

## О летаргіи.

Проф. Н. С. Агаджанянца (Варшава).

Летаргическія явленія описывались и изучались въ связи съ вопросомъ о сущности истеріи и гипноза. Еще месмеристы указывали, что нѣкоторыя лица впадаютъ въ летаргію, изъ которой ихъ нельзя выводить, пока приступъ не пройдетъ самъ собой. У лицъ истерическихъ летаргическія состоянія подъ вліяніемъ гипноза или безъ него не составляютъ большой рѣдкости.

Что касается наступленія летаргіи въ гипнозѣ, то, судя по классическимъ описаніямъ Charcot, она можетъ обнаружиться при искусственномъ закрытіи глазъ у лицъ, находящихся въ состояніи каталепсіи, но можетъ быть вызвана и первично при помощи фиксаціи. При летаргіи сознаніе помрачено, болевья ощущенія притуплены, сухожильные рефлексы повышены.

Наблюденія, которыя являются предметомъ нашего анализа, касаются двухъ больныхъ, у которыхъ по крайней мѣрѣ видимыхъ проявленій невроза, склонности къ летаргіи или какихъ-либо психическихъ отклоненій отъ нормы раньше не наблюдалось, равнымъ образомъ надъ ними никогда и ни въ какой формѣ гипнозъ или внушеніе не примѣнялись. Интересно то, что въ одномъ изъ нашихъ случаевъ приступъ ле-

таргii былъ первымъ симптомомъ начала острой инфекціи. Точное наблюденіе надъ нѣкоторыми спорными симптомами летаргii, равно какъ и анализа ея симптомовъ, заслуживаетъ вниманія въ связи съ вопросомъ о почвѣ, на которой возникаетъ весь процессъ.

Наблюденія мои велись еще въ бытность мою въ Петербургѣ въ 1912—13 году.

### Наблюденіе I.

Больная N, дѣвица 18 лѣтъ, кончаетъ гимназію въ Петербургѣ. Отецъ больной умеръ въ возрастѣ 72 лѣтъ, мать—59 лѣтъ. На душевныя, нервныя болѣзни, на алкоголизмъ или туберкулезъ въ роду нѣтъ указаній. У больной три брата и шесть сестеръ, всѣ старше больной; больную вскормила мать; дѣтство протекало нормально, припадковъ судорогъ или какихъ-либо другихъ нервныхъ симптомовъ въ дѣтствѣ у больной не указывается; мenses съ 15 лѣтъ, правильны, сонъ и аппетитъ до данной болѣзни нормальны.

Первые признаки болѣзни обнаружались 22 января 1913 года утромъ, съ головной боли; въ тотъ же день въ гимназіи, будучи вызвана къ досѣдѣ, N впала въ сонъ. Я видѣлъ больную около 4 час. дня (спустя около 4—5 часовъ отъ начала припадка) совместно съ д-ромъ А. Н. Ордухановымъ. Въ началѣ можно было думать, что у больной въ гимназіи сдѣлался обморокъ и когда ей вприснули эфиръ, нѣкоторые изъ другихъ симптомовъ возникли отъ дѣйствія эфира, но анализъ случая и теченіе болѣзни показали, что имѣлось дѣло съ летаргіей, которая длилась 16 часовъ и кончилась пробужденіемъ съ головной болью и свѣтобоязнью, хотя свѣтобоязнь могла быть связана съ воспаленіемъ конъюнктивъ въ связи съ начинающейся корью. Температура тѣла была при мнѣ 37,3°.

Больная средняго роста, физически нѣсколько недоразвита для своихъ лѣтъ, правильнаго сложенія, умѣреннаго питанія, кожа на лицѣ и тѣлѣ окрашена нормально; лимфатическія железы не прощупываются, щитовидная железа не представляется измѣненной; со стороны костной системы и

суставовъ существенныхъ отклоненій не замѣтно; физическихъ признаковъ вырожденія не замѣтно; параличей и парезовъ въ лицѣ, языкѣ и конечностяхъ не замѣтно; пульсъ—около 80—90 ударовъ въ минуту, хорошаго наполненія; дыханіе 10—12 разъ въ минуту; всѣ виды кожной чувствительности не даютъ реакціи и не нарушаютъ глубокаго сна; о состояніи мышечнаго и стереогностическаго чувства судить невозможно въ виду подавленности сознанія больной; давленіе на нервные стволы не даетъ реакціи; судорогъ и контрактуръ нѣтъ; при пассивныхъ движеніяхъ мышцы оказываютъ незначительное сопротивленіе; механическая возбудимость мышцъ рѣзко повышена, равно какъ и сосудодвигательная реакція кожи; каталептоидныхъ явленій не замѣтно; зрачки немного равномерно расширены, на свѣтъ реагируютъ слабо; если закрытыя вѣки подымать искусственно, предметовъ глазами не фиксируютъ; офтальмоскопически—небольшое суженіе сосудовъ два глаза; конъюнктивальные и глоточные рефлексy отсутствуют, подошвенные и брюшные—равномѣрно живы, челюстной—въ предѣлахъ нормы, лопаточноплечевые—равномѣрно повышены, равно какъ и локтевые сгибательные и разгибательные, а также ахилловые; колѣнные рефлексy рѣзко повышены, равномѣрны; феноменъ стопы и колѣнной чашки съ обѣихъ сторонъ отсутствуетъ; наблюдается въ стопахъ небольшой ложный *clonus*; постукиваніе по ходу нервовъ *radialis* и *ulnaris* вызываетъ рѣзкое сокращеніе соответствующихъ мышечныхъ группъ; поглаживаніе кожи не даетъ сокращенія подлежащихъ мышечныхъ группъ; зевъ и конъюнктивы красны; грудные и брюшные органы нормальны; моча съ утра задержана; стулъ былъ наканунѣ; больная спитъ; дыханіе ровное, глубокое; приказаній не выполняетъ; разговоры о фактахъ, которые должны были бы интересовать больную, въ выраженіи ея лица не вызываютъ никакой реакціи; изрѣдка поворачивается на бокъ и спитъ спокойно.

Спустя приблизительно часъ послѣ моего посѣщенія больная стала реагировать на механическое раздраженіе слизистой оболочки носа; больную съ трудомъ удалось на нѣсколько минутъ довести до полусоннаго состоянія, чтобы дать ей помочиться безъ катетра, дать ей попить; больная скоро, не взирая на легкія раздраженія кожи, снова впала въ сонъ, который съ начала приступа длился всего 16 часовъ. Ціаноза

кожи, суженныхъ зрачковъ, запаха ээира изо рта и другихъ признаковъ отравленія не наблюдались все время.

23 января: температура тѣла въ 4 часа дня 38,1; въ 7 час. вечера 37,0. Свѣтобоязнъ; головная боль, временами сонливость; стулъ и мочеиспусканіе нормальны.

24 января: 11 час. утра—38,2; въ 2 часа дня—37,6; въ 4 часа дня 37,8; въ 7 час. вечера 38,3; головная боль; сознание свѣтлѣе; сонливости нѣтъ; стулъ и мочеиспусканіе нормальны; зѣвъ красный.

25 января: 10 час. утра 38,5; 12 час. дня 37,9; 4 часа дня—38,9; въ 7 час. вечера 39,6; въ этотъ день сыпь, характерная для кори.

26 января: 11 час. утра 39,4; 4 часа дня—37,4; 7 час. вечера—36,8; конъюнктивитъ проходитъ; общее состояніе хорошее; дѣйствіе кишечника и мочевого пузыря правильное.

27 января: 11 час. утра—36,5; 4 часа дня—37,0; 7 час. вечера—36,6.

Послѣ 28 января температура тѣла уже не доходила до 37,0; самочувствіе хорошее; силы восстанавлиются, наступаетъ постепенно полное выздоровленіе.

## Наблюденіе II.

Больную X. я наблюдалъ совмѣстно съ д-ромъ I. M. Бичунскимъ; кромѣ того больную изслѣдовали проф. В. Н. Сиротининъ, проф. Оррепнеимъ и др.

Больная уроженка Эриванской губ., проживаетъ въ Петербургѣ и Лондонѣ; больной около 40 лѣтъ отъ роду, замужемъ, занимается хозяйствомъ и воспитаніемъ единственной дочери; отецъ больной умеръ 55 лѣтъ, мать—50 лѣтъ отъ роду; больная родилась, когда отцу было 45 лѣтъ, матери—38 лѣтъ; родители въ родствѣ не состояли; у больной было 4 брата и 3 сестры, изъ нихъ пятеро дѣтей старше больной; наслѣдственныхъ болѣзней вообще, а душевныхъ и нервныхъ заболѣваній въ частности въ роду не указывается; братъ больной кончилъ жизнь самоубійствомъ, но причиной служила слѣпота, возникшая на почвѣ lues'a; сознание, что зрѣніе утрачено навсегда, довело больного до отчаянія. Дѣтство у

больной протекало правильно, зубы прорѣзались своевременно, умственное развитіе шло параллельно съ физическимъ; изъ прежнихъ болѣзней указывается пневмонія, была вялость кишечника, временами — головныя боли; кромѣ того у больной всегда была легкая возбудимость вазомоторовъ; менструаціи вообще были правильны, только въ началѣ перваго заболѣванія были отклоненія, которыхъ коснемся ниже; беременна была одинъ разъ, разрѣшилась здоровымъ ребенкомъ, беременность и роды протекали нормально; за послѣдніе годы были правдивныя волненія и бессонныя ночи.

Настоящее заболѣваніе началось въ концѣ лѣта 1912 года съ головныхъ болей при сильной впечатлительности; началось съ меноррагій съ послѣдующей анеміей. Лечение шло безуспѣшно и въ концѣ октября, при общемъ упадкѣ силъ у больной обнаружено небольшое расширеніе сердца вправо съ систолическимъ шумомъ у верхушки, впрочемъ, шумъ исчезъ и проф. В. Н. Сиротининъ при второмъ осмотрѣ шума не констатировалъ. Временами наблюдался небольшой отекъ ногъ; гемоглобина — 62%, въ мочѣ ничего ненормальнаго не обнаружено. Головныя боли при подавленности психики и упорной бессонницѣ держались все время, пока леченіе Fe, As, Br. и валеріаномъ при общемъ режимѣ и покоѣ стали давать улучшеніе общаго состоянія; меноррагій стали понемногу исчезать.

Въ декабрѣ, послѣ случайной неприятности, былъ первый припадокъ: сильная головная боль, боль въ области сердца и приступъ сна. Пульсъ 68—70 въ минуту, правильный, хорошаго наполненія; дыханіе — 2—3 раза въ минуту; въ началѣ больная отвѣчала на окрики, но на уколы не реагировала, температура тѣла 37,4—37,6°. Первый припадокъ продолжался нѣсколько часовъ, прошелъ постепенно, при чемъ дыханіе стало учащаться и дошло понемногу до нормы. Послѣ припадка — рѣзкія боли въ области сердца, во всей лѣвой сторонѣ груди и лѣвой рукѣ, при чемъ боль не проходила отъ морфія. Припадокъ повторился черезъ 1½—2 недѣли и послѣ того повторялся съ разными промежутками, сначала въ связи съ какими-либо волненіями, а потомъ и безъ видимой причины, но характеръ припадка всегда былъ одинъ и тотъ же; предвѣстниками были головныя боли, сердцебиеніе, замедленіе дыханія.

Впервые я изслѣдовалъ большую въѣ припадка осенью 1912 года и обнаружилъ слѣдующее:

Больная средняго роста, правильнаго сложенія, удовлетворительнаго питанія, температура тѣла нормальна, небольшая блѣдность внѣшнихъ покрововъ; общее развитіе тѣла, костей, суставовъ и мышечной системы хорошее, небольшой отекъ на ногахъ; лимфатическія железы не прощупываются; щитовидная железа не представляется измѣненной; физическихъ признаковъ вырожденія не замѣтно; иннервація лицевыхъ мышцъ и мимика больной нормальны; зрачки равномерны, реагируютъ на свѣтъ и аккомодацию правильно; ни-статма, косоглазія и ptosis'a нѣтъ; зрѣніе, вкусъ, слухъ и обоняніе нормальны; языкъ при высовываніи немного дрожитъ, въ сторону не отклоняется; произвольная рѣчь свободна, спотыканія и скандированія нѣтъ; есть парестезіи преимущественно въ лѣвой половинѣ тѣла; въ лѣвой-же половинѣ тѣла повышена кожная болевая чувствительность; температурное чувство, чувство прикосновенія и давленія, равно какъ и волосковое чувство безъ перемѣнъ; мышечное и стереогностическое чувство сохранены; нервные стволы при давленіи не болѣзненны; небольшое повышение механической возбудимости мышцъ и нервовъ; лѣвая рука и нога при активныхъ и пассивныхъ движеніяхъ обнаруживаютъ небольшое ослабленіе мышечной силы по сравненію съ правой стороной (больная правша); активныя движенія правильны; контрактуръ, дрожанія и судорогъ нѣтъ; координація движеній правильная; походка при закрытыхъ только глазахъ неувѣренная; небольшое покачиваніе тѣла при стояніи съ закрытыми глазами и сдвинутыми ступнями; письмо и почеркъ, равно какъ и пониманіе чужой рѣчи не разстроены; поле зрѣнія не сужено; явленій катаlepsii даже при припадкахъ не наблюдается; конъюнктивальныя и глоточныя рефлексы понижены рѣзко, межлопаточныя, брюшныя и подошвенныя равномерно вялы; челюстной рефлексъ выраженъ умѣренно; лопаточно-плечевые, локтевые сгибательные и разгибательные рефлексы въ предѣлахъ нормы; колѣнные рефлексы, отчасти и ахилловые выражены живѣе остальныхъ сухожильныхъ рефлексовъ, равномерны; clonus стопъ и колѣнныхъ чашекъ отсутствуетъ; незначительное расширеніе сердечной тупости вправо; пульсъ 70—80 ударовъ въ минуту, средняго наполненія, безъ арит-

ми; тазовые органы нормальны; сонъ, аппетитъ и настроеніе духа въ предѣлахъ нормы.

Припадки начинались съ небольшого учащенія дыханія и замедленія пульса, а потомъ постепенно пульсъ учащался до 70 въ минуту, а дыханіе доходило до 2—3 разъ въ минуту. Припадку, какъ сказано, предшествовали головныя боли, главнымъ образомъ въ затылкѣ; послѣ припадка наступали сильныя боли въ лѣвой половинѣ груди.

Самый припадокъ заключался въ слѣдующемъ: лицо нормальной окраски, равно какъ и кожа и слизистыя въ другихъ частяхъ тѣла; больная чаще лежитъ на спинѣ и черезъ равныя промежутки времени (20—30 сек.) дѣлаетъ по одному глубокому вздоху; пульсъ до 70 ударовъ въ минуту, хорошаго наполненія, безъ перебоевъ; тоны сердца часты, границы сердца въ лежачемъ положеніи нормальны; даже глубокіе уколы кожи больною не ощущаются, отъ нашатырнаго спирта иногда отворачивается съ гримасой неудовольствія; временами легкія судороги въ мышцахъ лица и конечностяхъ, преимущественно съ лѣвой стороны; иногда сама отерываетъ глаза, смотритъ на окружающихъ, улыбается и снова погружается въ сонъ, но при подобныхъ „пробужденіяхъ“ на вопросы не отвѣчаетъ, а послѣ дѣйствительнаго пробужденія не помнитъ, кто былъ около нея; я пробовалъ во время припадка при больной рассказывать что-либо, на что она обычно обратила бы вниманіе, но послѣ ея пробужденія, если я повторялъ рассказанное, больная слушала, какъ впервые даже безъ смутныхъ воспоминаній о первомъ рассказѣ; врачки во время припадка равнобѣрны, нѣсколько расширены; реакція на свѣтъ ослабленная; если у больной поднять вѣки, она глазами движущихся предметовъ не фиксируетъ, благодаря этому невозможно изслѣдовать аккомодацию; глазное дно при припадкѣ офтальмоскопически нормально; дермографизмъ выраженъ ясно, особенно въ лѣвой половинѣ груди; брюшныя и подошвенныя рефлексы во время припадка живые; колѣнные, равно какъ плечевыя сгибательныя и разгибательныя рѣзко равнобѣрно повышены; pseudoclonus обѣихъ стопъ; clonus стопы и колѣнной чашки не наблюдается; одинъ разъ во время припадка былъ намекъ на симптомъ Babinski'аго слѣва; при механическомъ раздраженіи нервовъ *facialis*, *radialis* и *poplitei*—рѣзкое сокращеніе иннервируемыхъ данными нервами мышцъ,

особенно слѣва; въ другихъ нервныхъ стволахъ этотъ феноменъ выраженъ не такъ ясно; поглаживаніе кожи не даетъ сокращенія подлежащихъ мышцъ; при пассивныхъ движеніяхъ сопротивленіе мышцъ понижено.

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи болѣзнь *Adam-Stoke's'a* исключалась въ виду отсутствія разстройствъ со стороны сердечной дѣятельности, а *Narcolepsia* даетъ припадки сна чаще всего внезапно, на короткій срокъ, при чемъ пробужденіе отъ механическихъ раздраженій наступаетъ сравнительно легко. Въ данномъ же случаѣ у нашей больной припадки наступали черезъ разные промежутки времени, продолжались часами, сопровождались своеобразными измѣненіями сознанія, сердечной и дыхательной функціи и сопровождались послѣдующими приступами болей.

Больную пользовали легкими сердечными средствами (*convular. majal.* и др.), проводили общее укрѣпляющее леченіе, психотерапію (всего 17 сеансовъ). Около середины апрѣля больная уѣхала за границу въ состояніи улучшенія. Въ Берлинѣ случился съ больной припадокъ, который видѣлъ проф. *Orrenhein*, признавшій летаргію; въ Парижѣ больная пользовалась подъ наблюденіемъ проф. *Vabinsk'ago*; леченіе заключалось въ санаторскомъ режимѣ, *Luftkur*, франклинизаціи, обще укрѣпляющей терапіи.

Изъ обоихъ наблюденій можно сдѣлать слѣдующіе выводы:

- обѣ больныя раньше не обнаруживали какихъ-либо явныхъ признаковъ какого-либо невроза; объективно вторая больная въ періодъ болѣзни имѣла неравномѣрное распредѣленіе болевой чувствительности и пониженіе глоточныхъ рефлексовъ;
- обѣ никогда до болѣзни не подвергались внушенію;
- щитовидная железа у обѣихъ больныхъ не представляла отклоненій;
- въ одномъ случаѣ летаргія совпала съ началомъ кори;
- въ обоихъ случаяхъ до припадка—головныя боли; впрочемъ, въ первомъ случаѣ головная боль могла зависѣть отъ инфекціи;

амнезія послѣ припадковъ въ обоихъ случаяхъ полная; первая больная реагировала въ концѣ припадка лучше всего на механическое раздраженіе слизистой оболочки носа, а вторая раздражалась отъ вдыханія нашатырнаго спирта;

каталептоидныхъ явленій и контрактуръ въ обоихъ случаяхъ не наблюдалось; сопротивленіе мышцъ при пассивныхъ движеніяхъ въ обоихъ случаяхъ было понижено;

у второй больной припадки повторялись періодически безъ опредѣленныхъ промежутковъ;

у обоихъ больныхъ припадокъ начинался довольно быстро; а пробужденіе шло постепенно;

у второй больной послѣ припадка оставались долгія, мучительныя боли въ лѣвой половинѣ груди, при чемъ боли эти не успокаивались отъ морфія;

кровеносные сосуды глазного дна въ первомъ наблюденіи показали во время припадка суженіе артерій, во второмъ наблюденіи — сосуды глазного дна были во время припадка безъ переменъ;

дыханіе въ обоихъ случаяхъ замедлялось, а во второмъ случаѣ — даже рѣзко; этотъ фактъ совпадаетъ съ моимъ третьимъ наблюденіемъ надъ летаргическими припадками у истеричной особы, которую я видѣлъ во время припадка летаргіи въ Урологическомъ Институтѣ; дыханіе у этой больной во время припадка иногда задерживалось на нѣсколько минутъ, хотя неувимыя экскурсіи грудной кѣтки въ подобныхъ случаяхъ, конечно, возможны;

пульсъ во второмъ нашемъ наблюденіи замедлялся передъ припадкомъ, а во время припадка существенныхъ отклоненій пульса и сердечной дѣятельности не было;

въ обоихъ наблюденіяхъ сухожильные рефлексы, особенно колѣнные, повышались во время припадка, кожные — безъ рѣзкихъ измѣненій, во время одного припадка у второй больной наблюдался симптомъ Babinski'аго слѣва;

механическая возбудимость нервныхъ стволовъ во время припадка у обѣихъ больныхъ обыкновенно повышалась, причемъ не во всѣхъ нервныхъ стволахъ одинаково, и даже въ обѣихъ половинахъ тѣла тотъ же самый нервъ, напр., *radialis*, реагировалъ различно;

судя по тому, какъ больныя двигали конечностями, переворачивались и оказывали при пассивныхъ движеніяхъ хотя бы и ослабленное сопротивленіе, параличей во время припадковъ въ нашихъ случаяхъ не было; послѣ припадковъ параличей равнымъ образомъ не наблюдалось;

у обѣихъ больныхъ во время припадковъ зрачки равномерно расширялись, слабовато реагировали на свѣтъ, вѣки бывали закрыты, глазами предметы не фиксировались;

стойкое повышеніе температуры тѣла въ первомъ наблюдении было связано съ инфекціей, а у второй больной температура къ началу припадка обычно доходила до  $37,5^{\circ}/_{6}$ ;

анализа мочи въ первомъ случаѣ не было сдѣлано до припадка, а во второмъ случаѣ моча была нормальна.

---

Сдѣлавъ резюме наблюдаемыхъ фактовъ, теперь позволимъ себѣ перейти къ анализу нѣкоторыхъ изъ приведенныхъ данныхъ фактическаго матеріала.

Относительно зрачковъ, судя по нашимъ случаямъ, можно сказать, что они во время припадка равномерно нѣсколько расширяются, слабо реагируютъ на свѣтъ. На расширеніе зрачковъ указывали также *Braid*, *Heidenhain* при гипнозѣ, а на свѣтовую реакцію зрачковъ въ смыслѣ ея отсутствія указывали *Luys* и *Vacchi*.

Повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ зависитъ, повидимому, отъ пониженія мышечнаго тонуса при летаргіи; *Moll* указываетъ, что при внушенныхъ параличахъ рефлексы повышаются, а *Vogt* признаетъ, помимо важнаго значенія состоянія мышцъ, и значеніе напряженія группы разгибателей

для силы рефлекса. Носомыѣнный интересъ представляетъ вопросъ о томъ, можетъ-ли во время летаргіи быть обнаруженъ рефлексъ, котораго при нормальномъ состояніи человѣка нельзя вызвать. Heidenhain, поглаживая кожу загнипнотизированнаго, вызывалъ сокращеніе мышцъ, чѣмъ подтвердилъ мнѣніе Charcot и Richer'a о соматическихъ рефлексахъ.

Къ тому-же выводу пришли Obersteiner, Schaffer и др. И здѣсь дѣлались возраженія, что повышенная рефлекторная возбудимость можетъ не быть въ связи съ физиологическими измѣненіями проводимости, а быть дѣломъ выучки. Мы, не отрицая возможности повышения при летаргическихъ состояніяхъ нервномышечной возбудимости, тѣмъ не менѣе, при поглаживаніи кожи мышечныхъ сокращеній во время летаргіи не получили. Отсутствіе выучки въ нашихъ случаяхъ было вѣроятно причиной того, что въ теченіе обычныхъ симптомовъ не примѣшались симптомы, зависящіе отъ выучки.

О состояніи сознанія при летаргіи шли большіе споры. Наши наблюденія показываютъ, что при глубокихъ состояніяхъ летаргіи сознаніе помрачается сильно. Изъ того, что нашимъ больнымъ рассказывалось во время летаргіи, онѣ ничего не помнили и ни на что не реагировали.

Въ нашемъ второмъ наблюденіи въ началѣ припадка пульсъ замедлялся, а дыханіе учащалось, а потомъ наступали обратныя отношенія; въ первомъ нашемъ случаѣ начала припадка я не видѣлъ, а въ дальнѣйшемъ летаргія протекала со стороны пульса и дыханіе въ общемъ аналогично второму нашему случаю; наполненіе пульса въ обоихъ случаяхъ среднее. Tamburini & Serilli при переходѣ лица въ гипнотическое состояніе наблюдали учащенное, неправильное дыханіе и учащенный пульсъ съ подъемомъ пульсовой волны, рѣзко мѣняющейся отъ дыханія; Horsley перемѣнъ въ кривой пульса не находилъ. Впрочемъ, при гипнозѣ часто при-

мѣняется методъ фиксаціи, который самъ по себѣ можетъ вызвать колебанія пульса и дыханія и съ этой стороны Вегн-heim и Preuer не считаютъ возможнымъ ставить перемѣну пульса и дыханія въ связь съ самимъ гипнозомъ. Оставляя въ сторонѣ вопросъ о гипнозѣ и о летаргической стадіи истерическихъ припадковъ, надо полагать, что летаргія сама по себѣ въ ясно выраженной формѣ, вѣроятно даетъ колебанія пульса и дыханія аналогичныя съ колебаніями при нормальномъ снѣ, съ чѣмъ совпадаютъ наши наблюденія, наблюденія Orrenheim'a и др. Тенденція къ ослабленію или замедленію сердечной или дыхательной функціи въ летаргіи, въ отличіе отъ нормальнаго сна, можетъ дойти до патологическихъ размѣровъ, какъ, напр., въ случаѣ Pfendler'a, гдѣ въ теченіе 48 часовъ не было никакихъ признаковъ жизни, и мы, оставляя въ сторонѣ крайнія проявленія, можемъ констатировать лишь направленіе въ измѣненіи дѣятельности сердца и дыханія, аналогичное съ направленіемъ этихъ функцій при нормальномъ снѣ. Вліяніе внушенныхъ въ гипнозѣ эмоцій на пульсъ и дыханіе изучалъ проф. А. Ф. Лазурскій.

О состояніи тонуса мышцъ при внушенныхъ и истерическихъ летаргіяхъ данныя мало убѣдительны: при внушеніи состояніе мышцъ зависитъ отъ вліянія внушенія на тонусъ мышцъ, при истерическихъ летаргіяхъ,—помимо самовнушенія, можетъ играть роль и смѣшеніе истерическихъ судорогъ и контрактуръ съ симптомами летаргическаго періода. Нѣкоторое пониженіе тонуса мышцъ, наблюдаемое въ нашихъ случаяхъ летаргіи, гдѣ съ большой вѣроятностью исключены вліяніе какъ истеріи, такъ и внушенія, можетъ быть соотвѣтствуетъ дѣйствительному состоянію тонуса мышцъ при летаргіи.

Разногласія представляетъ также вопросъ о состояніи сосудовъ глазного дна во время летаргіи. Въ первомъ нашемъ наблюденіи былъ выраженъ небольшой спазмъ сосудовъ дна

глаза, во второмъ—сосуды были нормальны. Надо полагать, что сосуды дна глаза едва-ли даютъ измѣненія, характерныя для летаргiи и вопросъ о кровообращенiи мозга при летаргiи остается открытымъ. Литература вопроса полна противорѣчiй. Carpenter объясняетъ явленiя гипноза состоянiемъ мало-кровя мозга; другiе, напр., Moll не находили на днѣ глаза характерныхъ измѣненiй; Heidenhain давалъ вдыхать объекту наблюденiя амилнитритъ и, несмотря на происходящее расширение сосудовъ, получалъ явленiя гипноза; Vasshi наблюдалъ явленiя гиперемiи, что прямо противорѣчитъ наблюденiямъ Carpenter'a. Сосуды мозга мѣняются и отъ самыхъ случайныхъ, привходящихъ моментовъ и въ ихъ состоянiи нельзя искать физиологическую причину явленiя летаргического синдрома; здѣсь болѣе, чѣмъ гдѣ-либо, можно впасть въ ошибку и принять сопутствующiя явленiя за основу процесса.

Въ заключенiе коснемся этиологической стороны заболѣванiя. Вся суть вопроса въ томъ, есть ли летаргической приступъ нѣчто присущее истерiи, является ли летаргической сонъ отдѣльнымъ звеномъ въ цѣпи симптомовъ истерического припадка или гипноза, или же летаргической синдромъ эпизодически можетъ наступить и въ связи съ другими причинами. Мы знаемъ, что въ гипнозѣ могутъ быть вызываемы симптомы, ничего общаго съ самымъ гипнозомъ не имѣющие. Летаргической приступъ можетъ, очевидно, вызываться внушенiемъ и самовнушенiемъ, но изъ наблюденiй видно, что хотя бы острая инфекцiя или другiя соматическiя состоянiя, равно какъ и душевныя волненiя могутъ вызвать приступъ летаргiи. Возможно, что послѣдующiе припадки у нашей второй больной и возникали отчасти отъ самовнушенiя, но первый приступъ у нея, также какъ и приступъ летаргiи у нашей первой больной, едва-ли могли зависѣть отъ самовнушенiя. Дѣ-

леніе Charcot состоянія grand hypnotisme на каталептическій, летаргическій и сомнамбулическій стадій оспаривался еще Нансійской школой, считавшей эти стадіи плодомъ неумышленной выучки. Wetterstrand и другіе наблюдатели не могли констатировать періодовъ Charcot. Повидимому, если летаргическій синдромъ и входитъ въ томъ или иномъ порядкѣ въ явленія гипноза и истеріи, это не исключаетъ возможности болѣе широкаго взгляда на этиологию летаргіи. Было бы, пожалуй, правильнѣе признать, что летаргія не есть самостоятельная болѣзнь, не есть даже симптомъ какой-либо опредѣленной болѣзни; на летаргію можно смотрѣть, какъ на комплексъ симптомовъ, который, въ связи съ внушеніемъ и самовнушеніемъ, можетъ протекать какъ эпизодъ въ теченіе явленій истерическаго припадка и гипноза, можетъ возникать въ связи съ душевными волненіями, инфекціей, интоксикаціей, ауто-интоксикаціей, съ рефлекторными причинами, соматическими страданіями и пр. Этиология, очевидно, полиморфна, требуется лишь одно: причина должна дѣйствовать въ конечномъ итогѣ однородно и на опредѣленномъ элементѣ. Дѣйствіе это вызываетъ атаку летаргіи съ разнородными ея признаками, въ которыхъ есть своеобразное единство. Но въ чемъ это дѣйствіе разнообразныхъ причинъ, въ чемъ то конечное вліяніе, которое является вызывающимъ толчкомъ и на какіе элементы оно дѣйствуетъ? Къ сожалѣнію, на этотъ именно вопросъ нельзя дать опредѣленнаго отвѣта. Вазомоторная теорія, которая объясняла бы все дѣло игрой сосудовъ, здѣсь терпитъ то же самое крушеніе, что и въ вопросѣ о патогенезѣ психозовъ; сосудистыя явленія имѣютъ вѣроятнѣе всего сопутствующее, а не причинное значеніе. Анатомио-физиологическія основы даже нормальнаго сна, несмотря на работы Дювал'я и др., до сихъ поръ не выяснены; затрудненія къ объясненію явленій сна измѣненіями въ морфологіи клѣточныхъ отростковъ послѣ открытія нейро-

фибриллъ стали еще сильнѣе. L. Loewenfeld основу нормальнаго сна видитъ въ утомленіи, въ вѣроятной корковой анеміи и въ психическомъ представленіи сна. Для объясненія сущности гипноза, resp. сущности и летаргіи, сдѣлано много предположеній. Freyer, напр., полагалъ, что гипнозъ развивается при одностороннемъ напряженіи вниманія, хотя бы при фиксаціи, благодаря накопленію продуктовъ утомленія въ соотвѣтствующихъ частяхъ мозга и угасанію ихъ дѣятельности. Однако, на это дѣлались возраженія, что быстрое наступленіе гипноза не объясняется этой теоріей, равно какъ и быстрое пробужденіе по приказу гипнотизера при этой теоріи непонятно, такъ какъ неизвѣстно, куда дѣваются такъ внезапно продукты утомленія. Среди прочихъ теорій заслуживаютъ вниманія физиологическая теорія Heidenhain'a и теорія о невродинамическихъ явленіяхъ Wundt'a. Въ детали этихъ теорій, противъ которыхъ существуютъ также серьезныя возраженія, мы входить не будемъ. Приходится признать, что летаргическій комплексъ, возникая отъ разнообразныхъ причинъ, въ силу психо-физическаго параллелизма, долженъ имѣть субстратъ, въ которомъ происходятъ динамическія или химико-молекулярныя пертурбаціи, но ближайшая сущность этихъ явленій можетъ быть разгадана лишь тогда, когда мы приблизимся къ пониманію сущности нервной проводимости и закона дѣятельности и покоя нервныхъ элементовъ. Анатомо-физиологическій коррелятъ явленій сознанія, сна, дѣлорада неврозовъ и летаргіи можетъ разрабатываться лишь послѣ пониманія болѣе элементарныхъ процессовъ, изученіе которыхъ на сложныя явленія прольетъ больше свѣта, чѣмъ самая правдоподобная теорія.

## ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Charcot. Oeuvres complètes. T. IX.
- 2) Heidenhain. Der sogenannte tirische Magnetismus. При помощи д-ра Вихтерта пользовался польскимъ переводомъ. (Варшава. Изданіе 1880 г.).
- 3) Luys. Les émotions chez les sujets dans l'état de l'hypnotisme. 1888.
- 4) Moll. Der Hypnotismus mit Einschluss der Psychoterapie und Occultismus. 4 Aufl.
- 5) Vogt. Spontane Somnambulie in der Hypnose.—Zeitschr. für Hypnotismus. Bd. VI.
- 6) Richer. Etudes cliniques sur la grande hystérie ou hysteroepilepsie. 1885.
- 7) Obersteiner. Die Lehre vom Hypnotismus. 1893.
- 8) Schaffer. Suggestion und Reflex. Jena.
- 9) Charcot & Richer. Note on certain facts of cerebral automatism in hysteria during the cataleptic period of hypnotism.—The Journ. of. nerf. and. ment. diseases. 1883.
- 10) Tamburini & Sepilli. Anleitung zur experimentellen Untersuchung des Hypnotismus.—Wiesbaden. 1885.
- 11) Bernheim. Hypnotisme et Suggestion. 3 Edition. Paris, 1910.
- 12) Preyer. Der Hypnotismus, 1890.
- 13) Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. V Aufl.
- 14) А. Ф. Лазурскій. Вліяніе внушеннхъ въ гипнотизмъ эмоцій на пульсъ и дыханіе. Извѣстія Имп. Военно-Мед. Акад. за 1900 г.
- 15) Carpenter. Principles of mental physiology, 1872.
- 16) Wetterstrand. Der Hypnotismus und seine Anwendung in der praktischen Medizin. 1891.
- 17) M. Duval. Hypothèses sur la physiologie des centres nerveux; théorie hystologie du sommeil.—Comptes rendus hebdomadaires de la société de biologie. 1895.
- 18) Loewenfeld. Der Hypnotismus. Wiesbaden. 1901.
- 19) Wundt. Hypnotismus und Suggestion. Leipzig. 1892.