

Случай туберкулезнаго менингита подь видомъ Корсаковскаго психоза.

Д-ръ мед. Л. Гутманъ. (Саратовъ).

Случай, который я позволю себѣ сообщить, представляетъ двоякій интересъ. Съ одной стороны онъ интересенъ въ діагностическомъ отношеніи, съ другой стороны интересъ его заключается въ сравнительно рѣдкой психической картинѣ, наблюдавшейся при данномъ заболѣваніи и извѣстной подь именемъ Корсаковскаго психоза. Этотъ психозъ описанъ впервые *С. С. Корсаковымъ* въ 1887 г. подь названіемъ полиневритическаго психоза или токсемической церебронатіи. Клиническое выраженіе этого психоза составляетъ своеобразное разстройство памяти, заключающееся въ томъ, что больной совершенно не можетъ запомнить самыхъ послѣднихъ событій, между тѣмъ какъ старыя довольно хорошо сохраняются въ памяти. Новыя впечатлѣнія не удерживаются и быстро стираются. Больной тутъ же забываетъ, что онъ видѣлъ или слышалъ. Слѣдствіемъ такого отсутствія способности запоминанія является дезоріентировка во времени и пространствѣ. Въ нормальномъ состояніи свѣжія впечатлѣнія присоединяются непосредственно къ прежнимъ, образуя такимъ образомъ въ нашемъ сознаніи хронологическую цѣпь переживаемыхъ нами событій и давая намъ возможность оріентироваться во времени. Ясно, что если звенья этой хронологической цѣпи впе-

чатлѣвѣй выпадаютъ, то способность наша ориентироваться во времени значительно страдаетъ, какъ это и бываетъ при Корсаковскомъ психозѣ. Третій клинический симптомъ при этой болѣзни составляютъ такъ называемыя конфабуляціи, т. е. разныя измышленія, небылицы, которыя сочиняетъ больной. Такъ онъ обычно рассказываетъ, что онъ вчера или сегодня былъ тамъ-то, дѣлалъ то-то, хотя бы онъ и лежалъ все время неподвижно. Помимо этихъ кардинальных признаковъ—своеобразное расстройство памяти, дезориентировка и конфабуляціи—психическій инвентарь больного въ остальномъ довольно хорошо сохранился. Формальное мышленіе его совершается правильно, его вниманіе, воспріятія вполнѣ сохранены, сужденіе и умозаключеніе болѣе или менѣе правильны, поведеніе его нормально. И если больному приходится оперировать надъ такими данными, которыя предъявляютъ запросъ къ разнообразнымъ психическимъ функціямъ, кромѣ памяти, онъ справляется со своею задачею довольно сносно. Такъ напр., онъ недурно можетъ играть въ шашки, шахматы, въ разныя карточные игры и т. д. Психическая картина Корсаковской болѣзни такъ своеобразна, что кто ее разъ видѣлъ, тотъ врядъ ли ее забудетъ. Изъ физическихъ симптомовъ при этой болѣзни встрѣчается множественное воспаленіе нервовъ. Для *Корсакова* наличность этого симптома считалась обязательной, *conditio sine qua non*, безъ котораго онъ не ставилъ такого діагноза. Этотъ физическій симптомъ, полиневритъ, онъ считаетъ какъ бы опредѣляющимъ всю картину болѣзни, которая и получила у него названіе полиневритическаго психоза. Причину этой болѣзни *Корсаковъ* видитъ въ отравленіи крови, токсеміи, благодаря образованію въ организмѣ на почвѣ нарушеннаго обмѣна разныхъ ядовъ (птомаины, лейкомаины), откуда и другое названіе, данное имъ этой болѣзни, а именно токсимическая церебропатія. Такова картина болѣзни, описанная *С. С. Корсаковымъ*.

Съ того времени въ литературѣ было описано довольно много случаевъ, вполне подтвердившихъ существованіе своеобразной картины, подмѣченной Корсаковымъ. По мѣрѣ накопленія подобныхъ случаевъ точка зрѣнія Корсакова однако не могла удержаться въ своемъ первоначальномъ видѣ, а была подвергнута нѣкоторымъ видоизмѣненіямъ. Во-первыхъ, полиневроиты, наличность которыхъ *Корсаковъ* считалъ обязательной для даннаго психоза, не всегда были находимы, а во-вторыхъ, эта своеобразная психическая картина была наблюдаема при самыхъ разнообразныхъ болѣзняхъ, ничего общаго между собой не имѣющихъ. Такъ, самъ *Корсаковъ* описалъ случаи полиневритическаго психоза не только послѣ алкоголизма, но и послѣ тифа; *Сербскій*—случаи послѣ родовъ, послѣ операціи гнойной кисты, послѣ рожи; *Липинскій* также послѣ родовъ, параметрита, инфлуэнцы; *Jolly*, *Сухановъ* и *Бутенко*, *Weber*, *Nitsche*, *Муравьевъ*, *Roemheld* описали случаи Корсаковскаго психоза при сифилисѣ; *Jolly*, *Сухановъ* и *Бутенко*, *Meyer* и *Raecke*, *Гейеръ* при прогрессивномъ параличѣ. Кромѣ этихъ случаевъ Корсаковскаго психоза послѣ инфекціи, описано множество случаевъ при разныхъ интоксіяхъ.

Такъ, случай *Kayman*'а при морфинизмѣ, случай *Thomson*'а при отравленіи окисью углерода. Къ случаямъ на почвѣ нарушеннаго обмѣна веществъ можно отнести наблюденія *Tiling*'а, *Wernicke*, *Tolly*, *Суханова* и *Бутенко*, *Meyer* и *Raecke*, *Гуляровскаго* при артеріосклерозѣ и старческомъ слабоуміи. Далѣе случаи *Tiling*'а, *Kalberlah*, *Давиденкова* при сотрясеніи мозга, случаи *Wollenberg*'а *Sommer*'а при самоудушеніи, наблюденія *Tiling*'а *Kalberlah*, *Meyer*'а, *Heilbronner*'а, *Sommer*'а при травмѣ черепа, наконецъ случаи *Mönkenmüller*'а и *Kaplan*'а, *Meyer*'а *Chancellay*, *Meyer* и *Raecke*, *Bonhöffer*'а *Pfeffer*, а при опухоляхъ мозга. Я конечно далеко еще не исчерпалъ всѣхъ случаевъ Корсаковскаго психоза, описанныхъ при самыхъ разнообразныхъ болѣзняхъ, но приведенныхъ

уже достаточно, чтобы убѣдиться въ многообразіи этиологій, которыми можетъ быть вызванъ данный психозъ. Съ другой стороны рядъ авторовъ, какъ *Tolly*, *Mönkenmüller*, *Schulhe*, *Lüxerash*, *Meyer* и *Raecke*, *Liermann* описали случаи типичнаго Корсаковского психоза безъ невритовъ.

Всѣ эти описанныя наблюденія значительно поколебали ученіе *Корсакова* о полиневритическомъ психозѣ, какъ о самостоятельной болѣзни. Поэтому *Tolly* предложилъ назвать полиневритическій психозъ въ честь *Корсакова* Корсаковскимъ симптомокомплексомъ, не признавая его однако за самостоятельную клиническую форму болѣзни. Рѣшительный ударъ ученію о полиневритическомъ психозѣ, былъ наконецъ нанесенъ съ тѣхъ поръ, какъ стало себѣ прокладывать дорогу и завоевывать все большую почву новое ученіе въ психіатріи *Kraepelin*'а. Согласно этому ученію прежняя симптоматологическая точка зрѣнія, которая выдѣляла душевныя болѣзни на основаніи извѣстнаго рода симптомовъ, была объявлена несостоятельной и замѣнена новымъ критеріемъ, въ основу котораго положены этиологія, условія развитія, теченіе и исходъ болѣзни обособленія одной формы отъ другой. Одна симптоматическая картина, какъ напр. меланхолическое состояніе, маниакальная экзальтація, параноическій комплекс не могутъ еще опредѣлить болѣзнь, точно такъ же какъ тифозное состояніе въ патологіи внутреннихъ болѣзней не обозначаетъ еще тифа или эпилептоидный припадокъ не характеризуетъ непременно эпилепсію. За этими одинаковыми вѣшними симптомами сплошь да рядомъ скрываются совершенно разныя основныя страданія, все равно какъ въ одинаковой оберточной бумагѣ могутъ заключаться совершенно разныя содержанія. Точно также и съ Корсаковскимъ психозомъ. Подъ этой своеобразной психической картиной могутъ протекать, какъ мы видѣли, совершенно разнообразныя болѣзни.

Случай, который наблюдается мной и братомъ и къ описанію котораго я сейчасъ перейду, протекалъ также въ психическомъ отношеніи подъ видомъ Корсаковского психоза.

Случай относится къ 26-и лѣтней женщинѣ, жена чиновника А. И., поступившей къ намъ 19 іюля 1912 г. Изъ анамнестическихъ данныхъ слѣдуетъ отмѣтить, что отецъ больной въ общемъ здоровый человѣкъ, мать умерла 26 и лѣтъ отъ неизвѣстной причины, одна сестра 22-хъ лѣтъ отъ туберкулеза. Больная въ общемъ росла здоровой дѣвушкой, никакими особенными болѣзнями не хворала. Училась хорошо. Характеромъ обладала веселымъ, общительнымъ. 20-и лѣтъ она вышла замужъ и заразилась отъ мужа гоннорреей. Отъ развившагося сальпинго-оофорита она лѣчилась долгое время, однако не могла избавиться отъ него. Въ началѣ весны семейная жизнь больной стала разстраиваться. Между мужемъ и женой часто пошли раздоры, и больная уѣхала на 2 недѣли къ отцу, а затѣмъ вернулась обратно къ мужу въ Иркутскъ.

Мужъ отмѣчаетъ, что въ дорогѣ 17 мая больная въ пролетѣ ударилась затылкомъ и спиной, хотя и не очень сильно. Черезъ 10 дней послѣ ушиба случилась слабость въ правой рукѣ и расстройство рѣчи, которыя однако скоро прошли. Появились головныя боли, иногда бывали рвоты. Въ концѣ іюня былъ припадокъ съ судорогами въ одной рукѣ. Головныя боли все время продолжались. Съ начала іюня больная стала заговариваться. Разсказывала фантастическія небывалыя вещи. 19 іюля больная привезена изъ Иркутска сюда.

При поступленіи больная обнаруживала слѣдующій статусъ. Средняго роста, умѣреннаго питанія, правильнаго сложенія. Кожа и слизистыя оболочки блѣдноваты. Со стороны внутреннихъ органовъ можно отмѣтить чистые тоны сердца, въ верхушкѣ лѣваго легкаго слышны влажные хрипы. Пульсъ 96 ударовъ въ минуту, правильный. Въ мочѣ вѣтъ ни бѣлка ни сахара. Со стороны нервной системы отмѣчается слѣдующее: при постукиваніи черепа больная жалуется на нѣкоторую болѣзненность. Головные нервы нормальны. Движенія глазъ совершаются правильно во все стороны. Лѣвый зрачекъ нѣсколько шире праваго, реакція на свѣтъ не вызывается. Сила рукъ ослаблена: на динамометрѣ больная выжимаетъ 25—30. Атаксія въ рукахъ не замѣтна. Глоточный рефлексъ сохраненъ, брюшной рефлексъ отсутствуетъ, коленные рефлексы очень живые, также Ахилловы. Конъюнктивальный и роговичный рефлексы невозможно исследовать вслѣд-

ствие сопротивленія больной. Babinski отрицательный. Походка неуверенная, замѣтно довольно сильное пошатываніе, такъ что больную приходилось водить подъ руки. Чувствительность особенно болевая, повышена.

Психическая сфера представляется въ слѣдующемъ видѣ. Выраженіе лица осмысленное, мимика живая. Воспріятія больной совершаются быстро и правильно. На обращенные къ ней вопросы она даетъ быстрые отвѣты, имѣющіе прямое отношеніе къ вопросамъ. Говорить, какъ ее зовутъ по имени и отчеству, называетъ правильно свою фамилію. При дальнѣйшемъ разговорѣ съ больной бросается въ глаза полная дезориентировка во времени и мѣстѣ. Больная совершенно не знаетъ, гдѣ она находится, не вѣритъ, что это Саратовъ. Точно также больная не имѣетъ вѣрнаго представленія о времени, думаетъ, что теперь сентябрь. Несмотря на то, что она была 7 сутокъ въ пути, она совершенно не помнитъ, что она путешествовала, думаетъ, что находится въ Брестѣ, гдѣ она когда-то жила. Не сознаетъ, что она находится въ лечебницѣ, а полагаетъ, что она въ гостинницѣ. Всѣхъ окружающихъ она принимаетъ за своихъ знакомыхъ, называетъ ихъ по имени и отчеству. Вступаетъ охотно со всѣми въ бесѣду. На мое заявленіе, что она находится въ Саратовѣ, больная выражаетъ свое удивленіе и спрашиваетъ: „Такъ тутъ должна быть Волга?“ Когда я черезъ 2—3 секунды спрашиваю ее, въ какомъ городѣ она находится, она опять заявляетъ, что въ Брестѣ. И сколько разъ ей ни повторять, что это Саратовъ, она тутъ же забываетъ, а говоритъ что это Брестъ. Правда, она не совершенно въ этомъ увѣрена и на мое заявленіе, что она ошибается, она спрашиваетъ: „Неужели это Пенза?“ Объясняетъ свою плохую память головной болью, которую она испытываетъ. Кромѣ того больная много конфабულიруетъ, рассказываетъ, что была сегодня у своихъ знакомыхъ и т. д.

Эта своеобразная психическая картина, которая наблюдалась у нашей больной, была характерна для Корсаковского психоза. Однако не было сомнѣнія, что данное психическое состояніе не представляло собою обычный Корсаковский психозъ на почвѣ алкоголизма, а было выраженіемъ какого-то другого органическаго страданія головного мозга. Основаніемъ для такого предположенія служили во-первыхъ общее доволь-

но тяжелое впечатлѣніе, которое производила больная, затѣмъ нѣкоторые физическіе симптомы, какъ-то неравномѣрность зрачковъ и отсутствіе ихъ реакціи на свѣтъ, наконецъ анамнестическія данныя о бывшихъ рвотахъ и судорогахъ въ ругѣ. Произведенное окулистомъ офтальмоскопическое изслѣдованіе не обнаружило на днѣ глазного нерва ничего патологическаго, зрачки на свѣтъ не реагировали. Изслѣдованіе крови на Wassermann'овскую реакцію дало отрицательный результатъ. Диагнозъ нашъ склонялся къ опухоли resp. гуммѣ мозга, и была назначена специфическая терапія. Черезъ 6 дней однако это лѣченіе пришлось оставить въ виду нѣкотораго возбужденія, которое выражалось въ томъ, что она часто стала вскакивать съ кровати и куда-то стремиться. Психическое состояніе продолжало оставаться то же самое. Полное отсутствіе способности запоминанія, дезориентировка въ окружающемъ, конфабуляція. Меня хотя и принимала за врача, но называла совершенно другимъ именемъ. Пробѣлъ въ памяти больной простирался на довольно значительный промежутокъ времени. По крайней мѣрѣ она ничего не помнила о послѣднихъ годахъ своей жизни въ Иркутскѣ. Утверждала, что у нея 2 дѣтей, хотя ни разу не была беременна. Охотно разговариваетъ, общительна, очень много конфабულიруетъ, нервный статусъ тотъ же самый. Температура была слегка повышена, рѣзко доходила до 38°. 4 августа, т.-е. 2 недѣли послѣ поступленія въ лечебницу, на обратномъ пути съ прогулки съ больной сдѣлался въ моемъ присутствіи эпилептоидный припадокъ. Лицо сначала покраснѣло, затѣмъ поблѣднѣло. Ноги подкосились, и вскорѣ въ лѣвой ногѣ появились клоническія судороги, продолжавшіяся въ теченіе 6 минутъ; лѣвая рука была въ это время въ тоническомъ напряженіи, такъ что нельзя было ее согнуть. Лѣвое глазное яблоко было отведено наружу. Больная нѣсколько хрипѣла, какъ во время эпилептического припадка. При сгибаніи правой руки также встрѣчалось нѣкоторое препятствіе, хотя небольшое. На вопросы больная не отвѣчала, однако иногда она устремляла взоръ на меня. Зрачки были очень расширены. На уколъ булавкой слабо реагируетъ. Черезъ 2 дня клоническія судороги въ обѣихъ ногахъ повторились, была кромѣ того рвота. Вторично было приступлено къ специфическому лѣченію въ теченіе 2 недѣль. Психическое состояніе было въ теченіе августа то же

самое, что и раньше. Больная была очень доступна для разговора, дезориентировка по прежнему была полная, окружающих принимала за своих знакомых. Никакъ не могла вспомнить мое имя, при моихъ посѣщеніяхъ обыкновенно извинялась, что она не можетъ мнѣ заплатить за визитъ, такъ какъ забыла свой кошелекъ дома. Больная играетъ въ карты довольно хорошо. Въ ногахъ замѣтна слабость и неуверенная походка. Зрачки иногда реагировали на свѣтъ совершенно ясно. Температура въ теченіе августа была нормальная, рѣдко превышала 37°. 2-го сентября была рвота и недержание мочи. Развился также парезъ правой ноги. На другой день наступилъ параличъ правой ноги и парезъ лѣвой, чувствительность притупилась, колѣнный рефлексъ справа повышенъ, слѣва живой. Симпт. Babinsk'аго и Oppenheim'a съ обѣихъ сторонъ положительны, клонусъ правой стопы ясный, хотя и непродолжительный (6—8 разъ). Брюшной рефлексъ отсутствуетъ. Полное недержание мочи.

Такимъ образомъ остро развились явленія мѣлита. Въ сентябрѣ болѣзненные явленія стали быстро нарастать. Образовались пролежни, рвоты стали появляться чаще. 15-го стало замѣтно затрудненіе рѣчи, преимущественно при произношеніи шипящихъ буквъ. Появился nystagmus и легкій парезъ лѣваго n. abducentis и oculomotorii. Полная нижняя параличъ. 20-го пріѣхали къ больной мужъ и матека, она ихъ узнала, рассказывала, что была вчера въ разныхъ мѣстахъ, объясняла свою жажду тѣмъ, что еѣ въ гостяхъ накормили селедкой. Присоединился парезъ лѣвой руки. 22-го сентября больная была изслѣдована д-рами *Н. Е. Осокинымъ и В. И. Рудневымъ*, которые констатировали слѣдующее: больная лежитъ неподвижно, голова обращена влѣво; при попыткѣ повернуть ее, она стонетъ и жалуется на сильную боль. Отмѣчается тугоподвижность затылка. Зрачки равномѣрны, реагируютъ на свѣтъ нѣсколько вяло. Движенія глазъ правильны при крайнихъ положеніяхъ наблюдается нистагмъ. Съ лѣвой стороны легкій ptosis, съ лѣвой же стороны парезъ facialis; языкъ уклоняется влѣво. Лѣвая рука въ состояніи пареза, почти паралича. Полный параличъ нижнихъ конечностей, мочевого пузыря и прямой кишки. Пониженіе чувствительности на ногахъ. Рефлексы колѣнные повышены, Babinski и Oppenheim abs. Пульсъ частый и малый около 120 въ минуту. Бы-

до высказано предположеніе объ опухоли мозга и предложено сдѣлать поясничный проколъ. При изслѣдованіи глазного дна оказался невритъ съ обѣихъ сторонъ. 23-го сентября былъ произведенъ поясничный проколъ, причемъ спинномозговой жидкости удалось добыть только около 3 кб. стм. Изъ верхняго грудного отдѣла спинного мозга было добыто подъ довольно большимъ давленіемъ около 15 кб. ст. жидкости, причемъ первая порція вышла съ кровью. Въ пунктатѣ образовался небольшой свертокъ фибрина, при микроскопическомъ изслѣдованіи жидкости найдены только отдѣльные лимфациты. Состояніе больной стало рѣзко ухудшаться, t^0 поднялась до 39^0 , дыханіе и пульсъ учащены. 2-го октября exitus.

При вскрытіи мозга, произведенномъ съ разрѣшенія родныхъ д-рами *М. О. Гуревичемъ* и *С. Н. Петровымъ*, было найдено слѣдующее:

Твердая мозговая оболочка снимается легко. Гиперемія мягкой мозговой оболочки. На основаніи мозга въ области перекреста зрительныхъ нервовъ и впереди вдоль обонятельнаго тракта и на всемъ протяженіи между ними отмѣчается обильная высыпь туберкулезныхъ бугорковъ и помутнѣніе мягкой мозгов. оболочки. Помутнѣніе оболочки распространяется кзади вдоль нижней поверхности можжечка. Отдѣльные бугорки наблюдаются на лѣвой височной долѣ, гдѣ имѣется также помутнѣніе оболочки преимущественно вдоль сосудовъ. Желудочки мозга сильно растянуты и наполнены прозрачной жидкостью. Въ спинномъ мозгу на его мягкой оболочкѣ на всемъ протяженіи имѣются туберкулезные бугорки. Главнымъ образомъ они расположены въ нижней грудной и верхней пояснической части. Въ этой же области имѣется рѣзкая гиперемія твердой и мягкой оболочекъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи мозга можно отмѣтить слѣдующее: Ріа большого мозга, можжечка и спинного мозга представляется болѣе или менѣе утолщенной и инфильтрованной. Бросается въ глаза большое число типичныхъ туберкулезныхъ бугорковъ. Большинство изъ нихъ свѣжей высыпи, лишь очень рѣдко попадаются туберкулы перерожденные, распавшіеся. Въ инфильтратѣ оболочки заключаются между прочимъ въ значительномъ количествѣ микрофаги и плазматическія клѣтки (Plasmazellen). Замѣтны мѣ-

стами и измѣненія сосудовъ рѣе въ видѣ инфильтраціи ихъ стѣнокъ и, что характерно, отслоенія интимы (отличіе отъ сифилитическаго пораженія сосудовъ, гдѣ интима разрастается, но не отслаивается).

Рѣзкія патологическія измѣненія, наблюдаемыя въ оболочкахъ, какъ правило не распространяются на вещество мозга. Лишь очень рѣдко въ нѣкоторыхъ мѣстахъ можно замѣтить переходъ процесса на поверхностные слои коры большого мозга или можжечка. Но и въ этихъ рѣдкихъ и весьма небольшихъ участкахъ инфильтрація дѣлаетъ лишь какъ бы слабую попытку проникнуть въ вещество мозга (или можжечка) и не идетъ дальше самаго поверхностнаго молекулярнаго слоя.

Ограниченіе туберкулезнаго процесса оболочкой не исключаетъ однако того обстоятельства, что клѣтки коры представляются болѣзненно измѣненными. Но эти измѣненія не находятся въ непосредственной связи съ туберкулезомъ оболочекъ и не являются специфическими. Въ пирамидныхъ клѣткахъ мы отмѣчаемъ мѣстами ихъ острое измѣненіе (набуханіе протоплазмы, распаденіе тѣлецъ Nissl'я) мѣстами же тяжелое перерожденіе, выражающееся въ уменьшеніи ядра, расплавленіи протоплазмы вокругъ него, нѣкистомъ видѣ протоплазмы (wabige structur), невронофагii; нѣкоторыя клѣтки являются почти совершенно разрушенными увеличившимися въ числѣ трабантными клѣтками. Все это однако измѣненія, не характерныя спеціально для туберкулеза, а встрѣчающіяся, какъ извѣстно, при самыхъ разнородныхъ инфекціяхъ.—

Описанный случай могъ быть правильно распознанъ только при аутопсіи. Симптомы, которые наблюдались у больной, при жизни не давали достаточнаго основанія для распознаванія менингита. Постепенное развитіе болѣзни съ бывшими судорогами въ рукѣ и парезомъ ея, а также съ быстро проходящей афазіей при имѣющей разницѣ въ зрачкахъ и отсутствіи ихъ реакціи на свѣтъ заставляли думать объ опухоли или сифилисѣ мозга или прогрессивномъ параличѣ. Въ виду полного отрицательнаго результата Wassermann'овской

реакціи и отсутствія разстройства рѣчи діагнозъ прогрессивнаго паралича мы отвергали и остановились на опухоли гесп. гуммѣ мозга. Рвоты и головныя боли, бывшія у больной, наконецъ шаткая походка также говорили въ пользу этого діагноза. Менингитъ казался намъ мало вѣроятнымъ по слѣдующимъ соображеніямъ: при поступленіи въ лѣчебницу больная уже хворала 2 мѣсяца и не обнаруживала ясно выраженныхъ явленій менингита. Уже не говоря о томъ, что менингитъ обычно протекаетъ довольно быстро, эта болѣзнь сопровождается извѣстными физическими симптомами, какъ-то парезомъ головныхъ нервовъ, ригидностью затылка, симптомъ Kernig'a. Со стороны психики отмѣчается помраченіе сознанія, сонливость или бредъ. Въ данномъ случаѣ доминирующую роль во всей болѣзни играло психическое состояніе больной. Также преимущественное преобладаніе психическаго разстройства при туберкулезномъ менингитѣ встрѣчается, по заявленію *Wieg'a* рѣдко. Въ учебникѣ *Oppenheim'a* упоминается правда, что бредъ при туберкулезномъ менингитѣ иногда бываетъ до мелочей похожъ на алкогольный бредъ, однако такой психическій симптомо-комплексъ, какъ Корсаковский, продолжавшійся безъ перемѣны больше 4 мѣсяцевъ, встрѣчается при менингитѣ крайне рѣдко. *Redlich* въ своей статьѣ о психическихъ разстройствахъ при менингитѣ указываетъ на общія нарушенія психической дѣятельности, не выливающіяся однако въ извѣстную форму, сравнительно часто еще отмѣчается картина, похожая на бѣлую горячку, гораздо рѣже сложные синдромы, какъ Корсаковский. Между тѣмъ при опухоляхъ мозга Корсаковский синдромъ описанъ неоднократно.

Описанный мною случай, протекавшій въ психическомъ отношеніи подъ типичной картиной Корсаковского психоза, лишній разъ доказываетъ разнообразіе этіологій, вызывающихъ этотъ психозъ. Мы поэтому должны смотрѣть на него, какъ на симптомокомплексъ, являющійся патологической реакціей со сторо-

ны мозга на его отравленіе при разныхъ инфекціяхъ, интоксикаціяхъ или аутоинтоксикаціяхъ.

Считаю своимъ долгомъ выразить свою глубокую благодарность товарищамъ-психіатрамъ *М. О. Гурезичу* и *С. П. Петрову* за произведенное ими вскрытіе мозга, равно какъ за микроскопическое изслѣдованіе этого случая.
