

О геміатетозѣ.

В. И. Руднева,

Ординатора Одесской психиатрической больницы.

Въ клиникѣ нервныхъ болѣзней Университета Св. Владимира намъ пришлось встрѣтить только 3 случая геміатетоза въ теченіе 3-хъ лѣтъ; изъ нихъ два амбулаторныхъ, одинъ стационарный можно было изслѣдовать графически, и кривыя, полученныя такимъ образомъ, представляютъ нѣкоторыя особенности, характеризующія способъ мышечнаго сокращенія при этомъ случаѣ произвольныхъ движеній.

I случай. Больная Л. И. 10 $\frac{1}{2}$ лѣтъ, дочь священника, гимназистка пригетовительнаго класса, жалуется на невозможность свободно владѣть лѣвой рукой вслѣдствіе произвольнаго движенія пальцевъ и несвободнаго движенія въ суставахъ; она также плохо владѣетъ лѣвой ногой, которая подворачивается при ходьбѣ и когда она сгибаетъ ногу, встрѣчаетъ затрудненіе.

Анамнезъ: родилась дѣвочкой совершенно здоровой, какъ рассказываетъ отецъ; вскормлена матерью, ходить стала на первомъ году, развивалась даже раньше, чѣмъ другія дѣти. 2 $\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ была инфекціонная болѣзнь, черезъ мѣсяць воспаленіе почекъ; 26 октября заболѣла, а 4 декабря произошла параличь лѣвой руки и ноги: родители замѣтили въ лицѣ больной конвульсіи, появился потъ на лѣвой рукѣ и ногѣ, отнялась рука и нога, плохо владѣла ими. Носили ребенка на рукахъ, а затѣмъ современемъ ходила при помощи

другихъ. Лечение электричествомъ не помогло. Дѣвочка веселая, жизнерадостная, однако постоянно конфузится.

Status praesens: при осмотрѣ лица оказывается: 1) бровь лѣвая выше, 2) отсутствіе складокъ. Въ пальцахъ лѣвой руки и ноги атетозныя движенія. Мышцы и кости на лѣвой половинѣ тѣла атрофированы. Чувствительность всѣхъ видовъ безъ измѣненій, одинакова на обѣихъ сторонахъ. Мышечное чувство тоньше. Рефлексы сухожильные повышены на лѣвой половинѣ, на правой безъ измѣненій. Кожные рефлексы: щекотаніе стопъ не вызываетъ рефлекса, уколъ вызываетъ рефлексъ съ правой стороны сильнѣе, чѣмъ съ лѣвой.

Со слизистыхъ оболочекъ, съ conjunctivae есть, со слизистой носа нѣтъ, но больная говоритъ, что при щекотаніи трубочкой изъ бумаги въ носу ей колетъ; глоточный рефлексъ есть.

Грубая сила мышцъ на правой рукѣ и ногѣ нормальна, на лѣвой сторонѣ ослаблена въ особенности при сгибаніи и разгибаніи. Однако мышцы на здоровой сторонѣ развиты слабо, на больной еще слабѣе; кости на лѣвой сторонѣ атрофированы; лѣвая рука короче правой на два сустава указательнаго пальца; правая кисть шире лѣвой на 1 суставъ; пальцы лѣвой короче на половину сустава.

На лѣвой рукѣ контрактура сгибателей и пронація, на ногѣ вслѣдствіе контрактуры regioneі стопа отклонена кнаружи.

Сила правой руки по динамометру 50 kil.

— лѣвой — — 0

Электрическое изслѣдованіе.

Фар. токъ.		Гальваническій токъ.
Правая.	Лѣвая.	
100 ext dig.	95	Первое сокр. при 3 mlamp.
105 flex.	100	Реакціи перерожденія нѣтъ.

2 случай Р. И. 9 лѣтъ, мѣщанинъ, обратился въ клинику 16 февраля 1899 г.

Жалуется на непроизвольныя движенія въ пальцахъ правой руки, слабость ея и правой ноги.

Мать, которая привела мальчика въ клинику, подробно рассказала относительно болѣзни сына. Родился онъ здоровымъ ребенкомъ, ходить началъ въ концѣ перваго года, зубы прорѣзались во время, судорогъ не было. Года три тому назадъ перенесъ корь и черезъ 3 недѣли послѣ нея заболѣлъ дифтеритомъ. Послѣ дифтерита онъ былъ весь опухшій, и по совѣту лѣчившаго его доктора долженъ былъ дѣлать ванны и пить молоко.

Когда эта опухоль еще не прошла, мать посадила его какъ то на диванъ, чтобы онъ посидѣлъ около окна. Въ это время въ комнату вбѣжалъ окровавленный братъ и нашъ паціентъ, весьма испугавшись, закричалъ: „мама, смотри, какъ у Федьки кровь идетъ“ и сейчасъ послѣ этихъ словъ, какъ говоритъ мать, его „вкинуло въ сонъ“ и поэтому она положила его въ кровать; проснувшись черезъ часъ, мальчикъ на вопросы ничего не могъ отвѣчать. Мать встревожилась и приподнявши его съ кровати, поставила сама на полъ, чтобы онъ прошелся, но оказалось, что у больного не дѣйствовала правая ручка и ножка, такъ что, поставленный на полъ, онъ упалъ.

Лицо было порядочно перекошено въ сторону, также глазъ одинъ былъ больше открытъ, а главное совсѣмъ не было рѣчи.

Призванный докторъ приказалъ не трогать ребенка, пока онъ самъ не заговоритъ. На третій день, когда мать спросила у больного, не надо ли ему молока, то онъ могъ только промывать въ отвѣтъ „м—м“. Не говорилъ ребенокъ примѣрно съ мѣсяцъ, однако понималъ все, что ему говорили и даже самъ всегда показывалъ на часы, когда долженъ былъ придти докторъ. Черезъ мѣсяцъ на вопросъ матери, болитъ ли у него голова, впервые отвѣтилъ цѣлую фразу: „да, болитъ крѣпко, крѣпко“.

Цѣлый мѣсяцъ послѣ удара ребенокъ лежалъ въ кровати: въ первое время рука была какъ плеть, а потомъ понемногу онъ могъ двигать рукой и ногой, но брать предметы не былъ въ состояніи, а также не могъ сжать руки матери. Чтобы рука „не застывалась“, родные приводили ее въ движеніе, раскачивая изъ стороны въ сторону. Черезъ мѣсяцъ мальчикъ сталъ ходить.

При надѣваніи ему сапога палецъ ноги становился горбомъ такъ, что нельзя было надѣть сапогъ. Бѣгать, конечно, онъ не былъ въ состояніи. Говорилъ все

какъ слѣдуетъ. Когда онъ поднялся съ постели, то въ это время замѣтили окружающіе непроизвольныя движенія въ пальцахъ руки и ноги. Въ теченіе послѣдующихъ трехъ лѣтъ болѣзнь стала улучшаться: прежде, когда ѣлъ пищу, то она проливалась черезъ одну сторону щеки, а потомъ это исправилось; рука висѣла, какъ плеть, а теперь онъ можетъ поднимать ее. Но съ нимъ наблюдалось такое явленіе: мальчикъ, позабывши, поднимаетъ руку кверху и держитъ ее такимъ образомъ; роднымъ приходится шутя бить его по рукѣ съ приказаніемъ опустить ее книзу. Въ умственномъ отношеніи онъ слабѣе, чѣмъ другія дѣти, которыхъ 6 человѣкъ; всѣ здоровы.

3 случай. Больная К. 16 лѣтъ, еврейка, впервые обратилась въ нервную клинику въ 1897 г. 5 дек; жалуется на непроизвольныя движенія въ пальцахъ лѣвой руки и ноги.

Анамнез: мать больной рассказала про дочь слѣдующее: родилась она здоровой, начала ходить на первомъ году, зубы прорѣзались безъ судорогъ.

Когда было 5 мѣсяцевъ, у ребенка появилась оспа, продолжалась цѣлый мѣсяць, слѣдовъ не оставила. Послѣ лѣченія поправилась, была хорошая и полная дѣвочка; когда исполнилось 3 года, мать замѣтила, что рука у нея не такъ держится, какъ слѣдуетъ. Мать думала, что она такой и родилась; на третьемъ же году появились ненормальныя движенія въ пальцахъ. Искривленіе ноги замѣчено всего два года тому назадъ. Сама больная рассказываетъ, что она простудилась послѣ ванны и черезъ недѣлю стала замѣчать, что не такъ хорошо дѣйствуетъ ногою: чувствовала боль въ икрѣ и немного стало корчить ногу. Черезъ 1½ года появилось движеніе пальцевъ. Такъ что до 14 лѣтъ больная ходила, какъ слѣдуетъ, только рука одна была нездорова и когда она однажды ложилась спать, то служанка замѣтила, что пальцы ноги двигаются. Въ прошломъ году лѣчилась въ Кіевѣ и движенія эти въ ногѣ прошли, но потомъ снова простудилась и движенія опять появились. 13 лѣтъ перенесла скарлатину; лицо было опухшее.

Status praesens: чувствительность безъ измѣненій. Рефлексы повышены на лѣвой рукѣ и ногѣ. Кожные со стопъ повышены. Со слизистыхъ оболочекъ есть. Больная держитъ лѣвую руку согнутой въ кулакѣ, по временамъ наступаютъ

непроизвольныя движенія пальцевъ; держать предметы этой рукой трудно вслѣдствіе дрожанія. Конфигурація лѣвой руки измѣнена въ сравненіи съ правой; рука пастозна. Лѣвая нога, по словамъ больной, слабѣ правой.

Лѣвая стопа измѣнена въ конфигураціи, напоминаетъ *pes equinus*; короче правой; въ лѣвой ногѣ замѣчаются въ пальцахъ незначительныя атетозныя движенія.

Грубая сила мышцъ сравнительно не измѣнена въ ногахъ и рукахъ.

Давленіе въ области яичниковъ и во всей области живота болѣзненно. Въ сердцѣ измѣненій нѣтъ.

Въ 1898 году больная поступила въ клинику первыхъ болѣзней, такъ что явилась возможность изслѣдовать ее подробно, при чемъ были получены слѣдующія данныя. Двигательный аппаратъ: Положеніе тѣла правильное за исключеніемъ лѣвой руки, которую больная обыкновенно держитъ согнутой въ кулакъ. Походка въ общемъ не измѣнена: лѣвой ноги при ходьбѣ не волочить, не задѣваетъ носкомъ полъ, но походка кажется медленной, не свойственной шестнадцатилѣтнему возрасту; поступь твердая. Состояніе питанія мышцъ: питаніе мышцъ довольно хорошее, на лѣвой рукѣ даже замѣчается незначительная гипертрофія мышцъ. Измѣреніе средины плеча для правой руки 23 сант, для лѣвой 24 с; предплечіе—ширина правой $26\frac{1}{2}$, лѣвой 28 с., длина рукъ одинакова, нога лѣвая короче правой. Длина правой ноги 84, лѣвой 80 с. Мышцы лѣвой ноги однако болѣе слабо развиты. Толщина икры правой $37\frac{1}{2}$ сант, лѣвой 37 сант; праваго бедра $48\frac{1}{2}$, лѣваго $46\frac{1}{2}$. Длина подошвы правой 24, лѣвой 21 с; ширина правой $22\frac{1}{2}$, лѣвой $21\frac{1}{2}$. Тонусъ мышцъ выражень хорошо.

Производство пассивныхъ движеній: при разгибаніи лѣвой руки замѣчается ригидность; то же самое замѣчается при сгибаніи лѣвой ноги. Ригидность выражена довольно значительно. При сгибаніи кисти лѣвой и разгибаніи стопы также встрѣчается сопротивленіе со стороны мышцъ. Активныя движенія: поднимаетъ лѣвую руку кверху менѣе, чѣмъ правую; кисть лѣвую сгибаетъ и разгибаетъ, но говорить, что это ей трудно: должна двигать при этомъ всей рукой и даже шейными мышцами. Можетъ сгибать и разгибать пальцы, но они дрожатъ при движеніяхъ. Отведеніе и приведеніе кисти затруднено. При движеніи стопы лѣвой чувствуетъ боль въ

суставѣ и икрѣ. Какъ въ пальцахъ руки лѣвой, такъ и ноги замѣчаются атетозныя движенія.

Грубая сила мышцъ правой и лѣвой руки хорошо выражена, также и относительно ногъ.

Координація движеній въ лѣвой рукѣ не разстроена, но появляется „дрожаніе и слабость“ въ ней.

Походка при закрытыхъ глазахъ какъ слѣдуетъ и симптома Ромберга нѣтъ.

Почеркъ правой рукой не совсѣмъ твердый; большая говоритъ, что на правой рукѣ тоже какъ будто отражается состояніе лѣвой. Когда что нибудь дѣлаетъ лѣвой рукой, то въ ней тотчасъ наступаетъ дрожаніе; она можетъ держать въ рукѣ предметы, но если испугается или кто нибудь заговоритъ съ ней въ это время, то сейчасъ предметъ выпадаетъ изъ рукъ.

При пассивныхъ движеніяхъ дрожанія нѣтъ. По словамъ больной въ рукѣ иногда бываетъ также трясеніе, что невозможно сгибать руку. Судорогъ однако не бываетъ.

Рефлексы: со слизистыхъ оболочекъ рефлексы есть, на лѣвой сторонѣ ощущеніе непріятное; кожные рефлексы одинаковы на обѣихъ сторонахъ, брюшные есть.

Сухожильные рефлексы повышены на лѣвой сторонѣ, здѣсь же повышена механическая возбудимость мышцъ.

Чувствительный аппаратъ безъ измѣненій. Головные нервы. I. Обоняніе не измѣнено, но бываетъ часто насморкъ.

II. Зрѣніе не измѣнилось, но когда голова болитъ или больная читаетъ книгу, то сейчасъ же дѣлается темно въ глазахъ и кружится въ головѣ; приходится оставлять работу и тогда это скоро проходитъ. Также бываетъ и при вышиваніи. Прежде при поступленіи въ больницу голова болѣла очень сильно, но теперь болить меньше. Большею частью голова болить спереди иногда будто стягиваетъ, но большею частью кружится въ головѣ.

IV и VI nervi безъ измѣненій.

III. *Oculomotorius*. Лѣвый зрачекъ кажется уже перваго, неправильной формы. Реакціи всѣ. Движенія глазъ правильны.

VII. Правый *facialis* дѣйствуетъ лучше, чѣмъ лѣвый.

XII. Легкое уклоненіе языка влѣво.

Остальные нервы безъ измѣненій. Пульсъ 72; на лѣвой рукѣ пульсъ *arteriae radialis* гораздо слабѣе, чѣмъ справа, едва замѣтенъ.

Желудокъ—бываютъ отрыжки съ неприятнымъ запахомъ; въ горлѣ иногда жгетъ; прежде были запоры. Болѣзненность яичниковъ; менструаціи сопровождаются болѣю.

Весьма часто потѣетъ во время сна; просыпается и рубашка оказывается мокрой отъ пота. Когда работаетъ, то чувствуетъ потъ.

Вазомоторныя рвзстройства: лѣвая рука и нога холоднѣе правыхъ.

Первая кривая, снятая ⁵/XII 97 г. съ помощью міографа, поставленнаго на большой палецъ лѣвой ноги, показываетъ, что въ минуту палецъ совершаетъ около 25 движеній, неравномѣрно по своей амплитудѣ. Движеніе пальца вверхъ и внизъ иногда совершается безъ перерыва, такъ что получаютъ правильныя линіи, въ другой разъ сокращеніе, не дойдя до конца, прерывается другимъ и образуется ломаная линія; это другое сокращеніе или есть продолженіе существующаго, или ему противоположно. Если начать анализъ кривой слѣва, то первыя сокращенія показываютъ почти вертикальную линію, идущую вверхъ и расслабленіе болѣе наклонное. Послѣ ряда мышечныхъ сокращеній и расслабленій наступаетъ пауза, обозначающаяся горизонтальной линіей, послѣ которой три невыраженныхъ подъема и опусканія, затѣмъ снова пауза, съ однимъ подъемомъ. Первой паузы дѣина 7 сек., второй также, третьей 4 сек; послѣ нея 4 движенія, и снова пауза въ 11 секундъ; еще 3 сокращенія съ паузой и наконецъ 3 послѣднихъ движенія, изъ нихъ первое образуется волнообразной линіей, пауза и уступы внизъ.

Кривая записанная со средняго пальца вначалѣ имѣетъ 15 движеній, здѣсь паузы меньше. На третьей кривой внизу уже можно замѣтить рядъ дрожаній, которыя весьма рельефно выступили при записи движеній пальца на рукѣ.

На кривой ¹⁹/II 99 очень хорошо видно, что сокращеніе мышцы состоитъ изъ цѣлой серіи мельчайшихъ дрожаній, которыя усиливаются на высотѣ сокращенія и затѣмъ посту-

пасть разслабленіе мышцы. На нижней кривой съ правой стороны въ концѣ имѣется фигура, которая можетъ служить типомъ мышечныхъ сокращеній пальца. Измѣненія ея заключаются въ томъ, что, на примѣръ, на высотѣ сокращенія можетъ быть рядъ дрожательныхъ залповъ, это видно на второй кривой, или же нисходящее плечо не является ровнымъ, а прерывистымъ.

Самая верхняя кривая снята послѣ впрыскиванія больной $\frac{1}{20}$ грана морфія черезъ $\frac{1}{4}$ часа, на ней какъ будто дрожанія выражены слабѣе.

На кривой 18²³/п 99 вверху почти исключительно наблюдается дрожаніе, около 5 др. въ секунду. Вторая и третья кривыя повторяютъ снова типъ, а первая внизу, записанная послѣ впрыскиванія $\frac{1}{12}$ грана морфія, показываетъ совершенное прекращеніе атетозныхъ движеній, что обозначается прямой линіей.

Атетозъ сравнительно недавно выдѣленъ въ особую клиническую форму. Хотя случаи его были извѣстны Charcot, но впервые о немъ заговорилъ американскій невропатологъ Hammond¹⁾ въ 1871 г., наблюдавшій атетозныя движенія у субъекта, страдавшаго кромѣ того алкоголизмомъ и эпилепсіей. Непрерывныя движенія пальцевъ и кистей при возможности удерживать ихъ въ одномъ положеніи, пониженіе спазмы мышцъ—характеристика, данная Hammond'омъ.

Если движенія произвольныя въ одной половинѣ тѣла, какъ это иногда наблюдается у дѣтей послѣ гемиплегіи, то получается hemiathetosis.

Такъ какъ вскрытій случаевъ атетоза не было, то Charcot²⁾ по аналогіи съ гемихореей сдѣлалъ предположеніе о локализациі фокуса во внутренней капсулѣ кнаружи отъ чувствительныхъ волоконъ.

¹⁾ Hammond. A treatise on the nervous system. N. Journ. 1871 г.

²⁾ Charcot Oeuvres complètes. Leçons sur les malad. du syst. nerv.

Oulmont ¹⁾ также полагаетъ, что односторонній атетозъ есть слѣдствіе локализованнаго фокуса.

Равнымъ образомъ Eulenburg ²⁾ считаетъ его несамостоятельною болѣзною, а своеобразнымъ симптомомъ.

Gowers ³⁾ высказалъ мнѣніе, что геміатетозъ происходитъ вслѣдствіе раздраженія двигательныхъ и чувствительныхъ проводниковъ (th. optici и caps. int.). Это раздраженіе передается на мозговую кору.

Monakow ⁴⁾ въ своей *Gehirnpathologie* высказывается въ этомъ же смыслѣ.

Въ одномъ случаѣ атетоза, изслѣдованномъ Lichtheim'омъ и Weigert'омъ въ головномъ мозгу не найдено, по словамъ Berger'a, никакихъ измѣненій (Eulenburg).

Патолого-анатомическая находка—вещь въ высокой степени цѣнная, такъ какъ по большей части открываетъ невидимую причину болѣзненнаго разстройства; хотя атетозу въ этомъ отношеніи не посчастливилось, но при очень близкой къ нему формѣ насильственныхъ движеній—гемихореѣ—локализациа фокусовъ не всегда была тождественная. Такъ напр. Charcot видѣлъ разрушеніе самаго задняго отдѣла *capsulae internae* и отчасти *th. optici*.

Kahler и Pick ⁵⁾, Raymond ⁶⁾ и др. встрѣчали страданіе одного *th. optici*.

Hammond, Weir-Mitschell находили поражение *n. lenticiformis* въ задней части.

Кромѣ подкорковыхъ узловъ, локализацией являлись Варолиевъ мостъ, мозговья ножки.

¹⁾ Oulmont. *Etude clinique de l'athetose*. Th. de Paris, 1878 г.

²⁾ Eulenburg. *Руков. къ част. патол.* 1883. (Цимсена).

³⁾ Gowers. *On athetosis and posthemipl. dis. of movem.* *Med. Chir. Trans* 1876 г.

⁴⁾ Monakow. *Gehirnpathologie*. 1897 г.

⁵⁾ Kahler и Pick. *Ueber die Lokalis. d. posthem. Beweg.* 1897 г.

⁶⁾ Raymond. *Leçons sur les malad. du syst. nerv.* 1896—1897.

Муратовъ ¹⁾ и Bonhaeffer ²⁾ указываютъ на зависимость гемихореи отъ страданія мозжечковыхъ ножекъ.

Встрѣчая патологоанатомическія измѣненія, каждый авторъ пытался объяснить ими существующія явленія.

Шарко предположилъ существованіе *faisceau hemichorique*, который Kahler и Pick замѣнили пирамиднымъ путемъ.

Gowers приписываетъ особую роль размягченію для появленія произвольныхъ движеній.

Bonhaeffer отрицаетъ значеніе пирамиднаго пути, а Муратовъ полагаетъ, что гемихорея есть результатъ нарушенія равновѣсія функціи между зрительнымъ бугромъ и полушаріями мозжечка.

Въ недавнее время проф. Н. М. Поповъ ³⁾ описалъ случай гемиплегіи, осложненной противоположной гемихореей, которая присоединилась съ теченіемъ времени къ гемиплегіи, завися отъ раздраженія двигательной области праваго полушарія вслѣдствіе болѣзненнаго фокуса въ лѣвомъ. Раздраженіе черезъ комиссуральные пути передавалось съ одного полушарія на другое и результатомъ этого явилась гемихорея.

Мы въ свою очередь присоединяемся къ мнѣнію авторовъ (Грейденбергъ ⁴⁾, Н. М. Поповъ, Gowers, Monakow, Grasset ⁵⁾), считающихъ мозговую кору за главный источникъ насильственныхъ движеній.

Если фокусъ не находится въ мозговой корѣ, то раздраженіе, производимое имъ, во всякомъ случаѣ должно передаваться туда.

Возвращаясь къ кривымъ, снятымъ съ больной, замѣтимъ сложность картины мышечнаго сокращенія при атетозѣ. Дро-

¹⁾ Муратовъ. Клиническія лекціи 1899 г.

²⁾ Bonhaeffer. Ein Beitrag zur Lokal. der chor. Bew. Monatschr. f. Psych. 1897 г.

³⁾ Н. М. Поповъ. Гемиплегія, осложн. противоп. гемихореей. Невр. Вѣстн. 1898 г.

⁴⁾ Грейденбергъ. О послѣгемиплег. разстр. движеній. Вѣстникъ Мерзеевск. 1884 г.

⁵⁾ Grasset. Traité pratique des malad. du syst. nerv. 1894.

жаніе здѣсь является какъ бы элементомъ, изъ котораго составляются атетозныя движенія, а потому необходимо на немъ остановиться. При изслѣдованіи различныхъ случаевъ дрожанія въ клиникѣ нервныхъ болѣзней можно придти къ заключенію, что дрожаніе происхожденія кортикальнаго и представляетъ особаго рода состояніе двигательныхъ вѣттокъ.

Дрожаніе не рѣдко переходитъ въ клоническія судороги и наоборотъ: припадки Джексоновской эпилепсіи иногда начинаются дрожаніемъ.

Во время сна, при фізіологическихъ раздраженіяхъ, отъ дѣйствія лѣкарственныхъ веществъ дрожаніе измѣняется; различныя состоянія двигательныхъ центровъ будутъ выражаться графически различными картинами.

Кривую нашего случая атетоза можно объяснить такимъ образомъ, что двигательные центры находятся въ высшей степени неустойчиваго равновѣсія, то они впадаютъ въ такъ называемый дрожательный стадій съ его видоизмѣненіями (непрерывное дрожаніе, залпы), то въ нихъ наступаетъ состояніе клонической судороги, то движеніе судорожное состоитъ изъ ряда дрожаній, которыя могутъ появиться даже въ срединѣ судорожнаго движенія, то медленное, то быстрое сокращеніе мышцы и пр.

Въ болѣе развитыхъ центрахъ пальцевъ руки эти состоянія яснѣе выражены, чѣмъ въ менѣе развитыхъ центрахъ пальцевъ ноги.

Морфій, впрыснутый въ количествѣ $\frac{1}{12}$ грана, остановилъ произвольныя движенія.

Извѣстно, что это есть типъ кортикальнаго алкалоида.

Въ заключеніе остановимся на нѣкоторыхъ особенностяхъ, замѣченныхъ при изслѣдованіи. У больной И. мышцы, а главное кости на лѣвой пораженной половинѣ тѣла атрофированы. Радіограммы къ сожалѣнію не было возможности снять, но измѣреніе дало осязательные результаты: уменьшеніе ширины и длины костей.

Здѣсь имѣется, конечно, дѣло съ атрофіей церебральнаго типа.

Больная К. также имѣеть одну лѣвую ногу короче другой и мышцы на ней развиты слабѣе, хотя мускулатура лѣвой руки производитъ впечатлѣніе болѣе развитой, но съ другой стороны лѣвая арт. *radialis* едва ощущается. При насильственныхъ движеніяхъ гипертрофія мышцъ замѣчалась рѣдко. Далѣе, больной Р. былъ пораженъ правой гемиплегіей и одновременно двигательной афазіей, цѣлый мѣсяць онъ не говорилъ ни слова, хотя все понималъ. Афазія прошла сразу; ребенокъ сказалъ цѣлую фразу, чѣмъ удивилъ окружающихъ.

Bernhard¹⁾ считаетъ афазію не исключительнымъ явленіемъ, но Sachs²⁾ встрѣчалъ её при параличахъ у дѣтей.

Еще странное явленіе, замѣченное у Р.—наклонность его держать долго случайно поднятую вверхъ правую руку въ одномъ положеніи, до тѣхъ поръ пока ее не опустятъ внизъ родные. Здоровому человѣку довольно трудно держать долго поднятую вверхъ руку; явленіе это у больного аналогично состоянію катаlepsii, когда напр. рука остается въ приданномъ ей положеніи, и показываетъ особое состояніе нервныхъ центровъ у ребенка.

Всѣ наши случаи относятся къ отдѣлу т. наз. послѣгемиплегическихъ разстройствъ движенія.

¹⁾ Bernhardt. Virchow. Archiv. 1885 г. Bd. 52.

²⁾ Sachs. A treatise of the nerv. dis. in Children. 1897.