

Изъ нервнаго отдѣленія проф. Н. М. Попова при Губерн-  
ской Земской Больницѣ.

## Случай гемиплегии, осложненной проти- воположной гемихореей<sup>1)</sup>.

В. Н. Образцова.

Однимъ изъ частыхъ заболѣваній нервной системы, съ которымъ приходится встрѣчаться невропатологу въ больничной амбулаторіи, можетъ считаться гемиплегія черепно-мозгового происхожденія.

Являясь страданіемъ въ общемъ не труднымъ для распознаванія, діагнозъ котораго можетъ быть поставленъ, такъ сказать, на разстояніи, гемиплегія въ иныхъ случаяхъ способна отливаться въ такія формы, сопровождаться такимъ симптомами, которые дѣлаютъ ее не только весьма интересной, но и чрезвычайно рѣдкой.

Къ подобнымъ формамъ должна быть отнесена гемиплегія, гдѣ помимо паралича наблюдаются и иныя расстройства движенія.

Клиническій случай одной изъ послѣднихъ формъ, смѣю думать, далеко не частой, я и намѣренъ представить Вашему вниманію. Эта форма гемиплегии съ противосторонней гемихореей; объ ней намъ извѣстно весьма мало и пато-

---

<sup>1)</sup> Доложено въ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ 27 апрѣля 1903 г.

генезъ этого своеобразнаго симптомокомплекса основывается болѣе на гипотезахъ, не имѣя пока достаточнаго количества ни клиническихъ, ни патолого-анатомическихъ наблюдений.

13-го марта этого года въ амбулаторію по нервнымъ болѣзнямъ Губернской Земской Больницы была доставлена своею родственницею мѣщанка г. Арска, Казанской губ. А. П. Н—ая, вдова, 42 лѣтъ.

Больная не могла ходить и въ пріемную внесена на носилкахъ. При первомъ взглядѣ на нее выступала одна характерная особенность ея страданія. Лѣвая половина тѣла была совершенно неподвижна, тогда какъ правая проявляла усиленную дѣятельность почти постоянными движеніями въ области верхней и нижней конечности. Взглядываясь въ особенности двигательныхъ актовъ, можно было замѣтить, что они видимо лишены какой-либо цѣлесообразности, логичности, послѣдовательности и въ тоже время какъ бы произвольны. Движенія эти обширны по объему, даже въ ущербъ удобству больной. Нога то сгибается въ колѣнѣ, то отводится въ сторону, вытягивается и вновь приводится въ полусогнутое положеніе. Въ рукѣ также наблюдаются разнообразныя акты движенія по своему назначенію иногда совершенно непонятныя для наблюдателя. Что же касается лица, то оно будучи нѣсколько ассиметричнымъ, остается неподвижнымъ; глаза больной полузакрыты.

Въ противоположность только-что описанной правой половины тѣла, лѣвая все время абсолютно неподвижна. На вопросъ, какъ звать, больная невнятно отвѣтила, что Анной, просьбу показать языкъ поняла и исполнила, при чемъ можно было замѣтить, что высунутый изо рта языкъ уклоняется влѣво отъ средней линіи.

Обратившись съ разспросами къ сопровождавшей больную родственницѣ, намъ удалось узнать, что Анна съ недѣлю тому назадъ вернулась изъ деревни, чтобы снова поступить въ городѣ прислужкой. 12-го, т. е. наканунѣ вечеромъ, она, отправившись напиматься на мѣсто, вскорѣ была

доставлена обратно домой полиціей въ томъ же безпомощномъ состояніи, въ какомъ находится и сейчасъ.

Тѣ явленія, которыя мы имѣли возможность наблюдать у больной въ амбулаторіи черезъ 18 часовъ послѣ начала болѣзни, т. е. неподвижность лѣвой половины тѣла и усиленные движенія въ правой, по словамъ родственницы, наблюдались уже и тогда, когда больная была доставлена домой; иначе говоря, своеобразныя движенія развились очень быстро послѣ инсульта.

Мы могли почерпнуть также свѣдѣнія, что наша больная выпивала и довольно сильно, но въ продолженіи послѣдней недѣли совершенно не пила. Какихъ-либо расстройствъ движеній у нея ранѣе никогда не наблюдалось и въ общемъ она была, повидимому, здорова, лишь частенько жаловалась на головныя боли. Что касается lues'a, то прямыхъ указаний на него мы не могли получить, однако, по словамъ родственницы, поговаривали между своими о „худой болѣзни“ у нашей больной, такъ какъ съ годъ тому назадъ у нея сильно стали падать волосы, она жаловалась, что болитъ голова, отъ чего-то лѣчилась, но отъ чего никогда не говорила. Возможность существованія сифилиса не отрицается: интимная жизнь больной не съ охотой раскрывается передъ нами, но слова— „жила прислугой, пила водку...“ нѣсколько подчеркиваются и самой родственницей.

Вотъ въ общихъ чертахъ далеко не сложный анамнезъ и описаніе начала страданія, полученные нами при поступленіи больной подъ наше наблюденіе.

Исслѣдованіе больной указало, что мы имѣемъ дѣло прежде всего съ лѣвосторонней гемиплегіей, не одинаково выраженной по своей силѣ въ различныхъ областяхъ. Такъ, активныя движенія лѣвой руки и ноги въ первый день поступленія были утрачены совершенно, въ лицѣ-же въ области *pp. facialis* и *hypoglossi* мы имѣли *paresis* относительно слабый: лѣвая *nasolabial'*ная складка нѣсколько сглажена, углы рта при показываніи зубовъ стоятъ не на одномъ

уровнѣ, языкъ уклоняется въ лѣвую сторону, рѣчь нѣсколько невнятная. Всѣ явленія, касающіяся лица имѣли наклонность улучшаться и, дѣйствительно, спустя недѣлю они почти совершенно исчезли. Что же касается руки и ноги, то трудно было сказать, что сильнѣе поражено; однако одно обстоятельство заставило насъ думать, что нога, по крайней мѣрѣ въ самомъ началѣ страданія, была поражена менѣе, чѣмъ рука. На 2—3 день болѣзни нами были обнаружены слабыя произвольныя движенія въ лѣвой ногѣ и, что особенно интересно, параллельно съ этимъ, непроизвольныя движенія въ правой противоположной конечности были въ это время выражены слабѣе. Въ дальнѣйшемъ теченіи мы не наблюдали болѣе ослабленія паралитическихъ явленій въ ногѣ и до сего времени она остается столь же неподвижной, какъ и рука. Пассивныя движенія въ лѣвой половинѣ тѣла совершались безпрепятственно; ригидности въ то время не было.

Сухожильные рефлексъ какъ на нижней, такъ и на верхней лѣвыхъ конечностяхъ вызвать не удавалось, на правой они получались довольно ясно, по сравненію съ лѣвой. Ясныхъ указаній на разстройство чувствительности въ парализованной половинѣ тѣла въ первые дни наблюденія отмѣтить не удавалось, такъ какъ тяжелое состояніе больной не позволяло произвести достаточно хорошаго изслѣдованія; въ дальнѣйшемъ же теченіи изслѣдованіемъ было установлено, что чувствительность на всѣ виды понижена на лѣвой половинѣ тѣла.

Въ правой половинѣ тѣла мы наблюдали постоянно вышеописанныя характерныя движенія, которыя, какъ это установлено наблюденіемъ, исчезали лишь во снѣ и совершались помимо всякаго желанія больной, доставляя ей не малое безпокойство и усиливаясь при волненіи.

Въ продолженіи первой недѣли наблюденія состояніе больной было весьма тяжелымъ. Сознаніе было не достаточно яснымъ, больная находилась въ коматозномъ состояніи, первые дни отказывалась отъ пищи, была неопытна и на

предлагаемые ей вопросы почти не давала отвѣтовъ. Мало по малу состояніе больной улучшилось на столько, что можно было съ ней бесѣдовать и изслѣдовать ее болѣе подробно, совместно съ д-рами С. А. Протопоповымъ и О. Я. Китаевымъ, которымъ и приношу свою благодарность.

Изслѣдованія больной показало, что какихъ-либо уклоненій со стороны внутреннихъ органовъ не наблюдается. Тоны сердца чисты, границы его нормальны. Слѣдуетъ отмѣтить, что въ первые дни поступления въ мочѣ больной находился бѣлокъ, но при изслѣдованіи осадка на мочевые цилиндры, послѣднихъ не оказалась; бѣлокъ въ мочѣ находился въ продолженіи нѣсколькихъ дней и исчезъ, такъ что подобную временную альбуминурию мы склонны были отнести къ альбуминуриямъ нерѣдко встрѣчающимся послѣ инсультовъ (въ формѣ мозговыхъ кровоизліяній). Со стороны же сосудовъ можно указать довольно рѣзко выраженный артеріосклерозъ. Попытка изслѣдовать больную съ помощью периметра не могла увѣнчаться успѣхомъ, такъ какъ состояніе больной не позволяло сдѣлать этого съ надлежащимъ удобствомъ, но, изслѣдуя больную грубымъ амбулаторнымъ способомъ, мы какихъ-либо уклоненій со стороны поля зрѣнія не могли обнаружить.

Бесѣдуя, мы получили отъ нея свѣдѣнія, обойти которыя молчаніемъ не въ правѣ потому, что они могутъ быть важными въ вопросѣ о патогенезѣ наблюдаемыхъ нами симптомовъ. Вполнѣ подтверждая то, что сообщила намъ ее родственница, наша больная отмѣтила, что съ явленіями паралича она уже знакома по предшествующему заболѣванію. Мѣсяца 3—4 тому назадъ она имѣла параличъ правой половины тѣла, захватившій верхнюю и нижнюю конечности и сопровождавшійся разстройствами рѣчи. Въ продолженіи времени около 3-хъ недѣль параличъ этотъ совершенно изгладился, такъ что она не замѣчала какихъ-либо изъясновъ со стороны правой половины тѣла, не было также подергиваній, судорогъ, произвольныхъ движеній или чего-либо походяго на тѣ явленія, которыя наблюдаются у

нея сейчасъ. Правая рука и нога, по словамъ больной, не оказались ослабѣвшей и больная безъ труда исполняла работу. Но новый инсультъ значительно отличается отъ предыдущаго, такъ какъ сопровождается симптомами, придающими своеобразную особенность наблюдаемой формѣ. Когда больная пришла нѣсколько въ себя, что было по ея словамъ уже въ больницѣ, то обнаружила, что правая нога и рука совершаетъ движенія помимо всякаго желанія—„играетъ“, какъ выражается больная, доставляя ей тѣмъ цѣлый рядъ неудобствъ, заставляетъ, напримѣръ, сбрасывать съ себя одѣяло, обнажать тѣло, чего она дѣлать не имѣетъ ни малѣйшаго желанія и даже думаетъ, что сидѣлка заподозритъ ее въ зломъ умыслѣ.

Быль-ли у нея сифилисъ, она не знаетъ. Однако, цѣлый рядъ выкидышей, числомъ 6, головныя боли, выпаденіе волосъ заставили и врача, осматривавшаго нашу больную, С. А. Протопопова вопросъ этотъ оставить открытымъ, не отрицая возможности сифилиса.

Что касается теченія страданія, то можно было отмѣтить наклонность къ улучшенію, хотя и медленно развивающемуся. Явленія paresis'a въ лицѣ, какъ я уже отмѣтилъ, стали выравниваться въ первое время, теперь почти незамѣтны. Силы больной, подорванныя инсультомъ восстанавливаются; головныя боли и бессонница, мучавшія больную, теперь не имѣютъ уже той интензивности. У больной наблюдалась наклонность къ трофическимъ явленіямъ, пролежнямъ, и уходъ за ней въ этомъ отношеніи былъ весьма затруднителенъ, благодаря постоянному двигательному безпокойству; у нея появился на крестцѣ абсцессъ, вызвавшій лихорадочное состояніе, но послѣ разрѣза и соотвѣтствующихъ перевязокъ все обошлось благополучно. Параллельно съ восстановленіемъ силъ больной мы наблюдали постепенное повышеніе рефлексовъ на парализованной половинѣ тѣла, движенія въ которой по прежнему отсутствовали, и развитіе ригидности, а также и развитіе атрофіи. Въ нѣкоторомъ соотвѣтствіи съ лѣвой половиной тѣла находилась

и правая, гдѣ явленія хорей стали постепенно ослабѣвать и въ настоящее время не отличаются уже той силою, какъ ранѣе, существуя лишь въ слабой степени, что замѣчаетъ и сама больная. Въ правой половинѣ тѣла нельзя обнаружить ни слабости, ни явленій ригидности.

На основаніи изложенныхъ клиническихъ симптомовъ мы должны такимъ образомъ діагносцировать у нашей больной лѣвостороннюю гемиплегію. Что же касается растройства движенія въ правой половинѣ тѣла, въ рукѣ и ногѣ, то, ссылаясь на дифференціальную діагностику хорей и атетоза <sup>1)</sup> ихъ мы склонны отнести къ разряду хорейческимъ и поставить къ тѣсную связь съ имѣющимся параличемъ. Допустить подобную связь насъ заставляетъ во-1-хъ то, что гемихорея развилась одновременно съ параличемъ, во-2-хъ—между степенью паралича и хореей существуетъ параллелизмъ, такъ какъ слабо пораженные параличемъ области (лицо) не имѣютъ хорейческихъ движеній, а въ 3-хъ—временное улучшение движеній въ одной половинѣ было сопряжено съ уменьшеніемъ хорейческихъ движеній въ противоположной конечности, какъ это мы имѣли возможность наблюдать.

Предположеніе, что наша больная страдала ранѣе хореей, а гемиплегія лишь уничтожила хорей въ лѣвой половине тѣла вполне исключается анамнезомъ; въ немъ нѣтъ никакихъ указаній на растройства движеній, наблюдавшихся у больной когда либо ранѣе.

Нѣтъ строго говоря основанія относить нашъ случай къ тѣмъ формамъ хорей, которыя предшествуютъ параличу. Мы имѣли возможность наблюдать нашу больную 2 мѣсяца и паралича не наступило.

Болѣе существеннымъ является вопросъ, нельзя-ли трактовать наблюдаемый симптомокомплексъ, какъ *posthemiplegic*

---

<sup>1)</sup> Грейденбергъ. О послѣгемиплегическихъ растройствахъ движеній. Вѣстн. Псих. 1884. Н. М. Поповъ. Клинич. лекціи по нервнымъ болѣзнямъ. В. II. 1902.

гіческую форму хорей, тѣмъ болѣе, что указаніе больной о существовавшемъ ранѣ параличѣ, именно въ правой половинѣ гѣла, ни въ коемъ случаѣ не можетъ быть обойдено нами молчаніемъ. Но допустивъ такую возможность, мы, должны удивляться тому странному совпаденію что хорейческія движенія, совершенно отсутствующія ранѣ, тотчасъ послѣ инсульта, повлекшаго за собой параличъ, появились въ противоположной половинѣ неожиданно, и можно сказать бурно; это послѣднее стоитъ уже въ противорѣчіи съ обычнымъ развитіемъ *post*-гемиплегическихъ хорей. Наконецъ, допуская, что одновременно и въ томъ и другомъ полушаріи мы имѣемъ причину возникновенія наблюдаемыхъ явленій, должны не менѣе удивляться, что процессъ этотъ вызвалъ съ одной стороны картину паралича безъ явленій раздраженія, а съ другой лишь раздраженіе безъ явно наблюдаемыхъ паралитическихъ явленій, а кромѣ того тотъ параллелизмъ, который нами наблюдался, даетъ основаніе думать, что и степень пораженія какъ-будто бы одинакова. Все это является конечно мало вѣроятнымъ, а потому мы не рѣшились отнести *hemichorea* къ *posthemiplegic*ческой, и склонны смотрѣть на нее, какъ на осложненіе *hemiplegi*'и, съ которой она стоитъ въ той или иной генетической связи.

Если это такъ, то въ чемъ же искать причину наблюдаемыхъ симптомовъ? Сама по себѣ гемиплегія, довольно частое страданіе, съ подобнымъ осложненіемъ встрѣчается очень рѣдко. Можетъ быть здѣсь играетъ извѣстную роль свойство болѣзненного процесса или особенность его локализации, а можетъ бы и то и другое вмѣстѣ.

Но хорошо извѣстно, что въ иныхъ случаяхъ представляется довольно труднымъ рѣшить съ положительностью, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло: съ кровоизліаніемъ, эмболией, тромбозомъ артеріи головного мозга или съ комбинаціей этихъ явленій.

Въ нашемъ случаѣ, отсутствіе ясно выраженныхъ продромальныхъ явленій, за исключеніемъ головныхъ болей, бы-

строта развитія инсульта говоритъ скорѣе противъ тромбоза и болѣе за кровоизліяніе или эмболію. Однако изъ этихъ двухъ причинъ мы съ большимъ бы правомъ должны остановиться на кровоизліяніи, такъ какъ у больной, подвергнутой тщательному изслѣдованію спеціалиста по внутреннимъ болѣзнямъ, не удалось обнаружить какихъ либо страданій, способныхъ выяснитъ существованіе эмболіи; наблюдая же больную весьма скоро послѣ инсульта, мы встрѣтили явленія, которыя принято считать характерными для кровоизліянія, какъ-то: гиперемію лица, замедленный напряженный пульсъ, пониженіе температуры тѣла и не ясное подавленное сознаніе въ продолженіи нѣсколькихъ дней. Если принять во вниманіе, что у больной имѣется ясно выраженный атероматозъ сосудовъ, ей 42 года, въ анамнезѣ алкоголизмъ и можетъ быть сифилисъ, то возможность кровоизліянія дѣлается вѣроятной.

Но допуская тотъ или иной процессъ въ головномъ мозгу, мы не въ силахъ имъ только объяснить имѣющійся симптомокомплексъ, т. е. для выясненія патогенеза страданія существенную роль должна играть локализанія процесса, и если нами дѣлается вообще по отношенію гемиплегій болѣе или менѣе точная топическая діагностика, то примѣнительно къ наблюдаемой нами формѣ мы принуждены пока высказаться лишь въ формѣ гипотезъ, такъ какъ еще мало имѣется въ этомъ отношеніи клиническихъ наблюденій.

Аналогичный нашему случай я могу привести лишь одинъ. Случай этотъ принадлежитъ моему глубокоуважаемому учителю проф. Н. М. Попову, описанъ имъ три года тому назадъ и подобнаго себѣ не имѣлъ до того времени въ литературѣ. За послѣднее время въ доступной мнѣ литературѣ, я пока также не встрѣтилъ подобныхъ случаевъ.

Я позволю себѣ остановиться на упомянутомъ случаѣ, такъ какъ онъ представляетъ большія преимущества передъ вашимъ въ томъ отношеніи, что имѣетъ и патолого-анатомическое вскрытіе и, пожалуй, менѣе сложенъ.

Больная проф. Н. М. Попова <sup>1)</sup>, демонстрированная имъ студентамъ на одной изъ своихъ клиническихъ лекцій, 50-ти лѣтняя женщина страдала правостороннимъ параличемъ и лѣвосторонней хореей, распространяющейся и на нижнюю половину лица. Анамнезъ больной довольно скудный, такъ какъ она поступила въ клинику съ очень ограниченными предварительными свѣдѣніями, сама же дополнить ихъ не могла, такъ какъ сознание было не достаточно яснымъ. Спустя нѣсколько дней послѣ демонстраціи больная умерла и была подвергнута вскрытію. Результаты аутопсіи явились до нѣкоторой степени подтвержденіемъ гипотезы, высказанной Н. М. Поповымъ при жизни о патогенезѣ имѣющагося симптомокомплекса. Онъ говорилъ: „тѣсная функціональная связь между симметричными двигательными центрами обоихъ полушарій, будучи скрыта при нормальныхъ условіяхъ, при патологическихъ можетъ выступать рѣзче и очевиднѣе“... Если допустить, что патологическій процессъ расположился въ двигательной области одного полушарія, то при цѣлости комиссуральныхъ волоконъ и локализуясь на поверхности полушарій, онъ можетъ повлечь за собою одновременно утрату произвольныхъ движеній одной половины тѣла и хореическія движенія въ другой. Рѣдкость подобныхъ формъ можетъ быть объясняется особенностью локализаціи самаго процесса“. Вотъ въ общихъ чертахъ гипотеза, высказанная Н. М. Поповымъ.

Вскрытіе умершей больной, произведенное д-ръ П. П. Заболотновымъ, показало, что правое полушаріе, т. е. противоположное гемихореей, при тщательномъ осмотрѣ не имѣло патологическихъ измѣненій, тогда какъ *лѣвое* было ареной измѣненій весьма разнообразныхъ. Въ области лѣвой лобной доли соотвѣтственно третьей извилинѣ и отчасти во второй твердая оболочка срощена съ мягкой и съ мозговымъ веществомъ бугриста и на мѣстахъ возвышенія желтоватого

---

<sup>1)</sup> Н. М. Поповъ. Гемиплегія, осложненная противоположными гемихореей. См. Клин. лекц. в. I, 1902 г.

цѣта. При разрѣзѣ бугристаго уплотненія подѣ твердой оболочкой и отчасти въ веществѣ мозга найдены гуммы; вещество мозга размягчено. Въ области первой височной извилины находится фокусъ такого же размягченія. Лѣвая *art. fossae Sylvii* значительно утолщена до полваго уничтоженія просвѣта съ образованіемъ тромба въ нѣкоторыхъ ея вѣтвяхъ.

Сопоставленіе клиническихъ явленій съ посмертнымъ вскрытіемъ позволило проф. Н. М. Попову оставить въ прежней силѣ высказанную имъ при жизни больной гипотезу.

Переходя къ нашему случаю, мы принуждены также ограничиться лишь гипотетическимъ выясненіемъ патогенеза страданія: слишкомъ еще мало въ этотъ направленіи сдѣлано наблюденій и нѣтъ въ достаточной мѣрѣ фактическаго матеріала, чтобы выводы считать непогрѣшимыми.

Для имѣющагося у нашей больной симптомокомплекса, особенность котораго заключается именно въ совпаденіи явленій раздраженія и явленій паралича въ разноименныхъ половинахъ тѣла, можетъ быть сдѣлано два предположенія общаго характера: или фокусъ пораженія, вызвавшій параличъ противоположной половины, служить въ тоже время непосредственно и источникомъ раздраженія для одноименной половины тѣла или раздраженіе съ фокуса, вызвавшаго параличъ, передается на противоположное полушаріе и откуда вызываетъ явленія *hemichorei*.

Что касается перваго предположенія, то ему казалось бы могло удовлетворить существованіе и неперекрещенныхъ волоконъ въ спинномъ мозгу.

Отношеніе между перекрещенными и неперекрещенными пирамидными волокнами по словамъ *Flechsig'a* подвержено индивидуальнымъ колебаніямъ и даже способно совершенно извращаться (случаи *Margagni, Pierret*). Извѣстны также случаи, когда у лицъ въ остальномъ здоровыхъ, волевой импульсъ производилъ движеніе и на противоположной сторонѣ (*Damsch*), а вромѣ того экспериментальная физиологія указываетъ намъ, что раздраженіе корковаго и подкорковаго веще-

ства, вызывая сокращенія противоположной конечности при извѣстныхъ условіяхъ производить сокращеніе и одноименной, что можетъ быть зависить отъ передачи раздраженія по перекрещеннымъ путямъ, а можетъ быть благодаря поперечному проведенію черезъ спинной мозгъ (*Левашевъ*). Что же касается клонки, то фактъ напр. ослабленія мышечной силы, ригидности и контрактуры въ противоположной параличу половинѣ, такъ называемая „параплегія послѣ гемиплегій“, установленъ (*Brawn-Séguard, Charcot Friedländer, Hollopecau, Brissaud, Féré, Pitres* и др.), и вопросъ только о частотѣ подобныхъ явленій.

Не мало обращаютъ на себя вниманія клиницистовъ „совмѣстныя движенія“, т. е. тѣ, которыя при движеніяхъ въ здоровыхъ конечностяхъ вступаютъ въ конечности парализованной.

Но причина, вызвавшая параличъ въ лѣвой половинѣ тѣла у нашей больной, не вызвала однако явленій хотя бы и слабого паралича въ правой, а проявила себя наоборотъ явленіями раздраженія; такимъ образомъ поврежденіе сказалось одновременно и явленіями паралича и явленіями раздраженія, но какъ бы избирательно для каждой половины тѣла.

Допуская одинъ путь передачи этого вліянія, путь такъ сказать прямой, мы также лишь въ качествѣ предположенія отмѣчаемъ и путь косвенный, т. е. черезъ противоположное полушаріе, болѣзненное состояніе котораго могло явиться причиной *hemichore'i*, такъ какъ отрицать вліянія одного полушарія на другое въ настоящее время мы не считаемъ уже возможнымъ.

Попытка выяснитъ это вліаніе еще представляется весьма трудной, такъ какъ по отношенію къ причинѣ самой *hemichore'i*, и главнымъ образомъ гемиплегической, мнѣнія однако сильно расходятся.

*Gowers* хорейческія движенія развивающіяся послѣ гемиплегій ставитъ въ связь съ пораженіемъ зрительнаго бугра, *Charcot* считаетъ ихъ слѣдствіемъ пораженія открытаго имъ

„faisceau de l'hémichorée“; по теории *Kahler'a* и *Pick'a* гемихорея развивается при поражении пирамидного пути, *Von-hoëffer* и *Муратовъ* держатся взгляда, что гемихорея зависитъ отъ поражениа перелвнхъ или верхнхъ ножекъ мозжечка (brachia conjunctivalia): *Monakow* объясняетъ раздраженіями идущими съ зрительнаго бугра на мозговую кору и оттуда черезъ пирамидный путь на спинной мозгъ; наконецъ проф. *Н. М. Поповъ*, проф. *Кожевниковъ* и др. приписываютъ гемихореи корковое происхождение. Такъ разнообразны взгляды на патогенезъ гемихореи, при этомъ слѣдуетъ замѣтить, что всѣ они относятся къ случаямъ гемиплегической хореи на сторонѣ паралича, а не на противоположной, какъ въ нашемъ случаѣ.

Примѣнительно къ нему мы принуждены ограничиться гипотезой, такъ какъ фізіологія, патологія и клиника еще мало даютъ намъ матеріала для заключеній.

Однако, анатомически связь полушарій является доказанной, фізіологія не отрицаетъ вліянія одного полушарія на другое, а клиника, можетъ быть и бѣдѣе другихъ наблюденіями этого рода, пока дѣлаетъ лишь попытки уложить клиническія явленія въ рамки поставленной гипотезы.

Такой гипотезой является высказанная проф. *Н. М. Поповымъ* по поводу своего случая, весьма близкаго къ представленному нами Вашему вниманію.

Примѣнимость этой гипотезы тѣсно связана съ вопросомъ о локализациа, а потому мы думаемъ, что если допустить возможность одновременнаго разрушенія пирамидныхъ путей для лѣвой половины тѣла и раздраженія комиссуральныхъ для правой, то такимъ мѣстомъ могъ бы служить очагъ, располагающійся вблизи коры, гдѣ волокна эти встрѣчаются въ наиболѣе удобномъ отношеніи. Клинически у нашей больной мы имѣли параличъ руки, ноги и слабо выраженный парезъ nn. facialis и hypoglossi съ разстройствомъ чувствительности на парализованной половинѣ тѣла и безъ видныхъ разстройствъ со стороны поля зрѣнія.

Можетъ быть мѣстомъ параженія является участокъ *centri semiovalis*, лежащій болѣе высоко, чѣмъ обыкновенно это наблюдается, наль *caps. interna* и, сдвигивая проходящія здѣсь пирамидныя волокна, раздражаетъ комиссуральныя волокна *corporis callosi*, нарушая гармонію, существующую въ иннервации между симметричными участками полушарій.

Пораженія, локализирующіяся въ *centrum semiov.* являются, какъ извѣстно, весьма трудными для діагностики. Незначительныя пораженія этихъ областей даже просматриваются, тамъ же, гдѣ ихъ приходилось наблюдать они клинически выражались симптомами, напоминающими капсульное поражение или поражение коры, въ зависимости отъ того, къ чему ближе они локализовались. Можетъ быть и въ нашемъ случаѣ особенностью локализациі и объясняется имѣющійся симптомокомплексъ. Конечно,—это лишь гипотеза.

Мы еще подчеркиваемъ, что особенностью представленнаго случая является не сама по себѣ гемихорея, а наличность ее въ правой половинѣ тѣла при существованіи паралича въ лѣвой, одновременное развитіе этихъ явленій и наблюдаемый нами параллелизмъ между ними.

Вопросъ о локализациі апоплектическихъ гемихорей, особенно интересующій невропатологовъ въ послѣднее время и разрѣшаемый такъ или иначе, тѣмъ не менѣе не можетъ объяснить полностью нашего случая, такъ какъ допуская ту или иную мозговую локализацию для паралича лѣвой половины тѣла, мы задаемся вопросомъ, не служитъ ли этотъ очагъ причиной раздраженія для той или иной области противоположнаго полушарія, измѣняя его дѣятельность функционально.

Не задаваясь въ настоящее время цѣлью рѣшать этотъ вопросъ въ томъ или иномъ смыслѣ, мы хотѣли только отмѣтить существованіе такихъ формъ гемиплегіи, гдѣ клиническая картина можетъ представить значительный интересъ и послужить матеріаломъ дальнѣйшихъ изслѣдованій и наблюденій въ этомъ направленіи.

Дальнѣйшая судьба нашей больной такова. Въ виду, подозрѣній на lues ей было продѣлано специфическое лѣченіе. Мало по малу явленія гемихореи прошли совершенно силы больной значительно прибыли, больная могла сидѣть и въ совершенствѣ владѣла правой рукой, но лѣвая половина тѣла осталась парализованной съ явленіями слегка выраженныхъ контрактуръ.

По причинамъ отъ насъ независящимъ больная была препровождена въ земскую больницу своего уѣзда.