ сторонахъ груди, на рукахъ и ногахъ. При своемъ изслѣдованіи периферической температуры, авторъ обнаружилъ неравномѣрное согрѣваніе симметричныхъ частей тѣла той и другой стороны. Въ противоположность утвержденіямъ Reinhard'a, проф. В. М. Бехтеревъ вовсе не замѣчалъ преимущественнаго согрѣванія той стороны, на которой паретическія явленія были наиболѣе рѣзко выражены. Наоборотъ, въ его случаѣ периферическая температура чаще всего представлялась выше на правой сторонѣ, тогда какъ явленія паралича, преимущественно, захватывали лѣвую сторону тѣла. Разница температуры между

объими сторонами была $0,2^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ и даже $1,2^{\circ}$, то въ пользу одной, то другой стороны.

Этими немногими изслѣдованіями и ограничиваются почти всѣ наблюденія периферической температуры при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, насколько я могу судить по доступнымъ мнѣ литературнымъ даннымъ.

Въ 1893 году, два американскихъ врача Peterson и Langdon ⁴⁴⁾, въ виду существующаго въ литературѣ различнаго воззрѣнія, относительно состоянія температуры тѣла у прогрессивныхъ паралитиковъ, такъ, трактовалось о большихъ суточныхъ колебаніяхъ, о неравномѣрности температуры подь объими мышками, о субнормальныхъ температурахъ, подвергли новому изслѣдованію этотъ вопросъ. Они измѣряли температуру въ 25 случаяхъ прогрессивнаго паралича. Измѣреніе температуры подь мышкой производилось въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ очень тщательно, въ продолженіе одной недѣли, каждые 2 часа. Въ десяти случаяхъ температура измѣрялась въ продолженіи того же времени, одновременно, подь объими мышками.

На основаніи своихъ наблюденій авторы приходятъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) Результаты измѣренія температуры тѣла у прогрессивныхъ паралитиковъ вполне одинаковы съ фізіологическими результатами у здоровыхъ людей. Показанія другихъ изслѣдователей, относительно гиперспирексіи или субнормальной температуры, не подтвердились.

2) Суточные колебанія температуры у паралитиковъ соответствуютъ таковымъ же у нормальныхъ людей. Утвержденіе многочисленныхъ суточныхъ колебаній совершенно ошибочно.

3) Разницы въ повышеніяхъ температуры подь объими мышками столь незначительны, что ихъ нельзя считать ненормальными и принимать за характерныя.

4) Если и наблюдаются необыкновенныя колебанія температуры у паралитиковъ, то условія ихъ не заключаются въ

патологическомъ процессѣ прогрессивнаго паралича, а скорѣе въ термогенныхъ вліяніяхъ, которыя не могутъ быть діагностированы врачомъ или скрываются, благодаря психическому состоянію паціентовъ. Такъ, за все время наблюденія, авторами была дважды отмѣчена значительная гиперпирексія, но она зависела отъ скрытой пневмоніи, которая поразила паціента на шестой день. Въ 10 случаяхъ отмѣчалось самое высшее суточное колебаніе въ $3,4^{\circ}$, ($1,88^{\circ}\text{C}$) большею же частію въ продолженіе недѣли въ среднемъ $2,2^{\circ}\text{F}$, ($1,22^{\circ}\text{C}$) но паціенты страдали пролежнями съ послѣдующей септицеміей. Таковыми и подобными осложненіями, авторами были объясняемы всѣ болѣе высокія колебанія температуры.

Въ 1895 году д-ръ Ralph Wait Parsons⁴⁵⁾ сдѣлалъ существенное возраженіе на полученные результаты предыдущихъ врачей. Такъ, онъ прямо заявляетъ, что, хотя наблюденія Langdon'a и Peterson'a производились съ возможной тщательностью, но самые случаи, взятые ими для изслѣдованія, не отличались строгимъ выборомъ, какъ въ отношеніи чистоты формы болѣзни, такъ и въ отношеніи больныхъ. Поэтому Parsons, избравъ чистую форму прогрессивнаго паралича, безъ всякихъ осложненій со стороны внутреннихъ органовъ, производилъ свои наблюденія температуры подъ мышкой въ связи со скоростью пульса и дыханія и приводитъ ихъ въ видѣ таблицъ. Изъ этихъ таблицъ видно, что температура больного, не смотря на слабыя колебанія ея въ теченіи первыхъ семи дней наблюденія, поднялась выше нормы. Наибольшія дневныя колебанія ея за этотъ періодъ времени лежали между 98° и $99\frac{4}{5}^{\circ}\text{F}$ ($36,6^{\circ}$ — $37,6^{\circ}\text{C}$).

Наивысшая температура была на пятый день наблюденія въ 7 час. утра, причемъ она достигла $100\frac{2}{5}^{\circ}\text{F}$. ($38,0^{\circ}\text{C}$). Соотношеніе между температурой и пульсомъ оказалось весьма измѣнчивымъ, такъ что, въ сущности, не было опредѣленнаго отношенія одного къ другому. Къ такому же результату авторъ пришелъ и въ наблюденіяхъ надъ отношеніемъ скорости пульса къ скорости дыханія. Въ особенности это замѣтно

на 5 день наблюдений, когда въ 7 часовъ утра, температура была $100\frac{2}{5}F$, ($38^{\circ}C$) пульсъ 68, дыханіе 16 въ 1'.

На основаніи своихъ наблюдений авторъ, не соглашаясь съ мнѣніемъ Langdon'a и Peterson'a, что необычныя колебанія температуры при общемъ параличѣ зависятъ не отъ самой болѣзни, а отъ другихъ термогеническихъ причинъ, высказывается за то, что эти колебанія должны быть всецѣло отнесены на счетъ общаго паралича, какъ таковаго.

Наконецъ, въ 1897 году, д-ръ В. И. Левчаткинъ ⁴⁶⁾, въ своей диссертациі „Опытъ графическаго изслѣдованія пульса и соотношеніе кривыхъ пульса, дыханія и температуры въ нарастающемъ параличѣ помѣшанныхъ“, приводитъ свои наблюденія температуры при прогрессивномъ параличѣ, изображая количество пульса и дыханія и температуру *in recto* въ видѣ кривыхъ. Наблюденія были ведены въ продолженіи отъ 4 до 6 мѣсяцевъ. При этомъ было проведено наблюденіе температуры, пульса и дыханія за тотъ же промежутокъ времени и у здороваго человѣка—служителя отдѣленія. Приведенныя семь кривыхъ температуры, пульса и дыханія соотвѣтствуютъ семи случаямъ прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ въ различныхъ стадіяхъ и періодахъ, на которые подраздѣляютъ эту болѣзнь современные клиницисты. При своихъ наблюденіяхъ авторъ нашелъ, что въ періодѣ предвѣстниковъ прогрессивнаго паралича, температура, при безпокойномъ состояніи больного, держится въ предѣлахъ нормы. Кривыя пульса и дыханія не имѣютъ опредѣленнаго направленія, съ однодневными и многодневными колебаніями, значительно превышающими норму. Температура максимумъ $37,9^{\circ}C$ и минимумъ $36,2^{\circ}C$. При переходѣ къ бредовому періоду температура держится даже ниже нормы. Отдѣльныя повышенія температуры и пульса соотвѣтствуютъ большому психическому и двигательному безпокойству. Въ бредовомъ періодѣ температура держится все время также въ предѣлахъ нормы съ единичными повышеніями до $38,4^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$, безъ какихъ-либо указаній со стороны физическихъ измѣненій организма и также

психическихъ и съ двудневными вечерними повышениями до $38,5—38,7^{\circ}$, обязанными соматическому заболѣванію въ формѣ флюса. Со стороны же пульса и дыханія, въ теченіи буйнаго и безпокойнаго состоянія больного, не смотря на нормальную температуру, являются значительныя отклоненія отъ нормы, въ смыслѣ учащенія и значительныхъ колебаній утреннихъ и вечернихъ количествъ пульсовыхъ ударовъ. Въ этомъ же случаѣ наблюдалось авторомъ повышение температуры при эпилептиформномъ припадкѣ, при чемъ кривая пульса и дыханія вслѣдъ за припадкомъ также повышается, а затѣмъ отстаетъ отъ температурной кривой, которая продолжаетъ держаться на высокихъ точкахъ еще два дня послѣ припадка (таблица III и IV). Тѣ же явленія со стороны пульса, дыханія и температуры наблюдаются и въ маниакальномъ стадіи циркулярной формы (таб. V), въ меланхолическомъ же состояніи температура держится въ предѣлахъ нормы съ значительными колебаніями; пульсъ и дыханіе также не учащены и не замедлены (таб. VI). Отдѣльныя единичныя повышения температуры до $38,5^{\circ}—38,7$, то объяснялись появленіемъ фурункула, то безъ всякихъ осложненій въ сферѣ соматической. Кромѣ того, у автора приведены двѣ таблицы кривыхъ температуры, пульса и дыханія (табл. VII и VIII), соответствующія послѣднему періоду прогрессивнаго паралича. Кривыя температуры въ этомъ періодѣ довольно однообразны съ одно и двудневными колебаніями въ $0,2^{\circ}—0,3^{\circ}—0,5^{\circ}$ и даже 1°C , не превышая $37,3^{\circ}$ и опускаясь при паденіи до $36,3^{\circ}$. Высокія температуры наблюдались два раза: въ одномъ случаѣ 39° , въ зависимости отъ нарыва на бедрѣ и $37,9^{\circ}$ безъ видимаго физическаго разстройства, въ другомъ случаѣ температура поднялась до $39,1^{\circ}$, въ зависимости отъ серіи эпилептиформныхъ припадковъ и держалась второй и третій день около $38,3^{\circ}$, а затѣмъ, послѣ припадковъ, въ слѣдующіе дни приходитъ въ обыденныя колебанія.

Въ общемъ, авторъ, относительно сочетаній кривыхъ пульса, дыханія и температуры, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Кривыя пульса и дыханія, въ теченіи прогрессивнаго паралича, группируются опредѣленнымъ образомъ, соотвѣтственно возбужденію, спокойствію и переходному состоянію между ними.

2) Въ раннихъ періодахъ прогрессивнаго паралича, (періодъ предвѣстниковъ и бредовой) пульсовая и дыхательная кривыя съ большими многодневыми колебаніями, при состояніяхъ возбужденія, при полномъ покоѣ больного, пульсъ и дыханіе нормальны, въ переходномъ состояніи отъ возбужденія въ покою пульсовая и дыхательная кривыя—среднихъ измѣненій между двумя упомянутыми. Температурная кривая всюду нормальна.

3) Пульсовая кривая въ раннихъ періодахъ прогрессивнаго паралича является повышенной.

4) Циркулярныя формы, какъ болѣе затяжныя, имѣютъ кривую пульса и кривую температуры, то нормальными, то пониженными. Дыханіе повышено при маниакальномъ состояніи, пульсъ и дыханіе со значительными однодневными колебаніями, пульсъ въ 2—3 раза и дыханіе въ 2 раза больше нормальныхъ, въ меланхолическомъ тѣже колебанія пульса, даже меньше нормы, а дыханіе нормально.

5) Пульсовая кривая въ третьемъ періодѣ прогрессивнаго паралича, отмѣчается значительной величины однодневными колебаніями, превосходящими норму въ 2—3 раза. Температурная кривая имѣетъ тѣже колебанія лишь на 0,1—0,2—0,3° больше нормы. Обѣ кривыя въ общемъ своемъ ходѣ понижены. Дыхательная кривая нормальна.

6) Въ начальныхъ стадіяхъ прогрессивнаго паралича пульсовая кривая выше нормы, въ стадіяхъ болѣе затяжныхъ, она то нормальна, то понижена; въ конечныхъ—лишь понижена.

7) Сочетаніе кривыхъ пульса, дыханія и температуры въ теченіи прогрессивнаго паралича не такъ просто, какъ объ этомъ сообщается въ учебникахъ. Появленію бреда, появленію глубокаго душевнаго и физическаго пораженій, наступ-

ленію эпилептоидныхъ припадковъ, предшествуетъ особое соотношение въ ходѣ кривыхъ даннаго случая т. е. такъ называемая діагностическая фаза.

8) Діагностическая фаза при ходѣ кривыхъ, свойственнымъ обиденному состоянію больного, для всѣхъ стадій характеризуется устойчивымъ направленіемъ кривыхъ съ довольно правильными и равномерными ихъ однодневными колебаніями.

9) Пульсовая кривая въ діагностической фазѣ всякаго стадія повышена для даннаго случая; дыхательная въ начальныхъ и конечныхъ стадіяхъ паралича понижена, въ стадіяхъ средней продолжительности нормальна, а въ циркулярныхъ формахъ повышена.

10) Діагностическая фаза даетъ указанія на грозящую бѣду для организма: она указываетъ, что надо ожидать усиленія физическихъ разстройствъ, усиленія психическаго пораженія, а также наступленія припадочныхъ состояній въ формѣ эпилептоидныхъ приступовъ.

11) Пульсъ и дыханіе въ эпилептоидныхъ припадкахъ, сопровождающихся повышеніемъ температуры, то реагируютъ соответственнымъ повышеніемъ, то наблюдается реакція запаздывающая и неполная, то отсутствіе ея.

12) При обыкновенномъ теченіи болѣзни, опредѣленнаго отношенія между пульсомъ и дыханіемъ, съ одной стороны, и повышеніемъ температуры, съ другой, не имѣется, будутъ ли эти повышенія зависѣть отъ соматическихъ причинъ или они будутъ центральнаго происхожденія.

13) Такія отношенія выражаются, какъ и во время припадочныхъ состояній съ высокой температурой, то полной реакціей пульса и дыханія на лихорадочно повышенную температуру, то запаздывающей, то предшествующей, то неполной, то, наконецъ, пульсовая и дыхательная кривыя остаются совсѣмъ безъ реакціи при повышеніи температуры.

14) Временныя значительныя повышенія пульса и дыханія могутъ наблюдаться и при обыкновенной температурѣ.

Этими литературными данными, почти и ограничиваются всѣ наши свѣдѣнія о температурѣ при прогрессивномъ параличѣ. При обзорѣ этихъ данныхъ можно было подмѣтить, что многіе изслѣдователи пришли къ весьма различнымъ результатамъ при своихъ наблюденіяхъ и существуетъ масса довольно разнорѣчивыхъ мнѣній относительно, какъ внутренней, такъ и периферической температуры при этой болѣзни. Что касается внутренней температуры, то одни изслѣдователи находили её при своихъ наблюденіяхъ повышенной, какъ то: Meyer, Krafft-Ebing, Wolf, Clouston, Mickle, Macleod, Reinhard, и прочіе; другіе нормальной или даже субнормальной, но повышающейся въ зависимости отъ различныхъ осложненій, какъ въ сферѣ соматической, такъ и психомоторной: Wachsmuth, Westphal, Simon, Kroemer, Mendel, Moccabruni, Rottenbiller..., нѣкоторые отмѣчали только внезапныя повышенія температуры, наступающія въ теченіи прогрессивнаго паралича безъ всякихъ осложненій со стороны внутреннихъ органовъ и только немногіе, а именно: Voisin и Westphal указываютъ, что эти повышенія температуры наблюдались періодически съ промежутками нормальной или даже субнормальной температуры.

Относительно измѣненій температуры при паралитическихъ припадкахъ, всѣ авторы согласны въ томъ, что во время сильныхъ судорожныхъ припадковъ, наблюдается повышение температуры, но только существуетъ разногласіе въ объясненіи этого явленія. Одни находятъ причину повышения температуры при паралитическихъ припадкахъ въ обостреніи, существующаго въ центральномъ органѣ воспалительнаго процесса, другіе объясняютъ эти повышенія развитіемъ сильныхъ судорожныхъ сокращеній, иные, какъ Westphal, а за нимъ Simon, кромѣ того, различными быстро наступающими во время судорожныхъ припадковъ, осложненіями со стороны внутреннихъ органовъ, (Schluckpneumonia) хотя послѣдняго рода объясненія болѣе никѣмъ не были подтверждены. Къ тому же въ наблюденіяхъ Westphal'я не производилось измѣ-

ренія температуры до наступленія припадка, что не даетъ возможности судить, относится ли начало повышенія температуры къ моменту наступленія самаго припадка или оно предшествуетъ развитію судорожныхъ явленій, какъ это наблюдали другіе авторы. Кромѣ того, въ одномъ, изъ приведенныхъ Westphal'емъ случаевъ, гдѣ не смотря на то, что при вскрытіи, послѣ смерти, наступившей вслѣдъ за припадками, оказалась „pneumonia duplex“, тогда какъ при жизни не только не наблюдалось повышенія температуры, но напротивъ существовало даже значительное пониженіе ея.

Измѣренія периферической температуры также привели къ весьма различнымъ результатамъ, занимающихся этимъ предметомъ изслѣдователей. Одни изъ нихъ находили болѣе повышенную температуру на той сторонѣ тѣла, гдѣ паретическія явленія болѣе рѣзко выражены, а другіе наоборотъ на противоположной сторонѣ.

Перечисливъ работы вышеприведенныхъ авторовъ, я не беру съ согласовать ихъ разнорѣчивые взгляды по многимъ причинамъ. Главнѣйшія изъ нихъ — слѣдующія: во 1) не всѣ авторы приводятъ подробныя исторіи болѣзни наблюдаемыхъ ими больныхъ, чтобы можно было судить о состояніи, въ которомъ находились больные во время изслѣдованія температуры, во 2) большинство изслѣдователей ограничивались отрывочными измѣреніями температуры или приводили только среднія температуры, на основаніи которыхъ и дѣлали свои выводы и очень немногіе занимались изслѣдованіемъ температуры болѣе или менѣе продолжительное время и только единичныя изслѣдованія были, гдѣ измѣренія производились изо дня въ день, въ теченіи долгаго промежутка времени; въ 3) самый способъ измѣренія температуры у различныхъ авторовъ былъ различенъ, большинство измѣряли температуру въ подмышечной впадинѣ и немногіе только измѣряли *in recto*, нѣкоторые держали термометръ очень короткое время (4 минуты); въ 4) не всѣ изслѣдователи брали чистыя формы прогрессивнаго паралича, не осложненныя какимъ-либо сомати-

ческимъ заболѣваніемъ, и наконецъ въ 5) большинство авторовъ даже совсѣмъ не указываютъ на клиническую форму, въ которой выражалась болѣзнь въ приводимыхъ ими случаяхъ.

На этихъ-то разнорѣчивыхъ результатахъ, полученныхъ различными изслѣдователями, основанъ современный взглядъ на измѣненія температуры при прогрессивномъ параличѣ и проведенъ, въ видѣ общихъ положеній, во всѣхъ современныхъ учебникахъ психіатріи и отдѣльныхъ монографіяхъ о прогрессивномъ параличѣ.

Такъ Krafft-Ebing ⁴⁷⁾ говоритъ: „температура тѣла и ея суточные колебанія при прогрессивномъ параличѣ во многомъ представляютъ отклоненія отъ здороваго состоянія. Она можетъ достигать и ненормально низкихъ и ненормально высокихъ степеней, у паралитиковъ часто температура показывается 39° и 40° при общемъ хорошемъ самочувствіи, но быстро возвращается къ нормѣ послѣ опорожненія переполненнаго пузыря или запруженнаго кишечника, Въ теченіи болѣзни часто случаются чисто нервного происхожденія, во всякомъ случаѣ не объяснимыя никакими соматическими измѣненіями, повышенія температуры, пониженія же температуры встрѣчаются рѣже и тогда могутъ быть приняты за температуру коллапса... Часто повышеніе температуры и психическое возбужденіе совпадаютъ, иногда оба явленія идутъ параллельно... Во всякомъ случаѣ необходимо допустить, что при параличѣ бываютъ состоянія возбужденія безъ всякаго повышенія... Почти безъ исключенія теченіе приступа (паралитическихъ припадковъ) сопровождается повышенной температурой, высота которой вообще идетъ параллельно съ его интенсивностью... Въ конечномъ стадіи паралича температура устанавливается на низшей ступени, при этомъ бываютъ большія суточные различія. По отношенію къ виду болѣзни, наблюденіе учитъ, что кривая температуры при классическомъ параличѣ держится выше, чѣмъ при депрессивной и просто дементной формѣ его. Здѣсь обычно наблюдаются температуры ниже нормальной и суточная разница также меньше, нежели при классической формѣ паралича“.

Проф. Краерelin ⁴⁸⁾ отмѣчаетъ, что „разстройства въ температурѣ тѣла при прогрессивномъ параличѣ чрезвычайно часты. Скоропреходящее, но часто довольно значительное повышение температуры наблюдается нерѣдко. Не всегда можно найти ясную причину этого. Въ такихъ случаяхъ иногда клистиръ обнаруживаетъ громадное скопленіе каловыхъ массъ, другой разъ оказывается переломъ какого-нибудь ребра. Въ иныхъ случаяхъ повышение температуры можетъ зависѣть отъ незначительнаго бронхита или же пневмоніи. Рѣже, по видимому, оно находится въ непосредственной связи съ заболѣваніемъ мозга. Но таковая связь становится вѣроятною въ тѣхъ случаяхъ, когда повышение температуры сопровождается паралитическіе инсульты. Конечно при большей продолжительности такихъ припадковъ, обыкновенно, возникаютъ еще другія причины лихорадки, въ особенности pneumonia lissellaris (Schluckpneumonie). Въ послѣднихъ періодахъ прогрессивнаго паралича нерѣдко бываетъ весьма значительное и продолжительное пониженіе температуры тѣла, переносимое больными поразительно хорошо (случай, гдѣ температура была 30,8° при добромъ и даже нѣсколько возбужденномъ состояніи)“.

Ziehen ⁴⁹⁾, въ своемъ руководствѣ къ психіатріи, заявляетъ: „Центральная температура во многихъ случаяхъ совершенно нормальна. Ежедневныя измѣренія температуры, однако, показываютъ, что у паралитиковъ часто появляются легкія, неправильныя, лихорадочныя колебанія, которыя всегда можно объяснить или желудочными разстройствами или задержкой мочи, но вѣроятно также, что эти повышенія могутъ обуславливаться и самимъ центральнымъ болѣзненнымъ процессомъ. Высокія лихорадочныя колебанія (доходящія до 41°) появляются во время, такъ называемыхъ, паралитическихъ припадковъ. Наконецъ, при параличѣ иногда наблюдаются также эпизодическія состоянія, совершенно соответствующія delirium acutum при функціональныхъ психозахъ, гдѣ слѣдовательно имѣется отсутствіе способности ориентироваться, доходящей до высшей степени диссоціаціи теченія идей и двига-

тельное возбужденіе съ безсвязностью: во время такого состоянія, температура, [какъ и при функціональныхъ психозахъ часто поднимается выше 39°. Значительное повиженіе до 30° наблюдается только въ конечномъ стадіи болѣзни... Температура во время припадковъ иногда повышается выше 40°, такая повышенная температура наблюдается, большею частію, во все время теченія припадка; утреннія пониженія незначительны. На парализованной сторонѣ подъ мышкой температура на 1° и болѣе выше, чѣмъ на непарализованной. Послѣ припадка температура понижается“.

Такія же общія замѣчанія о температурѣ при прогрессивномъ параличѣ, основанныя, въ большинствѣ случаевъ, на изслѣдованіяхъ Kroemer'a, Reinhard'a, Rottenbiller'a и другихъ, приводятся и въ другихъ учебникахъ психіатріи и монографіяхъ о прогрессивномъ параличѣ, такъ: въ клиническихъ лекціяхъ А. Эрлицкаго ⁵⁰⁾, въ курсѣ психіатріи проф. С. С. Корсакова ⁵¹⁾ и другихъ.

Въ 1900 году проф. Н. М. Поповъ ⁵²⁾ въ своихъ лекціяхъ говоритъ: „измѣненія, замѣчаемыя въ дѣятельности различныхъ центровъ головного мозга при прогрессивномъ параличѣ, распространяются также и на функцію центровъ тепловыхъ. Какъ основной фактъ, здѣсь прежде всего должно отмѣтить, что эти центры, повидимому, не находятся въ достаточномъ равновѣсіи. По крайней мѣрѣ незначительные моменты, вродѣ переполненія мочеваго пузыря, могутъ вызывать довольно рѣзкія повышенія температуры, до 39° и даже выше. Въ этой неустойчивости находятъ себѣ также объясненія большія, противъ нормальнаго, колебанія суточной температуры и часто наблюдаемая при параличѣ неправильность, атипичность температурной кривой. Далѣе, въ теченіе болѣзни могутъ встрѣчаться довольно крутыя повышенія и пониженія температуры, не зависяція отъ какихъ-либо соматическихъ причинъ. Такъ, состоянія возбужденія, а особенно неистовства, иногда сопровождаются высокою температурой, наоборотъ, послѣ возбужденія нерѣдко развивается температура коллапса. Рѣзко нарушаютъ также кривую температуры эпилепти—и

апоплектиформные припадки... Что касается различныхъ клиническихъ формъ, то при параличѣ съ возбужденіемъ, температура, въ общемъ, нѣсколько выше, чѣмъ при параличѣ съ угнетеніемъ и при формахъ чисто слабоумныхъ“.

Наконецъ, въ монографіи проф. П. И. Ковалевскаго ⁵³⁾ „Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ“, о температурѣ при этой болѣзни говорится слѣдующее: „Температура прогрессивныхъ паралитиковъ, особенно во второмъ стадіи болѣзни, часто является повышенной и отличается большими колебаніями и неустойчивостью. Даже у паралитиковъ съ пониженной, противъ здороваго состоянія, температурой, замѣчается склонность къ быстрымъ колебаніямъ, весьма напоминающая измѣнчивость температуры въ дѣтскомъ возрастѣ... Особенно рѣзкія поднятія температуры наблюдаются во время апоплекти-и epileptiformныхъ приступовъ... передъ началомъ этихъ приступовъ обыкновенно наблюдается нѣкоторое повиженіе температуры: затѣмъ въ предшествующемъ приступу возбужденіи, температура начинаетъ подниматься и въ первый день приступа достигаетъ своего maximum'a (40° и даже 42°), послѣ приступа опять-таки наступаетъ пониженіе температуры ниже нормы... Нѣкоторые авторы отрицаютъ, однако, особенно рѣзкія колебанія температуры паралитиковъ и если таковыя наблюдаются, то онѣ зависятъ отъ обстоятельствъ постороннихъ, какъ воспаленіе легкихъ, пролежни и проч. (Peterson) — чему опять противорѣчатъ изслѣдованія Parsons'a, который рѣзкія колебанія температуры приписываетъ процессу, обуславливающему самый прогрессивный параличъ“.

При объясненіи температурныхъ измѣненій при прогрессивномъ параличѣ, различные авторы придерживаются весьма различныхъ возрѣній. Авторы, полагавшіе въ основѣ прогрессивнаго паралича, воспалительный процессъ въ мозгу и его оболочкахъ, объясняютъ всѣ измѣненія температуры различно. Одни изъ нихъ какъ-то: Meyer, Wolf, Mickle, Macleod, Magnan, Voisin и др. всецѣло приписываютъ всѣ колебанія температуры этому воспалительному процессу, другіе,

какъ: Krafft-Ebing, Kroemer, Reinhard, Turner, Rottenbiller, а также многіе изъ современныхъ клиницистовъ, приводятъ въ зависимость отъ разстройствъ теплорегулирующихъ центровъ и только нѣкоторые, какъ: Wachsmuth, Peterson и Langdon, различныя уклоненія температуры отъ нормы при этой болѣзни, связываютъ съ соматическими заболѣваніями. Въ самое послѣднее время многіе авторы, какъ-то: проф. П. И. Ковалевскій, Nascke, Klippel, Paris, Delmas, Краерелін, на основаніи своихъ изслѣдованій, приходятъ къ убѣжденію, что прогрессивный параличъ есть результатъ различныхъ интоксикацій и аутоинтоксикацій и, становясь на эту точку зрѣнія, стараются объяснить всѣ симптомы этой болѣзни. На основаніи этого взгляда, измѣненія температуры тѣла при прогрессивномъ параличѣ есть проявленіе воздѣйствія различныхъ ядовъ на центры головного мозга.

Такимъ образомъ, изъ вышеприведеннаго явствуетъ, что вопросъ о температурѣ является еще далеко неразработаннымъ и спорнымъ. Существуетъ еще значительное разнорѣчіе объ измѣненіяхъ температуры при прогрессивномъ параличѣ. Это разнорѣчіе побуждаетъ сдѣлать новыя изслѣдованія температуры при этой болѣзни.

(Продолженіе слѣдуетъ).
