

(Изъ Казанской Окружной лѣчебницы).

Къ казуистикѣ идиотизма¹⁾.

Д-ра Н. А. Глушкова.

Просматривая исторіи больныхъ, прошедшихъ черезъ наши руки въ 1906 году въ трудномъ отдѣленіи Казанской Окружной лѣчебницы, мы обратили вниманіе на довольно рѣдкій случай идиотизма, наблюдать который, къ сожалѣнію, пришлось намъ очень недолго, почему изслѣдованіе его носило общій характеръ, я въ клинической картинѣ многое казалось неяснымъ. Однако намъ пришлось произвести вскрытіе этого больного и, изслѣдуя его головной мозгъ, мы, считывая отыскать ключъ къ пониманію тѣхъ явленій которыя казались несовѣтными при жизни.

Описанію полученныхъ при вскрытіи результатовъ предположемъ краткую исторію болѣзни этого патологическаго случая: 24 іюня 1904 года въ Казанскую Окружную лѣчебницу былъ привезенъ матерью мальчикъ Максимъ Сорокинъ, 6 лѣтъ отъ роду, сынъ крестьянина Казанской губ. Чистопольскаго уѣзда. Изъ весьма скудныхъ свѣдѣній, сообщенныхъ матерью, женщиной не интеллигентной, удалось узнать, что отецъ мальчика на одинъ годъ старше ея самой, совершенно здоровъ; спиртными напитками ни отецъ ни мать не

¹⁾ Докладъ въ званіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ университетѣ, 30 марта 1907 г.

злупотребляютъ, остальные двое дѣтей совершенно здоровы, въ родѣ душевно-больныхъ пѣть; мать мальчика добавила, что она довольно нервная особа. Мальчикъ-первенецъ родился въ срокъ, беременность и роды протекали правильно, молочные зубы прорѣзывались во время, прорѣзываніе ихъ судорожными припадками не сопровождалось, и до года ребенокъ ничѣмъ не отличался отъ другихъ дѣтей такого же возраста. Къ концу года, когда у ребенка уже было нѣсколько переднихъ зубовъ, и онъ кормился съ ложки, съ нимъ, по выраженію матери, случилась „младенческая“ — ребенокъ обмеръ, лишился сознанія, поблѣднѣлъ, въ рукахъ и ногахъ появились подергиванія, и въ такомъ состояніи онъ находился двое сутокъ; ребенка, какъ заявляетъ мать, „откачивали“, но „должно быть при этомъ и испортили“, добавляетъ она, такъ какъ хотя безсознательное состояніе у него прекратилось — онъ „ожилъ“, но черезъ нѣсколько мѣсяцевъ она стала замѣчать, что ребенокъ начинаетъ все рѣзче и рѣзче отличаться отъ другихъ дѣтей. Онъ не произносилъ ни одного слова, издавалъ лишь нечленораздѣльные звуки, былъ все время раздраженъ, часто кусалъ себѣ руки, щипалъ лицо, ударился головой объ полъ, рычалъ, не узнавалъ ни отца, ни матери, кормился съ ложки, на ногахъ держался плохо и, хотя къ четвертому году сталъ ходить, но больше держался въ постели. Приступы беспокойства стали появляться все чаще и чаще, злой, нелюдимый и довольно безпокойный все время, иногда онъ становился совершенно дикимъ, рвалъ бѣлье, бился головой объ полъ, стѣны, руками выщипывалъ кожу на лицѣ, визжалъ, рычалъ, царапалъ все тѣло ногтями, удерживать его на рукахъ стоило большихъ усилій, мальчикъ, по выраженію матери, становился въ такіе моменты совершенно „безумнымъ“; такое состояніе длилось 10 — 15 минутъ, затѣмъ ребенокъ стихалъ, нѣлыми часами лежалъ въ какомъ-то забытѣ. становился на нѣсколько дней спокойнѣе, но совершенно тихимъ не былъ никогда, всегда былъ чѣмъ то недоволенъ и золъ.

Ни игрушки, ни дѣтскія игры нисколько не привлекали къ себѣ его вниманія, все свое время онъ всегда проводилъ въ полномъ отчужденіи отъ всего окружающаго, не обнаруживая, насколько можно было судить по вѣшнимъ признакамъ, даже той степени повиманія, какую проявляетъ 2—5-лѣтній ребенокъ; былъ всегда неопрятенъ. Когда ребенку исполнилось 6 лѣтъ, мать привезла его въ Лѣчебницу, такъ какъ держать его дома не представлялось возможнымъ, въ виду все увеличивающагося безпокойства больного, мальчикъ уже царапалъ всѣхъ, кто пытался удерживать его отъ членовредительства. На приемѣ мальчикъ безсмысленно смотритъ по сторонамъ и время отъ времени издаетъ нечленораздѣльные звуки. Больной для своихъ 6 лѣтъ небольшого роста, весьма слабого тѣлосложенія и плохого питанія, вѣсъ тѣла 30 фунтовъ, подкожный жировой слой развитъ очень плохо, слизистыя оболочки блѣдны, на лицѣ кожа сильно исцарапана, имѣются довольно значительные рубцы, краснота, ссадины, припухлость кожи особенно на подбородкѣ и скуловой дугѣ той и другой стороны. Лицо, въ сравненіи съ общими размѣрами головы, развито хорошо. Подъ глазами громадныя синяки. Кожная поверхность тѣла сильно исцарапана и мѣстами имѣются синяки. Черепъ отличается своимъ малымъ объемомъ, можетъ быть причисленъ къ микроцефалическимъ черепамъ, сильно приплюснутъ, при чемъ рѣзко бросается въ глаза и асимметричное развитіе костей черепа: правая половина значительно уплощена, особенно темная кость. Кожа волосистой части головы мѣстами опухла. Лобъ покатый низкій, глаза нѣсколько ввалились въ орбиты, скулы рѣзко выстоять, ротъ довольно большой, нижняя челюсть нѣсколько выступаетъ впередъ, изъ зубовъ имѣются лишь рѣзцы и малые коренные, уничтоженные на половину каріознымъ процессомъ, твердое небо высокое и довольно узкое. Половые органы развиты правильно и вполне соотвѣтствуютъ возрасту ребенка. Верхнія конечности очень длинны, питаніе мышцъ не нарушено; по силѣ и по объему

движенія функція верхнихъ конечностей развита хорошо и превосходить ту мышечную силу, которую можетъ развить обыкновенно 6-ти лѣтній ребенокъ: напр., отобрать подушку, которую обхватилъ мальчикъ, или одѣяло, въ которое онъ вцѣпился, представляется довольно затруднительнымъ. Мышцы нижнихъ конечностей сильно истощены, сила ихъ нѣсколько ослаблена, но объемъ движений нижнихъ конечностей увеличенъ,—ребенокъ, лежа въ постели, ухитряется ударять себя собственными колѣнами по скуламъ или по подбородку. На ногахъ мальчикъ держится не твердо, ходитъ довольно плохо и больше лежитъ на одномъ мѣстѣ. Всѣ произвольныя движенія носятъ отпечатокъ неувѣренности и довольно замѣтную неточность координаціи. Походка сильно напоминаетъ собой походку атактика: бросается въ глаза неувѣренность, недостаточность координаціи отдѣльныхъ двигательныхъ актовъ, кромѣ того, во время походки, обнаруживается неудовлетворительная способность сохранять равновѣсіе,—мальчикъ при ходьбѣ слегка раскачивается изъ стороны въ сторону и часто падаетъ. Въ лежачемъ положеніи координація движений не такъ рѣзко нарушена и мальчикъ производитъ довольно правильно заученныя имъ, не отличающіяся разнообразіемъ, движенія. Со стороны внутреннихъ органовъ могутъ быть отмѣчены сухіе хрипы въ легкихъ и довольно значительное выпячиваніе живота. Что касается изслѣдованія специальныхъ органовъ чувствъ, то въ виду крайне низкаго уровня развитія нашего паціента способы изслѣдованія носили крайне грубый не отличающійся особенной точностью методъ изслѣдованія. Высказатся съ достовѣрностью, воспринимаетъ ли мальчикъ слуховыя впечатлѣнія, представляется затруднительнымъ; по видимому, онъ реагируетъ на довольно рѣзкія звуковыя раздраженія, слуховыя впечатлѣнія по видимому воспринимаетъ, лишь только въ болѣе слабой степени—къ больному, напри- мѣръ, можно подойти сзади и осматривать его, но какъ только мальчикъ увидитъ наблюдателя, онъ моментально дѣлается

безпокойнымъ; поэтому можно, не производя рѣзкаго шума и не попадая въ его поле зрѣнія, осмотрѣвъ мальчика, уйти незамѣченнымъ.

Что касается зрѣнія, то мальчикъ, видимо, воспринимаетъ свѣтвые ощущенія: зрительныя воспріятія, насколько можно заключить изъ соответствующей двигательной реакціи т. е. изъ его отношенія къ окружающимъ предметамъ и лицамъ, совершаются правильно, но острота зрѣнія сильно, повидимому, страдаетъ, поле же зрѣнія сужено. Мальчикъ за проходящими мимо и подходящими къ нему лицами тщательно слѣдитъ, и если только кто-либо приближается къ нему, онъ старается залѣзть подъ кровать, подъ матрацъ, или укутаться въ одѣяло, однимъ словомъ, старается избавиться отъ наблюдателя и, если не удавалось, мальчикъ приходилъ въ сильное безпокойство и успокаивался только тогда, когда удостовѣрялся что наблюдатель ушелъ. Присматриваясь тщательно къ этой реакціи ребенка на появленіе въ полѣ его зрѣнія посторонняго наблюдателя, можно подмѣтить слѣдующее: мальчикъ, напримѣръ, лежитъ на спинѣ съ устремленными на дверь глазами, его слухъ, какъ упоминалось выше, вѣсколько притупленъ, такъ что можно, не производя рѣзкаго шума, прямо входить къ нему, и, только подойдя на довольно близкое разстояніе, можно улучшить моментъ, когда онъ замѣчаетъ наблюдателя и тотчасъ же приходитъ въ состояніе безпокойства. Пользуясь той же реакціей мальчика при появленіи наблюдателя и пробуя подходить къ нему съ различныхъ сторонъ, и такимъ образомъ изучая степень суженія поля его зрѣнія, можно убѣдиться, что имѣется выпаденіе довольно значительныхъ полосъ зрѣнія: нормальнымъ, повидимому, остается центральный участокъ съ небольшимъ радіусомъ. Нельзя сказать съ достаточной точностью, различалъ ли онъ цвѣта или вѣтъ; но изъ того, что мальчикъ одинаково реагировалъ на болѣ яркія, рѣзкія краски, такъ и на сѣрые, не рѣзкіе тона, можно

думать, что эта способность сохранена. Зрачки равномерны, реакція ихъ на свѣтъ вялая.

Нельзя точно сказать и про степень развитія обонянія и вкуса больного, но можно думать, что эти чувства были сильно понижены, такъ какъ онъ одинаково жадно ѣлъ съ ложки и горькое, и неприятно пахнувшія вещества, не обнаруживая отвращенія или разницы при выборѣ того или другого кушанія.

Что касается тактильной и болевой чувствительности, то эти виды кожныхъ впечатлѣній существуютъ у мальчика, такъ какъ онъ реагируетъ на прикосновеніе и болевое раздраженіе довольно рѣзкими движениями или крикомъ. Но имѣя въ виду явленія, которыя рѣзкой чертой, какъ увидимъ далѣе, проходятъ черезъ всю картину болѣзни, и которыя состоятъ въ томъ, что мальчикъ часто стремится причинить себѣ увѣче, ударяясь объ углы мебели, стѣны, полъ, выцѣпывая себѣ куски кожи,—приходится признать, что его болевое чувство нѣсколько понижено, но во всякомъ случаѣ не уничтожено совсѣмъ. Присматриваясь въ то время, когда мальчикъ старается нанести себѣ поврежденія, можно замѣтить слѣдующее: когда онъ начинаетъ биться головой объ полъ, его кладутъ на кровать съ подушкой; ударившись нѣсколько разъ головой о подушку и, видимо, не испытывая требуемаго ему ощущенія, онъ сползаетъ съ постели, начинаетъ ударяться головой о спилку кровати, и когда онъ съ силою ударяется о выступающія части кровати, то начинаетъ дико кричать, лицо его сильно краснѣетъ, онъ рычитъ отъ злости и, можетъ быть, отъ боли, и чѣмъ, видимо, сильнѣе ударъ, тѣмъ сильнѣе кричить мальчикъ. Если ему снова подставить въ это время подушку, онъ нѣсколько разъ ударившись, перестаетъ кричать, осматривается и старается снова найти какой-нибудь выступъ кровати или уголь стѣны. Возможно поэтому, что болевое чувство понижено и ребенокъ реагируетъ лишь на довольно рѣзкія раздраженія.

Рѣчь совершенно отсутствуетъ, нѣтъ никакихъ намековъ на членораздѣльную рѣчь, какъ въ ея экспрессивной, такъ и въ импрессиивной формѣ, т. е., какъ въ смыслѣ способности выражать свои желанія, такъ и понимать рѣчь другихъ. Мальчикъ лишь по временамъ рычитъ, какъ звѣрекъ, или издаетъ рядъ нечленораздѣльныхъ звуковъ, не придавая имъ значенія звуковыхъ образовъ. На лицѣ мальчика никогда не появляется ни улыбки, ни смѣха, ни слезъ, и изъ категоріи выразительныхъ или мимическихъ движеній у ребенка можно отмѣтить комплексъ мимическихъ мышечныхъ сокращеній, которые соответствуютъ выраженіямъ страха, злости, неприязни. Вообще же у мальчика болѣе или менѣе развиты высшія чувствованія, какъ, на примѣръ, пріятность ѣды. Что касается рефлексовъ, то кожные и сухожильные рефлексы не представляютъ уклоненій отъ нормы.

Мальчикъ неоправдѣнъ и по отношенію къ естественнымъ потребностямъ не стѣсняется ни мѣстомъ, ни временемъ и послѣдствіями своего поведенія нисколько не тяготится. Ованизмомъ не занимается и какихъ либо намековъ на половое чувство не обнаруживаетъ.

Мальчикъ повидимому тяготится всякимъ обществомъ, онъ крайне нелюдимъ, къ окружающимъ относится враждебно и неприязненно, но не тревожитъ лежащихъ вблизи дѣтей и не старается причинить кому-либо боль, стремится при первой возможности спрятаться подъ кровать, подъ матрацъ, укрыться одѣяломъ, при чемъ, укутавшись съ головой, оставляетъ маленькую щелку, въ которую тщательно посматриваетъ однимъ глазомъ за всѣмъ, что творится кругомъ. Если удавалось спрятаться или укрыться отъ наблюдателя, мальчикъ оставался спокойнымъ и терпѣливо ждалъ что будетъ дѣлать вошедшій въ комнату; если вошедшій подходилъ и старался раскрыть мальчика, взять его на руки — онъ начиналъ рычать, какъ звѣрекъ и старался ущипнуть безпокоющаго его за руку, при этомъ одинаково неприязненно реагировалъ даже тогда, когда

приходили кормить его: онъ жалко хваталъ пищу, послѣ пѣсволькпхъ флотковъ старался снова спрятаться, и, если это не удавалось, продолжалъ ѣсть и все время щипалъ держащаго ложку и тарелку, съ которой ѣлъ. Ёлъ много и съ жадностью.

Къ окружающимъ относился одинаково и между лицами служебнаго персонала, постоянно ухаживавшими за нимъ, никакого различія, въ смыслѣ большей или меньшей привязанности къ кому-нибудь изъ нихъ, не дѣлалъ; очевидно, не узнавалъ и своей, изрѣдка навѣщавшей его матери—несомнѣнно, что и къ ней онъ относился такъ же, какъ и ко всѣмъ остальнымъ.

Мальчика звали Максимомъ или, какъ заявила мать, она называла его „Максюткой“, но ни на одно имя мальчикъ не откликался и ничѣмъ не реагировалъ, когда громко произносили его имя.

Вся жизнь Максютки въ отдѣленіи складывалась изъ двухъ, довольно часто за послѣднее время чередовавшихся, состояній. Забравшагося подъ матрацъ или укутаннаго съ головой одѣяломъ Максютку утромъ, не смотря на сопротивление и рычаніе, выводили изъ комнаты и отправляли или въ садикъ, или въ корридоръ отдѣленія; выйдя, онъ сторонился отъ всѣхъ, сердито поглядывалъ на окружающихъ, затѣмъ, нѣсколько успокоившись, начиналъ бродить съ одного мѣста на другое, какъ будто что-то искалъ, издавалъ какіе-то нечленораздѣльные звуки, затѣмъ, если его ни кто не беспокоилъ, т. е. не подходилъ къ нему или не касался его рукой, мальчикъ усаживался у скамейки, угла стѣны, водосточной трубы и начиналъ колотиться головой, выбирая наиболѣе выступающія части, рыча и издавая при этомъ дикіе звуки. Если въ это время его брали на руки, онъ щипалъ взявшаго, стараясь отъ чего избавиться, и успокаивался лишь тогда, когда его оставляли въ покоѣ.

Эти періоды, относительнаго спокойствія, смѣнялись у Максютки приступами сильнаго безпокойства, ярости, неистовства, когда онъ всѣми силами старался изуродовать самого себя. Въ это время онъ дико и провзительно кричалъ, съ силой колотился головой объ полъ, рвалъ на себѣ одежду, щипалъ и царапалъ подбородокъ, вырывалъ кусочки кожи, старался ухватить себя за рѣсницы, и когда его удерживали за руки, онъ, лежа на спицѣ, ухитрялся обоими колѣнами съ силой ударять себя по скуламъ и надбровнымъ дугамъ. Такіе приступы неистовства продолжались минутъ 10—15, мальчикъ въ это время совершенно ни на что не реагировалъ, находился какъ бы въ полномъ безсознательномъ состояніи. Послѣ приступовъ онъ нѣсколько часовъ лежалъ въ забытьѣ, а затѣмъ у него рѣзко выступали явленія реактивной слабости: два-три дня онъ лежалъ въ постели, затѣмъ оправлялся до новаго приступа.

Судорожныхъ приступовъ за все время пребыванія въ Лечебницѣ и дома, кромѣ „младенческой“, упоминаемой матерью въ началѣ заболѣванія, — не наблюдалось ни разу. При-сматриваясь же къ этимъ приступамъ буйства, неистовства, которые временами овладѣвали мальчикомъ, когда онъ терялъ послѣдніе остатки своего сознанія, можно признать эти приступы неистовства за психическіе эквиваленты эпилептическихъ приступовъ. Приступы безпокойства первое время были очень рѣдки, приблизительно черезъ полгода эти приступы стали чаще, въ періодъ безпокойста ребенокъ сильно падалъ въ вѣсѣ, но затѣмъ вѣсъ его снова выравнивался.

Къ концу перваго года мальчикъ постепенно пересталъ ходить, при чемъ въ лежачемъ положеніи явленія атаксіи сглаживались, держаться же на ногахъ, а тѣмъ болѣе сдѣлать нѣсколько шаговъ являлось для него невозможнымъ. Въ нижнихъ конечностяхъ вскорѣ развились довольно значительныя мышечныя атрофіи, объемъ же движеній понизился лишь очень незначительно. По прежнему въ періодъ возбужденія мальчикъ

ухитрялся ударять себя кулаками по скуламъ, такъ что коленные суставы и скуловые выступы сильно опухали и покрывались ссадинами. Въ послѣдніе 5—6 мѣсяцевъ приступы появлялись цѣлыми серіями, ребенокъ по 2—4 сутокъ не спалъ, плохо питался, былъ страшно безпокоенъ, оставлять его одного не представлялось возможнымъ, такъ какъ онъ быстро равилъ до крови свое лицо и голову, и въ такіе періоды приходилось его заворачивать въ одеяло и удерживать цѣлыми сутками на рукахъ.

Съ Января 1906 года у мальчика появилось повышеніе температуры, въ легкихъ появились сухіе и влажные хрипы, вскорѣ открылся зловонный поносъ, мальчикъ сильно исхудалъ, сталъ падать въ вѣсѣ, но приступы безпокойства не ослабѣвали, а еще болѣе усилились; съ 10 Марта ребенокъ впалъ въ безсознательное состояніе, а 14 Марта 1906 года Максютки не стало.

Въ лечебницѣ больной пробылъ 1 годъ 8 мѣсяцевъ и 20 дней.

Вскрытіе произведено было нами черезъ 24 часа послѣ смерти подъ руководствомъ доктора П. П. Заболотнова, при чемъ было констатировано слѣдующее:

Leptomeningitis chronica fibrosa

Hyperaemia et anaemia piae matris

Encephalitis chronica partialis

Aplasia incompleta lobii occipitalis dextri

Aplasia incompleta lobii temporalis utriusque

Cystes serosae piae matris

Hyperaemia et oedema cerebri

Hyperaemia passiva et degeneratio parenchimatosa m-li cordis

Hyperaemia passiva lienis

Tubercula solitaria pulmonis dextri et abscessus multiplices pulmonis sinistri

Hyperaemia passiva hepatis et intestinum. Ulcera tuberculosa colonis ascendentis

Hyperaemia passiva et degeneratio parenchimatosa tenuis.

Ислѣдованіе черепа обнаруживаетъ въ немъ нижеслѣдующія уклоненія отъ нормы. Черепъ, какъ было выше упомянуто, отличается своимъ незначительнымъ размѣромъ, форма черепа представляетъ рѣзко выраженную ассиметрію: вся правая половина черепа кажется сильно вдавленной, послѣ распала черепа, линія, проведенная отъ *cristae galli do protuberantiae internaе os. occipitis* дѣлитъ нижнюю полость и верхнюю костную коробку на двѣ неравныя части съ неравными дугами, причѣмъ правая половина меньше.

Твердая мозговая оболочка отдѣляется легко отъ костей черепа, пазухи ея содержатъ значительное количество крови. Кости черепа очень толсты и всѣ швы довольно значительно утолщены. Измѣреніе черепа, къ сожалѣнію, не было произведено.

Мягкая мозговая оболочка сильно набухла, васкуляризирована, въ нѣкоторыхъ областяхъ представляетъ ясныя и обширныя слѣды хроническаго воспалительнаго процесса: здѣсь мягкая оболочка значительно утолщена и молочно-бѣлаго цвѣта. Такія измѣненія мягкой мозговой оболочки рѣзче выражены съ правой стороны чѣмъ съ лѣвой, особенно въ области затылочныхъ, наружной части лобныхъ и отчасти теменныхъ долей мозга. Въ этихъ мѣстахъ мягкая оболочка снимается съ подлежащимъ веществомъ мозга, при чемъ поверхность мозга представляется какъ бы изъѣденной; особенно рѣзко выражено это явленіе въ области затылочныхъ долей, гдѣ удалить оболочку удается съ большимъ трудомъ, съ внутренней же поверхности полушарій мягкая мозговая оболочка снимается легко.

Въ области височныхъ долей мягкая мозговая оболочка образуетъ рядъ отдѣльныхъ небольшихъ полостей—кистъ съ плотными утолщенными стѣнками: кисты эти наполнены серозной жидкостью. Кисты особенно рѣзко выдѣляются на основаніи мозга въ области височныхъ долей.

Сосуды и нервы основанія мозга замѣтныхъ уклоненій отъ нормы не представляютъ.

Мозгъ, взвѣшенный послѣ того, какъ былъ вынутъ изъ полости черепа, вмѣстѣ съ мягкой мозговой оболочкой вѣситъ 650 граммовъ, а объемъ его равняется 475 куб. цм. Когда удалена была мягкая мозговая оболочка и были оставлены лишь кисты на основаніи мозга въ области височной доли праваго полушарія, рѣзко бросается въ глаза своеобразная конфигурація мозга: мозгъ имѣеть сильно приплюснутый видъ, мозжечекъ затылочными долями не покрывается, представляется открытымъ на двѣ трети своей величины, онъ нѣсколько повернуть вправо, и правая половина мозжечка представляется отставшей въ своемъ развитіи, по сравненію съ лѣвой половиной, все правое полушаріе головного мозга значительно меньше лѣваго, особенно въ теменныхъ и затылочныхъ доляхъ.

Лобныя доли представляются сравнительно удовлетворительно развитыми, теменные же въ заднихъ своихъ отдѣлахъ и особенно затылочные доли рѣзко уменьшены въ объемѣ, особенно съ правой стороны.

Въ области расположенія височныхъ долей имѣются кистовидныя образованія, представляющія рядъ отдѣльныхъ полостей, наполненныхъ серозной жидкостью. Съ лѣвой стороны въ области расположенія первой и второй височныхъ извилинъ, по удаленіи кистовидныхъ образованій открывается значительный дефектъ ткани мозгового вещества, открывающій область подкорковыхъ узловъ. Явленіе это, въ отличіе отъ истинной порэнцефалии, можетъ быть названо „ложной порэнцефалией“, такъ какъ процессъ, поведшій къ образованію полости въ нашемъ случаѣ, отличается отъ процесса, ведущаго къ образованію полостей въ мозговомъ веществѣ при истинной порэнцефалии. Въ нашемъ случаѣ патологическій процессъ, приведшій къ образованію кистъ, частью совсѣмъ уничтожилъ вещество данной области, частью повелъ къ сморщиванію оставшейся части мозга, слѣдствіемъ чего и явился дефектъ мозгового

вещества, открывающей область подкорковых узловъ. Височныя доли представляютъ явленія недоразвитія или задержки въ своемъ ростѣ, вслѣдствіе основного патологическимъ процесса.

Съ правой стороны также видимъ кистовидныя образованія въ области височной доли; также видимъ полость, ведущую въ область подкорковых узловъ.

Такимъ образомъ, височныя доли, какъ съ правой стороны, такъ и съ лѣвой существуютъ въ видѣ слѣдовъ, представляютъ изъ себя рѣзко сморщенные и атрофированные остатки мозгового вещества. Область переднихъ и заднихъ центральныхъ извилинъ развита и, повидимому, не такъ рѣзко поражена болѣзненнымъ процессомъ, наоборотъ, вся область теменныхъ долей праваго и лѣваго полушарія, расположенная позади заднихъ центральныхъ извилинъ рѣзко атрофирована, сморщена, эта атрофія распространяется и на затылочныя доли, гдѣ процессъ выраженъ наиболѣе рѣзко; затылочные доли поражаютъ своимъ малымъ размѣромъ и не покрываютъ соответствующихъ долей мозжечка.

Разстояніе между внутренними поверхностями затылочныхъ долей на уровнѣ затылочныхъ вершукъ равняется 8 снтм. Длина праваго полушарія отъ верхушки лобной до верхушки затылочной доли равняется 14 снтм. Длина лѣваго полушарія равняется 16 снтм. Ширина мозга въ области *operculi* равняется 13 снтм. Толщина праваго полушарія, т. е., разстояніе между внутренней и наружной его поверхностью, равняется 5,5 снтм. Толщина же лѣваго равняется 6 снтм. Наибольшая высота праваго полушарія съ внутренней поверхности равняется 2 снтм. Высота лѣваго—2,5 снтм.

Нѣкоторыя извилины теменныхъ и отчасти лобныхъ долей праваго и лѣваго полушарія уплощены, сближены между собой, второстепенныя борозды не такъ рѣзко обозначены, вслѣдствіе чего мозговая поверхность, какъ бы построена по болѣе простому типу, чѣмъ нормально. Консистенція изви-

лишь измѣнена: наощупь онѣ производятъ почти такое же впечатлѣніе, какъ каучукъ.

Извилины затылочныхъ долей обоихъ полушарій отличаются значительной извилистостью мозговой поверхности, мозговая поверхность ихъ сильно сморщена, извилины не располагаются въ одной плоскости и придаютъ мозговой поверхности мелкобугристый видъ, бороздки между извилинами узки и складки мозговой поверхности довольно плотно прилегаютъ одна къ другой, т. е., въ затылочныхъ доляхъ наблюдается явленіе, похожее на микрогирию.

Сильвіева борозда, какъ съ правой, такъ и съ лѣвой стороны недоразвита, положеніе горизонтальной ея вѣтви извращено—она направляется вверхъ и нѣсколько къзади.

Роландова борозда обоихъ полушарій развита удовлетворительно, во дѣлитъ полушарія на двѣ неравныя части, при чемъ $\frac{2}{3}$ полушарія находятся впереди и лишь $\frac{1}{3}$ сзади. При вскрытіи боковыхъ желудочковъ вытекаетъ лишь незначительное количество жидкости.

Дальнѣйшее макроскопическое обследованіе мозга, срѣзы, а также и микроскопическое изслѣдованіе пока не производилось, чтобы не нарушать цѣлости мозга и имѣть возможность продемонстрировать его въ засѣданіи общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ. Микроскопическое изученіе мозга на срѣзахъ мы предполагаемъ произвести впоследствии.

Намъ удалось найти въ литературѣ описаніе мозга демонстрированнаго профессоромъ *И. П. Мерзеевскимъ* въ Парижскомъ Анатомическомъ Обществѣ и описанный имъ же въ сборникѣ статей по судебной медицинѣ, судебной психіатріи и т. д. за 1875 г.;—нашъ случай представляетъ довольно большое сходство со случаемъ *Мерзеевскаго*.

Всю вышеизложенную патологическую исторію нашего случая можно свести къ слѣдующимъ наиболѣе существеннымъ результатамъ.

1) Въ сферѣ душевной жизни нашъ пациентъ представлялъ состояніе глубокаго идиотизма, выразившагося не только полнымъ выпаденіемъ интеллектуальныхъ функцій, но характеризовавшагося еще рѣзкимъ пониженіемъ инстинкта самосохраненія, свойственнаго даже самымъ высшимъ представителямъ животнаго царства.

II) Въ области головного мозга и его покрывающихъ обнаружено:

а) недоразвитіе височныхъ долей, какъ праваго, такъ и лѣваго полушарія, недоразвитіе правой половины мозжечка.

б) рѣзко выраженный атрофическій процессъ съ характеромъ склероза, захватившій, хотя и не вполне равномерно, какъ правое, такъ и лѣвое полушаріе.

в) несовершенство устройства мозговой поверхности обоихъ полушарій, выразившееся въ теменныхъ и отчасти въ лобныхъ доляхъ въ крайней простотѣ образованія главныхъ извилинъ и бороздъ и въ явленіи, напоминающемъ микрогирию (въ затылочныхъ доляхъ).

г) обширные слѣды воспалительнаго процесса въ мозговыхъ оболочкахъ и развитіе обширныхъ серозныхъ кистъ.

е) явленія асимметріи со стороны черепа вслѣдствіе задержки его роста и развитія съ правой стороны, соответственно наиболее рѣзко пораженному правому полушарію.

III) Съ клинической стороны отмѣчается:

1) Разстройство зрѣнія.

2) Пониженіе вкуса и обоняніе

3) Пониженіе слуха.

4) Пониженіе болевого чувства.

5) Явленія атаксіи; разстройство способности сохранять равновѣсіе.

6) Отсутствіе членораздѣльной рѣчи.

7) Клиническая картина, складывавшаяся изъ двухъ чередующихся состояній—одно состояніе, въ которомъ больной стремился нанести себѣ увѣче, при чемъ бросалось въ глаза

отсутствіе инстинкта самосохраненія, и другое состояніе, въ которомъ выступали приступы буйства, неистовства, на которыя можно смотрѣть, какъ на эквиваленты эпилептическихъ приступовъ.

Вопросъ объ этиологій болѣзненнаго процесса, вызвавшаго и оставившаго по себѣ столь обширныя измѣненія полушарій головного мозга,—пока представляется открытымъ.

На основаніи же анатомическихъ измѣненій полушарій головного мозга, констатируемыхъ въ нашемъ случаѣ, причислить его къ какой-нибудь одной опредѣленной группѣ патологоанатомической таблицы, предложенной д-ромъ *Бурневилемъ* на 13 международномъ Медицинскомъ Сѣздѣ въ Парижѣ для классификаціи идиотизма, представляется также затруднительнымъ. Такъ, ко второй группѣ *Бурневиль* относить случаи симптоматическаго идиотизма при хроническомъ менинго-энцефалитѣ, къ 5-й—случай симптоматическаго идиотизма при атрофическомъ склерозѣ; къ 10-й—случай идиотизма при микроцефаліи, вслѣдствіе пріостановки развитія мозга съ измѣненіями или безъ нихъ. Нашъ случай, скорѣе, долженъ быть отнесенъ къ первой группѣ, хотя для окончательнаго рѣшенія необходимо еще произвести микроскопическое изслѣдованіе.

Конечно, представляется интереснымъ выяснить, насколько клиническая картина соотвѣтствуетъ тѣмъ патологоанатомическимъ даннымъ, которыя были обнаружены *post mortem*.

Дѣйствительно, эти патологоанатомическія измѣненія настолько характерны, что можно, зная эти измѣненія, впередъ создать въ общихъ чертахъ, конечно,—ту клиническую картину, которую мы только что описали. Такія громадныя дефекты и разрушенія обоихъ полушарій, атрофическія измѣненія коры головного мозга, не говоря еще о микроскопическихъ измѣненіяхъ—дадутъ въ итогъ то состояніе глубокаго идиотизма, тѣ грубые дефекты психическихъ отправленій, которыя прежде всего выразятся въ рѣзкихъ признакахъ задержки развитія психической дѣятельности, обусловленной въ нашемъ случаѣ

причинами, вліявшими на организмъ въ равномъ возрастѣ, когда мозгъ еще развивался.

Что же касается отдѣльныхъ болѣзненныхъ симптомовъ, наблюдавшихся у нашего пациента, то фізіологія и анатомія корковыхъ центровъ можетъ намъ дать ключъ къ пониманію и уясненію клинической картины.

Въ видахъ сохраненія цѣлости мозга, нами не произведено микроскопическое изслѣдованіе, не сдѣланы срѣзы, и мы, не поднимая вопроса о путяхъ, по которымъ передается то или иное раздраженіе съ периферіи на мозговую кору, будемъ имѣть въ виду лишь патологическія измѣненія, которыя отмѣчены въ корѣ того или другого полушарія.

Наблюдавшееся у нашего пациента разстройство зрѣнія можетъ быть объяснено измѣненіями затылочныхъ долей, хотя намъ и неизвѣстно, были ли у него измѣненія рефракціи, и не произведено изслѣдованіе глазного дна; но имѣя такія обширныя измѣненія затылочныхъ долей, гдѣ атрофическій процессъ достигъ наибольшаго своего развитія, можно съ большою долей вѣроятности предположить, что участки, расположенные по краямъ *fissurae calcarinae* не могли остаться пощаженными, и измѣненія ихъ не могли не отозваться на зрѣніи нашего пациента.

Пониженіе обонянія опять таки можетъ быть объяснено зачаточнымъ состояніемъ височныхъ долей вообще и недоразвитіемъ центровъ обонянія—*gyri uncinati* того и другого полушарія.

Хотя существованіе области, извѣстной подъ именемъ *orgesulum*, и можно предполагать въ нашемъ случаѣ, но область эта также сильно недоразвита, и поэтому пониженіе вкусового ощущенія у нашего пациента можетъ быть объяснено съ извѣстной долей вѣроятности.

Пониженіе слуха можетъ быть объяснено, если мы предположимъ, что въ данномъ случаѣ опять таки не было измѣненій ни со стороны слухового аппарата, ни со стороны про-

водниковъ;—допустивъ такое предположеніе, мы также можемъ предположить, что это пониженіе слуха зависяетъ отъ недоразвитія височныхъ долей обонхъ полушарій.

Переднія и заднія центральныя извилины развиты въ данномъ случаѣ довольно хорошо, но за то вся область позади заднихъ центральныхъ извилинъ *gyr. supramarginalis* и *gyr. angularis* сморщена и довольно рѣзко поражена атрофическимъ процессомъ. Имѣя въ виду эти измѣненія, мы можемъ съ значительной долей вѣроятности также объяснить пониженіе болевого чувства и явленія атаксіа, наблюдавшіяся у нашего паціента. Очень возможно что явленія атаксіа и неудовлетворительная способность мальчика сохранять равновѣсіе въ вертикальномъ положеніи зависяетъ и отъ недоразвитія мозжечка, особенно правой его доли.

Въ нашемъ случаѣ имѣется, между прочимъ, недоразвитіе первой лѣвой височной извилины, той области, гдѣ заключены, такъ сказать, сочетанія понятій съ звуковыми образами; поэтому зная, что поврежденіе этой области сопровождается неузнаваніемъ словъ, мы безусловно должны ожидать у нашего паціента явленіе, которое называется *surditas verbalis*, глухота на слова, т. е. нашъ паціентъ былъ лишенъ способности связывать со словами извѣстныя представленія. Слѣдовательно, хотя ребенокъ слышалъ, что говорятъ, онъ не могъ научиться связывать звуки съ соотвѣтствующими представленіями, не могъ пріобрѣсти запаса звуковыхъ образовъ и потому не могъ выучиться говорить.

Хотя третья лобная извилина лѣваго полушарія и область соотвѣтствующая *insulae Reilii* имѣется достаточно развитой у нашего паціента, т. е., способность сочетать слова съ двигательными аппаратами рѣчи сохранена, но мальчикъ, не будучи въ состояніи воспринимать, не могъ и образовать запасъ словъ, не могъ выучиться говорить.

Все сказанное, конечно, слѣдуетъ понимать въ тѣснѣйшей связи съ общимъ неразвитіемъ интеллекта, исключавшимъ развитіе и отдѣльныхъ психическихъ способностей.

Что касается теченія самой болѣзни нашего паціента, — его рѣзкое возбужденіе, стремленіе наносить себѣ всевозможнѣйшія поврежденія, отсутствіе инстинкта самосохраненія, то эти явленія могутъ быть принимаемы, какъ отраженныя, рефлекторныя движенія, происходящія или вслѣдствіе раздраженія чувствительныхъ нервовъ, или соотвѣтствующихъ центровъ. Намъ извѣстно также, что инстинктивныя движенія представляютъ низшую форму сознанія, мотивами ихъ служатъ ощущенія отъ органовъ тѣла, проявляющіяся въ видѣ такъ называемыхъ влеченій, и отсутствіе влеченій, лежащихъ въ ихъ основѣ, инстинктовъ — указываетъ на какой низкой ступени развитія стоялъ нашъ паціентъ.

Упоминая о неразвитіи инстинкта самосохраненія у нашего паціента, для иллюстраціи приведемъ объясненіе одного посѣтившаго лѣчебницу публициста, имѣющаго небольшое имя въ литературѣ, которому былъ показанъ нашъ паціентъ какъ разъ въ то время, когда онъ стремился изувѣчить себя. Посѣтитель долго смотрѣлъ на возившагося мальчуга и удерживающую его сидѣлку и, какъ бы предугадывая возраженіе по поводу существованія законовъ цѣлесообразности въ природѣ, замѣтилъ, что какъ разъ давній случай и подтверждаетъ законъ цѣлесообразности въ природѣ, — природа, стремясь къ болѣе совершеннымъ формамъ, и создавъ столь несовершеннаго индивидуума, чтобы исправить свою ошибку, лишила его инстинкта самосохраненія и тѣмъ обрекла его на самоуничтоженіе, дабы дать мѣсто болѣе развитому, совершенному челоувѣку, обладающему, прибавили бы мы отъ себя, не такимъ мозгомъ, который мы только-что описали.

При выполненіи этой работы мы пользовались руководствомъ проф. В. П. Осипова, за что пользуемся случаемъ выразить ему свою признательность.

Литература.

Томашевскій. Къ патологїи идіотизма. Диссертація. 1892 г.

Акад. Бехтеревъ и д-р. Жуковскій: Къ ученію о микроцефалїи. Обзор. Психіатріи. 1902 г. Стр. 343—423.

D-г Grasset. Anatomie Clinique des Centres Nerveux. Перев. 2-е изд. 1906 г.

D-г Vougrneville. Патологическая анатомія идіотизма. Док. на съѣздѣ XIII международномъ въ Парижѣ. Обзорѣніе Психіатріи. 1900 г. Стр. 788.

Проф. Мержеевскій. Новый случай идіотизма etc. Сборникъ статей по судебной медицинѣ, судебной Психіатріи и т. д. за 1875 г.

Проф. Даркшевичъ. Курсъ нервныхъ болѣзней. Общая часть 1904 г.

Проф. Корсаковъ. Курсъ Психіатріи. Т. I и II.
