

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

профессора **В. М. БЕХТЕРЕВА** (С.-Петербургъ)

и

профессора **Н. М. ПОПОВА** (Казань).

ТОМЪ **VI.** ВЫП. **4.**

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

Проф. **Н. М. Поповъ.** Сирингомизлія. Типъ Morvan a.

Проф. **Н. М. Поповъ.** Syringomyelia et pachymeningitis spinalis hypertrophica.

Проф. **В. М. Бехтеревъ.** Офтальмоплегія съ періодическимъ поднятіемъ и опусканіемъ верхняго вѣка и съ своеобразной зрительной иллюзіей (окончаніе).

Л. В. Блуменау. Къ микроскопической анатоміи продолговатаго мозга (окончаніе).

Н. М. Верзидовъ. Myelitis centralis acuta ascendens

Д-ръ **И. С. Брегманъ.** Къ казуистикѣ прогрессивной мышечной атрофіи (съ 2 табл. рис.)

Д-ръ **Е. А. Геннга.** Вторая эпидемія истерическихъ судорогъ въ Подольскомъ уѣздѣ Московской губ.

Проф. **В. М. Бехтеревъ.** Пораженіе Варолиева моста съ двустороннимъ параличемъ боковыхъ движеній глаз-

ныхъ яблокъ, насильственнымъ смѣхомъ и плачемъ и ранней атрофіей мышцъ правой голени.

Критика и библиографія:

Рефераты по психіатріи и неврологіи.

Хроника и смѣсь.

Лѣтопись общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и въ бібліотеку Общества.
Объявленія.

Приложеніе:

Пр.-доцентъ **В. И. Воротынский.** Геніальность, психическая неуравновѣшенность и преступность (публичная лекція).

Казань.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1898.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

	<i>Стр.</i>
Проф. Н. М. Поповъ. Сирингоміэлія	1.
Проф. Н. М. Поповъ. Syringomyelia et pachymeningitis spinalis hypertrophica	22.
В. М. Бехтеревъ. Офтальмоплегія съ періодическимъ поднятіемъ и опусканіемъ верхняго вѣка и съ своеобразной зрительной иллюзіей (<i>окончаніе</i>)	36.
Л. В. Блуменау. Къ микроскопической анатоміи продолговатаго мозга (<i>окончаніе</i>)	70.
Н. М. Верзидовъ. Myelitis centralis acuta ascendens	85.
Д-ръ И. С. Брегманъ. Къ казуистикѣ прогрессивной мышечной атрофіи (съ 2 табл. рис.)	106.
Д-ръ Е. А. Геника. Вторая эпидемія истерическихъ судорогъ въ Подольскомъ уѣздѣ Московской губ.	146.
Проф. В. М. Бехтеревъ. Пораженіе Вароліева моста съ двустороннимъ параличемъ боковыхъ движеній глазныхъ яблокъ, насильственнымъ смѣхомъ и плачемъ и ранней атрофіей мышцъ правой голени.	160.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Рефераты по психіатріи и неврологіи	213.
Д-ръ А. И. Ющенко. Обь отношеніи нижняго брыжжечнаго симпатическаго узла къ иннервации мочевого пузыря и обь автоматическихъ движеніяхъ послѣдняго. 213.— <i>Facklam.</i> Beitrag zur Lehre vom Wesen der Huntington'schen Chorea. 214.— <i>Fürstner.</i> Ueber multiple Sclerose und Paralysis agitans. 215.— <i>Jacobson.</i> Ueber die Pathologie des Delirium tremens. 216.— <i>Schmidt.</i> Ist die progressive Paralyse pathologisch-anatomisch diagnosticirbar? 217.— <i>Bechterew.</i> Bewusstsein und Hirnlocalisation. 218.	

Спрингоміэлія. Типъ Morgan'a.

Проф. Н. М. Попова.

(Изъ лекцій, читанныхъ студентамъ Казанскаго Университета ¹⁾).

Мм. Гц.!

Больная, которую я избралъ предметомъ нашей сегодняшней бесѣды, уже одной внѣшностью сразу останавливаетъ на себѣ вниманіе. Вы видите 10—12 лѣтнюю дѣвочку, не большого роста, худощавую; на ней повидимому еще нѣтъ и слѣдовъ эпохи формировація, а между тѣмъ нашей больной 20 лѣтъ и она уже довольно давно замужемъ. Такое несоотвѣтствіе между внѣшнимъ видомъ и возрастомъ еще болѣе кидается въ глаза при подробномъ изслѣдованіи, которое показало, что грудныя железы совершенно дѣтскія, наружные половые органы слабо развиты, не покрыты растительностью, рукавъ едва проходитъ для пальца, матка—дѣтская.

Однимъ словомъ, передъ нами случай женскаго инфантилизма.

Вы знаете, конечно, что мы разумѣемъ подъ терминомъ „инфантилизмъ“. Мы называемъ такъ задержку физическаго развитія, благодаря которой человекъ въ зрѣломъ возрастѣ

¹⁾ Описываемая ниже больная была демонстрирована въ засѣданіи Общества Невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

обладаетъ виѣшними свойствами ребенка. Вы знаете также, что на инфантилизмъ должно смотрѣть, какъ на одинъ изъ рѣзкихъ признаковъ вырожденія и что поэтому у лицъ, отмѣченныхъ такой особенностью, мы вправѣ предполагать большую или меньшую наклонность къ заболѣваніямъ нервной системы.

Однако не инфантилизмъ—причина, почему я представляю Вамъ больную. Обратите вниманіе на верхнія конечности ея и именно на ея пальцы. Прежде всего они выдаются по своей формѣ: чрезвычайно тонкіе, постепенно суживающіеся, они заканчиваются конически заостренной верхушкой, на которой находятся ногти, точно также очень вытянутые и узкіе. На среднемъ и указательномъ пальцахъ правой руки самую верхушку конуса занимаютъ довольно значительныя углубленія. Кожа на тыльной сторонѣ обѣихъ кистей плотно натянута, гладка, суха, тверда; приподнять ее въ складку не удается. Точно такими же свойствами отличаются наружныя покровы какъ на тылѣ фалангъ, такъ и на всей ладонной поверхности, причемъ на послѣдней въ области пальцевъ измѣненія кожи достигаютъ наибольшей интенсивности. Пальцы обѣихъ рукъ красновато-синяго цвѣта и только концевыя фаланги представляются совершенно бѣлыми, особенно на ладонной сторонѣ, гдѣ кожа имѣетъ видъ какъ бы ороговѣвшей. Сверхъ того на концахъ обоихъ указательныхъ пальцевъ замѣчаются небольшія черныя корки, изъ подъ которыхъ при давленіи выдѣляется гной.

Спрашивается, какъ должно смотрѣть на такія своеобразныя измѣненія.

Отвѣтъ на этотъ вопросъ намъ даетъ, во первыхъ, анамнезъ.

Больная сообщаетъ, что у нея года четыре тому назадъ безъ видимой причины на концахъ пальцевъ обѣихъ рукъ появилось нагноеніе, причемъ она испытывала жестокія боли; по прошествіи двухъ недѣль нагноеніе прекратилось и нѣсколько мѣсяцевъ она была вполне здорова; затѣмъ точно

также безъ всякаго повода, на концевой фалангѣ средняго пальца лѣвой руки снова образовалась черная корка и появилось нагноеніе, сопровождавшееся болью, но менѣе сильной, чѣмъ при первомъ заболѣваніи. Еще черезъ полгода заболѣлъ средній палецъ правой руки. Едва успѣли поджить эти пальцы, какъ процессъ возникъ сразу на 2 и 3 пальцахъ лѣвой руки, а еще немного спустя на этихъ же пальцахъ правой. Боли мучили при каждомъ возвратѣ болѣзни, но постепенно утрачивали прежнюю интенсивность. По заживленіи названныхъ выше пальцевъ процессъ захватилъ правый пятый палецъ и, наконецъ, оба указательные, гдѣ, какъ было сказано, и въ настоящее время замѣчается постоянное выдѣленіе гноя, но боль ощущается лишь при надавливаніи.

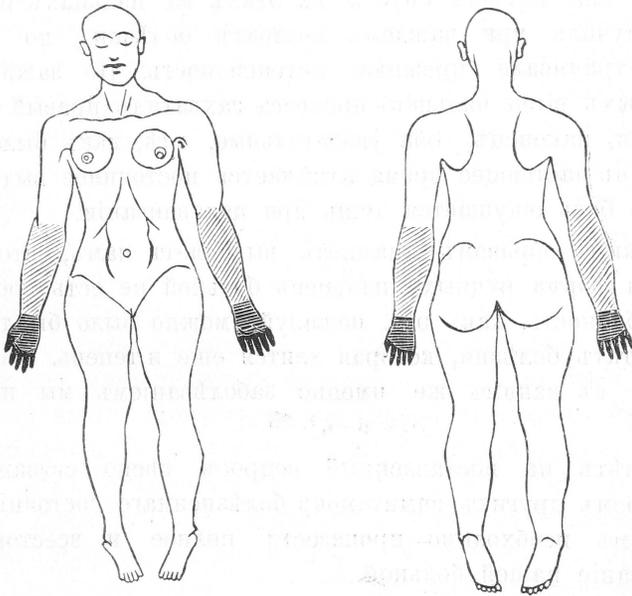
Такимъ образомъ анамнезъ выясняетъ намъ, что своеобразная форма ручныхъ пальцевъ больной не есть врожденная особенность, какъ это, пожалуй, можно было бы думать, а результатъ болѣзни, которая длится еще и теперь. Является вопросъ, съ какимъ же именно заболѣваніемъ мы имѣемъ дѣло?

Отвѣтъ на поставленный вопросъ тѣсно связанъ съ характеромъ другихъ симптомовъ болѣзненнаго состоянія, почему намъ необходимо произвести полное и всестороннее изслѣдованіе нашей больной.

Это изслѣдованіе прежде всего открываетъ весьма рѣзкія нарушенія кожной чувствительности въ области верхнихъ конечностей. На обѣихъ рукахъ болевая чувствительность представляется измѣненною совершенно одинаковымъ образомъ (см. фиг. I): на пальцахъ больная ощущаетъ глубокіе уколы, какъ простое прикосновеніе, на тыльной и ладонной поверхности кистей она уже чувствуетъ боль, хотя слабо, на предплечьяхъ ощущаетъ уколы гораздо яснѣе; наружные покровы плеча обладаютъ вполне сохраненной болевой чувствительностью.

Почти также нарушено и чувство тепла, съ тѣмъ однако различіемъ, что на пальцахъ оно является лишь рѣзко ослабленнымъ, а не уничтоженнымъ окончательно (см. фиг. II).

Фиг. I.

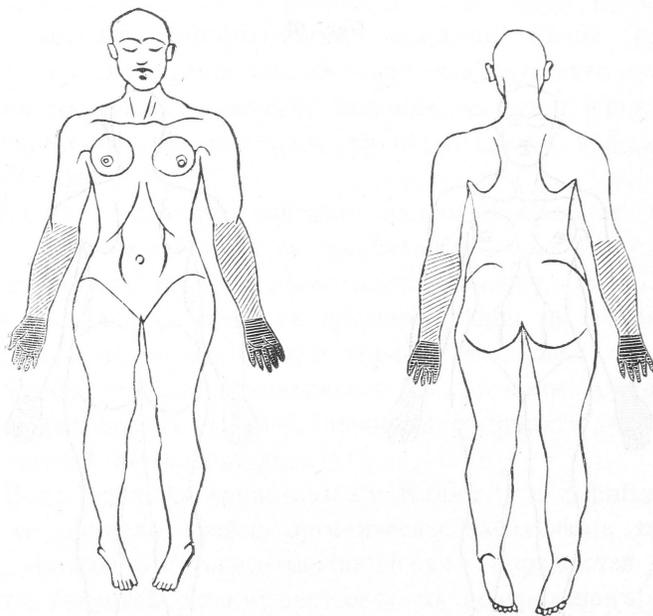


Область аналгезіи.

Совершенно тѣми же свойствами отличается больная по отношенію къ чувству холода. Съ самаго начала заболѣванія она замѣтила, что ея руки не выносятъ холодной воды, въ которой ей, какъ прачкѣ, часто приходилось стирать бѣлье; многократное изслѣдованіе въ больницѣ также подтвердило, что прикосновеніе даже незначительно охлажденныхъ предметовъ въ области обѣихъ ручныхъ кистей ощущается, какъ рѣзкая ломящая боль (см. фиг. III).

Такимъ образомъ на ряду съ рѣзкимъ ослабленіемъ чувства тепла мы имѣемъ несомнѣнную гиперѣстезію къ холоду, которой на предплечьяхъ повидимому уже не существуетъ,—по крайней мѣрѣ такъ заставляютъ думать отвѣты больной—женщины очень невысокаго интеллекта.

Фиг. II.



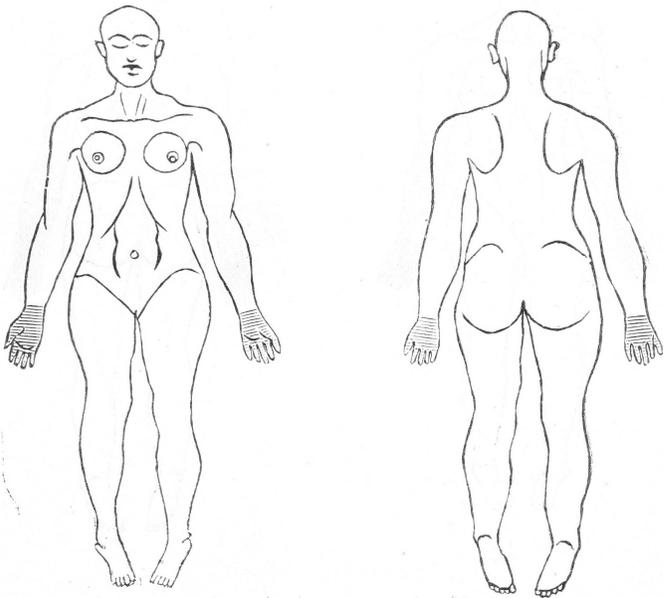
Область ослабленія чувства тепла.

Относительно тактильнаго чувства больная даетъ очень сбивчивыя показанія, на основаніи которыхъ тѣмъ не менѣе можно прійти къ заключенію, что сколько-нибудь рѣзкихъ измѣненій оно не представляетъ.

Но симптомы болѣзни, замѣчаемые въ области верхнихъ конечностей, не исчерпываются измѣненіями кожной чувствительности. Хотя мышцы обѣихъ рукъ, особенно же предпле-

чій, слабо развиты въ одинаковой степени и качественная реакція ихъ какъ на прерывистый, такъ и на постоянный токъ по видимому нормальна, но количественно послѣдняя понижена, а грубая мышечная сила правой руки значительно слабѣе, чѣмъ лѣвой (правая отклоняетъ стрѣлку динамометра на 70 дѣленій, лѣвая—на 40),—фактъ, который тѣмъ болѣе слѣдуетъ отмѣтить, что больная всю жизнь занималась физиче-

Фиг. III.



Область гиперэстезіи къ холоду.

ской работой и что только послѣдніе годы по бессилію была не въ состояніи справляться съ нею по прежнему. Укажу также, что всѣ пассивныя и активныя движенія руками совершаются съ видимымъ затрудненіемъ, что при ощущеніи мускулатуры легко убѣдиться въ ея увеличенной ригидности и

что, наконецъ, сухожильные рефлексy ясно повышены; у насъ, слѣдовательно, есть основаніе допустить явленія спастическаго пареза и простой атрофіи, развившіяся одновременно съ нарушеніемъ кожной чувствительности и трофическими разстройствами въ области пальцевъ.

Сверхъ того осмотръ туловища показалъ, что на наружныхъ покровахъ верхней части грудной клѣтки, непосредственно подъ ключицами, расположены въ строго симметрическомъ порядкѣ многочисленныя островки бѣлой рубцовой ткани; о происхожденіи ихъ больная сообщила, что еще лѣтъ 10 тому назадъ безъ видимой причины на груди у нея появились гнойнички, очень долго не подживавшіе и оставившіе на себѣ эти рубцы.

Чтобы закончить описаніе нашей больной я долженъ упомянуть, что въ лицѣ ея замѣчается ясная асимметрія—ротъ отклоненъ вправо, лѣвое плечо опущено, нижній уголъ лѣвой лопатки отстаеетъ отъ грудной стѣнки, а позвоночникъ искривленъ въ верхней части вправо, въ нижней же—влѣво.

Таковы данныя объективнаго изслѣдованія. Сопоставляя ихъ съ разсказомъ больной, необходимо принять, что передъ нами случай сирингоміаліи.

Подъ именемъ сирингоміаліи Kahler ¹⁾ и Schultze ²⁾ въ 1882 г. описали особое органическое заболѣваніе спинного мозга, которое патолого-анатомически выражается образованіемъ полостей преимущественно въ центральномъ участкѣ сѣраго вещества, а клинически проявляется атрофіей мышцъ и уничтоженіемъ болевой и температурной чувствительности при сохраненіи тактильной ³⁾. Эти авторы показали далѣе,

¹⁾ Prager med. Wochenschrift. 1882 und 1888.

²⁾ Virchow's Archiv. 1885. Zeitschrift f. klin. Medicin. 1888.

³⁾ Ради исторической справедливости необходимо замѣтить, что первый, кто ввелъ въ науку терминъ «сирингоміаліа», былъ Ollivier d' Angers. Этотъ авторъ назвалъ такъ образованіе полостей въ спинномъ мозгу; но онъ не представилъ клинической картины страданія и долгое время такіа полости описывались, какъ *gaga et curiosa*, пока Kahler и Schultze не связали ихъ съ опредѣленнымъ клиническимъ симптомокомплексомъ.

что въ сирингоміэліи мы имѣемъ страданіе по преимуществу хроническаго характера, обладающее склонностью къ прогрессивному ухудшенію и не поддающееся терапевтическому вмѣшательству. Позднѣйшіе наблюдатели, подтвердивъ въ общихъ чертахъ взгляды Kahler'a и Schultze, въ тоже время существенно дополнили и видоизмѣнили ихъ. Особенное вниманіе, что и естественно, было обращено на патогенезъ болѣзни. Такъ какъ при изслѣдованіи спинного мозга лицъ, страдавшихъ сирингоміэліей, очень часто оказывалось, что полости находились въ тѣсной связи съ центральнымъ каналомъ, который и самъ иногда представлялся растянутымъ, то прежде всего возникло предположеніе, будто сирингоміэлитическія полости суть не что иное, какъ расширенія этого канала. Подобное мнѣніе однако удерживалось весьма недолго. Болѣе точныя наблюденія выяснили, что чаще всего ненормальныя полости лежатъ внѣ центрального канала, что нерѣдко не вступаютъ съ нимъ ни въ какое соединеніе, существуютъ совершенно самостоятельно и что даже присутствіе на ихъ стѣнкахъ эндотелиальнаго слоя еще не всегда говоритъ въ пользу происхожденія на счетъ канала. Такимъ образомъ пришлось различать случаи гидроміэліи или расширенія центрального канала и сирингоміэліи въ собственномъ смыслѣ.

Но какимъ же путемъ могутъ происходить послѣдніе?

Здѣсь между авторами до сихъ поръ еще нѣтъ полного согласенія. Одни полагаютъ, что ненормальныя полости обыкновенно развиваются на почвѣ усиленнаго развитія нейроглии, на почвѣ гліоматоза, который въ свою очередь можетъ быть двоякаго характера: или мы имѣемъ передъ собою новообразование въ тѣсномъ смыслѣ этого слова или же гліоматозъ—результатъ воспалительнаго процесса; въ первомъ случаѣ зачатки страданія нерѣдко являются врожденными, во второмъ оно иногда бываетъ тѣсно связано съ различными хроническими пораженіями спинного мозга и его оболочекъ. Другіе наблюдатели возникновеніе ненормальныхъ полостей

ставятъ въ зависимость отъ гнѣздъ кровоизліянія и размяченія; третьи, какъ причину сирингоміэліи, рассматриваютъ міэлитическій процессъ, развившійся вблизи центрального канала и повлекшій вслѣдъ за собою закупорку сосудовъ, питающихъ сѣрое вещество. Иные указываютъ, по крайней мѣрѣ по отношенію къ отдѣльнымъ случаямъ, на увеличеніе внутричерепного давленія, какъ на фактъ, который можетъ обусловить застой крови въ спинномъ мозгу съ послѣдующимъ отекомъ ткани послѣдняго и дальнѣйшими его послѣдствіями. Большинство современныхъ клиницистовъ, наконецъ, принимаетъ, что причины образованія сирингоміэлитическихъ полостей весьма разнообразны и что совершенно различные по своему характеру патологическіе процессы могутъ вести къ одинаковому результату.

Таковы главнѣйшіе взгляды, высказанные на природу страданія. Я не буду останавливаться на нихъ подробнѣе, оставляя за собою право коснуться этого вопроса въ дальнѣйшемъ изложеніи, а теперь скажу нѣсколько словъ о клинической картинѣ болѣзни.

Тщательный клиническій анализъ выяснилъ, что общую характеристику сирингоміэліи набросать въ высокой степени трудно: до такой степени разнообразны составляющіе ее симптомы. Иногда образованіе полостей не отражается при жизни сколько-нибудь замѣтно ничѣмъ и мы при вскрытіи находимъ ихъ совершенно неожиданно; въ другихъ случаяхъ даже незначительной величины полость даетъ о себѣ знать весьма ощутительнымъ образомъ. Самые основные признаки болѣзни, указанные Schultze и Kahler'омъ, могутъ представлять существенныя видоизмѣненія: то мы не встрѣчаемъ и слѣда атрофіи, то кожная чувствительность оказывается очень мало нарушенной, то она уничтожена во всѣхъ своихъ видахъ; нерѣдко картину болѣзни осложняютъ явленія спастическаго паралича или сухотки спинного мозга и т. д. и т. д.

Однимъ словомъ, знакомясь съ современнымъ состояніемъ ученія о сирингоміэліи, не трудно придти къ убѣжденію, что

въ основѣ болѣзни могутъ лежать процессы весьма различнаго характера и что образованіе полостей само по себѣ вовсе не играетъ такой существенной роли, какъ это думали прежде; существенно и важно здѣсь уничтоженіе нервныхъ элементовъ въ извѣстномъ опредѣленномъ участкѣ сѣраго вещества спинного мозга, а не способъ и не причина ихъ гибели. Анатоми-патологическое изслѣдованіе показываетъ, что ареной, на которой прежде всего разыгрывается процессъ при сирингоміэліи, является сѣрая задняя спайка; затѣмъ обыкновенно заболѣвають столбы Кларка и задніе рога; послѣ нихъ поражаются задніе бѣлые столбы. Сравнительно рѣдко страдаетъ передняя спайка, рѣдко заболѣваніе охватываетъ и передніе бѣлые столбы, но за то очень часто оно, распространяясь, переходитъ на сѣрое вещество одного или обоихъ переднихъ роговъ. Такое одностороннее въ первичной локализациіи пораженія, съ одной стороны, и различіе въ обширности занятой имъ въ отдѣльныхъ случаяхъ территоріи, съ другой, даетъ намъ возможность легко объяснить какъ характеръ основныхъ клиническихъ чертъ страданія, такъ и варіаціи второстепенныхъ деталей: занимая тѣ или иныя области сѣраго и бѣлаго вещества и уничтожая тамъ нервныя элементы, процессъ вмѣстѣ съ этимъ, конечно, долженъ нарушать и соотвѣтствующія функціи органа. Такъ какъ однако излюбленными для пораженія мѣстами являются чаще всего опредѣленные участки спинного мозга, то поэтому съ клинической стороны различаютъ нѣсколько видовъ сирингоміэліи. Наиболѣе замѣчательнымъ изъ нихъ слѣдуетъ назвать типъ Morvan'a.

Dr. Morvan въ 1883 году ¹⁾ описалъ своеобразную клиническую картину, главнѣйшими особенностями которой онъ считаетъ: множественныя ногтебды (paraniritia), ослабленіе или уничтоженіе кожной чувствительности, парезъ и атрофію мышцъ и ограниченіе послѣдней

¹⁾ Gazette hebdomadaire. 1883.

главнымъ образомъ областью thenar, hypothenar, а также межкостныхъ мышцъ ручной кисти. Посвятивъ разработкѣ замѣчнаго имъ симптомокомплекса нѣсколько изслѣдованій, Морванъ прежде всего категорически отрицалъ тождественность его съ сирингоміэліей, причемъ опирался главнымъ образомъ на характеръ расстройства кожной чувствительности: при сирингоміэліи тактильная чувствительность обыкновенно сохранена, при болѣзни Морван'а она представляется, по автору, уничтоженною, наравнѣ съ температурной и болевою. Сверхъ того, Морванъ подчеркиваетъ, что при сирингоміэліи трофическія расстройства никогда не выступаютъ такъ рѣзко.

Патолого-анатомическія изслѣдованія вначалѣ подтвердили было взгляды Морван'а. Сначала Gohlault, а потомъ Monod и Romboul открыли въ наблюдавшихся ими случаяхъ измѣненія соответствующихъ нервовъ (neuritis hypertrophica), которымъ, а не поражениемъ спинного мозга, и склонны были объяснить всю клиническую картину. Многие французскіе невропатологи, какъ напр. Prouff, Grasset и вначалѣ Charcot, также высказались въ пользу мнѣнія Морван'а. Однако послѣднее не замедлило встрѣтить и весьма вѣскія возраженія. Такъ, Roth и Bernhardt рѣшительно заявили, что между сирингоміэліей и болѣзью Морван'а нѣтъ существенной разницы. Bernhardt показалъ, что симптомы, которые Морванъ считаетъ характерными для описаннаго имъ страданія, напр. трофическія расстройства, измѣненіе позвоночника, уничтоженіе тактильной чувствительности, что всѣ эти явленія очень часто можно наблюдать и при сирингоміэліи; что же касается поражения периферическихъ нервовъ, то, по Bernhardt'у, оно встрѣчается одинаково въ обоихъ случаяхъ, представляя лишь осложненіе основного страданія.

Окончательное рѣшеніе однако этотъ вопросъ нашель себя только тогда, когда въ достаточномъ количествѣ скопился патолого-анатомическій матеріалъ. Joffroy и Achard, Prouff и др. при вскрытіи лицъ, у которыхъ была констатирована болѣзнь Морван'а, нашли въ спинномъ мозгу тѣ же

картины, какія считаются характерными для сирингоміэліи. Но особенно убѣдительною здѣсь является работа Hoffmann'a ¹⁾. Опираясь на богатую казуистику, Hoffmann пришелъ къ заключенію, что во всѣхъ случаяхъ оказывались пораженными задніе рога и что заболѣваніе периферическихъ нервовъ совсѣмъ не необходимо для симптомокомплекса Morvan'a. По Hoffmann'у, болѣзнь Morvan'a отъ сирингоміэліи анатомически отличается такъ же мало, какъ и клинически.

Итакъ, на болѣзнь Morvan'a мы должны смотрѣть, какъ на разновидность сирингоміэліи. По крайней мѣрѣ къ такому выводу приходитъ вынѣ большинство клиницистовъ, не исключая и покойнаго Charcot, который въ позднѣйшихъ лекціяхъ рѣзко измѣнилъ свой первоначальный взглядъ на это заболѣваніе.

Но не слѣдуетъ упускать изъ виду, что картины, въ высшей степени напоминающія болѣзнь Morvan'a, могутъ встрѣчаться еще при одномъ страданіи, именно при *lepra nervosum*. Zambaco Racha ²⁾ въ Бретани—мѣстности, гдѣ и было описано большинство случаевъ Морвановой болѣзни, нашелъ цѣлыя гнѣзда лепры и, изслѣдуя прокаженныхъ, констатировалъ всѣ тѣ симптомы, которые считаются характерными для первой; въ нѣкоторыхъ случаяхъ пришлось даже измѣнить діагнозъ, такъ какъ удалось открыть специфическія бациллы. Опираясь главнымъ образомъ на результаты, полученные Zambaco и подтвержденные нѣкоторыми изъ позднѣйшихъ наблюдателей, Schlesinger ³⁾ недавно высказалъ положеніе, что симптомокомплексъ Morvan'a можетъ съ одинаковымъ правомъ указывать и на проказу и на сирингоміэлію. Другіе авторы идутъ еще далѣе. Напомню для примѣра работу Prus'a ⁴⁾, который категорически заявляетъ, что сирин-

¹⁾ Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 1892.

²⁾ Des lepreux de la Bretagne 1892.

³⁾ Die Syringomielie 1895.

⁴⁾ Die Morvan'sche Krankheit. Arch. f. Psych. XXVII, 3.

гоміалія и lepra въ сущности—одно и тоже страданіе. Правда, такіе взгляды далеко не раздѣляются всѣми. Hoffmann въ указанномъ выше изслѣдованіи горячо оспариваетъ мысль разсматривать сирингоміалію, какъ разновидность проказы; существенное различіе между первой и второй онъ видитъ прежде всего въ томъ, что при сирингоміаліи первично поражается спинной мозгъ, при лепрѣ же—периферическіе нервы. Однако, принимая во вниманіе, что клиническія картины проказы отличаются поразительнымъ разнообразіемъ, уже аргюіи легко допустить, насколько ненадежнымъ въ отдѣльныхъ случаяхъ можетъ оказаться основное положеніе Hoffmann'a. Вопросъ объ отношеніи проказы къ сирингоміаліи послужилъ темой для нѣсколькихъ докладовъ на послѣднемъ международномъ съѣздѣ въ Москвѣ; но авторы ихъ, всѣ отстаивая права сирингоміаліи, какъ самостоятельнаго страданія, тѣмъ не менѣе старательно уклонялись отъ категорическаго рѣшенія поставленной имъ задачи. Такъ, проф. Schultze выразился слѣдующимъ образомъ: „вліянія инфекціонныхъ болѣзней нельзя исключить, но нѣтъ причины придавать особое значеніе проказѣ“. Schlesinger высказалъ убѣжденіе, что до сихъ поръ анатомическимъ путемъ не доказана связь проказы и сирингоміаліи, клиническое же сходство не даетъ еще права отождествлять обѣ болѣзни. Вообще, если вопросъ о тѣсной связи сирингоміаліи и болѣзни Morvan'a долженъ считаться окончательно рѣшеннымъ, то далеко нельзя сказать того же относительно лепры и сирингоміаліи, и только нѣкоторыми современными наблюдателями выставляется на видъ, что въ типичныхъ случаяхъ клиническая картина обоихъ страданій представляетъ существенныя различія (См. доклад Jeanselme'a въ Парижскомъ Медицинскомъ Обществѣ въ за-сѣданіи 30 іюня 1897 г.).

Однако я совсѣмъ не имѣю въ виду дать Вамъ сегодня систематическій очеркъ ученія о сирингоміаліи; ограничусь поэтому уже сдѣланными общими замѣчаніями и перейду къ нашей больной.

Если Вы припомните результаты объективнаго изслѣдованія, изложеніемъ которыхъ я началъ сегодняшнюю бесѣду, и примите во вниманіе данныя анамнеза, то, конечно, безъ труда согласитесь съ моимъ діагнозомъ, что мы имѣемъ дѣло съ болѣзнью Morvan'a, resp. съ однимъ изъ видовъ сирингоміэліи.

Однако нашъ случай обладаетъ нѣкоторыми своеобразными особенностями, вполне заслуживающими, чтобы на нихъ остановиться нѣсколько долѣе.

Прежде всего мы отмѣтили у больной яркіе слѣды физическаго недоразвитія, инфантизмъ. Спрашивается, въ какомъ отношеніи находится это недоразвитіе къ сирингоміэліи? Имѣется ли тутъ чисто случайное совпаденіе или быть можетъ слѣдуетъ допустить болѣе тѣсную связь?

Gowers одинъ изъ первыхъ высказалъ мысль, что сирингоміэлія всегда развивается на почвѣ врожденной аномаліи въ строеніи спинного мозга. „Гдѣ бы полости сирингоміэліи ни имѣли свое мѣсто, какія бы вторичныя измѣненія ни встрѣчались въ ткани мозга, во всякомъ случаѣ эти полости явленіе врожденное, такъ какъ окружающая ихъ ненормальная ткань есть остатокъ эмбриональной, изъ которой образовался мозгъ“, говоритъ Gowers. Во всей своей исключительности такой взглядъ, конечно, не могъ существовать долгое время, но по отношенію къ самой обширной группѣ сирингоміэліи, которая основой своей имѣетъ гліоматозъ, мнѣніе Gowers'a нашло себѣ многочисленныхъ сторонниковъ и въ настоящее время можетъ считаться безусловно доказаннымъ. Такъ, еще Hoffmann въ своей монографіи выразилъ глубокое убѣжденіе, что въ большей части случаевъ сирингоміэліи почвой и исходнымъ пунктомъ развитія болѣзненнаго процесса являются аномаліи развитія, которыя состоятъ въ томъ, что позади центральнаго канала остаются гнѣзда зародышевой ткани. По Allan Starr'у, образованіе полостей въ спинномъ мозгу также можетъ зависѣть отъ прирожденныхъ уродствъ. Докладчики на Мос-

ковскомъ Международномъ Съѣздѣ по вопросу о сирингоміалии, Schlesinger и Schultze, единогласно высказались въ томъ смыслѣ, что въ развитіи болѣзни очень часто играютъ важную роль пороки развитія, въ связи съ которыми могутъ возникать центральный гліоматозъ и первичные гліозы съ образованіемъ полостей, и это положеніе всецѣло подтверждается многочисленной казуистикой какъ прежняго, такъ и недавняго времени.

Итакъ, мы должны считать прочно установленнымъ тотъ фактъ, что врожденные пороки развитія спинного мозга predisposing къ заболѣванію сирингоміалией. Съ этой точки зрѣнія инфантизмъ у нашей больной получаетъ вполне определенное значеніе: указывая на неблагопріятныя вліянія, при которыхъ совершалось развитіе организма, онъ даетъ право допустить, что вредные моменты отразились также и на нервной системѣ, что, вѣроятно, строеніе и спинного мозга представляетъ такія отклоненія отъ нормы, которыя потомъ явились достаточно удобной почвой для возникновенія болѣзни, — предположеніе тѣмъ болѣе возможное, что начало послѣдней относится къ очень раннему возрасту.

Въ самомъ дѣлѣ, первые признаки страданія больная замѣтила, когда ей было только 16 лѣтъ, у насъ же есть основаніе думать, что оно возникло гораздо ранѣе, именно на 10-мъ году жизни. Говоря такъ, я имѣю въ виду многочисленные островки рубцовой ткани, которыя мы видимъ на груди больной. Я уже указывалъ Вамъ на строго симметричное расположеніе ихъ и упоминалъ, что они явились, какъ результатъ нагноенія, возникшаго безъ всякаго внѣшняго повода. Эти факты невольно наводятъ на мысль, что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ трофическимъ разстройствомъ, которое, подобно ногтоѣдѣ, обусловливалось заболѣваніемъ спинного мозга. И въ такой гипотезѣ нѣтъ ничего невѣроятнаго. Еще Charcot въ одной изъ своихъ лекцій высказалъ убѣжденіе, что хотя намъ пока въ точности неизвѣстны результаты пораженія задней спайки, но, какъ показываетъ патологическая анатомія,

ее можно считать областью, страданіе которой обнаруживается между прочимъ измѣненіями кожи и подкожной клетчатки. Если же нагноеніе въ подкожной клетчаткѣ верхней грудной области мы можемъ объяснить пораженіемъ задней спайки, т. е. той территоріи, съ которой именно и начинается сирингомієлитическій процессъ, то особенность нашего случая сводится лишь на необычную высоту локализациі процесса, легко впрочемъ допустимую при всѣмъ извѣстномъ разлитомъ его характерѣ.

Но въ наблюдаемой нами клинической картинѣ есть еще одна черта, на которую я бы особенно хотѣлъ обратить Ваше вниманіе.

Изслѣдуя кожную чувствительность, мы убѣдились, что на ряду съ уничтоженіемъ чувства боли въ области обоихъ предплечій у нашей больной здѣсь же рѣзко ослаблена чувствительность къ теплу, тогда какъ чувствительность къ холоду, напротивъ, представляется очень усиленной, по крайней мѣрѣ на кистяхъ рукъ. Другими словами, въ одномъ и томъ же районѣ мы констатировали гиперестезію къ холоду и анестезію къ теплу—фактъ, который далеко не можетъ быть названъ обыденнымъ. Дѣйствительно, если Вы познакомитесь съ описаніями клинической картины сирингомієліи, то найдете, что авторы единогласно указываютъ на одновременное и параллельное ослабленіе или уничтоженіе всѣхъ термическихъ ощущеній, какъ на одинъ изъ характерныхъ симптомовъ страданія. Болѣе того, наблюденіе показываетъ, что чувство тепла и чувство холода, представляя весьма частыя нарушенія при самыхъ разнородныхъ заболѣваніяхъ нервной системы, какъ общее правило, страдаютъ въ одинаковомъ направленіи. Въ нашемъ случаѣ мы встрѣтились съ явленіемъ прямо противоположнымъ, совершенно аналогичнаго которому я не могъ найти въ доступной для меня литературѣ сирингомієліи. Говорю „совершенно аналогичнаго“, такъ какъ въ отдѣльныхъ описаніяхъ изрѣдка упоминается о томъ, что оба термическія чувства измѣнены не въ одинаковой степени. Такъ, Schlesinger въ своемъ трудѣ о сирингомієліи отмѣчаетъ, что

иногда у больных не удается вызвать ощущения тепла или холода, такъ что на термическія раздраженія обоихъ видовъ получается всегда результатъ одного качества. Déjérine наблюдалъ больного, который очень отчетливо воспринималъ всѣ ощущенія холода и вполне точно дифференцировалъ ихъ и въ тоже время вмѣсто тепловыхъ ощущеній получалъ только тактильныя. Въ случаѣ Remak'a чувство тепла представлялось крайне ослабленнымъ при безусловномъ сохраненіи чувства холода; подобное наблюденіе удалось сдѣлать и Schlesinger'у. Но факты, указывающіе на раздѣльное пораженіе температурныхъ чувствъ, очень рѣдки; тѣмъ болѣе вниманія заслуживаетъ поэтому наша больная, у которой въ одной и той же области чувства тепла и холода измѣнены въ діаметрально противоположномъ направленіи. Такую особенность логически можно объяснить только при одномъ условіи: если мы допустимъ, что раздраженія, вызываемыя тепломъ и холодомъ, проводятся, по крайней мѣрѣ въ спинномъ мозгу, по различнымъ путямъ. Но имѣемъ ли мы право при настоящемъ состояніи нашихъ свѣдѣній о строеніи и функціяхъ нервной системы сдѣлать такое предположеніе?

Обратимся за отвѣтомъ на эти вопросы къ спеціальной литературѣ.

Въ физиологіи мы прежде всего встрѣчаемъ указанія, что существуютъ весьма вѣскія данныя признавать особые периферическіе аппараты, назначенные для принятія раздраженій или только тепломъ, или только холодомъ. Blix ¹⁾ убѣдился, что при помощи слабого индуктивнаго тока въ нѣкоторыхъ областяхъ кожной поверхности вызывается лишь ощущеніе тепла, въ другихъ — ощущеніе холода. Nagel ²⁾ показалъ, что соединительная оболочка глазъ нечувствительна къ тепловымъ

¹⁾ Experimentelle Beiträge zur Lösung der Frage über die spezifische Energie der Hautnerven. Zeitschrift f. Biologie. Bd. XX. Въ самое послѣднее время выводы Blix'a были всецѣло подтверждены Sidney Allrutz'емъ (см. Revue neurolog., 1898. № 2).

²⁾ Die Sensibilität der Conjunctiva und Cornea. Pflüger's Archiw. Bd. 59.

раздраженіямъ, тогда какъ ощущеніе холода на ней возникаетъ легко; наоборотъ, на *glans penis* совершенно отсутствуютъ чувствительность къ холоду. Всѣ эти и подобные имъ факты заставляютъ думать, что нѣкоторыя области нашего тѣла обладаютъ физиологической анестезіей къ извѣстнаго рода термическимъ раздраженіямъ, иными словами, что онѣ лишены соотвѣтствующихъ периферическихъ аппаратовъ. Отсюда слѣдуетъ, что раздраженія тепломъ и холодомъ воспринимаются особыми концевыми приборами. Но этого мало. Есть основанія утверждать, что и въ периферическихъ нервныхъ стволахъ температурныя раздраженія обоихъ видовъ также проводятся особыми волокнами. Извѣстный Лозанскій физиологъ, А. Herzen ¹⁾, еще въ 1885 году сдѣлалъ наблюденіе слѣдующаго рода: сдавливая *n. ischiadicus*, онъ замѣтилъ при этомъ, что чувствительность къ холоду и теплу исчезаетъ не одновременно; ощущеніе холода пропадаетъ уже вначалѣ сдавливанія вмѣстѣ съ тактильнымъ ощущеніемъ; способность чувствовать тепло и боль теряется лишь позднѣе, при дальнѣйшемъ продолженіи опыта. Желая, далѣе, провѣрить, что ощущенія тепла и холода доходятъ до нервныхъ центровъ дѣйствительно по различнымъ путямъ, Herzen опредѣлилъ, какой промежутокъ времени необходимъ для того, чтобы прикосновеніе тѣла индифферентной температуры вызвало реакцію, принявъ этотъ срокъ за единицу и затѣмъ вычислилъ время реакціи при раздраженіи тепломъ и холодомъ. Оказалось, что время реакціи для холода вдвое, а для тепла втрое болѣе, чѣмъ для индифферентной температуры; другими словами, что ощущенія тепла проводятся къ головному мозгу медленнѣе, чѣмъ ощущенія холода. Что же касается того факта, что тепловыя ощущенія пропадаютъ всегда вмѣстѣ и одновременно съ болевыми, а холода съ тактиль-

¹⁾ Ueber die Spaltung des Temperatursinnes in zwei gesonderte Sinne. Pflüger's Arch. Bd. 38. 1885.

ными, то онъ приводитъ Herzen'a къ убѣжденію, что волокна, назначенныя для проведенія холода, въ спинномъ мозгу лежатъ рядомъ съ путями тактильныхъ ощущеній (въ заднихъ столбахъ), а проводящія тепло—вмѣстѣ съ проводящими боль (въ сѣромъ веществѣ, по Herzen'y). Наконецъ, на основаніи опытовъ съ перерѣзкой головного мозга, Лозаннскій профессоръ заключаетъ, что и въ этомъ отдѣлѣ нервной системы центры тактильныхъ ощущеній и холода лежатъ въ одной и той же территоріи коры (въ *gyrus sigmoideus*).

Изслѣдованія Herzen'a такимъ образомъ категорически устанавливають, что чувство температуры состоитъ изъ двухъ чувствъ совершенно независимыхъ одно отъ другого, какъ въ физиологическомъ, такъ и въ анатомическомъ отношеніяхъ. Этотъ выводъ, по крайней мѣрѣ въ основныхъ чертахъ, встрѣтилъ себѣ поддержку въ работѣ Goldscheider'a ¹⁾, который провѣрялъ опыты Herzen'a съ сдавливаніемъ нервовъ, пришелъ къ такимъ же результатамъ и сверхъ того подтвердилъ ихъ новыми данными; изслѣдуя чувствительность кожи при пониженіи ея температуры, Goldscheider убѣдился, напр., что при 17—18° С наступаетъ безусловная нечувствительность къ холоду, тогда какъ тепловыя раздраженія воспринимаются еще отчетливо.

Хотя факты, установленные названными выше авторами, заставили большинство физиологовъ признать, что термическое чувство состоитъ изъ двухъ обособленныхъ чувствъ, тѣмъ не менѣе эта глава физиологіи далеко не можетъ быть названа разработанной сколько-нибудь удовлетворительно и одной изъ главнѣйшихъ причинъ такого положенія вопроса слѣдуетъ считать крайнюю затруднительность изслѣдованія. Если наблюдатель-экспериментаторъ еще въ состояніи изучать температурныя раздраженія, получаемыя периферическимъ аппаратомъ, если у него еще есть возможность убѣдиться, что эти

¹⁾ Zur Dualität des Temperatursinnes. Pflüger's Arch. 1886.

раздраженія въ нервныхъ стволахъ проводятся по различнымъ волокнамъ, то по отношенію къ центральной нервной системѣ методы, какими онъ располагаетъ, оказываются слишкомъ грубыми; въ спинномъ мозгу, гдѣ термическіе пути расположены въ узко ограниченной территоріи, ему приходится поэтому считаться преимущественно съ наблюденіями косвеннаго характера. Такъ, опираясь на одновременное исчезновеніе чувства холода и прикосновенія, съ одной стороны, а чувства боли и тепла—съ другой, фізіологи допускаютъ, что и спинномозговые пути должны располагаться соответственнымъ образомъ; на этомъ основаніи прежде, когда думали, что чувство боли проводится сѣрымъ веществомъ, здѣсь локализовали и проводники для тепла; въ настоящее время, когда опыты и наблюденія привели къ мысли, что волокна, проводящія боль, заложены въ боковыхъ столбахъ, пути, несущіе тепловыя раздраженія къ головному мозгу, помѣщаются уже въ этой области.

Съ еще большими затрудненіями встрѣчаются попытки опредѣлить термическіе центры въ корѣ головного мозга. Мы видѣли выше, что Herzen совершенно обособлялъ обѣ системы проводниковъ температурнаго чувства, начиная съ периферіи и оканчивая корой. Въ недавнее время появилась работа М. Dessoir'a ¹⁾, гдѣ авторъ старается доказать, что корковымъ центромъ для обоого рода температурныхъ ощущеній въ нижнихъ конечностяхъ является одна опредѣленная область коры, съ цѣлостью которой тѣсно связана возможность ощущать тепло и холодъ въ соответствующей ногѣ; отсюда онъ склоненъ заключить, что такъ какъ мозговой процессъ, необходимый для происхожденія термическихъ ощущеній, развивается въ одномъ и томъ же отдѣлѣ коры, то, по всей вѣроятности, существуетъ одно термическое чувство, имѣющее только два качества.

¹⁾ Ueber die centralen Organe für die Temperaturempfindungen der Extremitäten. Arch. f. Anatom. und Physiol. 1893.

Такая неполнота и неопредѣленность нашихъ свѣдѣній объ одной изъ элементарнѣйшихъ функцій нервной системы можетъ быть устранена только при одномъ условіи—если на помощь физиологамъ придутъ клиницисты. Вотъ почему факты, подобные тому, съ какимъ мы встрѣтились сегодня, обладаютъ высокой научной цѣнностью: наше наблюдение категорически указываетъ, что существуютъ два особыхъ чувства—чувство тепла и чувство холода—и что проводники ихъ, по крайней мѣрѣ въ спинномъ мозгу, лежатъ раздѣльно. Но можетъ быть Вы меня спросите: если это такъ, то почему же случаи диссоциированнаго пораженія термическаго чувства столь поразительно рѣдки, почему, напр., въ клинической картинѣ сириноміаліи какъ чувство тепла, такъ и холода представляются измѣненными обыкновенно въ одинаковомъ направленіи?

Отвѣтить на этотъ вопросъ легко: территоріи, занятыя въ спинномъ мозгу проводниками термическихъ ощущеній, находятся въ столь близкомъ сосѣдствѣ, что патологическій процессъ по большей части захватываетъ ихъ одновременно; не подлежитъ однако сомнѣнію, что если бы мы имѣли возможность наблюдать самыя начальныя стадіи болѣзни, то съ раздѣльнымъ пораженіемъ термическаго чувства встрѣчались бы несравненно чаще. Въ нашемъ случаѣ, правда, мы имѣемъ дѣло съ уже далеко зашедшимъ страданіемъ, но онъ вообще не можетъ считаться типичнымъ, такъ какъ патологическій процессъ здѣсь шель далеко необычнымъ путемъ; на это указываетъ между прочимъ и отступающая отъ нормы локалізація трофическихъ измѣненій, и очень раннее ихъ появленіе, и замѣчательная медленность всего хода болѣзни.

Syringomyelia et pachymeningitis spinalis hypertrophica.

Проф. Н. М. Попова.

(Изъ лекцій, читанныхъ студентамъ Казанскаго Университета).

Мм. Гл!

Одна изъ моихъ недавнихъ лекцій была посвящена Морвановой болѣзни и я, пользуясь случаемъ, имѣлъ тогда возможность познакомить Васъ въ основныхъ чертахъ съ современнымъ ученіемъ о сирингоміэліи и объ ея отношеніи какъ къ симптомокомплексу, описанному Morvan'омъ, такъ и къ проказѣ. Сегодня я имѣю въ виду представить Вамъ больного ¹⁾, изслѣдованіе котораго позволитъ мнѣ существенно пополнить свое изложеніе.

Вы видите передъ собою крѣпко сложеннаго, довольно исхудалаго субъекта, 42—43 лѣтъ отъ роду. Не смотря на его общую худобу, уже бѣглаго взгляда достаточно, чтобы замѣтить, что особенно похудѣвшими представляются верхнія конечности, и болѣе внимательный осмотръ всецѣло подтверждаетъ такое впечатлѣніе.

Въ самомъ дѣлѣ, на лѣвой рукѣ thenar и hypothenar чрезвычайно уплощены, spatia interossea выражены крайне

¹⁾ Описываемый ниже больной былъ демонстрированъ въ засѣданіи общества невропатологовъ въ Казани.

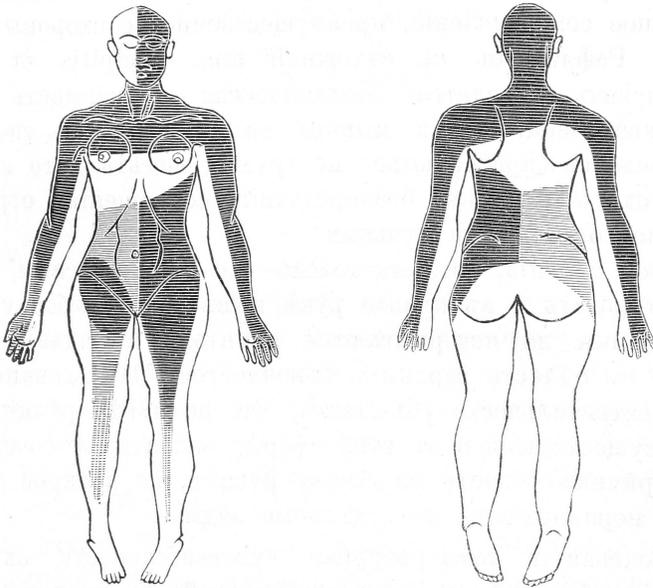
рѣзко; мышцы предплечья и плеча также несомнѣнно атрофированы, особенно разгибатели, вслѣдствіе чего самая кисть находится постоянно въ нѣсколько согнутомъ положеніи, изъ котораго больной не въ состояніи ее вывести; онъ не можетъ кромѣ того вполнѣ разгибать руку въ локтевомъ сочлененіи и отводить ее отъ туловища. Такимъ образомъ всѣ произвольныя движенія въ конечности очень ограничены, но всѣ они возможны, даже въ пальцахъ. Грубая мышечная сила ничтожна. При пассивныхъ движеніяхъ замѣчается довольно значительное сопротивленіе, преимущественно со стороны сгибателей. Рефлексовъ съ сухожилій *mm. tricipitis et bicipitis* получить не удастся. Механическая возбудимость мышцъ ясно увеличена, самыя мышцы на ощупь очень тверды, а всматриваясь пристальнѣе, не трудно видѣть, что въ нихъ происходятъ постоянно беспорядочныя сокращенія, ограничивающіяся отдѣльными пучками.

Всѣ явленія, которыя только-что были описаны, можно констатировать и въ правой рукѣ, но въ болѣе слабой степени. Однако ими не исчерпываются симптомы страданія, замѣчаемые въ области верхнихъ конечностей. Изслѣдованіе кожной чувствительности убѣждаетъ, что не менѣе рѣзкія измѣненія существуютъ и въ этой сферѣ, захватывая совершенно симметричныя области на обѣихъ рукахъ, но распространяясь далеко неравномѣрно на отдѣльные виды.

Болевая и температурная чувствительность оказалась очень ослабленной (почти уничтоженной) на кистяхъ, предплечьяхъ и плечахъ всюду, кромѣ внутренней поверхности (см. фиг. I); въ области плечевого пояса, шеи и головы сзади она вполнѣ отсутствуетъ, спереди сохранена только въ правой половинѣ лица. Тактильная чувствительность на всей указанной территоріи, наоборотъ, совершенно сохранена, но замѣтно ослаблена по внутренней сторонѣ обѣихъ рукъ, начиная съ концевыхъ фалангъ и до подмышечной впадины (см. фиг. II).

Такова картина, съ которой мы встрѣчаемся у нашего больного. Вамъ она уже хорошо знакома. Дѣйствительно, ея основныя черты—мышечная атрофія и диссоцірованное пораженіе кожной чувствительности, пораженіе, область котораго вдобавокъ очерчена столь характерно—все это невольно приводитъ къ убѣжденію, что передъ нами случай сирингоміэліи. Этотъ діагнозъ находитъ себѣ поддержку и въ данныхъ, полу-

Фиг. I.



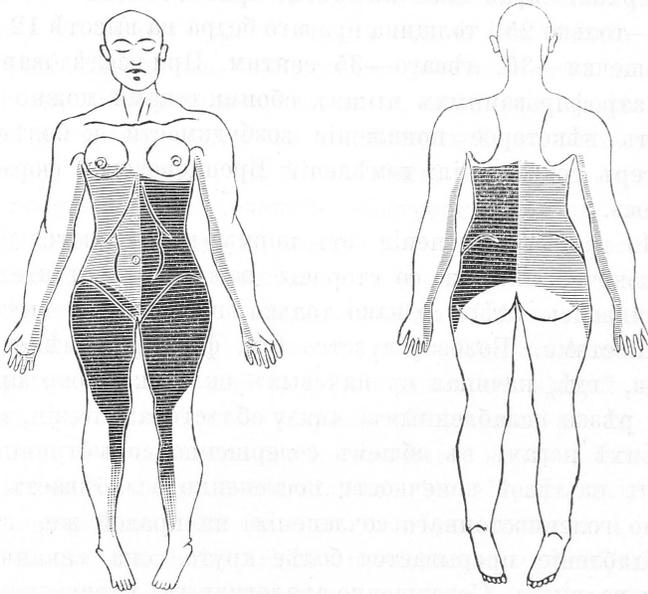
Область потери болевого и температурнаго чувства.

чаемыхъ при осмотрѣ спины: позвоночникъ въ шейной области и въ верхней части грудного отдѣла представляетъ замѣтное искривленіе въ правую сторону; длинныя спинныя мышцы, особенно лѣвая, обнаруживаютъ столь же ясныя признаки атрофіи, какъ и мускулы верхнихъ конечностей.

Болѣе обстоятельное изученіе всей клинической картины однако легко убѣждаетъ, что діагнозомъ сирингоміэліи мы здѣсь не можемъ ограничиться.

Обратите вниманіе на походку больного. Онъ ходитъ неувѣренно, пошатываясь, спотыкаясь, съ видимымъ затрудненіемъ выполняя сгибательныя и разгибательныя движенія, которыя производятъ впечатлѣніе какъ бы связанныхъ; сверхъ того онъ замѣтно привлекаетъ лѣвую ногу и старается какъ можно менѣе опираться на нее. Лежа больной совершаетъ всѣ движенія ногами и туловищемъ медленно и раз-

Фиг. II.



Область потери тактильнаго чувства.

живая при этомъ крайне незначительную силу; если онъ пожелаетъ сѣсть, то достигаетъ этого лишь съ помощью рукъ, да и то съ большимъ трудомъ; трудно ему также перебраться сидячее положеніе на стоячее. Стоитъ онъ замѣтно пошатываясь; при закрываніи глазъ пошатываніе рѣзко усиливается; ходить съ закрытыми глазами почти не въ состояніи. Изслѣдованіе пассивныхъ движеній въ области нижнихъ конечностей указываетъ на увеличенный тонусъ мышцъ, которыя и

при ощупываніи представляются весьма твердыми, напряженными, такъ что ихъ контуры довольно явственно выдаются черезъ наружные покровы. Сухожильные рефлексy, особенно въ лѣвой ногѣ, очень повышены; на обѣихъ сторонахъ легко удается вызвать клонусъ чашечки и стопы (на лѣвой—болѣе рѣзкій и продолжительный). Внимательный наружный осмотръ обѣихъ ногъ позволяетъ замѣтить также разницу между ними и въ объемѣ, особенно ниже колѣна; на уровнѣ 18 сантим. ниже верхняго края чашечки объемъ правой голени—27 сантим., лѣвой—только 25; толщина праваго бедра на высотѣ 12 сантим. отъ чашечки—36, лѣваго—35 сантим. При изслѣдованіи наиболѣе атрофированныхъ мышць обоими токами можно констатировать нѣкоторое пониженіе возбудимости и болѣе вялый характеръ сокращенія; измѣненій Бреннеровской формулы не оказалось.

Но грубыя уклоненія отъ нормы наблюдаются въ нижнихъ конечностяхъ и со стороны кожной чувствительности, ограничиваясь здѣсь однако только передней и внутренней поверхностями. Болевое чувство (см. фиг. I) измѣнено лишь спереди, гдѣ, начиная съ паховыхъ складокъ, оно представляется рѣзко ослабленнымъ; книзу область аналгезіи, занимая на обѣихъ ногахъ въ общемъ совершенно симметричныя территоріи, на лѣвой конечности постепенно ослабѣваетъ и доходить до голеностопнаго сочлененія, на правой же, гдѣ рѣзкое ослабленіе прерывается болѣе круто, она заканчивается нѣсколько выше. Совершенно аналогичнымъ характеромъ отличаются и нарушенія термическаго чувства. Что касается чувства прикосновенія (фиг. II), то его ослабленіе, наоборотъ, болѣе замѣтное на правой ногѣ, захватываетъ какъ переднюю, такъ и въ особенности внутреннюю поверхность; спереди область авѣстезіи, также расположенная симметрично на обѣихъ сторонахъ, едва спускается до колѣна, снизу же, идя болѣе широкой полосой на лѣво, достигаетъ стопы.

Какъ ясно показываютъ прилагаемыя схемы, область ослабленія кожной чувствительности на ногахъ вверху непо-

средственно переходить въ такую же на туловищѣ, гдѣ анестезія, распространяясь одновременно и параллельно на всѣ виды чувствительности, широкимъ неправильнымъ поясомъ охватываетъ грудь и животъ, будучи особенно рѣзко выражена на лѣвой сторонѣ.

Существенной важностью для правильной постановки диагноза обладаютъ въ нашемъ случаѣ и данныя анамнеза.

Больной рассказываетъ, что настоящее страданіе началось лѣтъ 5 тому назадъ сильными болями въ лѣвомъ боку; эти боли, лишенные строго опредѣленной локализациі, имѣли постоянный характеръ, но замѣтно ожесточались по ночамъ и къ вечеру. Постепенно усиливаясь, черезъ нѣкоторое время онѣ распространились и по всей нижней конечности, гдѣ продолжали сохранять тѣ же особенности, т. е. отсутствіе точной локализациі и вечернія обостренія. Вскорѣ къ нимъ присоединились припадки судорогъ въ мышцахъ ноги и затѣмъ развилось сначала незначительное, а потомъ болѣе и болѣе рѣзкое ослабленіе грубой мышечной силы. Мѣсяца черезъ 2—3 точно такія же явленія и въ той же послѣдовательности больной замѣтилъ въ правой рукѣ, потомъ въ правой ногѣ и, наконецъ, въ лѣвой рукѣ. Кромѣ того, одно время, именно въ первые періоды страданія, больного крайне беспокоили головныя боли, сосредоточивавшіяся въ области затылка, а недавно появились боли по всей длинѣ позвоночника, усиливающіяся при движеніи. Какъ преходящее явленіе, больной называетъ также непродолжительное затрудненіе мочеиспусканія, которое имѣло мѣсто нѣсколько лѣтъ тому назадъ (пришлось прибѣгать даже къ катетеризациі). Упорные запоры не оставляютъ его за все время болѣзни. Сифилисомъ больной не страдалъ, никогда не злоупотреблялъ спиртными напитками, но ему неоднократно приходилось сильно ушибать спину и подвергаться жестокой простудѣ.

Добавлю ко всему сказанному, что теперь больной уже около мѣсяца находится подъ моимъ наблюденіемъ и за это время у него прибавился еще одинъ симптомъ: на пальцахъ

рукъ иногда появляются безъ видимой внѣшней причины пузыри, наполненные прозрачною жидкостью (какъ бы отъ ожога); эти пузыри, равно какъ и образовавшіяся послѣ ихъ разрыва ссадины, отличаются совершенной безболѣзненностью, такъ что сплошь и рядомъ просматриваются самимъ больнымъ.

Вотъ, Мм. Гг., вкратцѣ довольно сложная клиническая картина, съ какой пришлось намъ встрѣтиться. Изъ описанія ея Вы видите, что діагнозомъ сирингоміэліи она далеко не исчерпывается, такъ какъ, съ одной стороны, остается еще цѣлый рядъ явленій, не укладывающихся въ рамки этого страданія, а съ другой—все теченіе и способъ развитія болѣзни носятъ совсѣмъ иной характеръ.

Постараемся же разобраться въ полученныхъ нами данныхъ и остановимся прежде всего на анамнезѣ.

Нашъ паціентъ заявляетъ, что страданіе началось болями, которыя не прекращаются и по настоящее время. Эти боли весьма своеобразны: „какъ будто горячей воды нальютъ подъ кожу“,—жалуется больной. Далѣе онъ указываетъ намъ и на другія особенности ихъ: боли не покидаютъ его ни на минуту, почему становятся невыносимыми даже тогда, когда онѣ сравнительно слабы; боли ясно усиливаются къ вечеру и всегда отличаются неопредѣленной локализацией: „болитъ вся конечность, болитъ весь бокъ; указать рукой, гдѣ боль всего сильнѣе, я не могу“,—говоритъ несчастный. Но эти именно свойства болей мы всегда встрѣчаемъ при корешковомъ происхожденіи послѣднихъ. Такимъ образомъ, уже изъ однихъ словъ больного можно заключить, что какой-то процессъ вызываетъ явленія раздраженія въ области заднихъ корешковъ спинного мозга. Съ другой стороны больной указываетъ, что временами его конечности сводитъ, а объективное изслѣдованіе, какъ мы видѣли выше, открываетъ спастическое состояніе мускулатуры и повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ. Все это ясно говоритъ намъ, что такое же раздраженіе можно допустить и относительно переднихъ корешковъ. Но этого мало. Кромѣ

симптомовъ раздраженія видное мѣсто въ клинической картинѣ занимаютъ симптомы угнетенія, выпаденія — парезы, ослабленія всѣхъ видовъ кожной чувствительности, мышечныя атрофіи. Отсюда слѣдуетъ, что патологическій процессъ уже повлекъ за собою разрушеніе извѣстной части нервныхъ элементовъ. Если я, наконецъ, напомню Вамъ, что у нашего больного замѣчались вначалѣ головныя боли, а болѣзненность позвоночника, увеличивающаяся при движеніяхъ и при давленіи, остается и понинѣ, то врядъ ли Вы долго будете колебаться въ предположеніи, что нашъ больной страдаетъ воспаленіемъ твердой оболочки спинного мозга—*pachymeningitis spinalis hypertrophica*.

Въ самомъ дѣлѣ, каковы основные симптомы этого страданія, съ классической ясностью описанные покойнымъ Charcot?

Pachymeningitis spinalis hypertrophica развивается подъ вліяніемъ весьма различныхъ этиологическихъ моментовъ, между которыми видную роль играетъ продолжительное дѣйствіе влажнаго холода. Страданіе начинается болями въ области позвоночника, которыя обыкновенно сопровождаются болями въ затылкѣ и во лбу. Мало по малу эти боли распространяются по туловищу и по конечностямъ; отличаясь всѣми свойствами, которыми обладаютъ боли, вызываемыя сдавленіемъ корешковъ, онѣ удерживаются въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ и составляютъ наиболѣе выдающуюся черту перваго періода болѣзни. Второй періодъ характеризуется развитіемъ параличей, которые, смотря по локализациі процесса, распространяются на болѣе или менѣе обширную область. Уже въ этомъ періодѣ въ пораженныхъ мышцахъ обыкновенно можно бываетъ замѣтить также фибриллярныя сокращенія—предвѣстникъ атрофическихъ измѣненій, каковыя дѣйствительно и не заставляють себя долго ждать, являясь самой существенной особенностью третьяго или окончательнаго періода.

Таково вкратцѣ описаніе болѣзни, данное Charcot. Если мы сопоставимъ его съ картиной, которую имѣемъ передъ собою въ нашемъ случаѣ, то должны будемъ признать, что она вполнѣ подходитъ къ этому описанію во всѣхъ наиболѣе существенныхъ чертахъ, не исключая и расстройства чувствительности, которое, какъ показали позднѣйшіе наблюдатели, далеко не представляется рѣдкостью при пахименингитѣ.

Итакъ, нашъ больной страдаетъ спинномозговымъ гипертрофическимъ пахименингитомъ. Но разъ мы пришли къ такому выводу, естественно является вопросъ, тотъ симптомокомплексъ въ области верхнихъ конечностей, который мы объяснили выше поражениемъ самаго вещества спинного мозга, поставивъ діагнозъ „сирингоміэлія“, этотъ симптомокомплексъ нельзя ли также свести на заболѣваніе спинномозговыхъ оболочекъ, нельзя ли и на него смотрѣть, какъ на проявленіе пахименингита?

Приступая къ разрѣшенію этого вопроса, я прежде всего долженъ сказать, что мы встрѣчаемся здѣсь съ одной изъ тѣхъ трудныхъ задачъ, которыя столь часто выпадаютъ на долю современнаго невропатолога. Съ перваго взгляда такое заявленіе пожалуй покажется парадоксальнымъ. Дѣйствительно, что повидимому общаго между картиной сирингоміэліи и спинномозгового пахименингита, когда одно только диссоцірованное расстройство кожной чувствительности можетъ играть рѣшающую роль въ дифференціальной діагностикѣ. Однако болѣе глубокое изученіе клиники показываетъ, что нарушеніямъ чувствительности нельзя придавать категорическаго значенія: съ одной стороны, мы теперь знаемъ достовѣрные случаи сирингоміэліи, гдѣ кожная чувствительность или оставалась вполнѣ нормальной, или была уничтожена во всѣхъ ея видахъ; съ другой стороны, и наличность сирингоміэлической диссоціаціи еще не говоритъ безусловно въ пользу сирингоміэліи, такъ какъ иногда наблюдается при другихъ формахъ пораженія нервной системы, напр. при спинной сухоткѣ, при невритахъ, при спинномозговомъ пахименингитѣ.

Конечно, въ типичныхъ случаяхъ пахименингита діагнозъ не встрѣтитъ сколько-нибудь значительныхъ затрудненій; но рядомъ съ ними въ практикѣ встрѣчаются не типичные, гдѣ симптомы раздраженія выражены очень слабо и гдѣ изслѣдованіе открываетъ частичное разстройство чувствительности (наблюдения Potts'a и Kraus'a). Такъ какъ совершенно аналогичныя мышечныя атрофіи наблюдаются и при сирингомиелиі, а спастическій парезъ съ повышеніемъ колѣнныхъ рефлексовъ можно видѣть также при не типичныхъ формахъ, то окончательное рѣшеніе діагноза находитъ себѣ иногда лишь на секціонномъ столѣ, особенно если существовало искривленіе позвоночника. Подобный случай описанъ напр. Daxenberger'омъ ¹⁾, гдѣ при сдавленіи спинного мозга (caries vertebrarum) разстройства чувствительности носили диссоціированный характеръ, но захватывали только одну конечность.

Нашъ случай впрочемъ врядъ ли слѣдуетъ отнести къ этой категоріи, такъ какъ въ его клинической картинѣ есть черта, довольно не двусмысленно указывающая на пораженіе самого вещества спинного мозга. Говоря такъ, я имѣю въ виду строго симметричное распредѣленіе трофическихъ разстройствъ и измѣненій чувствительности на обѣихъ верхнихъ конечностяхъ. При локализациі процесса въ мозговыхъ оболочкахъ всѣ эти явленія находятся исключительно въ зависимости отъ сдавленія спинномозговыхъ корешковъ. По отношенію къ нашему больному мы должны слѣдовательно допустить не только совершенно симметричное распространеніе процесса въ шейномъ отдѣлѣ мозговыхъ оболочекъ, причемъ сдавленію подвергались бы строго соотвѣтствующіе корешки, но и вполнѣ одинаковую степень сдавленія, которое они терпятъ на обѣихъ сторонахъ и при которомъ волокна съ одной и той же физиологической функціей одинаково теряютъ способность выпол-

¹⁾ Ueber einen Fall von chronischer Compression des Halsmarks etc. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. IV.

нять свою задачу. Искусственность, маловѣроятность такого предположенія слишкомъ очевидна.

Совсѣмъ иное дѣло, если мы допустимъ поражение вещества мозга, именно области центрального канала, т. е. той, гдѣ главнымъ образомъ и локализируются полости сирингоміэліи. Клиническій опытъ съ своей стороны также не будетъ противорѣчить подобному взгляду. Мы обладаемъ теперь рядомъ наблюденій, которые очень ясно указываютъ на возможность комбинаціи пахименингита и сирингоміэліи. Проф. Francotte ¹⁾ нѣсколько лѣтъ тому назадъ описалъ результаты посмертнаго изслѣдованія одного случая сирингоміэліи, гдѣ одновременно наблюдались также вторичныя перерожденія въ спинномъ мозгу, вызванныя сдавленіемъ послѣдняго (*caries vertebrarum*); послѣдовательность въ ходѣ процесса здѣсь была очевидна: каріозное страданіе, пахименингитъ, измѣненія въ веществѣ спинного мозга. Еще болѣе поучителенъ случай Rosenblath'a ²⁾, гдѣ прижизненный діагнозъ колебался между сирингоміэліей и пахименингитомъ. За пахименингитъ говорили: начало болѣзни, симптомы раздраженія двигательной и чувствительной сферы, мышечная атрофія въ области верхнихъ конечностей и ослабленіе всѣхъ видовъ кожной чувствительности. Противъ такого діагноза однако свидѣтельствовало необычное положеніе ручной кисти, а особенно же продолжительное теченіе страданія и симптомы со стороны продолговатаго мозга; все это повидимому указывало на сирингоміэлію, хотя и не было на лицо диссоціированныхъ расстройствъ чувствительности. При вскрытіи Rosenblath нашелъ картину рѣзко выраженнаго спинномозгового пахименингита и полости въ сѣромъ веществѣ; всѣ явленія достигали наибольшей интенсивности въ шейной области. Подъ микроскопомъ можно было

¹⁾ Études sur l'anatomie pathologique de la moelle épinière. Arch. de neurologie, 1890, № 56.

²⁾ Zur Casuistik der Syringomyelie und Pachymeningitis cervicalis hypertrophica. Fall IV. Deutsches Arch. f. klinische Medicin. Bd. 51.

констатировать въ веществѣ мозга усиленное развитіе тонковолокнистой или мелкозернистой ткани, которая на высотѣ утолщенія оболочки занимала почти весь поперечникъ органа. Принимая во вниманіе результаты своего изслѣдованія, авторъ заключаетъ, что первоначальнымъ мѣстомъ пораженія слѣдуетъ считать оболочки и что отсюда процессъ распространился на спинной мозгъ, вызвавъ въ немъ измѣненія, которыя привели къ сирингоміэліи.

Аналогичныя наблюденія были въ недавнее время сдѣланы также Schmaus'омъ, Schlesinger'омъ, Brissaud.

Brissaud ¹⁾ во время одной изъ своихъ лекцій, посвященныхъ интересующему насъ вопросу, представилъ своимъ слушателямъ двухъ больныхъ, у которыхъ, насколько можно было судить по характеру клинической картины и послѣдовательности ея развитія, къ симптомамъ безспорнаго гипертрофическаго пахименингита присоединялись явленія, указывавшія на сирингоміэлію.

Итакъ, въ спеціальной литературѣ мы встрѣчаемъ рядъ указаній, свидѣтельствующихъ, что въ комбинаціи гипертрофическаго менингита и сирингоміэліи нѣтъ ничего экстраординарнаго. Но, спрашивается, должны ли мы смотрѣть на такую комбинацію лишь какъ на случайную, или между двумя названными страданіями можетъ быть тѣсная органическая связь? Разрѣшая этотъ вопросъ, мы вмѣстѣ съ тѣмъ естественно сталкиваемся съ другимъ болѣе общимъ: всегда ли сирингоміэлія возникаетъ на почвѣ гліоматоза, нельзя ли, по крайней мѣрѣ въ отдѣльныхъ случаяхъ, объяснить ея развитіе процессами воспалительнаго характера?

Если Вы обратитесь къ столь богатой теперь казуистикѣ сирингоміэліи, то прежде всего Ваше вниманіе невольно остановитъ частое совпаденіе у одного и того же субъекта симптомовъ сирингоміэліи и самыхъ различныхъ поражений спин-

¹⁾ Leçons sur les maladies nerveuses. 1895. Neuvième leçon.

ного мозга. Такъ, сирингомѣлическія полости неоднократно наблюдались въ сочетаніи съ сложными системными пораженіями, съ мієлитами, съ сифилитическими заболѣваніями, съ переднимъ полиомієлитомъ, прогрессивнымъ параличемъ помѣшанныхъ и т. д. Уже одна частота подобныхъ совпаденій должна наводить на мысль, что ее нельзя разсматривать, какъ простую случайность. И дѣйствительно, весьма многіе авторы, особенно французскіе, между этиологическими моментами сирингомієліи удѣляли весьма почетное мѣсто хроническимъ воспаленіямъ спинного мозга.

Я не буду говорить здѣсь о такихъ старыхъ наблюденіяхъ, какъ Halloreau, утверждавшаго, что въ его случаѣ сирингомієлія развилась на почвѣ хроническаго интерстиціального диффузнаго мієлита; пройду молчаніемъ и работу Joffroy и Achard'a, энергично поддерживавшихъ такой же взглядъ, но позволю себѣ остановиться на изслѣдованіи Critzman'a¹⁾, появившемся сравнительно недавно. Critzman доказываетъ, что разращеніе гліи около центрального канала должно рѣзко отличать отъ гліомы, что оно воспалительнаго происхожденія и развивается вторично или вслѣдствіе расстройства кровообращенія, или же послѣ воспаленія различныхъ паренхиматозныхъ элементовъ спинного мозга, напр. клѣтокъ эпендимы, нервныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ. Перерожденіе нервныхъ элементовъ, по Critzman'у, путемъ раздраженія вызываетъ разращеніе нейрогліи и въ этомъ обстоятельствѣ находитъ себѣ объясненіе фактъ, почему на мѣстахъ, гдѣ нейроглія измѣнена еще очень мало, гангліозныя клѣтки переднихъ роговъ могутъ представлять рѣзкія степени измѣненія.

Наконецъ, въ самое недавнее время Brissaud, опираясь на клинической опытъ и наблюденіе такихъ компетентныхъ лицъ, какъ Marinesco, въ своихъ лекціяхъ горячо отстаиваетъ мысль, что сирингомієлія можетъ присоединиться ко всѣмъ

¹⁾ Essai sur la syringomyelie. Paris. 1892.

формамъ остраго или хроническаго мѣлита безразлично, будетъ ли послѣдній первичнаго или вторичнаго происхожденія.

Такимъ образомъ взглядъ на сингоміэлію, какъ на конечный результатъ весьма различныхъ патологическихъ процессововъ, между которыми извѣстное значеніе должно принадлежать и воспалительнымъ, этотъ взглядъ ясно формулированный еще Leuden'омъ и Erb'омъ, находитъ себѣ подтвержденіе также у позднѣйшихъ авторовъ.

Вполнѣ опредѣленное освѣщеніе онъ даетъ и нашему случаю.

Офтальмоплегія съ періодическимъ под- нятіемъ и опусканіемъ верхняго вѣка и съ своеобразной зрительной иллюзіей.

Проф. В. М. Бехтерева.

(Окончаніе).

Если мы теперь бросимъ общій взглядъ на явленія, наблюдавшіяся у нашей больной, то убѣдимся, что у ней имѣется пораженіе цѣлаго ряда черепныхъ нервовъ слѣва, а именно всѣхъ глазныхъ (въ первый періодъ болѣзни), лицевого, тройничнаго, зрительнаго и даже обонятельнаго. Кромѣ того имѣется пораженіе съ той же стороны *n. hypoglossi* и *glossopharyngei*. При этомъ соотвѣтствующія клиническія явленія съ очевидностью указываютъ, что мы имѣемъ пораженіе съ раздражительнымъ характеромъ. Въ пользу этого говоритъ между прочимъ тотъ фактъ, что у больной обнаруживались время отъ времени невралгическія боли въ области верхней вѣтви *n. trigemini*. При этомъ хотя и имѣются у больной указанія на центральное пораженіе (парезъ правыхъ конечностей), но участіе въ пораженіи цѣлаго ряда черепныхъ нервовъ съ правой же стороны свидѣтельствуетъ съ несомнѣнностью о существованіи периферическаго пораженія нервныхъ стволовъ. Это ясно напр. для *n. trigeminus* въ виду мѣстныхъ невралгическихъ болей и невропаралитической офтальміи, которая, какъ извѣстно, при центральныхъ параличахъ этого нерва никогда не отмѣчалась. Далѣе одностороннее пораженіе всѣхъ глазныхъ нервовъ говоритъ также съ несомнѣнностью за периферическое ихъ пораженіе. Очевидно такимъ образомъ, что мы имѣли въ данномъ случаѣ развитой процессъ на основаніи

мозга, притомъ съ ирритативнымъ характеромъ, захватившимъ собою цѣлый рядъ черепныхъ нервовъ правой стороны.

Съ другой стороны мы имѣемъ несомнѣнныя указанія, что въ нашемъ случаѣ дѣло не ограничивается одной правой стороной основанія мозга, а распространяется и на лѣвую сторону мозга. Это ясно изъ того, что у больной замѣтно участіе въ пораженіи правыхъ конечностей, обнаруживавшихъ явленія пареза. Кромѣ того припадки помраченія сознанія съ послѣдующими временными афатическими расстройствами также говорятъ въ пользу участія лѣваго мозгового полушарія и притомъ въ области его мозговой коры съ участіемъ центровъ рѣчи.

Если мы обратимся теперь къ выясненію вопроса о природѣ пораженія въ нашемъ случаѣ, то прежде всего мы должны обратить вниманіе на разлитой характеръ пораженія, захватившій въ свой районъ цѣлый рядъ черепныхъ нервовъ правой стороны и приведшій въ то же время къ корковому поражению лѣваго полушарія, и на существованіе вмѣстѣ съ параличными расстройствами явленій раздраженія, выражающихся между прочимъ невралгическими болями въ области праваго глаза. Это свидѣтельствуетъ въ пользу того, что мы имѣемъ предъ собою пораженіе съ воспалительнымъ характеромъ. Съ другой стороны, у нашей больной имѣются несомнѣнныя указанія на существованіе сифилитической инфекціи. Въ пользу бывшей сифилитической инфекціи говорятъ имѣющіеся у больной рубцы на лицѣ съ довольно характерными особенностями, существованіе періостита въ правой сторонѣ черепа въ верхней части височной области и мѣстная болѣзненность *tibiae*. Эти данныя, на нашъ взглядъ, говорятъ болѣе чѣмъ съ вѣроятностью за существованіе у больной бывшей сифилитической инфекціи. Наконецъ и въ характерѣ мозгового пораженія не трудно найти признаки сифилитической природы пораженія.

За сифилитическую природу пораженія говорятъ между прочимъ упорныя головныя боли, не прекращающіяся по но-

чашь и даже усиливающіяся къ ночи. Точно также и разлитой воспалительный характеръ пораженія очевидно болѣе всего стоитъ въ соотвѣтствіи съ сифилитическимъ пораженіемъ, нежели съ какой либо иной природой пораженія; наконецъ и существенное облегченіе, полученное больной при противосифилитическомъ лѣченіи, говоритъ также съ очевидностью за сифилитическую природу пораженія.

Все вышеизложенное заставляеть насъ придти къ выводу, что мы имѣемъ въ нашемъ случаѣ т. наз. основной гуммозный менингитъ на правой сторонѣ основанія мозга, гдѣ онъ захватилъ собою цѣлый рядъ черепныхъ нервовъ. Что же касается участія въ пораженіи лѣвой половины мозга, то здѣсь дѣло сводится главнымъ образомъ къ пораженію центровъ рѣчи и движенія членовъ правой стороны. Эти явленія могутъ быть легко объяснены развитіемъ артеріита въ области лѣвой *art. fossae Sylvii*, обусловившаго закупорку нѣкоторыхъ изъ ея вѣтвей, или даже просто недостаточнымъ притокомъ крови къ питаемымъ ею центрамъ. Это не только намъ вполне удовлетворительно объясняетъ участіе въ нашемъ случаѣ правыхъ конечностей и явленій временной афазіи, но и вполне согласуется съ основнымъ пораженіемъ — гуммознымъ основнымъ менингитомъ, такъ какъ мы знаемъ, что здѣсь въ высшей степени часто имѣются и явленія артеріита, приводяція къ параличнымъ явленіямъ со стороны конечностей и къ афазіи.

Не останавливаясь долѣе на характерѣ пораженія въ нашемъ случаѣ, мы займемся въ дальнѣйшемъ изложеніи лишь явленіями офтальмоплегіи праваго глаза, наблюдавшимися у нашей больной.

При предпринятомъ противосифилитическомъ лѣченіи, какъ мы видѣли, параличныя разстройства въ правомъ глазу начинаютъ мало по малу ослабѣвать. Первоначально появилась у больной возможность приподнятія верхняго вѣчка, правда, на первыхъ парахъ очень ограниченнаго; затѣмъ явленія со стороны вѣточки *n. oculomotorii*, идущей къ верхнему вѣчку, выразились тѣмъ, что вѣчко стало по временамъ само припод-

ниматься до полного открытія глаза, причемъ и способность къ произвольному поднятію верхняго вѣка начала медленно восстанавливаться.

Далѣе у больной обнаружилась подвижность праваго глазного яблока изъ стороны въ сторону, но лишь при совмѣстномъ движеніи съ глазомъ здоровой стороны. Только спустя еще нѣкоторое время у больной восстановилась способность движенія изъ стороны въ сторону праваго глазного яблока и безъ участія противоположнаго глаза, причемъ глаза начали уже и конвергировать при фиксированіи и приближеніи предмета. вмѣстѣ съ тѣмъ у больной были замѣчены и проявленія дѣятельности *n. trochlearis* въ видѣ поворачиванія глаза вверхъ и внутрь. На этомъ дѣло и остановилось. Такимъ образомъ въ тотъ періодъ времени, когда параличныя разстройства въ глазу ослабѣли, у больной обнаруживались слѣдующія явленія въ отношеніи двигательной способности глазныхъ мышцъ: полная *ophthalmoplegia interna* у больной осталась, какъ постоянное явленіе; что же касается наружныхъ глазныхъ мышцъ, то способность къ движенію обнаруживали лишь тѣ изъ нихъ, которыя иннервируются *n. abducente*, *n. trochleare* и внутренней вѣточкой *n. oculomotorii*, отходящей къ внутренней прямой мышцѣ глаза. Интересно въ нашемъ случаѣ между прочимъ то обстоятельство, что въ извѣстномъ періодѣ восстановленія движеній праваго глаза послѣдній могъ обнаруживать свободно движеніе и вправо, и влѣво, но лишь при совмѣстныхъ движеніяхъ съ другимъ глазомъ, т. е. при боковомъ отклоненіи глазныхъ яблокъ. Всѣ же другія движенія въ этомъ періодѣ восстановленія движеній и между прочимъ движеніе праваго глаза внутрь при конвергенціи оказывались невозможными; равнымъ образомъ не представлялось возможнымъ и отдѣльное движеніе праваго глаза изъ стороны въ сторону. Это очевидно еще разъ подтверждаетъ существованіе тѣсной анатомической связи между ядромъ *n. abducentis* одной стороны и ядромъ для внутренней мышцы противоположнаго глаза и вмѣстѣ съ тѣмъ доказываетъ, что центръ иннерваціи для

содружественнаго дѣйствія наружной прямой мышцы въ одномъ глазу и внутренней прямой въ другомъ глазу помѣщается въ ядрѣ *n. abducens*.

Настоящій случай представляется въ этомъ отношеніи особенно доказательнымъ. Мы видѣли, что еще въ томъ періодѣ, когда у больной вовсе не имѣлось способности къ конвергенціи глазъ, гдѣ слѣд. внутреннія прямая мышцы представлялись еще парализованными, онѣ тѣмъ не менѣ могли сокращаться при содружественномъ отклоненіи глазъ изъ стороны въ сторону. Ясно слѣдовательно, что центръ иннерваціи для содружественнаго дѣйствія обѣихъ мышцъ лежитъ въ ядрѣ *n. abducens*, а не въ ядрѣ, управляющемъ внутренней прямой мышцей глаза. Но мы не будемъ долѣе останавливаться на этомъ предметѣ, который въ настоящее время признается уже большинствомъ клиницистовъ, и перейдемъ къ другимъ явленіямъ, наблюдавшимся у нашей больной.

Возбуждаетъ большой интересъ наблюдавшееся въ нашемъ случаѣ самостоятельное, не зависѣвшее отъ воли больной, періодически повторявшееся поднятіе верхняго вѣка до полного раскрытія глаза въ то время, когда больная произвольно не могла производить раскрытія глаза. Явленіе это обнаружилось у больной послѣ того, какъ начали проявляться первые признаки возстановленія движенія верхнимъ вѣкомъ, и, наблюдаясь въ теченіе весьма продолжительнаго времени, оно исчезло лишь предъ полнымъ возстановленіемъ движенія верхняго вѣка. Такимъ образомъ упомянутое явленіе въ данномъ случаѣ наблюдалось въ періодѣ возстановленія движенія верхнимъ вѣкомъ. При изложеніи одного изъ предшествующихъ наблюденій мы уже упоминали, что въ литературѣ неоднократно описывались періодически возвращающіеся или періодически обостряющіеся параличи *n. oculomotorii* ¹⁾.

¹⁾ См. В. Бехтеревъ. Двусторонній періодически обостряющійся параличъ глазныхъ мышцъ съ своеобразными колебаніями въ управленіи движеніемъ верхнихъ вѣкъ. Невр. Вѣсти. 1898.

Многими авторами и даже выдающимися невропатологами они признаются за функциональные параличи центрального происхожденія, хотя въ литературѣ описывались также періодически обостряющіеся или періодически возвращающіеся параличи п. oculomotorii и органическаго происхожденія.

Не смотря на извѣстное сходство, нашъ случай однако не можетъ быть вполне подведенъ подъ категорію періодически обостряющихся параличей. Суть въ томъ, что въ нашемъ случаѣ дѣло идетъ не о временномъ восстановленіи движенія верхнимъ вѣкомъ и періодической смѣнѣ существованія и отсутствія паралича, т. е., о явленіи, если не тождественномъ, то по крайней мѣрѣ сходственномъ съ тѣмъ явленіемъ, которое описывалось подъ названіемъ возвращающагося или собственно обостряющагося паралича п. oculomotorii. По крайней мѣрѣ этому противорѣчитъ то обстоятельство, что глазъ въ нашемъ случаѣ открывался совершенно произвольно, помимо воли больной, и хотя больная могла затѣмъ произвольно закрывать свой глазъ, но несомнѣнно, что здѣсь дѣло шло не о временномъ освобожденіи верхняго вѣка отъ паралича, а о состояніи легкаго возбужденія m. levatoris palp. superioris, уподобляющемся временной контрактурѣ его, вліяніе которой однако больная могла преодолевать путемъ произвольныхъ усилій, сокращая круговую мышцу глаза. Это ясно не только изъ того обстоятельства, что глазъ въ нашемъ случаѣ открывался лишь на очень короткое время (не болѣе нѣсколькихъ минутъ), причемъ самое открытіе глаза происходило въ высшей степени часто (даже черезъ нѣсколько минутъ), что совершенно не свойственно періодически возвращающимся параличамъ п. oculomotorii ¹⁾, но изъ того обстоятельства, что

¹⁾ Въ описанныхъ до сего времени случаяхъ возвращающихся параличей п. oculomotorii промежутки между развитіемъ паралича равнялись обыкновенно многимъ мѣсяцамъ или недѣлямъ, и только въ случаѣ, описанномъ Л. О. Дарьшевичемъ (см. юбилейный сборникъ Кожевникова), эти промежутки были сравнительно коротки, но они все же длились не менѣе 11 дней.

глазъ открывался, какъ уже упомянуто, противъ воли больной и даже въ томъ случаѣ, когда больная намѣренно держала оба глаза закрытыми, какъ напр. передъ сномъ. Съ другой стороны, если больная открывшійся противъ ея воли глазъ сама закрывала на короткое время, то затѣмъ глазъ вновь открывался помимо ея воли. Очевидно, для того, чтобы держать этотъ глазъ въ закрытомъ состояніи въ то время, какъ онъ открывался помимо ея воли, больной нужно было употребить нѣкоторое, хотя бы и незначительное, усиліе, а это само по себѣ говоритъ въ пользу того, что въ нашемъ случаѣ дѣло идетъ не о параличѣ, а о состояніи возбужденія *m. levatoris palp. sup.*, которое можетъ быть уподоблено временно развившейся контрактурѣ верхняго вѣка въ періодѣ начавшагося выздоровленія отъ паралича *n. oculomotorii*. Въ пользу этого объясненія говоритъ между прочимъ и то обстоятельство, что произвольная подвижность парализованнаго глаза, несмотря на время отъ времени возвращающуюся контрактуру верхняго вѣка, восстанавливалась лишь крайне медленно, путемъ постепенно увеличивающагося раскрытія глазной щели, въ предѣлахъ которой и могла происходить произвольная подвижность верхняго вѣка въ періодѣ улучшенія паралича, пока она наконецъ при полномъ раскрытіи глазной щели не восстановилась совершенно.

Итакъ, очевидно, что въ нашемъ случаѣ періодическое открытіе глаза не можетъ быть поставлено, какъ мы уже говорили выше, въ одну категорію съ описываемыми авторами періодически возвращающимися параличами *n. oculomotorii*. Ближе всего этотъ случай въ отношеніи вышеуказаннаго симптома подходитъ къ описанному уже ранѣе мною случаю „двусторонняго, періодически обостряющагося паралича глазныхъ мышцъ съ своеобразными колебаніями въ управленіи движеніемъ верхнихъ вѣкъ“¹⁾. Если мы оставимъ въ сторонѣ наблюдавшееся въ только-что упомянутомъ случаѣ періодическое обострѣніе глазныхъ параличей, то убѣдимся, что и тамъ, и здѣсь въ сущности дѣло идетъ объ одномъ и томъ же

¹⁾ См. Невр. Вѣстн. 1898.

явленіи, а именно—о періодически появлявшемся непроизвольномъ раскрытіи вѣкъ въ то время, когда путемъ произвольныхъ усилій больные не были въ состояніи ихъ раскрывать. Разница между тѣмъ и другимъ случаемъ заключается лишь въ томъ, что въ первомъ случаѣ у больной непроизвольное раскрытіе глазъ, появляясь при пассивномъ состояніи мимической игры лица, когда напр. больная отвлечена работой, продолжалось до тѣхъ поръ, пока больная не обратитъ снова свое вниманіе на положеніе своихъ глазъ, во второмъ же случаѣ глазъ открывался независимо отъ субъективнаго состоянія больной и притомъ раскрытое состояніе глаза не прекращалось вмѣстѣ съ тѣмъ, какъ больная обратитъ на него свое вниманіе, а держалось въ теченіе опредѣленнаго времени и затѣмъ вновь прекращалось само собою. Отсюда очевидно, что, хотя и въ томъ, и въ другомъ случаѣ дѣло идетъ объ одинаковомъ по существу явленіи, но механизмъ этого явленія въ обоихъ случаяхъ представляется нѣсколько инымъ. По крайней мѣрѣ въ настоящемъ случаѣ, какъ мы уже говорили, правильнѣе всего допустить періодически появляющееся непроизвольное, уподобляющееся контрактурѣ, возбужденіе парализованнаго *m. levator. palp. sup.*, который и осуществляетъ поднятіе верхняго вѣка на извѣстное время.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что и въ основѣ такой періодически возвращающейся контрактуры должно лежать состояніе періодически возникающаго возбужденія волоконъ *oculomotorii*, иннервирующихъ верхнее вѣко. Врядъ ли можно сомнѣваться въ томъ, что это возбужденіе въ нашемъ случаѣ обуславливается тѣмъ же патологическимъ процессомъ, который лежитъ и въ основѣ офтальмоплегіи, но лишь испытаншемъ въ себѣ, если можно такъ выразиться, нѣкоторый переворотъ въ періодѣ улучшенія болѣзненнаго состоянія. Въ самомъ дѣлѣ, если остановиться въ этомъ случаѣ на гумозномъ основномъ менингитѣ, сдавившемъ нервные стволы, идущіе къ правому глазу, противъ чего врядъ ли могутъ быть выставлены солидныя возраженія, то мы легко себѣ представимъ, что въ

періодъ всасыванія гуммозныхъ продуктовъ должно было произойти сморщиваніе ткани, которое вмѣстѣ съ облегченіемъ давленія на нервные стволы и слѣд. вмѣстѣ съ улучшеніемъ паралича въ свою очередь должно было поддерживать состояніе умѣреннаго возбужденія въ извѣстной части волоконъ пораженныхъ нервовъ, приводившихъ къ контрактурѣ иннервируемыхъ ими мышцъ, въ данномъ случаѣ мышцы, поднимающей верхнее вѣко. Гораздо труднѣе дать себѣ отчетъ въ томъ: почему въ нашемъ случаѣ дѣло идетъ о періодическомъ, а не о постоянномъ явленіи? Очевидно, что на этотъ вопросъ возможны два отвѣта: или дѣло идетъ въ нашемъ случаѣ о періодическомъ возобновленіи возбужденія или же о постоянномъ умѣренномъ возбужденіи, которое временами лишь ослаблялось до той степени, что его сила была недостаточна для поддержанія въ сокращенномъ состояніи парализованной мышцы. Въ связи съ предполагаемымъ нами процессомъ мы считаемъ болѣе правильнымъ держаться послѣдняго мнѣнія.

Здѣсь я хотѣлъ бы еще обратить вниманіе на діагностическое значеніе разбираемаго мною симптома. Непостоянство и колебаніе параличныхъ явленій, какъ извѣстно, служатъ однимъ изъ признаковъ сифилитическихъ пораженій нервной системы. Такія колебанія особенно легко обнаруживаются при глазныхъ параличахъ, обусловленныхъ сифилисомъ мозга, на что обращаетъ вниманіе между прочимъ проф. Oppenheim. Въ своемъ трудѣ этотъ авторъ замѣчаетъ между прочимъ, что онъ лѣчилъ одного пациента, у котораго повторно развивался на его глазахъ ptosis и параличъ rectus superior, который еще во время наблюденія, спустя отъ 10 минутъ до $\frac{1}{2}$ часу, снова исчезалъ ¹⁾. Это наблюденіе очевидно вполнѣ напоминаетъ описанный нами случай. Однако нужно имѣть въ виду, что и періодическія колебанія глазныхъ параличей, не смотря на ихъ особую характерность, не составляютъ пато-

¹⁾ Oppenheim. Lehrbuch d. Nervenkrankheiten. Стр. 587.

гномоническаго симптома сифилитическихъ пораженій мозга, свидѣтельствомъ чему можетъ служить между прочимъ первый изъ опубликованныхъ мною случаевъ колебаній въ управленіи верхнихъ вѣкъ при двустороннемъ, періодически обостряющемся параличѣ глазныхъ мышцъ.

Другое явленіе, которое обращаетъ на себя вниманіе въ разбираемомъ нами случаѣ, это невропаралитическая офтальмія глаза, дважды обнаружившаяся у больной въ теченіе ея болѣзни. Какъ извѣстно, симптомъ этотъ уже давно обращалъ вниманіе авторовъ и неоднократно былъ изучаемъ путемъ эксперимента, но не смотря на то до сихъ поръ вопросъ о его происхожденіи остается далеко не выясненнымъ. По однимъ авторамъ, это есть чистый трофоневрозъ, тогда какъ по другимъ авторамъ, которыхъ большинство, явленія развивающагося въ глазу воспаленія обусловлены тѣмъ, что глазъ при этомъ вмѣстѣ съ анестезіей лишается естественной самозащиты. Въ доказательство послѣдняго мнѣнія приводили извѣстный опытъ съ пришиваніемъ кролику уха передъ тѣмъ глазомъ, на сторонѣ котораго перерѣзывался тройничный нервъ, причемъ будто бы воспалительныхъ явленій въ глазу не происходило. Другіе авторы признавали, что воспалительныя явленія, какъ бы ни объяснять ихъ происхожденіе, наблюдаются лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда перерѣзка производится на уровнѣ или впереди узла Gasseri, на уровнѣ котораго къ тройничному нерву, какъ извѣстно, присоединяются симпатическія волокна, при перерѣзкахъ же тройничнаго нерва позади ganglii Gasseri будто бы воспалительныя явленія уже не наблюдаются.

Еще недавно вышеуказанное мнѣніе вновь нашло защитника въ лицѣ Gaule ¹⁾, по которому при перерѣзкахъ n. trigemini позади Гассерова узла воспалительныя разстройства въ глазу могутъ происходить только, какъ результатъ анестезіи, вслѣдствіе чисто механическихъ условій, тогда какъ при перерѣзкахъ впереди узла офтальмія является неизбѣжной, какъ бы мы ни защищали глазъ отъ механическихъ вліяній.

¹⁾ Gaule. Centralbl. f. Physiol. 1892. Bd. 6.

Но и это мнѣніе оказалось не отвѣчающимъ дѣйствительности. Уже давно Conti показали, что и въ тѣхъ случаяхъ, когда производилось поврежденіе корешка *n. trigemini*, у животного появлялись воспалительныя разстройства въ глазу. Въ последнее время мнѣніе Gaule встрѣтило возраженіе со стороны проф. Eckhard'a, который также указываетъ, какъ на фактъ, что и при перерѣзкахъ *n. trigemini*, производимыхъ позади *gangl. Gasseri*, развиваются въ глазу воспалительныя явленія. Въ этомъ же смыслѣ говорятъ и мои личныя наблюденія. Точно также имѣется не мало и клиническихъ случаевъ, гдѣ офтальмія развивалась при пораженіи тройничнаго нерва выше Гассерова узла и даже при пораженіи *pontis Varolii*. Для объясненія этого явленія приводятъ обыкновенно указаніе Vulpian'a, подтвержденное затѣмъ и другими авторами, что *n. trigeminus* уже въ своихъ корешкахъ содержитъ сосудо-расширяющія волокна. Но какъ бы ни объяснять сущность происходящихъ въ глазу трофическихъ разстройствъ, несомнѣнно, что послѣднія могутъ наблюдаться и при перерѣзкахъ *n. trigemini* позади *gangl. Gasseri*. Въ этомъ я неоднократно убѣждался и самъ при своихъ опытахъ, производимыхъ надъ собаками и кошками, причемъ въ отдѣльныхъ случаяхъ развитіе офтальміи наблюдалось даже при поврежденіи корешковъ тройничнаго нерва внутри мозга. Равнымъ образомъ я имѣлъ возможность также наблюдать проверенные вскрытіемъ случаи съ пораженіемъ *pontis Varolii* у человѣка, въ которыхъ наблюдалась невропаралитическая офтальмія, не смотря на полную сохранность Гассерова узла.

Въ чемъ же, спрашивается, коренятся раздорѣчія, существующія между авторами по вышеуказанному вопросу.

Мнѣ кажется, что эти раздорѣчія покоятся между прочимъ на томъ обстоятельстве, что перерѣзка *n. trigemini* далеко не съ постоянствомъ вызываетъ вышеуказанныя питательныя измѣненія въ глазу. Вопросъ этотъ, который до извѣстнаго времени сравнительно мало обращалъ на себя вниманіе, по моему мнѣнію, былъ особенно подвинутъ изслѣдованіями

Brown-Sequard'a ¹⁾ и Charcot ²⁾). Послѣдній авторъ на основаніи анализа существующихъ экспериментальныхъ и патолого-анатомическихъ данныхъ выставляетъ между прочимъ слѣдующее многозначительное положеніе: „Если болѣзни, ведущія къ уничтоженію или прекращенію дѣйствія нервной системы, не вызываютъ въ отдаленныхъ мѣстностяхъ другихъ разстройствъ питанія, кромѣ тѣхъ, которыя могутъ быть обусловлены продолжительнымъ бездѣйствіемъ органовъ, *то совсѣмъ иначе бываетъ послѣ болѣзненныхъ измѣненій, которыя вызываютъ въ нервахъ или нервныхъ центрахъ чрезмѣрное усиленіе ихъ свойствъ, раздраженіе нервовъ, воспаленіе*“. Если противъ первой части этого положенія и могутъ быть представлены тѣ или другія возраженія, о которыхъ мы поговоримъ впослѣдствіи, то во всякомъ случаѣ нельзя не согласиться съ тѣмъ, что ирритативныя или воспалительныя пораженія нервовъ особенно благопріятствуютъ развитію питательныхъ разстройствъ, и этотъ фактъ слѣдуетъ считать въ высокой степени цѣннымъ въ научномъ отношеніи. Charcot между прочимъ приводитъ интересный опытъ Самуэля, весьма поучительный въ этомъ отношеніи и непосредственно касающійся нашего предмета. Кролику втыкаютъ въ Гассеровъ узелъ 2 иголки, чрезъ которыя пропускаютъ затѣмъ индуктивный токъ. При этомъ тотчасъ же наблюдается б. или м. выраженное суженіе зрачка и въ тоже время сосуды соединительной оболочки глаза слегка инъецируются, отдѣленіе же слезъ усиливается. Въ тоже время чувствительность вѣкъ, роговой и соединительной оболочки усиливается. По окончаніи операціи суженіе зрачка продолжается еще нѣкоторое время, хотя и въ меньшей степени, гиперестезія же глаза еще болѣе усиливается. Воспалительный процессъ вообще начинается спустя 24 часа послѣ травмы, интензивность же его возрастаетъ на 2-й и 3-й дни, послѣ чего прогрессивно уменьшается. При

¹⁾ Journ. de physiol. t. II n° 5. Janvier, 1859.

²⁾ Шарко. Болѣзни нервной системы. Спб. 1876.

этомъ опытѣ мы можемъ наблюдать всѣ степени офтальміи, начиная съ легкаго кантѳонктивита до самой жестокой бленнореи. Чувствительность постоянно возрастаетъ и гиперестезія можетъ достигнуть такой степени, что малѣйшее прикосновеніе къ глазу вызываетъ у животнаго общія судороги. Роговица подвергается общему помутнѣнію и вмѣстѣ съ тѣмъ на ней развиваются маленькія изъязвленія или одна язвочка овальной формы, располагающаяся по срединѣ роговицы. Въ одномъ случаѣ образовалось маленькое скопленіе гноя въ передней камерѣ глаза. Въ радужной оболочкѣ кромѣ гипереміи не замѣчаютъ вообще никакихъ патологическихъ измѣненій, ни измѣненій цвѣта ея, ни сращеній ¹⁾). Обращаетъ на себя вниманіе, между прочимъ, тотъ фактъ, что во всѣхъ случаяхъ была ясно выражена гиперестезія глазныхъ вѣтвей n. trigemini. Очевидно такимъ образомъ, что въ этомъ опытѣ нельзя сводить трофическія разстройства въ глазу на анестезію роговицы и недостаточную защищенность глаза съ этой стороны.

Далѣе не несущественное значеніе имѣютъ тѣ опыты, въ которыхъ обнаружались трофическія разстройства въ глазу, несмотря на сохраненіе въ немъ чувствительности. Такой опытъ былъ описанъ между прочимъ Мейсснеромъ; въ этомъ опытѣ, гдѣ только внутренняя часть тройничнаго нерва была перерѣзана, трофическія разстройства въ глазу обнаружались даже безъ предшествующей невропаралитической гипереміи. Schiff также приводитъ 4 случая частичныхъ поврежденій тройничнаго нерва, въ которыхъ воспаленіе глаза развилось, не смотря на сохраненіе въ немъ чувствительности. Съ своей стороны я могу указать, что въ бывшей подъ моимъ завѣдываніемъ психо-физиологической лабораторіи Казанскаго Университета по моему предложенію изслѣдованіемъ питательной функции тройничнаго нерва занимался д-ръ Целерицкій, производившій опыты надъ собаками и кошками. Изъ этихъ опытовъ выяс-

¹⁾ Samuel. Die trophischen Nerven. Leipzig, 1860.

нилось также, что при частичныхъ перерѣзкахъ п. *trigemini*, производимыхъ на одномъ опредѣленномъ уровнѣ, именно впереди *gangl. Gasseri* при его передней границѣ, различіе воспалительныхъ явленій въ глазу ничуть не стоитъ въ прямомъ соотношеніи съ анестезіей глаза. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ анестезіи глаза вовсе не существовало и тѣмъ не менѣе воспалительныя явленія въ глазу развивались быстро и достигали значительной степени развитія. Въ другихъ случаяхъ наоборотъ обнаруживалась крайне рѣзко выраженная анестезія глазного яблока и роговицы и тѣмъ не менѣе воспалительныхъ разстройствъ въ глазу не наступало ¹⁾.

Такимъ образомъ анестезія глазного яблока здѣсь не имѣетъ существеннаго значенія, что впрочемъ очевидно и изъ нѣкоторыхъ клиническихъ наблюденій ²⁾. При этомъ ясно было, что эти различія не зависѣли отъ какихъ либо внѣшнихъ причинъ, а обуславливались самой операціей. Можно было допустить, что это различіе зависѣло отъ того, что въ однихъ случаяхъ повреждались въ большей мѣрѣ трофическія или вазомоторныя волокна, въ другихъ случаяхъ чувствительныя волокна, или отъ того, что операція вслѣдствіе чисто механическихъ условій пораненія приводила къ неодинаковымъ послѣдствіямъ, т. е. въ однихъ случаяхъ напр. послѣдствіемъ операціи оказывались явленія неврита и вообще рѣзкія воспалительныя измѣненія въ окружности раны, тогда какъ въ другихъ случаяхъ производилось разсѣченіе нерва, не приводившее къ болѣе или менѣе рѣзкимъ воспалительнымъ явленіямъ и слѣд. въ этомъ случаѣ вызывались почти исключительно симптомы выпаденія въ видѣ анестезіи и паралича безъ тро-

¹⁾ Рядомъ съ воспалительными явленіями въ глазу у оперируемыхъ животныхъ при этихъ опытахъ обнаруживались трофическія разстройства также и въ остальныхъ областяхъ развѣтвленія тройничнаго нерва, въ видѣ herpes на слизистой оболочкѣ губъ и на корѣ морды оперируемой стороны, а также въ видѣ выпаденія волосъ на ухѣ и мордѣ съ той же стороны.

²⁾ См. Кожевниковъ. Медич. Обозрѣніе, № 1. 1894.

фическихъ разстройствъ. Первое изъ этихъ мнѣній въ пользу себя имѣетъ между прочимъ то обстоятельство, что путемъ поврежденія тройничнаго нерва мы можемъ получить трофическія разстройства въ глазу безъ всякихъ явленій анестезіи; второе мнѣніе опирается на цѣлый рядъ наблюденій, изъ которыхъ явствуется, что частичныя перерѣзки легче всего приводятъ къ трофическимъ разстройствамъ, нежели полныя перерѣзки, на что между прочимъ обращаетъ вниманіе и проф. Charcot и что давно уже замѣчено хирургами при операціяхъ на человѣкѣ¹⁾. Въ основѣ послѣдняго факта лежитъ очевидно то обстоятельство, что частичныя перерѣзки скорѣе всего вызываютъ въ нервѣ воспалительный процессъ, нежели полныя перерѣзки. Весьма правдоподобно, что это обстоятельство въ свою очередь зависитъ частью отъ того, что непрерыванная часть нерва подвергается при операціи сминанію и размозженію, частью же отъ того, что здѣсь края нервной раны остаются на мѣстѣ, а не расходятся, какъ при полной перерѣзкѣ.

Мнѣ кажется, что въ вопросѣ, насъ занимающемъ, оба вышеприведенныя мнѣнія имѣютъ свое значеніе. Первое имѣетъ за себя прямое наблюденіе, слѣд. составляетъ непреложный фактъ, прямо вытекающій изъ данныхъ опыта, второе опирается на цѣлый рядъ фактовъ, которые получаютъ удовлетворительное объясненіе только въ томъ предположеніи, что питательныя разстройства вообще производятся много легче и скорѣе при воспалительныхъ процессахъ, происходящихъ въ нервѣ и приводящихъ его въ состояніе раздраженія. При этомъ конечно не исключается и возможность внѣшнихъ вліяній на развитіе этихъ разстройствъ, но несомнѣнно, что ими одними нельзя объяснить происходящихъ въ глазу питательныхъ разстройствъ послѣ перерѣзки тройничнаго нерва, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о такихъ незначительныхъ внѣшнихъ вліяніяхъ, которыя здоровымъ глазомъ переносятся вполне безнаказанно. Наконецъ и изъ патологіи человѣка могутъ

¹⁾ Charcot. Болѣзни нервной системы. Спб., т. I, стр. 13.

быть приведены факты, изъ которыхъ явствуетъ, что трофическія разстройства въ глазу могутъ обнаружиться безъ всякаго нарушенія цѣлости тройничнаго нерва и слѣд. безъ явленій анестезіи глаза, а при одномъ лишь состояніи раздраженія этого нерва, выражающемся невралгическими болями въ глазу. Къ таковымъ напр. относятся случаи невропаралитическаго кератита.

Необходимо при этомъ имѣть въ виду, что аналогичное вліяніе раздраженія нервовъ на питаніе ткани можетъ считаться доказаннымъ не по отношенію къ глазу только, но и по отношенію къ другимъ органамъ.

Въ этомъ отношеніи нѣтъ надобности долго останавливаться на этомъ интересномъ предметѣ, которому между прочимъ были посвящены всѣмъ извѣстныя лекціи проф. Charcot, къ которымъ мы и отсылаемъ лицъ, желающихъ подробнѣе ознакомиться съ клинической стороною этого интереснаго вопроса. Въ этихъ лекціяхъ читатель найдетъ вмѣстѣ съ блестящимъ изложеніемъ также и богатый фактический матеріалъ, содержащій рядъ клиническихъ наблюденій и фактовъ экспериментальной фізіологіи, доказывающихъ вліяніе нервныхъ центровъ на питаніе тканей. Мы не можемъ однако не указать здѣсь, что въ оцѣнкѣ этого вліянія нервной системы на питаніе тканей великій учитель повидимому преувеличилъ значеніе нѣкоторыхъ данныхъ и высказалъ на основаніи ихъ положенія, не устраняющія всѣхъ возможныхъ возраженій. Выше мы уже встрѣтились съ положеніемъ автора, заимствованнымъ у Brown-Sequard'a, которое гласитъ, что болѣзни, ведущія къ устраненію нервнаго вліянія на ткани, не вызываютъ въ нихъ другихъ разстройствъ питанія, кромѣ тѣхъ, которыя обусловлены недѣятельностью органовъ; напротивъ того болѣзненнаго вліянія, приводяща въ состояніе раздраженія вервные центры или нервы, оказываютъ иное вліяніе, т. е. производятъ тѣ или другія, сравнительно быстро наступающія, питательныя разстройства. Разсматривая вопросъ о вліяніи п. trigemini на питаніе роговицы, мы тогда же признали всю

силу за послѣдней частью положенія, но оговорились по отношенію къ первой его части, которой однако авторъ придаетъ особое значеніе, повторяя его неоднократно въ различныхъ мѣстахъ своихъ замѣчательныхъ лекцій.

И въ самомъ дѣлѣ, безспорно, что расстройства питанія въ нѣкоторыхъ органахъ, какъ въ кожѣ и въ роговицѣ, съ особеннымъ постоянствомъ и сравнительно быстро наступаютъ при ирритативныхъ или воспалительныхъ процессахъ въ нервахъ и въ нервныхъ центрахъ. Но было бы преждевременно совершенно не допускать вліянія устраненія нервныхъ импульсовъ на питаніе тѣхъ же органовъ. Мы должны быть въ этомъ отношеніи очень осторожными, тѣмъ болѣе, что физиологія далеко еще не сказала по этому вопросу своего послѣдняго слова. Имѣющіеся факты между тѣмъ не вполне оправдываютъ вышеуказанное заключеніе. Извѣстно, что при простой перерѣзкѣ нервовъ нерѣдко наблюдаются трофическія расстройства, которыя указывались уже и старыми авторами. Такъ послѣ перерѣзки сѣдалищнаго нерва отмѣчались кожные поражения въ видѣ выпаденія волосъ, измѣненія и потери ногтей и даже изъязвленія на соотвѣтствующей конечности, не говоря объ атрофіи мышцъ, которая въ этомъ случаѣ наступаетъ съ постоянствомъ. Точно также и перерѣзка другихъ нервовъ вызываетъ аналогичныя питательныя расстройства, а полная перерѣзка тройничнаго нерва, какъ мы уже видѣли, сопровождается крайне рѣзкими питательными расстройствами въ глазу, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда оно произведено впереди отъ узла.

Противъ этихъ экспериментальныхъ фактовъ выставялись возраженія, состоящія въ томъ, что вышеуказанныя трофическія расстройства могутъ быть объяснены тѣмъ, что животныя при операциіи съ сѣдалищнымъ нервомъ утрачиваютъ способность, благодаря расстройству движенія и чувствительности, устранять отъ пораженной параличемъ конечности дѣйствіе внѣшнихъ вліяній, напр. треніе о твердую или неровную почву; если же животное защититъ отъ этихъ вліяній, напр. запереть въ ящикъ,

дно котораго усыпано толстымъ слоемъ отрубей, какъ дѣлалъ Brown-Sequard, то будто бы не происходитъ никакихъ измѣненій въ конечности, за исключеніемъ болѣе или менѣе рѣзко выраженной атрофіи мышцъ, иннервируемыхъ парализованнымъ нервомъ. Впрочемъ атрофія, какъ замѣчаетъ самъ проф. Charcot, не ограничивается въ этомъ случаѣ одними мышцами, но обнаруживается также на костяхъ и на самой кожѣ, какъ указалъ Ж. Рейдъ. По Charcot, эта атрофія такъ же, какъ и другія кожныя разстройства, зависятъ отъ функциональной недѣятельности членовъ, такъ какъ она будто бы не наступаетъ вовсе, если, по примѣру Рейда, ежедневно пропускать гальваническій токъ чрезъ парализованныя мышцы.

Съ другой стороны по отношенію къ вліянію перерѣзокъ тройничнаго нерва, какъ мы упоминали выше, указывалось уже давно на вліяніе анестезіи, препятствующей устраненію различныхъ травматическихъ инсультовъ, какъ на дѣйствительную причину происходящихъ въ глазу трофическихъ разстройствъ. Если при этомъ глазъ защитить, пришивъ впереди его ухо, какъ это дѣлалъ Снелленъ у кроликовъ, или же глазъ защитить слоемъ толстой кожи по методу Бютнера, то питательныхъ разстройствъ въ глазу будто бы уже не происходитъ, а обнаруживается лишь невропаралитическая гиперемія радужной оболочки и конъюнктивы.

Эти опыты безспорно очень интересны и нельзя не признать, что они доказываютъ значеніе травматическихъ вліяній на парализованные члены; но исключаютъ ли они вообще вліяніе перерѣзокъ нервныхъ стволовъ на питаніе тканей? Я думаю, чтобы ихъ можно было счесть въ этомъ отношеніи доказательными.

При перерѣзкѣ сѣдалищнаго нерва, какъ мы видѣли, при всѣхъ предосторожностяхъ наступаетъ все же не одна только атрофія мышцъ, но и атрофія въ костяхъ и въ кожѣ. Правда, Charcot объясняетъ ихъ недѣятельностью. Но факты патологіи намъ показываютъ, что при полной недѣятельности членовъ въ теченіе многихъ мѣсяцевъ, какъ бываетъ напр.

при истерическихъ параличахъ не наступаетъ рѣзкой атрофіи ни въ мышцахъ, ни въ костяхъ, ни въ кожѣ. Врядъ ли даже и кожныя разстройства могутъ быть вполне сведены на дѣйствіе травматическихъ вліяній. Производя самъ неоднократно перерѣзки нервныхъ стволовъ, я нерѣдко наблюдалъ трофическія разстройства, напр. появленіе сыпи и выпаденіе волосъ, на такихъ мѣстахъ кожи, которыя вовсе не должны были подвергаться травматическимъ вліяніямъ; напр. при перерѣзкѣ спинномозговыхъ нервовъ такія трофическія разстройства, въ особенности выпаденіе волосъ, наблюдаются на боковой части туловища и спины, а при перерѣзкѣ второго и третьяго шейнаго нерва—сзади уха и по сосѣдству съ нимъ на задней части головы и шеи. Трудно допустить, чтобы вліяніе случайныхъ травматическихъ раздраженій въ этихъ областяхъ было столь значительно, чтобы могло обуславливать мѣстное выпаденіе волосъ. Но если бы и нельзя было исключить вліянія травматическихъ, хотя бы и незначительныхъ, раздраженій на пораженныя области, то сравнительная быстрота и легкость появленія трофическихъ разстройствъ въ этихъ случаяхъ не доказываетъ ли, что пораженныя области уже въ извѣстной мѣрѣ предрасположены къ питательнымъ разстройствамъ, что онѣ отличаются особой ранимостью, не свойственной нормальнымъ тканямъ, и что ихъ питательная энергія въ большей или меньшей мѣрѣ ослаблена. Это положеніе, мнѣ кажется, ближе всего соотвѣтствуетъ наблюдаемымъ фактамъ.

Мы находимъ даже нѣкоторыя указанія и на условія этого предрасположенія тканей къ питательнымъ разстройствамъ въ появляющихся вслѣдъ за перерѣзкой нервовъ вазомоторныхъ измѣненіяхъ. Въ самомъ дѣлѣ, даже авторы, отрицавшіе периферическое вліяніе тройничнаго нерва на глазъ, замѣтили, что и при соотвѣтствующей защитѣ глаза отъ травматическихъ вліяній по методу Снеллена и Бютнера происходитъ тѣмъ не менѣе невропаралитическая гиперемія радужной оболочки и конъюнктивы. Но развѣ эта невропаралитическая гиперемія не можетъ благоприятствовать развитію питательныхъ

разстройствъ, развѣ она не можетъ обусловливать особой ранимости тканей? Если мы вспомнимъ, что питаніе тканей находится въ прямой зависимости отъ правильнаго омыванія ихъ кровью, то врядь ли можно будетъ отрицать по крайней мѣрѣ предрасполагающее, а въ извѣстныхъ случаяхъ, можетъ быть, даже и прямое вліяніе перерѣзки нервовъ и разрушенія нервныхъ центровъ на развитіе питательныхъ разстройствъ въ пиннервируемыхъ тканяхъ. Вотъ почему мы не можемъ согласиться съ выводомъ Charcot, что „отсутствіе дѣйствія нервной системы, вызванное полной перерѣзкой периферическихъ нервовъ или частичнымъ разрушеніемъ спинного мозга, не влечетъ за собою въ анатомическихъ элементахъ парализованныхъ членовъ другихъ разстройствъ питанія, кромѣ тѣхъ, которыя развились бы въ этихъ элементахъ подъ вліяніемъ продолжительной недѣятельности—функциональной инерціи“¹⁾.

Еще болѣе рѣзкимъ образомъ расходится вышеуказанное положеніе Charcot съ наблюдаемыми фактами въ отношеніи вліянія перерѣзки нервовъ на питаніе мышцъ. Въ этомъ отношеніи проф. Charcot также раздѣляетъ положеніе Brown-Sequard'a, по которому, „одно только раздраженіе нервовъ способно вызвать быструю и скоротечную атрофію мышцъ съ предшествующимъ уменьшеніемъ или исчезновеніемъ сократительности при фарадизаціи. Совершенная же перерѣзка нервовъ производитъ атрофію и потерю электрической реакціи только въ концѣ значительнаго промежутка времени подобно тому, какъ это бываетъ при продолжительномъ ихъ бездѣйствіи“²⁾.

Это положеніе очевидно подводитъ питаніе мышцъ ни болѣе ни менѣе какъ подъ совершенно такой же контроль со стороны дѣятельности нервной системы, какой имѣется и по отношенію къ питанію другихъ тканей, напр. кожныхъ покрововъ. Однако опыты, произведенные нѣмецкими авторами—Erb'омъ, Ziemssen'омъ, Weiss'омъ и др.,—не совсѣмъ вѣрно

1) Charcot. Болѣзни нервной системы, т. 1, стр. 9.

2) Charcot. Болѣзни нервной системы, т. 1, стр. 41.

оцѣниваемые Charcot, а затѣмъ и цѣлый рядъ другихъ послѣдующихъ экспериментальныхъ и клиническихъ фактовъ опровергаютъ вышеупомянутое положеніе, по крайней мѣрѣ въ той его формѣ, которая была изложена выше.

Изъ только-что упомянутыхъ изслѣдованій и, можно сказать, ежедневно повторяющихся клиническихъ наблюденій вытекаетъ съ несомнѣнностью, что полныя перерѣзки и другого рода поврежденія периферическихъ нервовъ (раздавливаніе, прижиганіе, лигатура) производятъ несомнѣнныя быстро развивающіяся измѣненія дегенеративнаго свойства въ нервахъ и мышцахъ, клинически характеризующіяся развитіемъ дегенеративной мышечной атрофіи и своеобразнымъ измѣненіемъ фарадической и гальванической возбудимости, извѣстной подъ названіемъ реакціи перерожденія. Съ другой стороны патологія цѣлымъ рядомъ фактовъ свидѣтельствуемъ, что примѣненіемъ гальваническаго тока на мышцы, завѣдываемыя перерѣзаннымъ нервомъ, нельзя задержать быстро развивающейся при этомъ атрофіи.

Это очевидно совершенно измѣняетъ вопросъ о вліяніи нервной системы по отношенію къ питанію нервовъ и мышцъ. Естественно, что и Charcot вскорѣ долженъ былъ измѣнить свой взглядъ на данный вопросъ, какъ можно видѣть по крайней мѣрѣ изъ примѣчанія, прибавленнаго во второмъ изданіи его лекцій, къ концу главы о трофическихъ разстройствахъ вслѣдствіе поврежденія нервовъ. Въ этомъ примѣчаніи авторъ говоритъ, что „новые опыты Vulpian'a (Arch. de physiologie, t. IV, 1871—72, стр. 757, 758) подтверждаютъ почти во всѣхъ отношеніяхъ опыты Ziemssen'a и Erb'a. Эти опыты указываютъ на то, что эффектъ перерѣзки периферическихъ нервовъ на фізіологическія свойства и строеніе мышцъ въ существенныхъ чертахъ вовсе не отличается отъ дѣйствія различныхъ раздражающихъ средствъ, какъ то: мѣстнаго размозженія, лигатуры, прижиганія на тѣ же нервы. Съ другой стороны патологическія наблюденія Neumann'a (Arch. f. Heilkunde. Leipzg. 1868), Ranvier (Compt. rendus de l'Académie

d. sciences. 30 dec. 1872) и Eickhorst'a (Virch. Arch. 1874. 12 dec.) безспорно доказали постоянныя измѣненія въ периферическомъ концѣ перерѣзаннаго нерва. Эти измѣненія состоятъ въ размноженіи ячеекъ межкольеваго сегмента и доказываютъ существованіе притативнаго процесса. *Поэтому нельзя удержатъ въ силѣ то различіе, которое мы установили между эффектами перерѣзки нервовъ и ихъ раздраженіемъ въ той абсолютной формѣ, въ какой оно изложено въ этой лекціи*“.

Это примѣчаніе конечно не составляетъ полного отказа отъ высказанныхъ авторомъ взглядовъ, однако оно ихъ измѣняетъ въ самой существенной части. Чтобы уяснить себѣ, какое различіе имѣется между вліяніемъ нервной системы на питаніе мышцъ и напр. кожи, достаточно указать на тотъ фактъ, что хотя въ периферическихъ отдѣлахъ смѣшанныхъ нервовъ происходятъ вслѣдъ за перерѣзкой совершенно одинаковыя явленія перерожденія какъ въ двигательныхъ, такъ и въ чувствительныхъ нервахъ, однако кожные покровы претерпѣваютъ при этомъ, и то не всегда, по большей части лишь несущественныя питательныя расстройства, которыя не приводятъ къ совершенной гибели ткани, тогда какъ мышцы вслѣдъ за перерѣзкой быстро и рѣзко атрофируются. Если же произвести животному поврежденіе нервовъ путемъ напр. ихъ раздавливанія, то въ этихъ случаяхъ мышцы, какъ и въ первомъ случаѣ, рѣзко и быстро атрофируются, кожные же покровы поражаются съ особеннымъ постоянствомъ и въ болѣе рѣзкой степени. Повидимому еще легче эти послѣднія измѣненія наступаютъ вслѣдъ за раздавливаніемъ и поврежденіемъ спинно-мозговыхъ узловъ и заднихъ корешковъ, какъ это дѣлали Joseph и независимо отъ него, по моему предложенію, д-ръ Целерицкій въ бывшей подъ моимъ завѣдываніемъ психофизиологической лабораторіи Казанскаго Университета. Въ этомъ случаѣ однако уже не обнаруживается тѣхъ измѣненій въ мышцахъ, которыя наступаютъ въ послѣднихъ при поврежденіяхъ периферическихъ нервныхъ стволовъ, а также при перерѣзкѣ переднихъ корешковъ и двигательныхъ клѣ-

токъ переднихъ роговъ. Очевидно, что такія ткани, какъ мышцы и кожные покровы, получаютъ импульсы, вліяющіе на ихъ питаніе, не изъ одного и того же источника. Вскорѣ однако мы увидимъ, что и межпозвоночные узлы оказываютъ вліяніе на питаніе мышцъ, тогда какъ вовсе не доказано, чтобы передніе корешки оказывали вліяніе на питаніе кожныхъ покрововъ.

Подводя итогъ вышесказанному, мы можемъ сказать на основаніи всѣхъ имѣющихся наблюдений, что питаніе есть функція автономная лишь въ ограниченной мѣрѣ; она несомнѣнно находится въ постоянной зависимости отъ вліянія нервной системы. Однако степень этой зависимости для различныхъ тканей далеко неодинакова. Для однихъ, какъ напр. для самихъ нервовъ и мышцъ, уже простого устраненія нервной системы достаточно, чтобы питаніе тотчасъ же начало глубоко разстраиваться и наступило перерожденіе ткани, доводящее до ея гибели, тогда какъ въ другихъ тканяхъ, напр. въ кожѣ, слизистыхъ оболочкахъ и въ роговицѣ глаза, зависимость эта проявляется въ значительно меньшей степени, благодаря чему простыя перерѣзки нервовъ сами по себѣ сравнительно не часто вызываютъ существенныя измѣненія ткани; въ большинствѣ же случаевъ эти измѣненія, если и обнаруживаются, то не въ особенно рѣзкой степени. Очевидно, что въ этомъ случаѣ на питаніе тканей имѣетъ болѣе существенное вліяніе дѣятельное состояніе нервной системы. Благодаря этому болѣзненные процессы, выражающіеся раздраженіемъ нервной ткани, какъ напр. невриты, всегда вызываютъ болѣе рѣзкія и очевидно болѣе существенныя разстройства въ питаніи разсматриваемыхъ тканей.

Здѣсь интересно отмѣтить, что на питаніе мышцъ обнаруживаютъ вліяніе не одни только двигательныя волокна и элементы спинного мозга, но и спинномозговые узлы, если въ нихъ развивается болѣзненное состояніе раздраженія. По крайней мѣрѣ это съ очевидностью вытекаетъ изъ новѣйшихъ опытовъ Gaule, интересныхъ именно въ томъ отношеніи, что они доказываютъ новый источникъ вліянія нервной системы

на питаніе мышцъ. Въ этихъ опытахъ путемъ раздраженія у кроликовъ (прижиганіемъ гальванокаутеромъ, дымящейся сѣрной кислотой, вколами и разрѣзами ножомъ) межпозвоночныхъ узловъ, которые, кстати сказать, авторъ считаетъ дѣйствующими на сосуды какъ разъ въ обратномъ направленіи, т. е. антагонистически переднимъ корешкамъ, вызывали уже спустя 24 часа появившіяся измѣненія въ кожѣ и кровоизліянія въ мышцахъ, измѣненія въ надпочечникахъ, уменьшеніе размѣровъ противоположнаго яичка и противоположной же доли щитовидной железы, а также измѣненія въ составѣ крови ¹⁾. Далѣе при перерѣзкѣ шейнаго ствола симпатическаго нерва и неполномъ удаленіи нижняго шейнаго узла авторъ путемъ раздраженія четвертаго и пятаго груднаго межпозвоночнаго узла той и другой стороны наблюдалъ локализованныя въ *biceps* и *rhoas* измѣненія, состоявшія въ кровяномъ приливѣ къ окружающей соединительной ткани и въ происходящемъ затѣмъ расщепленіи мышечнаго брюшка. Путемъ специальныхъ опытовъ авторъ убѣдился, что въ этомъ случаѣ эффектъ происходитъ не вслѣдствіе отсутствія вліянія устраненныхъ нервныхъ аппаратовъ, но вслѣдствіе раздраженія самихъ межпозвоночныхъ узловъ. При этомъ производимыя авторомъ вскрытія въ различные, послѣдовательно возрастающіе слѣдъ за операцией, періоды показали, что первый эффектъ вліянія такого раздраженія обнаруживается сокращеніемъ волоконъ; затѣмъ слѣдуетъ размягченіе, послѣ чего обнаруживается участіе промежуточной ткани путемъ разростанія ²⁾.

Только-что приведенные опыты, какъ я упомянулъ, интересны не только въ томъ отношеніи, что они указываютъ, какое огромное вліяніе на питаніе мышцъ обнаруживаютъ ирритативныя состоянія нервныхъ элементовъ, но и въ томъ, что они доказываютъ впервые вліяніе на питаніе мышцъ межпозвоночныхъ узловъ, дѣйствующихъ въ этомъ случаѣ, какъ это доказано тѣми же опытами Gaule, частью черезъ *gami*

¹⁾ Gaule. Centr. für Physiol. N. 11. 1892.

²⁾ Gaule. Centr. für Physiol. 1893. 1 Juli.

communicantes, частью черезъ центральный органъ, т. е. спинной мозгъ и выходящiе изъ него переднiе корешки. Такимъ образомъ питанiе нашихъ мышцъ очевидно находится подъ двойнымъ контролемъ—со стороны клѣтокъ переднихъ роговъ и клѣтокъ межпозвоночныхъ узловъ, по Gaule—той именно группы клѣтокъ послѣднихъ, которая прилежитъ къ *gam. communicans*.

Данныя эти совершенно новы и потому заслуживаютъ большого вниманiя съ нашей стороны. Они какъ бы открываютъ собою эру новыхъ воззрѣнiй на трофическiя функцiи нервной системы; но мы предпочитаемъ поощрять провѣрки этихъ заявленiй Gaule прежде, чѣмъ строить на нихъ какiе либо новые выводы.

Обращаясь къ нашему случаю, мы безъ труда найдемъ въ немъ подкрѣпленiе вышеизложенныхъ взглядовъ. Мы видѣли выше, что у нашей больной въ теченiе болѣзни дважды развивались воспалительныя явленiя въ глазу. Въ первый разъ, по словамъ больной, они развились у ней послѣ того, какъ она сходила однажды во время зимней мятели въ сосѣднюю лавочку; второй разъ—безъ всякихъ вѣшнихъ влiянiй, но одновременно съ обострѣнiемъ основного процесса и появленiемъ болей въ глазу. Допустимъ, что въ первомъ случаѣ влiянiе холода и вѣтра дѣйствительно повлiяло на развитiе воспалительныхъ измѣненiй, но оно дѣйствовало одинаково и на здоровый глазъ, въ которомъ однако никакихъ воспалительныхъ явленiй вслѣдъ затѣмъ не обнаружилось. Можно конечно предполагать, что здѣсь проявилось влiянiе анестезiи глаза; но я не думаю, чтобы оно въ нашемъ случаѣ имѣло существенное значенiе, такъ какъ на самомъ дѣлѣ анестезiя глаза у больной была весьма незначительна; съ другой стороны, глазъ въ эту пору лѣченiя былъ болѣе, чѣмъ на половину, прикрытъ верхнимъ вѣкомъ, и хотя онъ открывался по временамъ, но лишь на короткое время, послѣ чего снова закрывался. Къ тому же такiя влiянiя, какъ вѣтеръ и холодъ, не могутъ дѣйствовать на одинъ глазъ, а одновременно на тотъ и дру-

гой, здоровый же глазъ, какъ глазъ, сохранившій вполнѣ свою чувствительность, долженъ былъ отвѣчать на внѣшнее раздраженіе закрытіемъ вѣкъ, которое происходило синергично какъ въ здоровомъ, такъ и въ пораженномъ глазѣ. По всѣмъ этимъ даннымъ я считаю невозможнымъ первоначальное развитіе офтальміи въ нашемъ случаѣ, оставившее по себѣ ограниченное помутнѣніе роговицы, объяснить лишь той сравнительно незначительной анестезіей, которая обнаруживалась въ больномъ глазу нашей больной. Тѣмъ не менѣе я ничуть не думаю въ этомъ случаѣ отрицать вліяніе внѣшняго раздраженія на развитіе офтальміи, но это вліяніе безъ самнѣнія сказалось именно въ больномъ, а не въ здоровомъ глазу, благодаря тому, что почва для разстройства питанія въ больномъ глазу была уже достаточно подготовлена вліяніемъ со стороны пораженнаго тройничнаго нерва.

Много времени спустя, когда въ этомъ глазу офтальмія уже совершенно исчезла, оставивъ по себѣ лишь небольшое бѣльмо на роговицѣ глаза, у больной вновь обнаружился воспалительныя явленія въ томъ же глазу, но на этотъ разъ уже безъ всякихъ внѣшнихъ вліяній. При этомъ обращаетъ на себя вниманіе то обстоятельство, что явленія офтальміи совпали на этотъ разъ съ появленіемъ невралгическихъ болей въ области верхней вѣтви тройничнаго нерва и въ глубинѣ пораженнаго глаза, зависѣвшихъ очевидно отъ обострѣнія притативнаго процесса на пути тройничнаго нерва. Этотъ фактъ очевидно находится въ полномъ согласіи съ высказанными ранѣе взглядами о вліяніи состоянія раздраженія нервныхъ волоконъ на питаніе такихъ тканей, какъ роговица и соединительная оболочка глаза, и можетъ служить прекрасной иллюстраціей подобнаго вліянія.

Наконецъ въ нашемъ случаѣ остается еще обсудить одно интересное явленіе, наблюдавшееся у больной въ отношеніи зрѣнія. Мы видѣли, что при обусловленной офтальмоплегіей неподвижности праваго глаза предметъ, поставленный передъ этимъ глазомъ и находящійся въ полѣ зрѣнія одного этого

глаза въ томъ или другомъ направленіи, кажется уклоненнымъ въ направленіи здороваго лѣваго глаза. Въ томъ же случаѣ, когда предметъ, поставленный передъ правымъ глазомъ, находится въ полѣ зрѣнія обоихъ глазъ, при передвиженіи здороваго лѣваго глаза въ сторону больная видитъ, какъ всегда въ подобныхъ случаяхъ бываетъ, два изображенія, изъ которыхъ одно, принадлежащее правому глазу, опять таки уклоняется въ направленіи зрительной линіи лѣваго, т. е. подвижнаго глаза. Первая изъ этихъ иллюзій заслуживаетъ особаго вниманія. Она вводитъ насъ непосредственно въ область вопроса о локализациі нашихъ ощущеній въ пространствѣ, и такъ какъ въ этомъ вопросѣ существуетъ еще не мало неясностей, то я и хотѣлъ бы здѣсь коснуться его нѣсколько подробнѣе.

Какъ извѣстно, господствующими ученіями въ отношеніи образованія нашихъ представленій о пространствѣ могутъ считаться и по сіе время двѣ основныхъ теоріи—нативистическая и эмпирическая. Каждая изъ нихъ опирается на извѣстный рядъ фактовъ, которые дурно мирятся съ противоположной теоріей, обнаруживая ея слабыя стороны. Основное различіе между той и другой теоріей заключается въ томъ, что первая теорія признаетъ въ насъ уже прирожденную способность къ воспріятію ощущеній въ пространственномъ порядкѣ, тогда какъ вторая теорія въ основу образованія нашихъ пространственныхъ представленій кладетъ воспитаніе и упражненіе нашихъ органовъ чувствъ. Изъ фізіологовъ наиболѣе видными представителями нативистической теоріи являются J. Müller и въ новѣйшее время Hering, а представителями эмпирической теоріи—Helmholtz и Wundt. По словамъ перваго ученія, понятіе о пространствѣ не можетъ быть продуктомъ воспитанія; напротивъ того, представленіе пространства и времени есть необходимое предположеніе, даже форма созерцанія для всѣхъ ощущеній. Ощущеніе немислимо внѣ этой формы созерцанія. Что же касается того, что выполняетъ пространство, то мы ничего не ощущаемъ, кромѣ насъ самихъ

въ пространствѣ, если только въ этомъ случаѣ можно говорить объ ощущеніи или о чувствѣ... Въ каждомъ полѣ зрѣнія сѣтчатка видитъ свое протяженіе въ состояніи возбужденія (Affection). Она ощущается даже при покойномъ состояніи и даже при закрытыхъ глазахъ въ видѣ темнаго пространства ¹⁾. По Hering'у, различныя части сѣтчатки приспособлены не только къ воспріятію собственно зрительныхъ впечатлѣній, но еще и къ воспріятію трехъ пространственныхъ отношеній—высоты, ширины и глубины, благодаря чему мы и воспринимаемъ зрительныя ощущенія расположенными въ трехъ измѣреніяхъ пространства.

Helmholtz для выясненія причины нашихъ пространственныхъ воспріятій выдвигаетъ ученіе о „мѣстныхъ знакахъ“ въ нашихъ ощущеніяхъ, представляющихъ собою различія въ послѣднихъ, находящіяся въ зависимости отъ мѣста раздраженія того или другого изъ органовъ.

Вмѣстѣ съ тѣмъ эмпирическая теорія имѣетъ въ виду значеніе мышечнаго чувства и иннервационныхъ ощущеній въ отношеніи пространственнаго воспріятія нашихъ ощущеній. Если мы имѣемъ ощущенія, указывающія намъ положеніе нашего тѣла, головы и глазъ, а съ другой стороны намъ даны въ ощущеніяхъ моменты (мѣстные знаки), при посредствѣ которыхъ мы въ состояніи различать раздраженіе однихъ мѣстъ того или другого органа чувствъ (напр. сѣтчатки отъ раздраженія другихъ мѣстъ), то, по взгляду Helmholtz'a, этимъ дается уже достаточный матеріалъ для безошибочнаго опредѣленія мѣста, занимаемаго тѣмъ или другимъ предметомъ въ пространствѣ ²⁾. „Для эмпирической теоріи, говорить въ другомъ мѣстѣ Helmholtz, совершенно безразлично, какую форму имѣетъ сѣтчатка, какъ на ней лежитъ изображеніе и какіе оно имѣетъ изгибы, лишь бы оно было ясно ограничено. Эта теорія имѣетъ дѣло только съ проекціею сѣтчатки кнаружи отъ оптическихъ средъ“.

¹⁾ Joh. Müller. Zur vergleich. Physiologie des Gesichtsinnes. Стр. 54.

²⁾ Helmholtz. Physiol. Opt. Стр. 530.

Направленіе, въ которомъ видимые предметы находятся по отношенію къ нашему туловищу, по Helmholtz'у, узнается съ помощью иннерваціоннаго чувства глазныхъ нервовъ, но оно постоянно контролируется результатомъ, т. е. по перемѣщенію изображеній, которое производитъ иннервація¹⁾.

Наконецъ, по мнѣнію Wundt'a, расположеніе нашихъ ощущеній въ пространствѣ происходитъ благодаря мѣстнымъ знакамъ, осязательнымъ ощущеніямъ глазницы (въ зрительномъ воспріятіи) и иннерваціоннымъ ощущеніямъ при посредствѣ безсознательныхъ умозаключеній и ассоціацій идей, приобретенныхъ или на основаніи аналогій, или путемъ опыта.

Намъ нѣтъ надобности продолжать долѣе выдержки изъ авторовъ, придерживающихся нативистической или эмпирической теоріи, такъ какъ и предыдущихъ достаточно для того, чтобы видѣть, въ чемъ заключается коренная разница между той и другой теоріей. Надо замѣтить однако, что обѣ эти теоріи неполны или недостаточны, что ясно уже изъ того, что ни одна изъ нихъ не можетъ считаться общепризнанной. Защитники каждой изъ этихъ теорій суть въ тоже время ярые противники другой теоріи.

Я не буду здѣсь входить въ подробности сдѣланныхъ возраженій по поводу каждой изъ этихъ теорій, такъ какъ предметъ этотъ еще недавно былъ затронутъ въ одной изъ моихъ работъ²⁾, въ которой читатели найдутъ какъ болѣе подробное изложеніе самихъ теорій, такъ и наиболѣе существенныя изъ выставленныхъ противъ каждой изъ нихъ возраженій.

Чтобы охарактеризовать недостатки обѣихъ теорій двумя-тремя словами, здѣсь достаточно сказать, что теорія нативистовъ объясняетъ въ вопросѣ объ образованіи пространства все, не объясняя самого существеннаго, а именно: откуда впервые возникли тѣ условія для пространственнаго воспріятія, которыя теорія признаетъ прирожденными, слѣдовательно унаслѣ-

¹⁾ Helmholtz, l. c., стр. 801.

²⁾ Значеніе органовъ равновѣсія въ образованіи представленій о пространствѣ. 1896. Отд. изд. и въ Невр. Вѣстникѣ за 1895 г.

дованными? Съ другой стороны эмпирическая теорія несомнѣнно опирается на опытъ и наблюденіе и слѣдов. въ этомъ отношеніи имѣетъ существенное преимущество предъ первою, но она не полна и не можетъ дать удовлетворительнаго объясненія наиболѣе основному вопросу объ образованіи пространственныхъ представленій изъ элементовъ, не имѣющихъ ничего общаго съ внѣшнимъ пространствомъ. Если допустить, что представленіе о внѣшнемъ пространствѣ уже создано тѣмъ или другимъ способомъ, тогда эмпирическая теорія отвѣчаетъ на всевозможные вопросы вполне удовлетворительнымъ образомъ.

Мнѣ кажется, что мои изслѣдованія и изслѣдованія Циона, указывая на значеніе органовъ равновѣсія въ отношеніи образованія представленій о пространствѣ, пополняютъ эмпирическую теорію именно въ той ея части, которая представляется наиболѣе слабой стороною этой теоріи. Вмѣстѣ съ тѣмъ эти изслѣдованія, указывая прирожденные механизмы, играющіе существенную роль въ дѣлѣ образованія представленій о пространствѣ, могутъ легко примирить взгляды нативистовъ съ эмпирической теоріей. Въ упомянутой работѣ я выяснилъ, что прирожденные механизмы, которые даютъ намъ возможность создать представленіе пространства помимо внѣшнихъ впечатлѣній, получаемыхъ органами чувствъ, заключены въ т. наз. периферическихъ органахъ равновѣсія. Благодаря выработанному представленію о пространствѣ на основаніи получаемыхъ отъ упомянутыхъ органовъ ощущеній смѣщенія тѣла въ томъ или другомъ направленіи, естественно, что какъ упражненіе, такъ и опытъ въ органахъ чувствъ, на которые опирается эмпирическая теорія, получаютъ свое полное значеніе въ отношеніи локализованія нашихъ ощущеній въ пространствѣ и на основаніи этого въ отношеніи болѣе детальной выработки пространственныхъ представленій.

Обращаясь теперь специально къ занимающей насъ иллюзіи зрѣнія у нашей больной, мы должны прежде всего указать на то обстоятельство, что её вовсе не удается объяснить съ

помощью положеній нативистической теоріи. Въ самомъ дѣлѣ, какъ согласовать съ этимъ явленіемъ напр. взглядъ I. Müller'a, что въ каждомъ полѣ зрѣнія сѣтчатка видитъ свое протяженіе въ состояніи возбужденія. Если бы это было такъ и протяженіе и локалізація предметовъ въ пространствѣ зависѣли бы отъ этой, присущей нашей сѣтчаткѣ, способности измѣрять, а слѣдов. и знать свое собственное протяженіе, то чѣмъ въ самомъ дѣлѣ мы могли бы объяснить то обстоятельство, что изображеніе предмета, поставленнаго непосредственно передъ глазомъ,—изображеніе, падающее слѣдов. приблизительно на область maculae luteae, безъ всякаго перемѣщенія объекта и самого глаза, только при одномъ перемѣщеніи противоположнаго глаза въ томъ или иномъ направленіи будетъ уклоняться въ сторону соотвѣтственно направленію зрительной оси этого глаза. Очевидно, что этотъ взглядъ на сущность пространственнаго воспріятія сѣтчатки не можетъ дать правильнаго объясненія своеобразной иллюзіи, наблюдаемой у нашей больной. Равнымъ образомъ мы не можемъ объяснить этого явленія и съ помощью взгляда Hering'a, по которому сѣтчатка кромѣ зрительнаго воспріятія приспособлена также къ воспріятію трехъ пространственныхъ отношеній—ширины, высоты и глубины. Вѣдь въ нашемъ случаѣ сѣтчатка не подвергалась никакимъ вообще патологическимъ нарушеніямъ.

Изображеніе на ней отпечатывается отъ стоящаго впереди глаза предмета одинаковымъ образомъ, какъ при прямомъ положеніи противоположнаго глаза, такъ и при уклоненіи послѣдняго въ сторону, а между тѣмъ въ послѣднемъ случаѣ происходитъ смѣщеніе зрительнаго впечатлѣнія, какъ будто бы зрительное изображеніе на сѣтчаткѣ пораженнаго глаза перемѣстилось въ направленіи зрительной оси противоположнаго, т. е. здороваго глаза.

Совершенно иначе дѣло обстоитъ, если къ нашему случаю мы примѣнимъ положенія эмпирической теоріи. Припомнимъ знаменательныя слова Helmholtz'a: „Для эмпирической теоріи совершенно безразлично, какую форму имѣетъ сѣтчатка,

какъ на ней лежитъ изображеніе и какіе оно имѣетъ изгибы, лишь бы оно было ясно ограничено. Эта теорія имѣетъ дѣло только „сз проекціею сѣтчатки кнаружи отъ оптическихъ средъ“. И далѣе: „направленіе, въ которомъ видимые предметы находятся по отношенію къ нашему туловищу, узнается сз помощью иннерваціоннаго чувства глазныхъ нервовъ; но оно постоянно контролируется результатомъ, т. е. по перемѣщенію изображеній, которое производитъ иннервація“. Итакъ дѣло не въ самой сѣтчаткѣ, а въ проекціи ея зрительныхъ изображеній кнаружи отъ оптическихъ средъ, причемъ при опредѣленіи направленія зрительныхъ объектовъ играютъ между прочимъ особую роль иннерваціонныя ощущенія, а по другимъ авторамъ—и мышечное чувство. Это какъ нельзя болѣе соотвѣтствуетъ нашему случаю, такъ какъ и занимающее насъ явленіе у нашей больной не можетъ быть объяснено иначе, какъ особымъ вліяніемъ иннерваціонныхъ ощущеній и мышечнаго чувства на локализацию нашихъ зрительныхъ ощущеній въ пространствѣ. Въ самомъ дѣлѣ, почему предметъ, находящійся въ полѣ зрѣнія одного праваго неподвижнаго глаза у нашей больной и видимый ею въ прямомъ направленіи, когда лѣвый ея глазъ направленъ впередъ, тотчасъ же уклонится влѣво или вправо, вверхъ или внизъ, какъ скоро ея лѣвый подвижной глазъ будетъ направленъ влѣво или вправо, вверхъ или внизъ. Очевидно, что это явленіе можетъ быть объяснено только такимъ образомъ, что вмѣстѣ съ передвиженіемъ лѣваго глаза посылается двигательный импульсъ и къ правому глазу, остающемуся неподвижнымъ. Больная однако, благодаря участию въ поражении тройничнаго нерва и существующей анестезіи праваго глаза, въ высшей степени вѣроятія не получаетъ ощущенія его неподвижности и такимъ образомъ лишается нужнаго въ этомъ отношеніи контроля, тогда какъ благодаря состоявшемуся перемѣщенію лѣваго глаза она получаетъ впечатлѣніе о такомъ перемѣщеніи отъ мышцъ лѣваго глаза. Эти условія очевидно и вводятъ въ заблужденіе сознание больной, которое, благодаря полученнымъ иннерваціоннымъ и

мышечнымъ ощущеніямъ отъ лѣваго глаза, и относить ощущение, получаемое правымъ глазомъ, въ сторону передвиженія лѣваго глаза. Тоже самое происходитъ и въ томъ случаѣ, когда находящійся передъ глазами предметъ помѣщается въ полѣ зрѣнія того и другого глаза. Хотя видѣніе предмета здоровымъ лѣвымъ глазомъ, казалось бы, здѣсь должно было исправлять ошибку, тѣмъ не менѣе и въ этомъ случаѣ кромѣ дѣйствительнаго изображенія отъ предмета, поставленнаго впереди глазъ, которое получается лѣвымъ глазомъ, мы имѣемъ мнимое или ложное изображеніе, помѣщающееся въ направленіи зрительной линіи уклоненнаго лѣваго глаза и которое объясняется очевидно тѣми же иннерваціонными ощущеніями и мышечнымъ чувствомъ уклоненнаго лѣваго глаза, которое невольно переносится сознаніемъ на правый неподвижный глазъ, благодаря чему и въ этомъ случаѣ изображеніе, принадлежащее правому глазу, перемѣщается въ направленіи зрительной линіи лѣваго глаза.

Несомнѣнно, что подобнымъ же образомъ должно быть объяснено и своеобразное головокруженіе больной съ кажущимся передвиженіемъ предметовъ, которое съ особенною силою обнаруживается у нея въ томъ случаѣ, когда ея здоровый глазъ прикрытъ, хотя болѣе слабое головокруженіе замѣчается и при открытомъ состояніи обоихъ глазъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ ложное изображеніе, принадлежащее неподвижному правому глазу, постоянно смѣщается вмѣстѣ съ передвиженіемъ здороваго лѣваго глаза, и это постоянное смѣщеніе зрительныхъ изображеній, не отвѣчающее дѣйствительности, очевидно и служитъ причиной чувства неустойчивости равновѣсія больной, лежащаго въ основѣ всякаго головокруженія. Точно также и при закрытіи здороваго глаза изображенія, получаемыя неподвижнымъ лѣвымъ глазомъ, должны по той же причинѣ постоянно смѣщаться изъ стороны въ сторону, благодаря невольнымъ смѣщеніямъ закрытаго лѣваго глаза. Такъ какъ здѣсь при закрытомъ лѣвомъ глазѣ устраняется и контроль со стороны здороваго

глаза, то очевидно, что головокруженіе въ силу того должно наблюдаться еще въ болѣе рѣзкой степени, нежели при открытіи обоихъ глазъ.

Такимъ образомъ мы видимъ, что наблюдаемая у нашей больной своеобразныя явленія смѣщенія въ пространствѣ зрительнаго изображенія, принадлежащаго неподвижному правому глазу, сообразно перемѣщеніямъ зрительной линіи другого глаза, а равно и явленія головокруженія при открытомъ пораженномъ глазѣ вполне легко объясняются съ помощью эмпирической теоріи объ образованіи нашихъ пространственныхъ ощущеній и служатъ такимъ образомъ новымъ подтвержденіемъ этой теоріи.

Къ микроскопической анатоміи продолговатаго мозга.

Л. В. Блуменау.

(Окончаніе ¹⁾)

II. ЯДРА ЗАДНЯГО СТОЛБА.

Эти ядра изслѣдовались мною съ помощью серебряной окраски еще въ 1891 году въ лабораторіи проф. *Golgi*, причемъ вниманіе мое было обращено главнымъ образомъ на *наружное ядро клиновиднаго пучка* ²⁾). Результаты, полученные тогда, были выражены мною въ слѣдующихъ двухъ положеніяхъ.

1) Клѣтки названнаго ядра (по крайней мѣрѣ, преобладающее большинство ихъ) принадлежатъ къ первому типу *Golgi*, т. е. къ такимъ элементамъ, осевые цилиндры которыхъ хотя и отдають боковыя вѣточки, но не теряютъ своей индивидуальности и могутъ быть прослѣжены на большомъ протяженіи; это обстоятельство заслуживаетъ тѣмъ большаго вниманія, что во внутреннемъ ядрѣ клиновиднаго пучка и вообще въ ядрахъ задняго столба несравненно чаще встрѣчается второй типъ клѣтокъ.

¹⁾ см. т. VI, вып. 2.

²⁾ Einige Bemerkungen über den äusseren Kern des Keilstranges. Neurolog. Centralbl. 1891, S. 589.

2) Осевые цилиндры наружнаго ядра направляются обыкновенно *кнаружи*, т. е. въ сторону веревчатого тѣла. Впрочемъ, въ названномъ ядрѣ попадаются и такія клѣтки, осевочилиндрическіе отростки которыхъ идутъ не *кнаружи*, а *кнутри*.

Еще раньше ¹⁾, съ помощью другихъ способовъ окраски, мной отмѣчена была разница въ формѣ и величинѣ клѣтокъ между внутреннимъ и наружнымъ ядромъ клиновиднаго пучка. Клѣтки наружнаго ядра очень велики: ихъ длинникъ равенъ 50—80 μ , тогда какъ длинникъ клѣтокъ внутренняго ядра (за исключеніемъ отдѣльных, болѣе крупныхъ элементовъ) не превышаетъ 25—40 μ . Въ той же работѣ я обратилъ вниманіе на сходство клѣтокъ наружнаго ядра клиновиднаго пучка съ клѣтками *Clarke*'овскаго столба и показалъ, что этому внѣшнему сходству соответствуетъ и физиологическая аналогія обѣихъ клѣточныхъ группъ, такъ какъ, судя по всѣмъ даннымъ, первая группа стоитъ въ такомъ же отношеніи къ веревчатому тѣлу, въ какомъ вторая—къ мозжечковому пучку спиннаго мозга, переходящему выше въ веревчатое тѣло. Наконецъ, я замѣтилъ еще тогда, что въ наружной, болѣе периферической части ядра нѣжнаго пучка также встрѣчается довольно много клѣтокъ, аналогичныхъ клѣткамъ наружнаго ядра клиновиднаго пучка.

Къ этимъ результатамъ прежнихъ своихъ работъ, по отношенію къ наружному ядру клиновиднаго пучка, я не имѣю прибавить ничего новаго. На прилагаемомъ въ концѣ статьи рисункѣ представлены двѣ типичныя клѣтки этого ядра (*d*) и одна клѣтка съ вѣтвящимся и направленнымъ кнутри отросткомъ (*d'*). Клѣтки, подобныя послѣдней, встрѣчаются сравнительно рѣдко.

Внутреннее ядро клиновиднаго пучка.—Излагаемые ниже результаты были сообщены мною вкратцѣ въ научномъ собра-

¹⁾ Вѣстникъ Психіатріи, годъ VIII, вып. 2, стр. 264 и *Neurolog. Centralblatt*, 1891, S. 226.

нии врачей С. - Петербургской клиники душевныхъ болѣзней 16 апрѣля 1896 года ¹⁾.

Большинство клѣтокъ внутренняго ядра клиновиднаго пучка отличается своей малой величиной и вѣтвистостью своего осевоцилиндрическаго отростка. Многіе изъ отростковъ вѣтвятся при этомъ такимъ образомъ, что среди множества получающихся вѣтвей нельзя бываетъ опредѣлить главную; эти отростки „теряютъ свою индивидуальность“ и, слѣдовательно, принадлежатъ къ элементамъ втораго типа, по *Golgi*. Нѣкоторыя изъ ихъ вѣтвей оканчиваются свободною кисточкой, но всегда есть одна или нѣсколько вѣтокъ, идущихъ дальше въ томъ или другомъ направленіи. Ни одной несомнѣнной „клѣтки съ короткимъ отросткомъ“, въ смыслѣ *Ramón y Cajal*'я, я не видѣлъ въ продолговатомъ мозгу, какъ и въ спинномъ ²⁾.

Во всякомъ случаѣ, въ описываемомъ ядрѣ есть и такія клѣтки, осевые цилиндры которыхъ или совсѣмъ не вѣтвятся, или даютъ только боковыя вѣточки, сохраняя вполнѣ свою особенность.

Спрашивается теперь: куда направляются эти осевые цилиндры, а также тѣ вѣтви упомянутыхъ выше цилиндровъ, которыя удастся прослѣдить на большомъ протяженіи? Подтверждаютъ ли препараты, изготовленные по *Golgi*, то, что извѣстно въ этомъ отношеніи на основаніи другихъ способовъ изслѣдованія?

Всѣ данныя заставляютъ насъ принять а priori, какъ это и дѣлаютъ авторы современныхъ руководствъ, что волокна задняго столба оканчиваются свободными развѣтвленіями въ ядрахъ клиновиднаго и нѣжнаго пучковъ, и что отъ клѣтокъ этихъ ядеръ (за исключеніемъ наружнаго ядра клиновиднаго пучка) отходятъ осевые цилиндры, которые продолжаются во

¹⁾ См. Обзорніе Психіатріи, 1896, стр. 390.

²⁾ Ср. мою статью «Нервные клѣтки спиннаго мозга». Неврологическій Вѣстникъ. 1895 г., т. III, вып. 4, стр. 86.

внутреннія дугообразныя волокна, образуютъ верхній или чувствительный перекрестъ и входятъ затѣмъ въ составъ меж-оливнаго (resp. петлевого) слоя противоположной стороны.

Впрочемъ, что волокна клиновиднаго и нѣжнаго пучковъ дѣйствительно оканчиваются въ ядрахъ этихъ пучковъ посредствомъ тонкихъ конечныхъ развѣтвленій,—это было доказано на срѣзахъ, обработанныхъ по *Golgi*, еще въ 1891 году *Kölliker*'омъ¹⁾. Труднѣе доказать, что осевые цилиндры клѣтокъ идутъ на самомъ дѣлѣ въ указанномъ выше направленіи.

Въ человѣческихъ мозгахъ, даже зародышевыхъ, осевоцилиндрическіе отростки удается прослѣдить сравнительно лишь на небольшомъ протяженіи. Однако, и здѣсь (какъ видно на рисункѣ у клѣтокъ *e*¹⁾) многіе изъ отростковъ идутъ, очевидно, въ направленіи внутреннихъ дугообразныхъ волоконъ, т. е. впередъ и внутрь, въ сторону срединной линіи. Лучше, т. е. на большее разстояніе, прослѣживаются эти отростки у новорожденныхъ котятъ. Въ одномъ изъ такихъ мозговъ, на уровнѣ верхняго конца перекреста пирамидъ, я нашелъ въ описываемомъ ядрѣ двѣ клѣтки, у которыхъ осевой цилиндръ тянулся почти до самой линіи порекреста, т. е. до *garhe*.

Однако, не всѣ осевоцилиндрическіе отростки слѣдуютъ направленію внутреннихъ дугообразныхъ волоконъ. Есть между ними и такіе, которые идутъ кнаружи и кзади и входятъ въ задній столбъ. Нѣкоторые изъ этихъ отростковъ принадлежатъ крупнымъ элементамъ, похожимъ на клѣтки наружнаго ядра клиновиднаго пучка; но и мелкія, типичныя клѣтки внутренняго ядра посылаютъ нерѣдко свой отростокъ въ сторону столба. Таковы на рисункѣ клѣтки *e*; у клѣтки *e*¹⁾ осевой цилиндръ дѣлится на-двое, причемъ одна вѣтвь идетъ внутри и впереди, а другая—кнаружи и кзади.

¹⁾ Anatom. Anzeiger, 1891, S. 421.

Иногда, на болѣе толстыхъ срѣзахъ, мнѣ удавалось видѣть, какъ подобный осевой цилиндръ, проникнувъ въ бѣлое вещество столба, загибался, принимая, повидимому, вертикальное направленіе; въ одномъ или двухъ случаяхъ можно было даже замѣтить на концѣ такого цилиндра дихотомическое дѣленіе, причемъ обѣ вѣтки шли въ разныхъ оптическихъ плоскостяхъ (одна въ восходящемъ, другая въ нисходящемъ направленіи).

Хотя, къ сожалѣнію, мнѣ не удалось изслѣдовать эти цилиндры на продольныхъ срѣзахъ продолговатаго мозга, однако, въ виду только-что сказаннаго, а также по аналогіи съ спиннымъ мозгомъ, я полагаю, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ короткими волокнами, предназначенными для связи различныхъ уровней того же ядра. Если, пользуясь терминологіей, установленной для спинного мозга, клѣтки съ отросткомъ, направленнымъ къ *garhe*, могутъ быть названы спаечными или *шовными*, то такія клѣтки съ осевымъ цилиндромъ, переходящимъ въ задній столбъ, слѣдуетъ назвать *клетками задняго столба* ¹⁾.

Впрочемъ, весьма возможно, что нѣкоторые изъ осевыхъ цилиндровъ, поступающихъ въ задній столбъ, впоследствии, на болѣе высокомъ уровнѣ, покидаютъ столбъ и переходятъ во внутреннія дугообразныя волокна. Эту возможность надо особенно принять во вниманіе въ виду заявленія нѣкоторыхъ авторовъ, что часть волоконъ задняго столба идетъ на противоположную сторону прямо, т. е. не прерываясь въ одноименныхъ ядрахъ. Быть можетъ, эти волокна—ничто иное, какъ упомянутыя осевыя цилиндры, принадлежащія заднему столбу только въ извѣстной части своего пути.

Наконецъ, возможно и то, что часть этихъ цилиндровъ рано или поздно переходить въ веревчатое тѣло. Во всякомъ случаѣ, связь съ послѣднимъ я считаю болѣе чѣмъ вѣроятной для

¹⁾ Клѣтка *e''*, по той же терминологіи, заслуживала бы названіе *ободосторонней* (*гетеромерной*).

тѣхъ крупныхъ элементовъ, которые встрѣчаются мѣстами среди мелкихъ клѣтокъ внутренняго ядра и, какъ сказано выше, представляютъ большое сходство съ клѣтками наружнаго ядра клиновиднаго пучка.

Ядро нѣжнаго пучка.—Какъ было замѣчено мною раньше, въ томъ ядрѣ, особенно въ периферической его части, содержатся также клѣтки, болѣе или менѣе сходныя съ клѣтками наружнаго клиновиднаго ядра. Онѣ посылаютъ свои осевые цилиндрическіе отростки назадъ и внаружи, и изъ этихъ отростковъ образуются такъ назыв. заднія наружныя дугообразныя волокна, входящія въ веревчатое тѣло (см. рисунокъ, клѣтка *g*).

Остальныя клѣтки похожи во всемъ на элементы внутренняго ядра клиновиднаго пучка, съ тою лишь разницею, что осевые цилиндрическіе отростки ихъ, въ общемъ, не такъ вѣтвисты. На рисунокѣ изображена одна такая клѣтка (*g'*) съ отросткомъ, переходящимъ, повидимому, во внутреннее дугообразное волокно.

Въ 1896 году, вскорѣ послѣ моего доклада въ научномъ собраніи врачей клиники, появилась на нѣмецкомъ языкѣ монографія *Ramon y Cajal'*¹⁾, въ которой есть небольшая глава, посвященная ядрамъ задняго столба. Авторъ, пользовавшійся для своихъ изслѣдованій зародышами животныхъ (сначала мышей и кроликовъ, потомъ—собакъ и кошекъ), заявляетъ, что его результаты „согласуются вполне съ общепринятымъ мнѣніемъ: волокна задняго столба оканчиваются въ названныхъ ядрахъ свободными вѣтвями, изъ клѣтокъ же, съ которыми соприкасаются эти вѣтви, беретъ начало центральный чувствительный путь“.

¹⁾ Beitrag zum Studium der Medulla oblongata etc. Leipzig. 1896, S. 50.

Меня удивляет то обстоятельство, что знаменитый изслѣдователь не дѣлаетъ никакого различія между внутреннимъ и наружнымъ ядромъ клиновиднаго пучка; все, что говорится имъ о „ядрѣ Бурдаховскаго пучка“, должно быть отнесено, очевидно, къ внутреннему ядру. Къ сожалѣнію, ни въ этой главѣ, ни на другихъ страницахъ книги нѣтъ ни одного рисунка, на которомъ бы были изображены описываемыя ядра.

Изъ описанія автора можно вывести такое заключеніе, что всѣ осевые цилиндры этихъ ядеръ переходятъ въ *fibrae arcuatae internae*. Въ дѣйствительности дѣло обстоитъ не такъ просто.

III. СТУДЕНИСТОЕ ВЕЩЕСТВО (SUBSTANTIA GELATINOSA).

Студенистое вещество встрѣчается въ двухъ мѣстахъ продолговатаго мозга, а именно: въ ближайшемъ сосѣдствѣ такъ называемыхъ „восходящихъ“ чувствительныхъ корешковъ двухъ нервовъ—тройничнаго и блуждающаго (*resp.* языкоглоточнаго). Обѣ студенистыя массы—*substantia gelatinosa trigemini* и *substantia gelatinosa vagi*—представляютъ большое сходство между собою не только въ анатомическомъ, но и въ физиологическомъ отношеніи, такъ какъ обѣ онѣ служатъ мѣстомъ окончанія извѣстной части чувствительныхъ корешковыхъ волоконъ. Однако ихъ слѣдуетъ разсмотрѣть отдѣльно.

Substantia gelatinosa trigemini.—Пучекъ волоконъ, извѣстный подъ именемъ восходящаго корешка тройничнаго нерва, состоитъ, какъ показали недавнія изслѣдованія *Held'a* ¹⁾ и *Kölliker'a* ²⁾, изъ нисходящихъ вѣтвей чувствительнаго корешка *trigemini* и потому долженъ бы называться скорѣе нисходящимъ корешкомъ. Но такое обозначеніе повело бы, конечно, къ сбивчивости, такъ какъ у тройничнаго нерва есть другой нисходящій корешокъ. Поэтому я предпочитаю назы-

¹⁾ Arch. f. Anatomie und Physiol. Anatom. Abtheil., 1892.

²⁾ Handbuch der Gewebelehre, II Bd., 6-e Aufl. (1893), S. 279.

вать упомянутый пучекъ *спинномозговымъ* корешкомъ нерва въ виду того, что часть его волоконъ дѣйствительно доходить до спинного мозга.

Held, Kölliker и *van Gehuchten*, пользуясь способомъ *Golgi*, нашли, что волокна этого корешка (имѣющія свои начальныя клѣтки въ Гассеровомъ узлѣ) оканчиваются свободными развѣтвленіями въ студенистомъ веществѣ, прилежащемъ къ корешку съ тыльно-внутренней его стороны. О самомъ студенистомъ веществѣ *Kölliker* говоритъ, что оно „содержитъ большое число многоотростчатыхъ, средней величины, клѣтокъ, осевые цилиндры которыхъ, видимые только на небольшомъ протяженіи, не даютъ вѣтвей (?) и направляются то назадъ, то впередъ и внутрь“¹⁾.

Результаты моихъ наблюденій, сообщенные также въ упомянутомъ выше докладѣ (1896 г.), противорѣчатъ описанію *Kölliker*'а въ томъ отношеніи, что клѣтки съ вѣтвистыми осевыми цилиндрами наблюдались мною въ Роландовомъ веществѣ, наоборотъ, очень часто. Такіе клѣточные элементы, отличающіеся вообще малой величиной, образуютъ преобладающее большинство, и только мѣстами между ними встрѣчаются болѣе крупныя клѣтки съ невѣтвящимися или мало вѣтвящимися осевыми цилиндрами.

Ходъ осевоцилиндрическихъ отростковъ и ихъ вѣтвей бываетъ въ высшей степени сложенъ и часто не поддается никакому опредѣленію. Однако, и здѣсь, какъ въ ядрахъ задняго столба, попадаетъ не мало клѣтокъ, отростки которыхъ могутъ быть прослѣжены на большее или меньшее разстояніе внутри, т. е. въ сторону шва. Едва ли можно сомнѣваться въ томъ, что эти осевые цилиндры представляютъ собою центральный чувствительный путь для тройничнаго нерва.

Но, съ другой стороны, значительное число осевоцилиндрическихъ отростковъ направляется, наоборотъ, кнаружи и входитъ въ сосѣдній спинномозговой корешокъ *trigemini*. При-

¹⁾ Л. с., стр. 281.

мѣромъ служить на рисункѣ клѣтка *f*". На одномъ продольномъ сръзѣ продолговатаго мозга новорожденнаго котенка мнѣ также удалось найти осевой цилиндръ, шедшій отъ клѣтки Роландова вещества въ корешокъ и прививавшій тамъ восходящее направленіе. Такимъ образомъ, спинномозговой корешокъ тройничнаго нерва состоитъ, очевидно, не изъ однихъ нисходящихъ корешковыхъ волоконъ, но отчасти и изъ восходящихъ чувствительныхъ волоконъ второго порядка.

Слѣдуетъ замѣтить, что клѣтки, посылающія свой отростокъ въ спинномозговой корешокъ *trigeminі*, встрѣчаются, по преимуществу, въ наружныхъ, т. е. ближайшихъ къ корешку, частяхъ Роландова вещества, а также на границѣ между послѣднимъ и корешкомъ. Однако и отъ глубокихъ клѣтокъ Роландова вещества отходятъ въ сторону корешка многочисленныя вѣтви осевыхъ цилиндровъ.

Въ послѣднее время студенистое вещество тройничнаго нерва было основательно изучено *Ramón* и *Sajal* емъ на мышинныхъ мозгахъ ¹⁾. Авторъ различаетъ, кромѣ собственныхъ (глубокихъ) клѣтокъ этого вещества, еще „интерстиціальныя“ и „пограничныя“ клѣтки; первыя лежатъ между пучками глубокаго (внутренняго) слоя корешка *trigeminі*, вторыя—на границѣ между корешкомъ и *substantia Rolando* ²⁾; и тѣ, и другія клѣтки имѣютъ нерѣдко веретенообразную форму. Относительно направленія ихъ осевоцилиндрическихъ отростковъ *Ramón* и *Sajal* нашелъ, что нѣкоторые изъ этихъ отростковъ идутъ *въ соседній пучекъ корешка* и восходятъ въ немъ въ вертикальномъ направленіи, тогда какъ другіе тянутся внутри, въ сторону „центрального чувствительнаго пути“.

Что касается собственныхъ (глубокихъ) клѣтокъ студенистаго вещества, то авторъ подраздѣляетъ ихъ на мелкія

¹⁾ Л. с., стр. 6 и слѣд.

²⁾ Прямѣромъ интерстиціальной клѣтки служитъ на моемъ рисункѣ клѣтка *i*.

и крупныя. Первыя встрѣчаются въ большомъ количествѣ и нерѣдко располагаются островками; ихъ нѣжныя осевые цилиндры многократно вѣтвятся въ студенистомъ веществѣ и идутъ весьма сложнымъ, трудно опредѣлимымъ путемъ. Нѣкоторые изъ нихъ удается, впрочемъ, прослѣдить до сѣтевиднаго образованія, откуда они переходятъ, вѣроятно, въ центральный чувствительный путь.

Легче удавалось автору подмѣтить только-что указанный переходъ у осевыхъ цилиндровъ крупныхъ клѣтокъ, разсѣянныхъ неравномѣрно по всему Роландову веществу. Эти цилиндры тянутся въ видѣ дугообразныхъ волоконъ черезъ *raphe* на противоположную сторону, хотя есть между ними и такіе, которые не участвуютъ въ перекрестѣ, но принимаютъ восходящее направленіе въ сѣтевидномъ образованіи своей стороны, неподалеку отъ *genu facialis* (гдѣ, по автору, пролегаетъ центральный чувствительный путь для тройничнаго нерва).

Кромѣ послѣдняго пункта, относительно котораго я не могу сказать ничего положительнаго, результаты, полученные *R. y Cajal* емъ, какъ нельзя болѣе соотвѣтствуютъ моимъ наблюденіямъ.

Substantia gelatinosa vagi. — Насколько мнѣ извѣстно, предметомъ спеціальнаго изслѣдованія по способу *Golgi* это вещество до сихъ поръ не было; однако, *Held* и *Kölliker* показали уже, что въ немъ оканчивается свободными развѣтвленіями значительная часть конечныхъ и боковыхъ вѣтвей такъ называемаго одиночнаго пучка, т. е. нисходящаго чувствительнаго корешка IX и X паръ. О клѣткахъ самаго студенистаго вещества *Kölliker* замѣчаетъ только, что онѣ „небольшой величины, многоотростчаты и посылаютъ свой осевой цилиндръ по большей части въ брюшномъ направленіи“ (1. с., стр. 245). Авторъ полагаетъ, что эти осевые цилиндры переходятъ черезъ шовъ и принимаютъ участіе въ образованіи петлевого слоя.

Въ морфологическомъ отношеніи, можно и здѣсь (подобно тому, какъ это дѣлаетъ *R. y Cajal* для *substantia gelatinosa*

trigemini) различать: 1) пограничныя, 2) интерстиціальныя или межпучковыя и 3) собственные клѣтки студенистаго вещества. Первые двѣ категоріи клѣтокъ отличаются отъ послѣдней значительно бѣльшей величиной. Пограничныя клѣтки, которыя лежатъ не на границѣ между студенистымъ веществомъ и корешкомъ, а по окружности того и другого, имѣютъ весьма характерную форму: ихъ вытянутое, веретенообразное тѣло, вмѣстѣ съ отходящими на обоихъ концахъ дендритами, изогнуто въ видѣ сегмента и вогнутой стороною прилегаетъ къ периферіи студенистаго вещества или одиночнаго пучка¹⁾. Собственныя клѣтки студенистаго вещества сильно напоминаютъ собою клѣтки спинномозговой substantiae Rolandi, съ тою развѣ разницей, что осевые цилиндры ихъ менѣе вѣтвисты. Между ними попадаются замѣчательно мелкіе элементы—одни изъ самыхъ мелкихъ, какіе вообще приходится видѣть въ центральной нервной системѣ.

Осевые цилиндры всѣхъ этихъ клѣтокъ—тамъ, гдѣ они вообще доступны изслѣдованію,—идутъ по двумъ главнымъ направленіямъ: бѣльшая часть ихъ устремляется кнутри и впереди, въ сторону шва (клѣтки t и s'), другіе же (клѣтка s) входятъ въ funiculus solitarius, гдѣ они нерѣдко загибаются вверху, переходя, очевидно, въ вертикальное волокно пучка.

Такимъ образомъ и здѣсь повторяется то же самое, что мы видѣли и въ спинномозговомъ корешкѣ пятой пары: *нисходящій чувствительный корешокъ нерва содержитъ въ себѣ восходящія чувствительныя волокна второго порядка*.

Дальнѣйшій ходъ и конечное назначеніе этихъ волоконъ едва ли могутъ быть выяснены одними изслѣдованіями по способу Golgi; окончательнаго рѣшенія вопроса нужно ждать отъ другихъ методовъ и въ особенности отъ метода вторичныхъ перерожденій. Есть, однако, одно обстоятельство, заставляющее меня предполагать, что разсматриваемыя волокна, всѣ

¹⁾ См. на рисункѣ клѣтку t .

или частію, покидаютъ со временемъ одиночный пучекъ и переходятъ чрезъ *garhe*: на многихъ срѣзахъ, сдѣланныхъ изъ болѣе высокихъ частей продолговатаго мозга, мнѣ случилось видѣть, какъ изъ *funiculi solitarii* выходили цѣлыя пучки волоконъ, перекрещивавшіеся на срединной линіи и направлявшіеся дальше впередъ, къ межоливному слою. Чтобы подобный перекрестъ былъ образованъ нисходящими корешковыми волокнами блуждающаго (resp. языкоглоточнаго) нерва, это кажется мнѣ трудно допустимымъ.

Только-что высказанное предположеніе не исключаетъ, конечно, возможности, что часть восходящихъ въ одиночномъ пучкѣ волоконъ направляется куда-нибудь въ другое мѣсто, напр., въ мозжечекъ—черезъ внутренній отдѣлъ его задней ножки. Какъ уже сказано, рѣшающее значеніе могли бы имѣть здѣсь изслѣдованія вторичныхъ перерожденій.

Считаю нужнымъ прибавить, что и въ такъ называемомъ *тыльномъ ядрѣ блуждающаго нерва*, а именно—въ наружномъ его отдѣлѣ, встрѣчаются клѣтки, посылающія свой осевоцилиндрическій отростокъ въ одиночный пучекъ (клѣтки *l* на рисункѣ). Что касается другихъ клѣтокъ того же ядра, то ихъ отростки направляются болѣе внутри, къ *garhe* (*k*, *k*¹, *l*), причемъ иногда они образуютъ предварительный загибъ внаружи и взади (какъ у клѣтки *l*'').

IV. ОБЛАСТЬ НИЖНЕЙ ОЛИВЫ.

Относительно самой оливы и ея придатковъ я не имѣю прибавить ничего новаго къ тому, что извѣстно о нихъ въ настоящее время. Какъ ни хорошо окрашиваются вообще оливныя клѣтки по способу *Golgi*, прослѣдить ихъ осевоцилиндрическіе отростки на сколько-нибудь значительное разстояніе удастся только въ рѣдкихъ случаяхъ, причиною чему является, конечно, извилистость хода этихъ

отростковъ. На прилагаемомъ рисункѣ нанесено нѣсколько изъ наиболѣе удавшихся клѣтокъ; всѣ онѣ, за исключеніемъ одной клѣтки тыльнаго придатка (*ор*), шлютъ свои отростки къ *гархе*, что вполне согласуется съ общепризнаннымъ фактомъ—связью оливы съ противоположнымъ веревчатымъ тѣломъ.

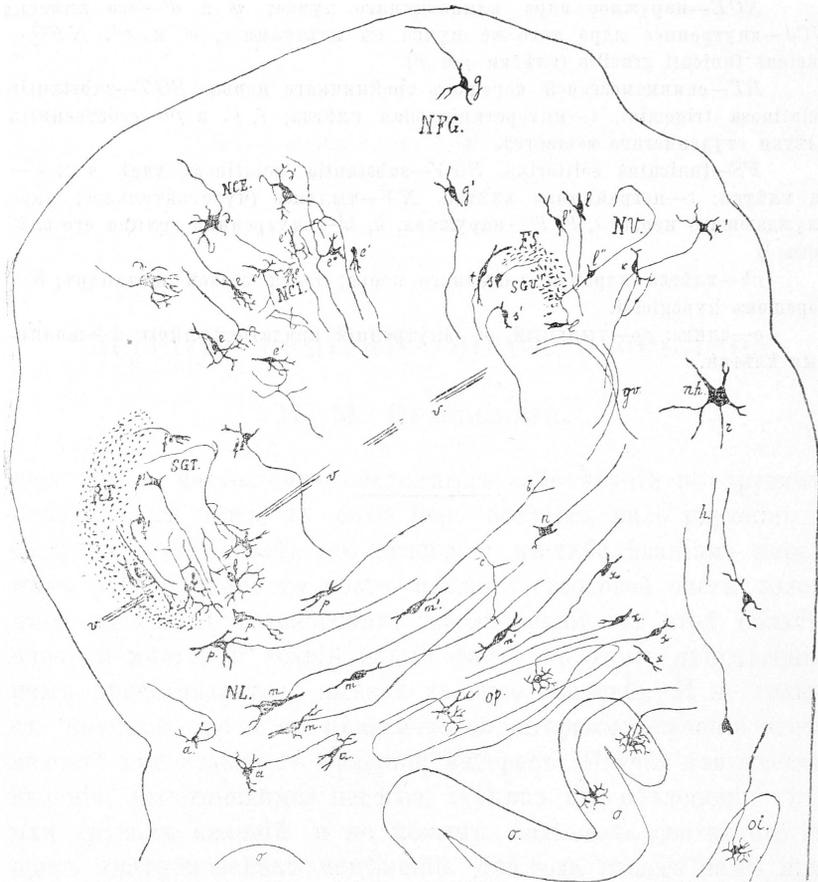
Но не самой оливы я имѣлъ въ виду посвятить эту часть своей статьи: мнѣ хотѣлось обратить вниманіе на особаго рода клѣтки, которыя, за неимѣніемъ другого названія, я назову просто *заоливными клѣтками*, такъ какъ онѣ лежатъ позади оливы или, точнѣе, у внутренняго конца ея тыльнаго придатка (см. на рисункѣ клѣтки *x*). Эта группа заслуживаетъ отдѣльнаго описанія какъ по своему постоянству, такъ и по нѣкоторымъ особенностямъ, общимъ для всѣхъ ея клѣтокъ.

Это клѣтки средней величины и удлиненной, веретенообразной формы. Своимъ длинникомъ онѣ располагаются, по большей части, параллельно краю тыльнаго придатка оливы, рѣже стоятъ подъ угломъ къ этому краю. Нѣкоторыя изъ нихъ лежатъ на самой границѣ оливнаго придатка, но большинство занимаетъ сосѣднюю часть сѣтевиднаго образованія.

Осевоцилиндрическіе отростки этихъ клѣтокъ тянутся *кнаружи* параллельно тыльному придатку оливы; нѣкоторые изъ нихъ пересѣкаютъ послѣдній и идутъ затѣмъ между нимъ и главной оливой. Къ самой оливы или къ ея придатку они едва ли имѣютъ какое-нибудь отношеніе; по крайней мѣрѣ, мнѣ ни разу не приходилось видѣть, чтобы они отдавали боковые отростки къ оливнымъ клѣткамъ.

Дальше области ядеръ бокового столба эти осевые цилиндры не могли быть прослѣжены. Весьма возможно, что они продолжаютъ въ наружныя дугообразныя волокна и чрезъ посредство ихъ въ веревчатое тѣло своей стороны, если только они не переходятъ въ вертикальныя волокна гдѣ - вѣбудь раньше, напр. вблизи ядеръ бокового столба.





Объяснение рисунка.

Часть поперечнаго разреза продолговатаго мозга. (Новорожденный младенец. Окраска по Golgi).

NL.—область ядер бокового столба; а—кѣтки передняго, р—кѣтки задняго ядра; m—средняя крупнокѣточная группа, продолжающаяся къзади, черезъ посредство кѣтокъ m', въ nucleus ambiguus авторовъ (и)¹⁾; v—корешокъ vagi; gv—genu vagi (перегибъ корешковыхъ волоконъ).

¹⁾ Обѣ кѣтки m' срисованы съ одного препарата. У одной изъ нихъ осевой цилиндръ дѣлится (у B) на двѣ вѣтви и, кромѣ того, отдаетъ боковую вѣточку—с, оканчивающуюся свободнымъ развѣтвленіемъ у второй кѣтки.

NCE—наружное ядро клиновидного пучка; *d* и *d'*—его клѣтки; *NCJ*—внутреннее ядро того же пучка съ клѣтками *e*, *e'* и *e''*. *NFG*—nucleus funiculi gracilis (клѣтки *g* и *g'*).

RT—спинномозговой корешокъ тройничного нерва. *SGT*—substantia gelatinosa trigemini; *i*—интерстиціальная клѣтка; *f*, *f'* и *f''*—собственные клѣтки студенистаго вещества.

FS—funiculus solitarius. *SGV*—substantia gelatinosa vagi; *s* и *s'*—ея клѣтки; *t*—пограничная клѣтка. *NV*—тыльное (чувствительное) ядро блуждающаго нерва; *l*, *l'*, *l''*—наружная, *k*, *k'*—внутренняя группа его клѣтокъ ¹⁾.

nh—клѣтка ядра подъязычнаго нерва; *r*—ея осевой цилиндръ; *h*—корешокъ hypoglossi.

o—олива; *op*—тыльный, *oi*—внутренній придатокъ оливы; *x*—заоливныя клѣтки.

¹⁾ Осевой цилиндръ клѣтки *k* посылаетъ боковую вѣтвь назадъ, въ сторону дна четвертаго желудочка.

Изъ клиники проф. А. Я. Кожевникова.

Myelitis centralis acuta ascendens.

Н. М. Верзилова.

Отношеніе настоящихъ системныхъ заболѣваній къ другимъ, близкимъ къ нимъ, до сихъ поръ остается мало изученнымъ фактомъ. Всего болѣе это относится къ заболѣваніямъ переднихъ роговъ спинного мозга и ядеръ стволовой части головного мозга. Анатомическихъ изслѣдованій въ этой области очень немного, и всякій новый фактъ въ этомъ направленіи, намъ представляется, имѣеть научное значеніе. И не только съ научной, но и съ практической стороны изученіе этихъ явленій представляетъ большой интересъ. Изучая клиническія явленія, мы становимся нерѣдко втушикъ при объясненіи тѣхъ или другихъ явленій и не можемъ подыскать соответствующихъ анатомическихъ измѣненій. Два года назадъ намъ пришлось наблюдать очень интересный въ клиническомъ отношеніи случай заболѣванія, представившій не меньше интереса и при анатомическомъ изслѣдованіи.

Больная В. Л., 28 лѣтъ, поступила въ клинику нервныхъ болѣзней 24. XI. 95 г. съ жалобой на затрудненное движеніе въ верхнихъ конечностяхъ, на слабость въ движеніяхъ головы, затрудненіе глотанія и рѣчи.

Изъ анамнеза больной извѣстно, что она происходитъ изъ здоровой семьи; отецъ хотя и алкоголикъ, но совершенно здоровый человѣкъ; мать тоже здоровая женщина. Наслѣдственный сифилисъ отрицается. Въ семьѣ было двѣнадцать человѣкъ дѣтей, въ живыхъ осталось трое; остальные умерали въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ отъ случайныхъ, болшею частью

инфекціонныхъ болѣзней. Наслѣдственный туберкулезъ отрицается. Родилась больная въ срокъ, въ дѣтствѣ перенесла корь и вѣтрENNую оспу; рахитомъ не страдала, золотухи не было; росла здоровымъ ребенкомъ въ обычной крестьянской обстановкѣ; 14-ти лѣтъ пришли регулы, установились сразу и никогда никакихъ уклоненій отъ нормы не представляли. 18-ти лѣтъ вышла замужъ; на второмъ году замужества первая беременность; всѣхъ родовъ было пять, протекали благополучно; выкидышей не было. Последніе роды въ Мартѣ 95 года, съ тѣхъ поръ регулъ не было, хотя ребенокъ и умеръ въ концѣ Юня. Указаній на приобретенный лues нѣтъ. До настоящей болѣзни отличалась цвѣтущимъ здоровьемъ, хотя семейная жизнь сложилась неудачно: мужъ пьяница, часто билъ жену и всѣ заботы о домѣ лежали на нашей больной. Съ 10-го Юля 95 года появились тупыя боли въ области затылка и верхнихъ шейныхъ позвонковъ, которыя, все усиливаясь, продолжались до 23-го. Въ этотъ день, выйдя утромъ въ нежаркій день на работу—собирать скошенную рожь въ снопы, больная черезъ нѣкоторое время стала замѣчать слабость въ движеніяхъ пальцевъ лѣвой руки; слабость эта все нарастала и къ 2 часамъ дня больная должна была оставить совсѣмъ работу, потому что рука была очень слаба, а къ вечеру этого же дня въ ней развился полный параличъ. Одновременно съ этимъ больная замѣтила онѣмѣніе въ парализованной рукѣ и лѣвой половинѣ лица; лѣвый глазъ сильно покраснѣлъ. На слѣдующій день больная отправилась за нѣсколько верстъ къ врачу, который далъ ей какое-то растиранье. Лихорадочнаго состоянія, по словамъ больной, въ это время не было, и съ тѣхъ поръ, какъ развился параличъ, боли въ шеѣ исчезли.

25-го утромъ безъ всякой видимой причины ослабѣла и правая рука также постепенно, но полного паралича въ ней не было; слабость ограничивалась главнымъ образомъ только плечевымъ и локтевымъ суставами и разгибаніе кисти было неполное. Въ этотъ же день она почувствовала, что ей трудно говорить и глотать, рѣчь была невнятная, и пища, особенно твердая, прокатывалась съ трудомъ; каждый глотокъ сопровождался поперхиваніемъ; дыханіе было нѣсколько затруднено. Въ это же время больная замѣтила, что не можетъ приподнимать головы отъ груди и съ трудомъ удерживаетъ прямо голову; голова оставалась опущенной на грудь. Больную отвезли въ земскую больницу, гдѣ ей было слѣдано энергичное леченіе мушками; послѣ этого движенія головы улучшились, больная стала удерживать ее, нѣсколько улучшились также глотаніе, рѣчь и движенія въ правой рукѣ. Лѣвой глазъ оставался краснымъ около недѣли.

Status praesens. Больная среднего роста, умѣренного тѣлосложенія; костный скелетъ развитъ правильно, позвоночникъ уклоненій въ сторону не представляетъ. Кожа и видимыя слизистыя оболочки нѣсколько блѣдны. Подкожно жировой слой въ недостаточномъ количествѣ. Со стороны внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго отмѣтить нельзя.

Нервная система. Черепъ правильной формы, долихоцефалической. Головныхъ болей и головокруженій нѣтъ, черепъ при постукиваніи не болѣзненъ.

Со стороны головных нервов можно отметить разницу зрачков: левый зрачек уже правого и хуже расширяется, чем правый при действии света и при конвергенции. Дыхание свободно; рѣчь не затруднена. Глотание нѣсколько разстроено: при проглатываніи твердой пищи—поперхиваніе, кусокъ какъ бы останавливается; жидкое глотаеъ свободно. Слюноотдѣленіе не увеличено.

Дополнительная сфера. Движенія головы по силѣ и объему ослаблены во всѣхъ направленіяхъ, но главнымъ образомъ поднятіе головы и отведеніе назадъ. Обыкновенно больная поддерживаетъ голову рукой. Полный параличъ лѣвой руки и значительное ослабленіе движеній въ правой. Поднять правую руку до горизонтальной линіи не можетъ; сила въ плечевомъ суставѣ ничтожная; отведеніе плеча кзади очень ограничено, приведеніе нѣсколько лучше. Сгибаніе и разгибаніе въ локтѣ по объему достаточны, по силѣ ослаблены значительно; пронація и супинація кисти также ослаблены значительно; движенія въ лучезапястномъ суставѣ по объему достаточны, по силѣ ослаблены; сгибаніе пальцевъ по объему достаточное, разгибаніе—ослаблено; четвертый и пятый пальцы вполне не разгибаются; раздвиганіе пальцевъ удовлетворительное; движенія большого пальца—достаточны. Сила движеній въ пальцахъ—рѣзко ослаблена, по динамометру сила правой руки=10 кил. Движенія плечелопаточнаго пояса значительно ослаблены: лопатки отведены отъ грудной кѣтки, повернуты около вертикальной оси и сдвинуты кпереди, особенно лѣвая. Движенія туловища и нижнихъ конечностей достаточны по силѣ и объему. Питаніе мышцъ верхнихъ конечностей, шейныхъ и плечелопаточнаго пояса рѣзко разстроено; заднія шейныя мышцы атрофированы, позвоночникъ легко прощупывается, атрофія рѣзче выражена слѣва. Надплечья—запали, особенно лѣвое, m. cucullaris совсѣмъ не прощупывается. Spina scapulae рѣзко выдается, supraspinati et infraspinati глубоко атрофированы. M—i pectorales сохранились лучше другихъ, особенно правый. M—us deltoideus слѣва—сильно атрофированъ и прощупывается въ видѣ тонкихъ пучковъ. M—i latissimi dorsi et serrati antici—справа и слѣва атрофированы. На правой рукѣ остальные мышцы представляются вообще нѣсколько похудѣвшими, на лѣвой—атрофія нѣсколько маскируется отечностью предплечья и кисти и сильно выраженнымъ tendovaginit'омъ сухожилій разгибателей. Кромѣ того въ m. triceps, biceps, отчасти въ supinator sinister отложено большое количество жира. Механическая возбудимость мышцъ повышена. Исслѣдованіе электросократительности дало слѣдующіе результаты:

	Инд.	токъ	KZS.	AZS.	
Заднія шейныя мышцы справа	60		3,5	4,5) вал.
» « слѣва	60		3,5	4,5	
M. cucullaris dextr.	60		3,5	4,5) сокр.
» sinis.	60		3,5	4,5	
M. sternoidei dex.	70		2,5	3,5	
» » sin.	70		2,5	3,5	

M-us deltoideus	dex.	40	6,0	6,0
»	sin.	20	7,5	7,0
M-us latissim. dorsi	dex.	20	14,0	14,0
»	sin.	20	14,0	14,0
M. serrat. ant. maj.	d.	15	16,0	16,0
»	s.	0	0	18,0
M. supraspinatus.	d.	20	14,0	12,0
»	s.	0	0	18,0
M. infraspinatus.	d.	15	18,0	14,0
»	s.	0	0	18,0
M. pectoralis maj.	d.	40	10,0	11,0
»	s.	40	10,0	11,0
M. deltoideus	d.	40	6,0	6,5
»	s.	15	0	18,0
M. triceps	d.	80	1,5	2,5
»	s.	70	2,0	2,5
M. biceps.	d.	50	6,0	7,0
»	s.	0	0	0
M. brachial. int.	d.	75	2,5	3,5
»	s.	75	2,5	3,5
M—s extens. digit.	d.	70	2,5	2,5
»	s.	0	0	0
M.—supinat long.	d.	60	3,0	3,5
»	s.	0	0	0
M. flexores	d.	70	2,5	3,0
»	s.	0	0	0
M—i inteross.	d.	50	4,5	4,5
»	s.	0	0	0
M—i emin. thenar.	d.	60	4,0	4,5
»	s.	0	0	0
M—i emin. hypoth.	d.	60	4,0	4,5
»	s.	0	0	0
N. medianus	d.	80	3,0	4,0
»	s.	0	0	0
N. ulnaris	d.	80	2,5	3,0
»	s.	0	0	0
N. radialis	d.	70	3,0	4,0

Питаніе мышц туловища и нижних конечностей совершенно нормально.

Чувствительность. Позвоночникъ при давленіи и при поколачиваніи молоточкомъ болѣзненъ въ области 4, 5 и 6 шейныхъ позвонковъ. Больная жалуется на ноющія боли въ лѣвой рукѣ и сильнѣе всего въ области кисти, по временамъ въ этой же рукѣ чувство холода и ползанья мурашекъ. На лѣвой половинѣ лица, головы, шеи (спереди и сзади) прикосновеніе и уколъ ощущаетъ хуже, чѣмъ на соответствующихъ мѣстахъ правой поло-

вины. Въ лѣвой половинѣ туловища спереди до Пупартовой связки, сзади до мѣста соединенія позвоночника съ крестцомъ—уколъ воспринимается хуже, чѣмъ на соответствующихъ мѣстахъ правой половины; прикосновение одинаково хорошо. На лѣвой рукѣ тактильная анестезія занимаетъ только область кисти (съ тыла) и нижней трети предплечья, гдѣ прикосновение кисточки воспринимается нѣсколько хуже, чѣмъ на правой рукѣ, но за то болевая анестезія глубоко выражена: на кисти и нижней трети предплечья болевое ощущение совершенно отсутствуетъ, на верхней трети и нижней половины плеча сильно понижено, на верхней половинѣ плеча степень пониженія такая-же, какъ и на туловищѣ. Изслѣдованіе электрокожной чувствительности дало слѣдующія цифры:

		перв. ощущ.	бол. ощущ.
Лобъ.	справа	150	130
	слѣва	130	110
Щека.	правая	155	135
	лѣвая	125	110
Подбородокъ.	правая	155	135
	лѣвая	125	111
Губа верх.	правая	160	140
	лѣвая	130	106
Шея спереди.	правая	126	114
	лѣвая	100	87
Грудь выше соска.	правая	126	111
	лѣвая	126	75
Грудь ниже соска.	правая	126	111
	лѣвая	126	74
Животъ выше пуп.	правая	128	113
	лѣвая	128	88
Темя.	справа	127	104
	слѣва	117	91
Затылокъ.	справа	130	114
	слѣва	115	91
Шея (верх. шейн. позв.)	справа	129	113
	слѣва	109	90
Acromion	справа	135	119
	слѣва	135	80
Плечо снаружи	справа	130	111
	слѣва	130	40
Плечо снарути	справа	130	112
	слѣва	130	60
Локтевой суставъ сзади.	правая	125	114
	лѣвая	125	40
Локтевой суставъ спереди.	правая	130	112
	лѣвая	130	50

		Перв. оп.	Бол. вщ.
Предплъчье (тыльн. пов.).	правая	125	104
	лѣвая	100	0
— ладон. пов.	правая	125	104
	лѣвая	100	10
Тыль кисти.	правая	115	97
	лѣвая	105	0
Ладонь.	правая	120	100
	лѣвая	100	0
Лопатки.	правая	125	115
	лѣвая	125	75
Нижне лопатокъ.	правая	125	115
	лѣвая	125	70

Соответственно положенію болевой чувствительности понижена и температурная въ тѣхъ же границахъ на лѣвой рукѣ и лѣвой половинѣ туловища; такимъ образомъ на кисти, нижней трети предплъчья больная совсѣмъ не различаетъ разницы между горячимъ и холоднымъ; на остальномъ предплъчьи и нижней трети плеча не различаетъ разницы въ 12°, на плечѣ, надплъчьи—6°, на лѣвой половинѣ туловища—4°. Явленій дизестезіи не замѣчается. Замедленія въ проведеніи ощущеній, повторности болевыхъ ощущеній—нѣтъ. Несильныя боли по временамъ въ межреберныхъ промежуткахъ слѣва, мозжація боли въ правой рукѣ.

Рефлексы кожные нормальны, сухожильныя—на ногахъ повышены, съ biceps sin.—не получается и вмѣсте него съ brachial. inter, съ triceps sin.—повышены; съ biceps и triceps dexter—повышены.

Тазовые органы въ порядкѣ. Изъ *вазомоторныхъ* явленій можно отмѣтить чувство жара въ лѣвой половинѣ лица, головы, лѣвой половинѣ туловища и лѣвой рукѣ; а по временамъ въ лицѣ слѣва дѣйствительно замѣчается болѣе яркая краснота; красно также и соответствующее ухо. Измѣреніе кожной t—ы въ ушныхъ проходахъ дало слѣдующіе результаты:

	Прав.	Лѣв.
въ 1-ый разъ	36	37,0
» 2 —	36,3	36,6
» 3 —	36,0	36,3.

Измѣреніе кожной температуры тѣла дало слѣдующіе результаты:

	Прав.	Лѣв.
Кисть	33.2	34.0
Предпл.	33.0	33.2
Стопа.	31.0	32.0
Голень.	30.	30.
Грудь.		35.0
Спина.		33.0

Усиленная потливость лѣвой половины лица, туловища и руки; небольшая отечность лѣвой кисти, дряблость лучезапястного сустава. Изъ трофическихъ разстройствъ можно отмѣтить наклонность къ мелкимъ аспе, которыми усыяна вся лѣвая рука.

Психическая сфера вполне нормальна.

Больной было назначено лечение іодистымъ натромъ, гальванизація лѣвой и правой руки и время отъ времени мушки на шейную часть позвоночника. Постепенное улучшение общаго состоянія; больная прибавилась въ вѣсѣ къ 20 Декабря на 5 фунтовъ, рѣчь стала совсѣмъ свободной, глотаніе оставалось затрудненнымъ очень немного, голова держалась лучше, разница зрачковъ почти исчезла: анестезіи уменьшились въ томъ смыслѣ, что прикосновеніе больная хорошо отличала отъ укула на головѣ. лицѣ, предплечья и туловищѣ, болевая и температурная анестезія оставалась въ тѣхъ-же границахъ и сильнѣе на лѣвой рукѣ.

Произведенное ²⁰/хп изслѣдованіе электрокожной чувствительности дало:

		Перв. оц.	Ощ. боли.
Лобъ	прав. полов.	140	130
	лѣв.	140	130
Щека	прав.	145	135
	лѣв.	145	135
Подбородокъ	прав. полов.	145	135
	лѣв.	145	135
Губа верх.	прав. полов.	150	140
	лѣв.	150	140
Шея спереди	справа	130	120
	слѣва	130	120
Грудь выше соск.	справа	130	120
	слѣва	130	120
Грудь ниже соск.	справа	130	120
	слѣва	130	120
Животъ выше пуп.	справа	130	120
	слѣва	130	120
Темя	справа	135	125
	слѣва	135	125
Затылокъ	справа	135	125
	слѣва	135	125
Шея на мѣстѣ верх. шейн. позв.	справа	130	120
	слѣва	130	120
Асгоміон	справа	135	120
	слѣва	135	85
Плечо снаружи	справа	130	110
	слѣва	130	60
Плечо снаружи	справа	130	110
	слѣва	130	65

		Перв. оц.	Ощ. бол.
Локтевой суставъ сзади.	справа	125	115
	лѣва	125	45
Локтевой суставъ спереди.	справа	130	115
	лѣва	130	50
Предплечье (тыль)	справа	125	110
	лѣва	125	0
Предплечье (лад.) поверх)	прав.	125	115
	лѣв.	125	10
Тыль кисти	прав.	115	100
	лѣв.	100	0
Ладонь	прав.	120	100
	лѣв.	120	0.

Рефлексы безъ измѣненій. Такое медленное регрессированіе болѣзни продолжалось до конца января, когда безъ всякой видимой причины стала развиваться общая слабость, больная проводила большую часть дня въ постели. Въ началѣ февраля къ явленіямъ общаго недомоганія присоединился легкій парезъ лѣвой ноги и больная жаловалась на нѣкоторую неловкость въ глазахъ при смотрѣніи въ лѣвую сторону, но произведенное тщательное изслѣдованіе не обнаружило никакихъ расстройствъ со стороны зрѣнія. Съ 13-го февраля рѣзко ухудшилось дыханіе и при изслѣдованіи можно было отмѣтить, что лѣвая половина дѣфрагмы слабѣе дѣйствуетъ, чѣмъ правая. Явились боли въ правыхъ межреберныхъ промежуткахъ (6, 7, 8 и 9); появилось дрожаніе головы. Къ концу февраля дыханіе исправилось, но глотаніе ухудшилось, больная перестала принимать твердую пищу. Больная худѣла, слабость все усиливалась, но кромѣ прежнихъ явлений—слабости шейныхъ мышцъ, полнаго паларича лѣвой руки, ослабленныхъ движеній въ правой—ничего новаго отмѣтить не удавалось. 2-го марта отмѣчена полная активная неподвижность глазныхъ яблокъ, но при перемѣнѣ положенія головы движенія глазныхъ яблокъ пассивныя удовлетворительны, только совершаются въ обратную сторону: голова поворачивается вправо, глаза уходятъ влѣво и т. д. Съ этого-же времени появились галлюцинаціи зрѣнія и слуха: больной казалось, что къ ней приходятъ знакомые, она разговариваетъ съ ними. 10-го марта къ явленіямъ сильно затрудненнаго питанія и дыханія присоединилась тошнота, больная уже не могла встать съ постели, по временамъ бредила. Температура все время держалась нормальной. Изслѣдованіе, произведенное 11-го марта показало, что въ лѣвой рукѣ полный параличъ, въ правой возможны всѣ движенія, но значительно ослаблены; поднятіе плеча кверху, отведеніе назадъ совершается въ половинѣ объема, движеніе въ локтѣ—достаточное, сгибаніе и разгибаніе кисти—ослаблено; сгибаніе пальцевъ—слабо, разгибаніе—несовершенно: 4 и 5 пальцы не разгибаются. Раздвиганіе пальцевъ очень ослаблено. Голова не удерживается и падаетъ назадъ или свѣшивается на грудь. Изслѣдованіе электровозбудимости показало, что *deltoideus*, *supraspinatus*, *infraspinatus*, *serratus anterior major*, *latissimus dorsi*, *biceps*, *brachialis*

internus, extens. digit., flexor., supinator longus, interossei, m—i eminent. the-naris et hypothenaris съ лѣвой стороны и справа supraspinatus, infraspinatus—совершенно невозбудимы; въ заднихъ шейныхъ мышцахъ, cucullares, sternocleidomastoideus dex.—реакція перерожденія, въ mm. biceps et triceps (силнѣе) dext., flexor digit., interossei III et IV, thenar et hypothenar dex.—возбудимость сильно понижена. Чувствительность по видимому оставалась разстроенной въ тѣхъ же границахъ и съ той же диссоціаціей, что и прежде, хотя точныхъ отвѣтовъ у больной трудно было добиться. Рефлексы безъ измѣненій.

Больная продолжала галлюцинировать, постепенно слабѣла. 13-го марта появилась аритмія пульса, онъ сталъ 125 въ 1'; 14-го температура поднялась до 39,3 и въ 3 ч. дня больная скончалась.

Аутопсія. Вскрытіе, произведенное 15-го марта, дало слѣдующіе результаты: со стороны легкихъ явленія венознаго застоя въ нижнихъ доляхъ и не сильная эмфизема верхнихъ. Со стороны сердца—дряблость сердечной мышцы; клапаны совершенно здоровы. Въ печени и почкахъ паренхиматозныя измѣненія. Полость черепа: черепъ правильной формы, кости черепа тонки. Оболочки мозга нормальны; желудочки мозга не растянуты и содержатъ нормальное количество жидкости. При макроскопическомъ обследованіи спинного мозга можно отмѣтить только неясность границъ сѣраго вещества, въ особенности въ области передняго и бокового роговъ—шейной и грудной части спинного мозга. Форма сѣраго вещества не измѣнена.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Въ виду быстро протекавшаго болѣзненнаго процесса, спинной мозгъ и стволовая часть головного мозга обрабатывались по способу Marchi. Отдѣльные кусочки изслѣдовались по способамъ Weigert'a, Pal'я, Nissl'я, Van-Gieson'a, окрашивались также карминомъ, пикрокарминомъ, квасцовымъ гематоксилиномъ съ эозиномъ.

Начнемъ описаніе препаратовъ съ спинного мозга.

Твердая оболочка не измѣнена. Мягкая оболочка представляется также мало измѣненной, только сосуды ея нѣсколько расширены, переполнены кровью и стѣнки ихъ утолщены; отростокъ мягкой мозговой оболочки, входящей въ переднюю продольную борозду, наиболѣе измѣненъ, утолщенъ и инфильтрованъ крутоклѣточными элементами.

При первомъ взглядѣ на препараты (даже и безъ микроскопа), окрашенные по способу Weigert'a и Pal'я изъ шейной части и верхней грудной, прежде всего бросается въ глаза, что вся передняя часть мозга, расположенная кпе-

реди отъ переднихъ роговъ, а также около боковыхъ—разрѣжена, совсѣмъ не окрашивается и представляется въ видѣ блѣднаго полулунія, выпуклостью обращеннаго къ периферіи и охватывающаго сѣрое вещество до самаго основанія заднихъ роговъ; слѣва это разрѣженіе бѣлаго вещества болѣе выражено, чѣмъ справа, вслѣдствіе этого граница бѣлаго и сѣраго вещества въ области переднихъ и боковыхъ роговъ ступована; при изслѣдованіи этихъ препаратовъ подъ микроскопомъ мы видимъ, что въ области 6, 7, 8-го шейныхъ и 1-го грудного сегмента—клеточныхъ элементовъ въ переднихъ рогахъ осталось очень немного и главнымъ образомъ съ правой стороны; черезъ сѣрое вещество кое-гдѣ пробѣгаютъ уцѣлѣвшія мѣлиновыя волокна заднихъ корешковъ; центральный каналъ расширенъ и вокругъ него замѣтно разрощеніе элементовъ эннедимы центрального канала: сосуды расширены въ умѣренной степени, периваскулярныя пространства растянуты и выполнены безструктурнымъ, гомогеннымъ веществомъ, повидимому—фибринознымъ выпотомъ (Leyden). Расширеніе сосудовъ наиболѣе замѣтно въ территоріи *ag. spinalis anterior* и ея развѣтвленій. Что касается заднихъ роговъ, то въ нихъ особенныхъ измѣненій не замѣчается.

При изслѣдованіи бѣлаго вещества можно отмѣтить, что въ Тюрковскихъ столбахъ осталось лишь очень немного волоконъ, расположенныхъ у самой передней борозды, остальные волокна погибли и на ихъ мѣстѣ видна запустѣвшая сѣть невроглии; такимъ же образомъ уничтожены всѣ волокна по окружности сѣраго вещества и между ними лишь кое-гдѣ попадаются уцѣлѣвшія одиночныя волокна. Въ нѣкоторыхъ волокнахъ замѣчаются утолщенные осевые цилиндры. Чѣмъ ближе къ периферіи, тѣмъ количество уцѣлѣвшихъ волоконъ увеличивается и ихъ значительно больше въ пучкахъ *Gowers'a*, а еще больше въ боковыхъ пирамидныхъ. Задніе столбы если и пострадали, то въ очень небольшой степени. Волокна передней спайки значительно разрѣжены; задняя спайка уцѣлѣла. Такимъ образомъ наиболѣе пострадавшимъ представляется на данномъ уровнѣ сѣрое вещество переднихъ и боковыхъ роговъ, а также пограничное въ этой области бѣлое вещество, т. е. основная часть передняго и бокового столбовъ, Тюрковскіе столбы, спаечныя волокна, въ небольшой степени боковые пирамидныя пути и *tractus antero-lateralis*.

Очень хорошо иллюстрируютъ это препараты, приготовленные по способу *Marchi*; отъ слова до слова все сказанное

относительно *Weigert* овскихъ и *Pal* евскихъ препаратовъ относится и къ этимъ—только въ обратномъ смыслѣ. Глыбки распалающагося мѣлина густымъ кольцомъ окружаютъ сѣрое вещество переднихъ, боковыхъ и отчасти заднихъ роговъ; меньше находится распада мѣлина въ области Тюрковскихъ столбовъ около самой передней борозды и онъ уменьшается по направленію къ периферіи и къзади. Измѣненія бѣлаго вещества болѣе выражено на лѣвой сторонѣ. *Markschollen* въ большомъ количествѣ имѣются и въ передней спайкѣ. Но на этихъ препаратахъ съ несомнѣнностью можно отмѣтить пути *Markschollen*, направляющіеся изъ клѣтокъ Клярковскихъ столбовъ въ мозжечковые пучки и измѣненія мозжечковыхъ путей, и опять таки нѣсколько сильнѣе на лѣвой сторонѣ, чѣмъ на правой. Несомнѣнно распadaющіяся волокна имѣются и въ боковыхъ пирамидныхъ путяхъ, и опять слѣва нѣсколько больше, чѣмъ справа. Въ заднихъ столбахъ встрѣчаются только разбросанные *Markschollen*.

Изучая затѣмъ измѣненія спинного мозга на вышеуказанномъ уровнѣ на препаратахъ, обработанныхъ квасцовымъ гематоксилиномъ съ эозиномъ и по способу *Van-Gieson*'а, мы можемъ съ несомнѣнностью убѣдиться, что главнымъ образомъ поражено сѣрое вещество и именно его центральная и передняя часть. Центральный каналъ, какъ сказано, расширенъ, клѣточные элементы эпендимы разрослись, такъ что центральный каналъ имѣетъ неправильную треугольную форму; вокругъ центрального канала рѣзко выраженная мелкоклѣточная инфильтрація. Но въ еще большей степени замѣтна эта инфильтрація въ окружности сосудовъ сѣраго вещества, какъ около центрального канала, такъ, пожалуй, въ еще большей степени въ области переднихъ роговъ. Сосуды представляются расширенными, наполненными кровью, а въ адвентиціальныхъ пространствахъ большія скопленія круглоклѣточныхъ элементовъ. Нѣсколько своеобразными представляются измѣненія клѣтокъ переднихъ роговъ. На большинствѣ препаратовъ клѣтки отсутствуютъ совсѣмъ; уцѣлѣвшія клѣтки располагаются не по одиночкѣ, а большею частью группами; наиболѣе сохранившимися остаются латеральные группы переднихъ роговъ. Клѣтки Клярковскихъ столбовъ пострадали въ незначительной степени; вокругъ клѣтокъ въ периваскулярномъ пространствѣ замѣчается скопленіе круглоклѣточныхъ элементовъ; на нѣкоторыхъ препаратахъ эти скопленія настолько значительны, что клѣтокъ совсѣмъ не видно и о ихъ

существованіи можно судить только по скопленію круглоклѣточныхъ элементовъ, повторяющихъ форму клѣтки. На тѣхъ препаратахъ, гдѣ уцѣлѣли гангліозныя клѣтки, онѣ представляются рѣзко измѣненными—атрофированными, потерявшими отростки, съ еле замѣтнымъ ядромъ въ серединѣ. Еще болѣе ясно выступаетъ измѣненіе сѣраго вещества переднихъ роговъ на препаратахъ, обработанныхъ по *Nissl*'ю; здѣсь также прежде всего бросается въ глаза интензивная окраска сѣраго вещества переднихъ и боковыхъ роговъ и передне-боковыхъ столбовъ; граница между сѣрымъ и бѣлымъ веществомъ хотя и видна, но значительно ступована. Уцѣлѣвшія гангліозныя клѣтки малы, круглой формы, атрофированы, потеряли отростки, интензивно окрашены въ синій цвѣтъ и во многихъ клѣткахъ не видно даже и ядра; а тамъ, гдѣ оно сохранилось—еле видно среди интензивно окрашенной клѣточной протоплазмы. Никакой структуры въ клѣткахъ отмѣтить не удастся.

На препаратахъ, обработанныхъ по *Marchi*, видно обильное отложеніе пигмента въ клѣточной протоплазмѣ наиболѣе сохранившихся клѣтокъ. На карминовыхъ препаратахъ клѣтки окрашены весьма плохо, ядра въ нихъ еле замѣтны.

Таковы измѣненія въ спинномъ мозгу на мѣстѣ наиболѣе сильнаго пораженія спинного мозга; начиная съ 3-го грудного сегмента внизъ, измѣненія эти все убываютъ и въ нижней грудной части ихъ почти не замѣтно. Изучая препараты, обработанные по *Marchi*, въ грудной части спинного мозга, мы видимъ, что участки страданія спинного мозга остаются тѣ же самыя; въ большомъ количествѣ *Markschollen* располагаются въ основныхъ пучкахъ переднихъ и боковыхъ столбовъ, всего сильнѣе перерожденіе выражено въ окружности переднихъ роговъ и все также слѣва сильнѣе, чѣмъ справа. Чѣмъ дальше книзу, тѣмъ интензивность перерожденій становится все меньше и меньше, и въ поясничномъ отдѣлѣ мы замѣчаемъ только разбросанныя *Markschollen* въ боковыхъ пирамидныхъ путяхъ и отчасти въ Турковскихъ столбахъ. Измѣненія клѣтокъ становятся все менѣе замѣтными и въ поясничномъ отдѣлѣ клѣтки представляются уже совершенно нормальными, ядро хорошо окрашено, отростки прекрасно сохранились. Разсматривая препараты выше главнаго мѣста пораженія (до перекреста пирамидъ), мы видимъ, что измѣненія остаются все еще очень сильно выраженными; преимущественно пораженнымъ является лѣвый передній рогъ и окружающее его бѣлое вещество; клѣтки остаются глубокоизмѣ-

ненными, атрофированными, но все съ тѣмъ же характеромъ, что и въ нижней шейной части. Что касается измѣненій корешковыхъ волоконъ, то глубоко-перерожденными представляются передніе корешки и опять - таки сильнѣе всего на лѣвой сторонѣ; большинство волоконъ совершенно атрофировано, въ другихъ—распадающійся мѣлинь въ обильномъ количествѣ, такъ что на препаратахъ по Weigert'у мы видимъ на ихъ мѣстѣ желтоватыя полоски безъ слѣдовъ мѣлина. Задніе корешки сохранились хорошо, лишь кое-гдѣ видны одиночныя Markschoellen; въ общемъ измѣненія въ заднихъ корешкахъ можно признать за ничтожныя.

Прежде чѣмъ переходить къ описанію топографическаго расположенія измѣненій стволовой части мозга, предположимъ нѣсколько словъ относительно самаго болѣзненнаго процесса. На препаратахъ изъ продолговатаго мозга самой нижней его части мы можемъ отмѣтить расширеніе сосудовъ, переполненіе ихъ кровью, глубокую инфильтрацію главнымъ образомъ въ окрестности централнаго канала. Къ сожалѣнію, у насъ имѣется очень немного препаратовъ, обработанныхъ по другимъ способамъ, кромѣ способа Marchi, и потому о детальнѣхъ измѣненіяхъ мы можемъ сказать очень немного. На первомъ планѣ въ области сѣраго вещества желудочковъ стоитъ расширеніе сосудовъ, переполненіе ихъ кровью, обильныя экстравазаты красныхъ кровяныхъ клѣтокъ въ области адвентиціальныхъ пространствъ. Это можно отмѣтить во всемъ поперечникѣ продолговатаго мозга и главнымъ образомъ въ области сѣраго вещества.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло дошло до настоящихъ капиллярныхъ кровоизліяній и мы находимъ скопленія крови разсыянными по препарату. Форма этихъ точечныхъ кровоизліяній весьма различна: то они располагаются по линіѣ сосуда въ видѣ полосъ, то въ видѣ скопленій круглой и овальной формы. На препаратахъ по Marchi эти кровоизліянія выступаютъ неясно, въ видѣ болѣе темныхъ пятенъ, при разсмотрѣніи которыхъ съ болѣе сильнымъ увеличеніемъ видны хорошо отдѣльныя кровяныя клѣтки. Кровяной пигмента нигдѣ нѣтъ. Въ самихъ сосудахъ и въ адвентиціальныхъ пространствахъ кровь представляется еще болѣе блѣдной, и только при большемъ вниманіи удается увидѣть разлитую имбибацію въ окрестности расширенныхъ сосудовъ. Но мы не можемъ сказать, чтобы эти сосудистыя измѣненія были выражены исключительно въ области сѣраго полостного веще-

ства; мы находимъ ихъ и въ красномъ ядрѣ, и въ желатиновой субстанціи, въ corpus caudatum, въ червячкѣ мозжечка, въ thalamus opticus и т. д.; въ большомъ количествѣ они находятся въ области ядеръ головныхъ нервовъ. Къ сожалѣнію, мы не имѣемъ другихъ препаратовъ, которые-бы полнѣе объяснили гистологическую картину измѣненій въ стволовой части мозга. Но врядъ ли можетъ быть какое-нибудь сомнѣніе въ томъ, что здѣсь дѣло идетъ объ остромъ воспалительномъ процессѣ; за это говоритъ существованіе расширенныхъ сосудовъ, точечныя кровоизліянія, обильная инфильтрація круглоклѣточными элементами.

Познакомившись съ гистологической картиной измѣненій, перейдемъ къ описанію топографическаго положенія наиболѣе измѣненныхъ участковъ стволовой части мозга, какъ они представляются на препаратахъ по *Marchi*.

Продолговатый мозгъ. (Мѣсто перекреста пирамидъ).

Наиболѣе густо располагается распадъ волоконъ въ вентральной части петельнаго слоя и главнымъ образомъ въ части, лежащей между дорзальнымъ краемъ образующейся пирамиды и вентральнымъ краемъ появляющейся здѣсь оливы; такимъ образомъ распадъ принимаетъ форму равнобедреннаго треугольника, основаніе котораго находится у *raphe*, а вершина доходитъ до периферіи мозга тотчасъ выше пирамиды; очень хорошо видно, что перерожденныя волокна вступаютъ въ перекрестъ и, перейдя на другую сторону, располагаются въ *subst. reticularis alba* у самой *raphe* и въ наружномъ полѣ. Тотчасъ выше оливы—также обильное скопленіе *Markschollen* и хорошо видно, какъ перерожденныя *fibrae arcuatae externae*, окружая пирамиду, идутъ къ этимъ скопленіямъ; другія же направляются дальше и вступаютъ въ *corpus restiforme*; видно также, что часть перерожденныхъ волоконъ изъ наружнаго поля сѣтевиднаго образованія переходитъ тоже въ *corpus restiforme*, и въ нѣкоторыхъ препаратахъ съ несомнѣнностью можно отмѣтить, что въ *corpus restiforme* вступаютъ волокна петельнаго слоя, уже совершившія перекрестъ. Само *corpus restiforme* очень сильно перерождено и съ той, и съ другой стороны. Кромѣ этихъ главныхъ измѣненій можно отмѣтить незначительное перерожденіе волоконъ восходящаго корешка *n. glosso-pharyngei* и въ единичныхъ волокнахъ *n. hypoglossi*. Ядра заднихъ столбовъ и исходящія изъ нихъ *fibrae arcuatae internae* совершенно нормальны.

На уровни средней части нижних оливъ расположеніе перерожденныхъ участковъ остается тоже, что и на предыдущемъ препаратѣ: измѣненными являются латеральная часть петельнаго слоя (но уже перекреста перерожденныхъ волоконъ отмѣтить нельзя), часть волоконъ, расположенныхъ въ самой верхней (дорсальной) части внутренняго поля сѣтевиднаго образованія. въ наружномъ полѣ его и выше дорсальной части оливы, веревчатое тѣло, корешки *n. vagi* (въ несильной степени).

На уровни самой верхней части продолговатаго мозга— топографія измѣненій остается таже, но она принимаетъ только болѣе опредѣленный видъ; компактные Schollen находятся надъ и подъ оливой, занимая самую наружную часть петельнаго слоя, во внутреннемъ полѣ сѣтевиднаго образованія (на мѣстѣ *fascic. longitudinalis posterior*), *corpus restiforme* и разсѣянные Schollen въ наружномъ полѣ сѣтевиднаго образованія.

Еще выше, на уровни ядра *n. abducentis*, можемъ отмѣтить рѣзкое перерожденіе корешковыхъ волоконъ *n. n. abducentium*; кромѣ того волокна *corporis restiformis*, переходящія въ мозжечокъ и оканчивающіяся отчасти въ корѣ червячка, отчасти направляющіяся въ *corpus dentatum*, причемъ хорошо виденъ перекрестъ перерожденныхъ волоконъ въ корѣ червячка. Перерожденными только въ меньшей степени являются и волокна *facialis* съ обѣихъ сторонъ. Участокъ перерожденія въ петельномъ слоеъ занимаетъ по прежнему самую наружную часть этого слоя; *fasciculus longitudinalis posterior* также перерожденъ, но въ несильной степени. Кромѣ того разбросанныя точки—Schollen въ наружномъ полѣ сѣтевиднаго образованія.

На уровни ядра *n. trochlearis* перерожденными являются: *brachia conjunctiva*, постепенно спускающіяся къ средней линіи, наружная часть петельнаго слоя, *fasciculus longitudinalis posterior*.

На уровни ядра *n. oculomotorii* мы находимъ рѣзко выраженное перерожденіе въ корешковыхъ волокнахъ *n. oculomotorii*; въ области самыхъ ядеръ мы видимъ разбросанныя Markschollen, располагающіяся то беспорядочно, то дугами, пересѣкающими среднюю линію; рѣзко перерожденной представляется и область красныхъ ядеръ, особенно съ правой стороны; перерожденная часть петельнаго слоя отходитъ все болѣе внаружи, вытягиваясь по периферіи. Очень отчетливо

видны дуги Markschollen, направляющіяся отъ красныхъ ядеръ къ ядру n. oculomotorii противоположной стороны.

На разрѣзахъ изъ вышележащихъ частей мы можемъ отмѣтить измѣненія только въ thalamus opticus; ни во внутренней капсулѣ, ни въ чечевицеобразномъ тѣлѣ никакихъ измѣненій отмѣтить нельзя.

Периферическіе нервы и мышцы. Для изслѣдованія взяты были всѣ глазодвигательные нервы и мышцы, n. hypoglossus, trigeminus, opticus, vagus, phrenicus и нервы верхнихъ и нижнихъ конечностей. Измѣненія, найденныя въ глазодвигательныхъ нервахъ приблизительно одинаковы; наиболѣе измѣненными представляются n. abducens и n. oculomotorius; въ нихъ мы находимъ явленія рѣзко выраженнаго перерожденія: міэлинъ распался на отдѣльныя глыбки, по мѣстамъ рассосался; есть волокна, гдѣ міэлинъ остался только въ очень небольшомъ количествѣ; осевые цилиндры распались, ядра Швановской оболочки увеличены въ числѣ, но нигдѣ не видно совершенно запустѣвшихъ Швановскихъ оболочекъ. Рядомъ съ такими сильными измѣненіями въ волокнахъ попадаются и совершенно здоровыя волокна и постепенные переходы небольшихъ измѣненій къ наиболѣе сильнымъ: это извитые разбухшіе осевые цилиндры среди сохранившейся міэлиновой обкладки, свертываніе міэлина, но не распавшагося еще на глыбки и т. д. Въ окружности нервныхъ волоконъ встрѣчаются лимфоидныя тѣльца, поглотившія капельки міэлина; въ сосудахъ нервныхъ стволовъ никакихъ замѣтныхъ измѣненій не представляется. Но какъ сказано, среди измѣненныхъ нервныхъ волоконъ попадаются и совершенно неизмѣненныя. Изслѣдуя нервные стволы на различныхъ участкахъ отъ самаго выхода изъ мозга до вступленія въ мышцы, мы всюду находимъ одинаковыя измѣненія. Рѣзко выраженные измѣненія и съ тѣмъ же характеромъ мы находимъ и въ n. vagus; за то въ n. opticus мы не можемъ отмѣтить никакихъ измѣненій; въ n. trigeminus измѣненія замѣтны только въ отдѣльныхъ волокнахъ; большинство же этихъ волоконъ осталось совершенно здоровыми. Тоже относится и къ n. hypoglossus.

Изъ нервовъ верхнихъ конечностей изслѣдовались n. radialis, medianus и ulnaris съ той и другой стороны. Въ n. radialis sinister—рѣзко выраженные дегенеративныя измѣненія приблизительно въ половинѣ волоконъ, но степень измѣненія несравненно больше, чѣмъ въ нервахъ глазодвигательныхъ. Большинство волоконъ представляется въ видѣ спавшихся Швановскихъ оболочекъ, не содержащихъ по большей

части совсѣмъ мѣлина; осевые цилиндры отсутствуютъ. Рядомъ съ такими волокнами лежатъ и совершенно здоровыя. Тоже относится и къ *n. medianus* и *ulnaris* съ лѣвой стороны. Наоборотъ, измѣненія въ нервныхъ стволахъ правой конечности носятъ болѣе острый характеръ: здѣсь мы находимъ всевозможные переходы отъ самыхъ ничтожныхъ измѣненій мѣлина въ видѣ свертыванія до распадаенія его на мелкія глыбки и зернышки; осевые цилиндры или погибли, или извиты и даже нѣсколько утолщены, какъ бы раздуты; ядра Швановской оболочки увеличены въ числѣ. Очень небольшое число волоконъ представляется въ видѣ пустыхъ спавшихся Швановскихъ оболочекъ.

Что касается измѣненій въ мышцахъ, то ихъ точно также можно раздѣлить на двѣ группы—свѣжія и болѣе давняго происхожденія. Перваго рода измѣненія мы находимъ во всѣхъ глазодвигательныхъ мышцахъ и въ мышцахъ правой руки—*m. extens. digit. commun., supinat. longus, thenar. et hypothenar*, въ *m. deltoideus* и *biceps*. Въ этихъ мышцахъ прежде всего можно было отмѣтить блѣдный ихъ цвѣтъ; при расщипываніи волокна легко разламывались, такъ что проходитъ одинъ мышечный пучекъ на болѣе или менѣе длинномъ разстояніи положительно было невозможно. Какъ на расщипанныхъ препаратахъ, такъ и на разрѣзахъ продольныхъ и поперечныхъ бросалась въ глаза отечность мышечныхъ волоконъ, раздутость ихъ неодинаковая по всей длинѣ волокна; въ окружности мышечныхъ волоконъ обильное скопленіе лимфоидныхъ элементовъ; въ большинствѣ волоконъ поперечная полосатость была очень плохо видна и на нѣкоторыхъ волокнахъ можно было ясно видѣть мутную набухлость. Но рядомъ съ такими сравнительно сильно измѣненными волокнами можно видѣть и вполне хорошо сохранившіеся пучки волоконъ. Что касается измѣненій болѣе давняго происхожденія, которыя мы находимъ во всѣхъ мышцахъ лѣвой руки, въ шейныхъ мышцахъ и мышцахъ плечелопаточнаго пояса, то здѣсь прежде всего бросается въ глаза рѣзко выраженная атрофія мышечныхъ волоконъ; атрофія эта приблизительно равномерно выражена на всемъ поперечникѣ срѣза; атрофированными представляются отдѣльные пучки волоконъ, а между этими атрофированными участками въ очень ничтожномъ количествѣ пучки уцѣлѣвшихъ волоконъ. Разсматривая эти атрофированные участки на продольныхъ разрѣзахъ, мы только по единичнымъ волокнамъ можемъ ска-

зять, что это мышечная ткань; поперечная полосатость отсутствует, сарколема въ большинствѣ случаевъ совершенно пуста, и только цугиядеръ, расположенныхъ продольно, говорятъ о направленіи бывшаго мышечнаго волокна; въ другихъ случаяхъ атрофія волоконъ уже настолько сильно выражена, что атрофированные мышечные пучки представляются въ видѣ участковъ соединительной ткани.

Анализируя данныя анатомическаго изслѣдованія, врядь-ли мы можемъ сомнѣваться, что какъ въ спинномъ, такъ и головномъ мозгу мы имѣемъ одинъ и тотъ же процессъ воспалительнаго характера, только захваченный въ различные періоды его теченія. Если въ стволовой части мозга мы встрѣчаемся съ явленіями остраго воспаления—расширенные сосуды, переполненіе ихъ кровью, выходненіе составныхъ частей крови въ адвентиціальныя пространства, точечныя, линейныя геморагіи вдоль сосудовъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ болѣе значительныя кровоизліянія въ самой нервной ткани, гибель клѣточныхъ элементовъ и т. д., то въ спинномъ мозгу мы имѣемъ дѣло уже съ болѣе старымъ процессомъ, гдѣ выражены только остатки воспалительныхъ измѣненій: утолщеніе стѣнокъ сосудовъ, обильная инфильтрація вокругъ сосудовъ и клѣточныхъ элементовъ, атрофія нервныхъ клѣтокъ и т. д.; мы нисколько не сомнѣваемся, что это повидимому тотъ же процессъ, что и въ головномъ мозгу; это подтверждаетъ и клиническое теченіе болѣзни: она развилась въ два пріема, безлихорадочно; правда, мы не имѣли случая наблюдать первую половину болѣзни—развитіе процесса въ спинномъ мозгу; но, судя по теченію болѣзни во второй періодъ и сравнивая анамнестическія данныя, находимъ полное согласіе. Болѣзнь развилась не апоплектиформно, какъ въ первый, такъ и во второй разъ, но довольно быстро. Если бы мы встрѣтились только со второй половиной болѣзни, то врядь-ли усумнились, что имѣемъ дѣло съ типичнымъ полиэнцефалитомъ; и теченіе, и комплексъ симптомовъ вполне подходящи.

Правда, при анатомическомъ изслѣдованіи мы встрѣтились съ явленіями болѣе обширныхъ измѣненій, чѣмъ только полостного сѣраго вещества, и здѣсь уже могли

убѣдиться, что имѣемъ дѣло не съ полиэнцефалитомъ, а съ энцефалитомъ въ смыслѣ *Strümpell*'я. Скажемъ между прочимъ, что ни одинъ случай полиэнцефалита, насколько намъ извѣстно, не изслѣдовался по способу *Marchi*, и потому въ точности мы не можемъ сказать, дѣйствительно ли только одно полостное сѣрое вещество страдаетъ при этомъ. Спинно-мозговой процессъ въ нашемъ наблюдении, указывавшій ясно, что поражение произошло не только въ сѣромъ веществѣ, но и въ проводниковыхъ волокнахъ, какъ бы подсказывалъ намъ, что и въ стволовой части мы имѣемъ дѣло не съ чистымъ системнымъ заболѣваніемъ.

Анализируя дальше клиническую картину нашего случая, мы можемъ утвердительно сказать, что и воспалительный процессъ въ спинномъ мозгу развился въ два приема; въ первый разъ захватилъ шейную часть и отчасти грудную, преимущественно на одной сторонѣ; во второй приступъ болѣзни спинной мозгъ былъ пораженъ приблизительно на такомъ же протяженіи, но уже съ другой стороны. Слѣдствіемъ этого поражения были вызваны параличи съ дегенеративными страданіями и явленія диссоціированнаго расстройства чувствительности. Явленія паралича и атрофій объясняются поражениемъ переднихъ роговъ спинного мозга, а явленія диссоціированнаго расстройства чувствительности необходимо объяснить участіемъ въ поражении сѣраго вещества заднихъ роговъ и вѣроятно бѣлаго вещества основныхъ пучковъ передняго и бокового столба.

По аналогіи съ пораженіями сѣраго вещества другими процессами—кровоизліянія, гліозъ и др.—мы относимъ и спинно-мозговой процессъ въ нашемъ случаѣ по преимуществу къ центральнымъ и назвали его поэтому *myelitis centralis acuta*. Въ самомъ характерѣ теченія болѣзненнаго процесса мы видимъ склонность къ прогрессируванію, при чемъ утвердительно можемъ говорить, что въ нашемъ случаѣ процессъ принялъ восходящее теченіе (затрудненіе дыханія, глотанія, потомъ глазодвигательныя расстройства). Считаая измѣненія въ стволовой части мозга за несомнѣнное продолженіе того же

болѣзненного процесса, что и въ спинномъ мозгу, поврежденіе въ стволовой части мозга мы называемъ *encephalitis acuta haemorrhagica*. Совершенно невыясненной остается этиологія заболѣванія. Если мы, наблюдая спинно-мозговой процессъ, принимали во вниманіе возможность травмы, то для развитія дальнѣйшаго процесса мы не находимъ объясненія.

Среди сложной анатомической картины въ нашемъ наблюденіи есть возможность прослѣдить на большомъ протяженіи перерожденіе основныхъ пучковъ переднихъ и боковыхъ столбовъ. Въ виду рѣдкости наблюденія мы позволяемъ себѣ остановиться на немъ еще разъ. Въ самой нижней части продолговатаго мозга перерожденіе занимаетъ то же мѣсто, что и въ спинномъ мозгу—по окружности передняго рога; когда перекрестъ пирамидъ уже совершился, перерожденіе располагается тотчасъ же надъ пирамидой и занимаетъ латеральную часть межолливчатого слоя, при чемъ перерожденные волокна вступаютъ въ перекрестъ и образуютъ *fibræ arcuatae internae*; помимо этого участка перерожденные волокна находятся тотчасъ надъ оливой и въ большомъ количествѣ въ *subst. reticul. grisea*, тотчасъ около *raphe*, въ видѣ двухъ колонокъ; эти перерожденные колонки на поперечномъ разрѣзѣ доходятъ до межолливчатого слоя. Число перерожденныхъ колонокъ; значительно уменьшается послѣ ядра передняго столба и нижняго центрального ядра; видимымъ образомъ большая часть волоконъ оканчивается въ этихъ ядрахъ. Выше этихъ ядеръ перерожденные участки занимаютъ уже вполне опредѣленное мѣсто: латеральную часть главной петли и часть *fasciculi longitudin. poster.*, около самой средней линіи; кромѣ того разбѣянные *Markschollen* находятся въ наружномъ полѣ сѣтевиднаго образованія. Съ появленіемъ сѣтчатого ядра покрывки число перерожденныхъ волоконъ еще уменьшается и главнымъ образомъ тѣхъ, которыя проходятъ на мѣстѣ задняго продольнаго пучка и въ наружномъ полѣ сѣтевиднаго образованія. Волокна петли остаются перерожденными въ прежнемъ количествѣ. На уровнѣ ядра *n. oculomotorii* исче-

зають совсѣмъ перерожденныя волокна изъ fascicul. longit. post. и изъ наружнаго поля сѣтевиднаго образованія, видимымъ образомъ оканчиваясь въ ядрахъ глазодвигательныхъ нервовъ и въ ядрѣ задней спайки. Волокна же латеральной части петли можно прослѣдить до зрительнаго бугра.

Считая свой случай за пораженіе центральной нервной системы того же характера, что и другіе воспалительные процессы въ головномъ и спинномъ мозгу несомнѣнно системнаго характера, мы не можемъ все-таки не остановиться на мысли, что и въ нашемъ случаѣ локализація измѣненій не случайная, что какъ въ спинномъ, такъ въ особенности и головномъ мозгу—поражены части, имѣющія специальное назначеніе, не одного, правда, физиологическаго значенія, но все-таки *системы*. Въ этой избирательности пораженій мы не хотимъ видѣть случайность, а думаемъ, что какъ для истинныхъ системныхъ заболѣваній, такъ и болѣе разлитыхъ, какъ въ нашемъ случаѣ, имѣются спеціальныя причины. Лежатъ ли онѣ въ распредѣленіи сосудовъ въ данной области? Врядь-ли. Перебирая системы кровоснабженія отдѣльныхъ частей спинного и головного мозга, мы не находимъ въ нихъ правильности, и во всякомъ случаѣ территориальныя измѣненія въ нашемъ наблюденіи не могутъ быть подведены ни къ какимъ сосудистымъ территориямъ. Должны быть, по нашему мнѣнію, другія спеціальныя причины, сущность которыхъ для насъ остается неясной. Можетъ быть, причина этому находится въ самыхъ клѣточныхъ элементахъ или окружающей ихъ ткани. Во всякомъ случаѣ и эти какъ бы псевдосистемныя заболѣванія имѣютъ извѣстную правильность теченія и соответствующія анатомическія измѣненія.

Наше наблюденіе—myelitis centralis acuta ascendens haemorrhagica—не имѣетъ аналогіи съ другими наблюденіями, извѣстными въ литературѣ, и остается пока единственнымъ.

Изъ клиники нервныхъ и душевныхъ болѣзней проф. А. Е. Щербака (Варшава).

Къ казуистикѣ прогрессивной мышечной атрофіи.

Д-ра медицины И. С. Брегмана,

ординатора клиники.

Среди болѣзней, возбуждающихъ къ себѣ особенно живой интересъ со стороны нейропатологовъ, одно изъ первыхъ мѣстъ занимаетъ мышечная атрофія. Принимая вмѣстѣ съ большинствомъ авторовъ подраздѣленіе этого страданія на міо-и мієлопатическую форму, мы встрѣчаемся въ отдѣльныхъ случаяхъ съ разнообразными затрудненіями. Съ анатомо-патологической точки зрѣнія, значеніе такого подраздѣленія подрываетъ то обстоятельство, что различіе въ измѣненіяхъ мышцъ при той и другой формѣ страданія по новѣйшимъ изслѣдованіямъ оказывается весьма незначительнымъ, и потому постановка дифференціального діагноза на основаніи только анатомическихъ измѣненій является невозможной; съ другой стороны, все больше накапливается случаевъ, гдѣ наряду съ т. н. міопатическими измѣненіями мышечныхъ волоконъ были найдены въ большей или меньшей степени выраженные измѣненія въ гангліозныхъ клѣткахъ переднихъ роговъ и въ периферическихъ нервахъ. Клиническое наблюденіе со своей стороны показало, что нельзя придавать большого значенія отдѣльнымъ симптомамъ мышечной спинальной и міопатической атрофіи и что слѣдуетъ имѣть всегда въ виду всю картину болѣзни. Иногда мы имѣемъ дѣло съ атрофіей смѣшаннаго характера, такъ что нельзя такіе случаи

отнести внѣ всякаго сомнѣнія къ одной изъ указанныхъ двухъ главныхъ формъ.

Я позволю себѣ сообщить нѣсколько случаевъ этого страданія, пользовавшихся мною въ клиникѣ нервныхъ болѣзней. У перваго больного страданіе имѣло характеръ т. н. „переходныхъ“ случаевъ, о которыхъ только-что было сказано; у остальныхъ больныхъ мы имѣли дѣло несомнѣнно съ *dystrophia musculorum progressiva*, отличавшейся однако отъ обыкновенныхъ формъ нѣкоторыми особенностями.

I случай. Василій Ш. ..., 53 лѣтъ (fig. 1, 2), поступилъ въ клинику 30. I. 96. Болѣзнь его началась 5—6 лѣтъ тому назадъ постепеннымъ ослабленіемъ верхнихъ конечностей. Около 4 лѣтъ тому назадъ больной поѣхалъ по поводу своей болѣзни въ С.-Петербургъ, гдѣ, по его словамъ, поставленъ былъ діагнозъ спинной сухотки (должно быть, мышечной спинной атрофій?). Сначала слабость была выражена на правой сторонѣ особенно на ладони и пальцахъ; на лѣвой сторонѣ движенія пальцевъ были совершенно свободны, но подниманіе всей конечности въ плечевомъ суставѣ затруднено. Слабость постепенно возрастала, въ особенности въ послѣдніе годы. Болей и парестезій въ пораженныхъ конечностяхъ не было, лишь когда больной ложился на бокъ, онъ чувствовалъ боль въ плечевомъ суставѣ, особенно правой стороны. Пораженные страданіемъ участки тѣла значительно исхудали. Въ нижнихъ конечностяхъ больной не замѣтилъ никакого ослабленія силы: онъ еще теперь въ состояніи пройти большое разстояніе (около 10 верстъ) безъ малѣйшей усталости. Точно также стояніе не затрудняетъ его нисколько, но сидѣть безъ опоры сзади больному очень трудно: дольше нѣсколькихъ минутъ онъ не въ состояніи этого сдѣлать. Поддерживаніе головы при сидѣніи для больного излишне.

Въ лежачемъ положеніи больному нѣсколько труднѣе дышать.

Больной уже давно отличался сильной раздражительностью; со времени начала описываемаго страданія раздражительность его еще болѣе усилилась. Головной боли и головокруженія не было.

Отецъ больного умеръ 10 лѣтъ тому назадъ на 89 году жизни, отличался психическимъ и физическимъ здоровьемъ. Мать больного дожила до 70 года жизни, никогда ничѣмъ не болѣла. Изъ 15 человекъ родни—13 умерло въ очень молодомъ возрастѣ отъ неизвѣстныхъ больному причинъ. Одна сестра умерла недавно въ послѣродовомъ періодѣ, дѣти ея вполне здоровы; другая сестра въ живыхъ и вполне здорова.

У отца нашего больного было 5 человекъ братьевъ. Всѣ они были весьма нервны: одинъ померъ отъ душевной болѣзни, протекавшей съ сильно возбужденнымъ состояніемъ; у другого была слабоумная дочь и сынъ, страдавшій эпилепсіей, тоже слабоумный. Послѣдній скончался на 30 году жизни, слабоумная дочь была, будто бы, неповоротлива и слаба

руками; подробностей о ея страданіи больной не знаетъ. У третьяго дяди больного сынъ страдаетъ періодически появляющимся психозомъ: исполняя вполнѣ исправно должность чиновника, онъ въ припадкѣ психоза оставляетъ свою должность, избѣгаетъ родни, носитъ разорванную одежду, не моется, ходитъ по кабакамъ, напивается до пьяна и проситъ милостыни; остальные сыновья этого дяди здоровы. Наконецъ, одинъ изъ двоюродныхъ братьевъ больного страдаетъ нервной болѣзью, вѣдѣствіе которой голова у него постоянно наклонена въ сторону.

Нашъ больной 23-хъ лѣтъ отъ роду женился; жена его померла 20 лѣтъ тому назадъ, осталось отъ этого брака 5 человѣкъ дѣтей, вполнѣ здоровыхъ. Воспитаніе дѣтей стоило больному большихъ трудностей и тяжелыхъ заботъ. Кромѣ легкаго тифа на 20-мъ году жизни больной не страдалъ никакой тяжелой болѣзью. Уже издавна больной отличается большой склонностью къ фурункулезу.

На 22-мъ году жизни больной несъ вмѣстѣ съ другими тѣло покойнаго друга, послѣ чего у него появились боли въ плечахъ, повторившіяся много лѣтъ спустя приступами, то въ одномъ плечѣ, то въ другомъ, то въ обоихъ одновременно. Со времени появленія слабости въ рукахъ приступы болей больше не повторялись.

St. praesens. Больной высокаго роста, умѣреннаго тѣлосложенія и нѣсколько плохого питанія. При осмотрѣ обнаженнаго тѣла тотчасъ бросается въ глаза далеко зашедшая атрофія верхнихъ конечностей. На лѣвой сторонѣ рука обыкновенно въ положеніи пронаціи и флексіи, пальцы слегка согнуты во всѣхъ фалангахъ, большой палецъ отведенъ съ согнутой ногтевой и отогнутой основной фалангами. Thenar и hypothenar сглажены; первый межкостный промежутокъ сильно выраженъ (впалый). На тыльной сторонѣ кисти находится овальной формы опухоль, легко подвижная, безболѣзненная при ощупываніи (Ganglion сухожильныхъ влагалищъ).

Лѣвое предплечье приблизительно нормальнаго объема, между тѣмъ какъ верхнее плечо явственно атрофировано. Надплечье угловато съ явственными костными выступами—*spina scapulae*, *acromion*, *caput humeri*. Подъ акроміальнымъ отросткомъ сильно выраженное утолщеніе (на рис. 1), контуры здѣсь вогнуты. Лѣвая лопатка стоитъ выше, чѣмъ правая, и приближена къ средней линіи тѣла; внутренній край ея отстаетъ отъ грудной кѣтки, но идетъ почти параллельно къ позвоночному столбу. *Fossae supra- et infraspinatae* сильно выражены; контуры *m. scularis* ясно выдаются. Что касается активныхъ движеній, то отведеніе и разгибаніе большого пальца больной производитъ довольно хорошо и съ сохраненною силой; аддукція же этого пальца затруднена; хуже всего производить больной сгибаніе и противопоставленіе: больной можетъ привести большой палецъ въ соприкосновеніе только съ 4-мъ пальцемъ. Ногтевая фаланга большого пальца согнута. Больной свободно разгибаетъ малый палецъ, но не въ состояніи его отвести. Остальныхъ пальцевъ больной не можетъ разогнуть, флексію 2-й и 3-й фаланги продѣлываетъ хорошо. Разведеніе пальцевъ возможно для большого только на прочной подкладкѣ (при пассивномъ выпрямленіи ихъ). Сложить руку въ кулакъ больному трудно вѣдѣствіе недостаточной

флексіи большого пальца; согнутые пальцы въ состояніи противостоятъ значительной силѣ. Разгибаніе кисти выше уровня предплечья большой производятъ съ трудомъ и безсилно, причеиъ здѣсь, какъ и при другихъ движеніяхъ, появляется сопутствующее движеніе въ формѣ сильного разгибанія большого пальца. Сгибаніе кисти происходитъ лучше, но также слабо. Супинація и пронація довольно легко выполняются больнымъ, лучше однако при согнутой въ локтѣ конечности, чѣмъ при разогнутой. Активное сгибаніе локтя невозможно, выпрямленіе же большой производитъ даже при сопротивленіи. Отвести руку въ сторону больной почти не въ состояніи, впереди же и сзади больной поднимаетъ руку въ весьма незначительной степени и притомъ сильно поднимаетъ одновременно соответственную лопатку.

Правая верхняя конечность находится въ пронаціи, въ положеніи среднемъ между разгибаніемъ и сгибаніемъ. Пальцы выпрямлены, большой палецъ отведенъ. Thenar и Hypothenar атрофированы, ладонь совершенно плоска (Affenhand); тыльная сторона кисти въ профилѣ представляется вогнутой. Предплечье сильно атрофировано, гораздо меньше видна атрофія на верхнемъ плечѣ. Надплечье угловато и находится гораздо ниже, чѣмъ на лѣвой сторонѣ. M. cucullaris совершенно не выдается; при осмотрѣ больного сзади видна вся ключица. Лопатка далеко отстоитъ отъ позвоночника; внутренний край ея только немного отстоитъ отъ задней поверхности грудной клѣтки и направленъ косо сверху и снаружи внизъ и кнутри. Между лопаткой и позвоночникомъ выдаются сильно ребра; мышцы (cucullaris, rhomboidei) въ полной атрофіи. Fossae supra—infraspinatae уплощены, однако въ меньшей степени, чѣмъ на лѣвой сторонѣ.

Активные движенія пальцевъ и ручной кисти на правой конечности совершенно отсутствуютъ за исключеніемъ очень незначительнаго сгибанія ногтевой фаланги 4-го и 5-го пальцевъ (слѣды этого движенія остались и въ 3-мъ пальцѣ).

Сгибаніе локтя возможно въ незначительной степени только при поддержаніи его, выпрямленіе же производится больнымъ лучше. Пронація совсѣмъ невозможна, незначительную супинацію больной предлываетъ только при согнутомъ локтѣ. Всю конечность больной поднимаетъ въ сторону, впереди и сзади до угла приблизительно въ 25°. Правое надплечье удается больному поднять почти до вышины лѣваго, причеиъ выдается въ высшей степени утонченный край m. cucullaris. Правую руку больной можетъ довести до заднепроходнаго отверстія, съ лѣвой же стороны не въ состояніи этого сдѣлать. Regio pectoralis сильно атрофирована на обѣихъ сторонахъ, особенно справа; приведеніе верхней конечности къ туловищу на правой сторонѣ очень ослаблено, на лѣвой нѣсколько сильнѣе. M. latissimus dorsi прощупывается на обѣихъ сторонахъ очень тонкимъ. Больной ствтъ съ поникшей головой; process spinosi нижнихъ шейныхъ и верхнихъ грудныхъ позвонковъ сильно выдаются. Позвоночный столбъ безъ искривленій, поясничный лордозъ сильно выраженъ.

Грудная клѣтка расширена въ переднезаднемъ размѣрѣ. Типъ дыханія подходитъ ближе къ реберному; при глубокомъ вдыханіи поднимаются обѣ лопатки, однако лѣвая сильнѣе, чѣмъ правая.

Мышечный тонусъ въ атрофированныхъ участкахъ очень вѣтъ. Мышцы и нервы безболѣзненны при давленіи. Механическая возбудимость мышцъ частью уничтожена, частью (лѣвый *m. cucullaris*, правый *m. deltoideus*, *m. biceps*) сильно понижена.

При изслѣдованіи электрической возбудимости не найдено никакихъ качественныхъ измѣненій, равнымъ образомъ реакціи перерожденія. Въ количественномъ отношеніи результаты изслѣдованія представляются слѣдующимъ образомъ:

При фарадическомъ токъ появляется минимальное сокращеніе.

	слѣва	справа
M. extensor pollicis	при 6,5 ctm	разстоянія катушекъ
— abductor	» 7,5 ctm	»
— flexor	» 4,5 ctm	»
— opponens pollicis	4,5 ctm	»
— flexor pollicis brevis	9,5 ctm	»
— abductor digiti minimi	6,5 ctm	»
— flexor digiti minimi	4,0 ctm	»
— extensor digitorum communis	нѣтъ сокращенія	
— flexor digitorum communis	4,5	»
— interosseus tertius	6,0	»
— extensor carpi radialis	нѣтъ сокращенія	
— ulnaris	6,0	»
— flexor carpi radialis	5,0	»
— biceps	6,0	»
— triceps	4,5	»
		4,0 ctm раз стоянія катушекъ
— deltoideus	5,0	» 5,5
— cucullaris	9,0	» 8,0
— sacrolumbalis	5,5	» 6,0
— orbicularis oris	8,6	» 8,5
— zygomaticus major	7,75	» 7,5
N. ulnaris	6,5	» нѣтъ реакціи
— medianus	5,5	»
— radialis	3,5	»

При гальваническомъ токъ появляется минимальное сокращеніе.

	слѣва	справа
M. extensor pollicis longus	при 1,5 MA	
— abductor pollicis longus	2,0	»
— flexor pollicis longus	6,5	»
— flexor pollicis brevis	5,5	»
— abductor digiti minimi	5,0	»
— flexor digitorum communis	3,0	»
— extensor	2,0	»
— extensor carpi ulnaris	4,5	»
— flexor carpi ulnaris	5,5	»
— flexor carpi radialis	5,5	»
— biceps	6,0	»

M. triceps	3,0 —	5,0 МА
m. interossei	5,0 —	нѣтъ сокращенія
m. deltoideus	5,0 —	6,5 —
m. cucullaris	1,0 —	3,0 —
m. infraspinatus	нѣтъ сокращенія	—
m. pectoralis	2,0 —	2,0 —
N. ulnaris	2,5 —	4,0 (только IV и V палець).
N. medianus	3,0 —	нѣтъ реакціи.
N. radialis	4,0 —	»
N. peroneus	2,5 —	2,0 —

Во нижнихъ конечностяхъ всѣ функціи нормальны. Походка вполнѣ нормальна, мышечная сила значительная. Мышцы и нервы безболѣзненны при давленіи.

Чувствительность на всемъ тѣлѣ безъ всякихъ измѣненій. Колѣнные рефлексы нѣсколько повышены; съ Ахиллова сухожилія получается рефлексъ умѣренной силы, клонусъ стопы отсутствуетъ. Подошвенные рефлексы живы. На верхнихъ конечностяхъ рефлексъ съ трехглавой мышцы на обѣихъ сторонахъ умѣренной силы, рефлексъ съ m. biceps отсутствуетъ.

Черепные нервы. Сила зрѣнія въ обоихъ глазахъ=0,6; по словамъ больного, онъ издавна видитъ относительно лучше ночью, чѣмъ днемъ (nyctalopia). При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи въ обоихъ глазахъ оказалась слабая степень миопіи (1,0 Д.); въ остальномъ ничего ненормальнаго. Поле зрѣнія (изслѣдованное периметромъ) нормально. Зрачки нѣсколько шире нормы, принимаемая во вниманіе возрастъ больного, и неравномѣрны: правый шире; оба не реагируютъ на свѣтъ, какъ при посредственномъ, такъ и непосредственномъ освѣщеніи. Реакція на аккомодацию и конвергенцію сохранена, но вялая. Болевая реакція (при фардизированіи затылка) сохранена. Наружныя глазныя мѣшцы функционируютъ правильно.

Со стороны n. facialis имѣется нѣкоторое различіе въ иннервации на обѣихъ сторонахъ: правая носогубная складка нѣсколько сильнѣе выражена, чѣмъ лѣвая (на фотографическомъ снимкѣ эта разница не видна, потому что одна половина лица въ сильной тѣмѣ). Всѣ лицевыя мышцы функционируютъ правильно. Рѣчь безъ измѣненій. Глотаніе не затруднено; небная дужка на лѣвой сторонѣ стоитъ ниже, однако обѣ половины при фонаціи и дыханіи нормально подвижны. Вкусъ и обоняніе безъ измѣненій. Тиканіе часовъ больной слышитъ справа на разстояніи 10 смъ отъ уха, слѣва на разстояніи 3 смъ.

R=70, ритмическій: art. radialis не склерозирована. Внутренніе органы, отдѣленіе мочи нормальны.

Больной жалуется часто на шумъ въ ушахъ и головную боль, а также на зудъ лица (объективно выясни нѣтъ). Память больного сильно ослаблена, особенно по отношенію къ собственнымъ именамъ, которыхъ больной почти не помнитъ; между тѣмъ ариметическія задачи онъ рѣшаетъ вполнѣ хорошо. Больной постоянно занятъ чтеніемъ, настроеніе духа у него

угнетенное. Несколько разъ безъ всякаго повода больной пришелъ въ сильный гнѣвъ.

Не смотря на сильную атрофію верхнихъ конечностей больной обходится при обыкновенныхъ своихъ движеніяхъ безъ посторонней помощи, причемъ онъ пользуется асиметріей въ распространеніи атрофіи на обѣихъ сторонахъ тѣла такимъ образомъ, что правымъ верхнимъ плечомъ онъ поднимаетъ лѣвую руку, мышцы которой отчасти сохранили свою функцію.

Больной оставался въ клиникѣ до 17 марта, онъ пользовался франклинизаціей, ваннами, массажемъ, втираніями. При сильномъ возбужденіи больной принималъ *kali bromatum*.

Больной съ незначительными перерывами чувствовалъ себя хорошо, даже утверждалъ, что ему легче. Подъ конецъ, однако, у больного слѣдилось нѣсколько фурункуловъ, изъ которыхъ одинъ достигъ такихъ размѣровъ, что нужно было прибѣгнуть къ хирургической помощи.

Резюмируя все сказанное, мы имѣемъ слѣдующее: у 53 лѣтняго мужчины атрофія, распространенная на большое количество мышцъ и парезъ ихъ; болѣзнь началась 5—6 лѣтъ тому назадъ, теченіе имѣетъ длительное, хронически прогрессирующее. Что касается локализаціи, то мы имѣемъ въ данномъ случаѣ очень сильныя измѣненія въ верхнихъ конечностяхъ и плечевомъ поясѣ и значительный парезъ спинныхъ и шейныхъ мышцъ, слабо выраженную разницу въ иннерваціи обѣихъ половинъ лица; нижнія конечности свободны отъ измѣненій. Бросается въ глаза асимметрическое распространеніе атрофіи на обѣихъ сторонахъ тѣла: съ правой стороны сильно атрофированы и почти совершенно парализованы мышцы предплечія и ручной кисти, въ сравнительно лучшемъ состояніи—мышцы плеча, *m. deltoideus, supra—et infraspinatus*; на лѣвой сторонѣ—какъ разъ наоборотъ. *M. scullaris* и другія мышцы лопатки на правой сторонѣ сильнѣе поражены, чѣмъ на лѣввой. При обнаженіи тѣла незначительныя фибриллярныя подергиванія, особенно въ мышцахъ надплечья (*scullaris, deltoideus*). Реакціи перерожденія нѣтъ. Общая раздражительность; неравномѣрность и отсутствіе реакціи на свѣтъ въ обѣихъ зрачкахъ.

Больной происходитъ изъ семьи съ тяжелымъ нейропатическимъ предрасположеніемъ, однако въ данномъ случаѣ нельзя доказать ни наслѣдственности страданія, ни семейнаго его характера.

Спрашивается, съ какой формой мышечной атрофіи мы здѣсь имѣемъ дѣло—съ первичнымъ миопатическимъ страданіемъ или съ перерожденіемъ гангліозныхъ кѣтокъ переднихъ роговъ? Въ данномъ случаѣ мы встрѣчаемся съ нѣкоторыми затрудненіями, такъ какъ можно привести важные доводы, какъ въ пользу одной, такъ и другой формы. Съ одной стороны длительное теченіе, отсутствіе качественныхъ измѣненій электрической возбудимости, отчасти также локалізація атрофіи въ плечевомъ поясѣ—говорятъ въ пользу дистрофіи; съ другой стороны, начало болѣзни въ позднемъ возрастѣ, раннее пораженіе мелкихъ мышцъ кисти (на одной рукѣ), вполнѣ нормальное состояніе нижнихъ конечностей, отсутствіе гипертрофіи мышцъ и прямой наследственности—могутъ говорить противъ миопатическаго, а за спинномозговую форму страданія. Разрѣшить это сомнѣніе тѣмъ труднѣе, что согласно съ послѣдними воззрѣніями діагностическая важность многихъ изъ вышеупомянутыхъ симптомовъ подверглась значительному ограниченію.

Такъ, реакція перерожденія наблюдалась уже не разъ при дистрофіи (Erb, Schultze, Eisenlohr и др., изъ новѣйшихъ авторовъ Oppenheim и Cassirer) даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ діагнозъ былъ подтвержденъ на вскрытіи, а слѣд., гдѣ центральная нервная система была несомнѣнно нормальной. Съ другой стороны, давно извѣстно, что при спинальной мышечной атрофіи реакція перерожденія можетъ отсутствовать; объясняется это очень легко тѣмъ обстоятельствомъ, что мышцы подвергаются атрофіи пучками, и потому при *par excellence* хроническомъ теченіи страданія едва выраженная реакція перерожденія можетъ быть маскирована нормальнымъ сокращеніемъ около лежащихъ здоровыхъ пучковъ мышцъ. Равнымъ образомъ, фибриллярныя подергиванія встрѣчаются во многихъ случаяхъ первичной миопатической атрофіи (см. III случай въ этой работѣ), хотя они здѣсь не такъ живы и быть можетъ не такъ распространены, какъ при спинальной формѣ страданія. Съ другой стороны, фибриллярныхъ

подергиваній можетъ не быть даже при несомнѣнно спинальной амиотрофіи, а именно при очень хроническомъ ея теченіи или же они могутъ быть на лицо въ начальной стадіи болѣзни, а потомъ исчезаютъ. Такимъ образомъ, реакція перерожденія и фибриллярныя подергиванія имѣютъ относительное значеніе, а во всякомъ случаѣ только ихъ присутствіе важно для дифференціального діагноза; отсутствіе же этихъ важныхъ симптомовъ никоимъ образомъ не позволяетъ намъ съ увѣренностью исключить спинальную амиотрофію.

Быстрое развитіе атрофіи свойственно спинальной формѣ ея, хотя описаны уже случаи спинальной амиотрофіи, гдѣ болѣзнь протекала еще дольше, чѣмъ въ этомъ случаѣ (5—6 лѣтъ); такъ напр. въ случаѣ Déjerine, кончившемся самоубійствомъ, болѣзнь продолжалась 18 лѣтъ. Съ другой стороны, при первичной миопатической атрофіи наблюдаются иногда обостренія: послѣ болѣе или менѣе длинной остановки въ теченіи болѣзни, герп. послѣ самыхъ незначительныхъ первоначальныхъ симптомовъ, вдругъ болѣзнь начинаетъ развиваться быстрыми шагами и въ короткое время страданіе представляется широко распространеннымъ по тѣлу. (См. слѣдующій случай въ этой работѣ).

Начало болѣзни въ позднемъ возрастѣ наблюдается, правда, гораздо чаще при спинальной амиотрофіи, чѣмъ при первичной миопатіи; однако и при послѣдней формѣ страданія такое начало не составляетъ ничего необыкновеннаго. Недавно Linsmauer сообщилъ случай дистрофіи у 71-лѣтняго мужчины, болѣзнь котораго началась будто бы 4 года тому назадъ. Конечно, здѣсь нельзя исключить возможности (подобно тому, какъ и въ нашемъ случаѣ), что уже раньше были на лицо слабо выраженные симптомы, не обратившіе на себя вниманія больного. Съ другой стороны, слѣдуетъ имѣть въ виду, что начало атрофіи въ раннемъ возрастѣ не составляетъ несомнѣннаго признака дистрофіи; достаточно указать въ этомъ отношеніи на случаи, описанные Hofmann'омъ и Werdnig'омъ.

Настоящая или ложная гипертрофія отдѣльныхъ мышцъ составляетъ сравнительно вѣрный признакъ міопатической формы страданія, однако, къ сожалѣнію, не всегда сопровождается дистрофію мышцъ.

Локалізація атрофіи въ нашемъ случаѣ говоритъ отчасти въ пользу спинальной формы: на одной сторонѣ раньше всего были поражены мышцы кисти и предплечія. Болѣе раннее пораженіе мышцъ плеча и плечевого пояса на другой сторонѣ тѣла не противорѣчитъ такому предположенію, такъ какъ такая локалізація, хотя рѣже, но была описана при спинальной амиотрофіи: напомнимъ случаи Raymond'a, Roth'a, Laehr'a, Hofmann'a и Werdnig'a.

Необычная асиметрія пораженныхъ мышцъ у нашего больного представляетъ отступленіе отъ общаго типа пораженій какъ при дистрофіи, такъ и при спинальной амиотрофіи. Легкая степень асиметрии случается при обѣихъ указанныхъ формахъ страданія, особенно при первичной спинальной атрофіи; встрѣчается также изолированное пораженіе одной половины тѣла, но локалізація въ этихъ случаяхъ не столь разнообразна, пожалуй даже прямо противоположна на обѣихъ сторонахъ, какъ у нашего больного. При тщательномъ пересмотрѣ соответственныхъ литературныхъ данныхъ я могъ найти только 2 случая нѣсколько аналогичныхъ въ описываемомъ отношеніи къ нашему случаю. *Ascher* демонстрировалъ въ Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (изъ поликлиники Mendel'я) слѣдующій случай. Мужчина 50 лѣтъ, бывший наборщикъ въ типографіи. На правой сторонѣ у больного были поражены разгибатели пальцевъ, сгибатели пальцевъ въ паретическомъ состояніи, движенія большого пальца ограничены, мышцы предплечія атрофированы. На лѣвой сторонѣ конечность вяло отвисаетъ, плечевыя мышцы, *mm. supra- et infraspinatus* атрофированы, подниманіе плеча невозможно, поворачиваніе кнаружи затруднено, сгибаніе предплечья со-

всѣмъ невозможно, разгибаніе предплечья весьма слабо, движенія кисти сохранены; въ нѣкоторыхъ мышцахъ найдена реакція перерожденія. Страданіе это развилось въ продолженіе 4-хъ мѣсяцевъ. Авторъ предполагаетъ въ данномъ случаѣ poliomyelitis anterior subacuta на основаніи теченія болѣзни и подозрѣваетъ здѣсь необычную форму свинцоваго отравленія съ пораженіемъ, по всей вѣроятности, центральной нервной системы.

Болѣе близкое отношеніе къ нашей картинѣ болѣзни имѣетъ слѣдующій случай, описанный Roth'омъ¹⁾ въ богатой его казуистикѣ различныхъ формъ мышечной атрофіи.

У солдатки 34 лѣтъ лѣвая верхняя конечность вяло отвисаетъ; *Mm. deltoideus, biceps, brachialis internus* сильно атрофированы и функція ихъ сведена до *minimum*. Правое предплечье нѣсколько похудало, межкостные промежутки запали, движенія пальцевъ ограничены, мышцы верхняго плеча и плечевого пояса нормальны. Отсутствуетъ реакція перерожденія, равнымъ образомъ нѣтъ фибриллярныхъ подергиваній. Въ нижнихъ конечностяхъ найдена субъективная слабость, объективно ничего аномальнаго не констатировано. Атрофія началась годъ тому назадъ и распространилась на меньшее протяженіе, чѣмъ у нашего больного. Асиметрія въ локализаціи атрофіи и дегенеративныя измѣненія, констатированныя на кускѣ *m. deltoideus*, заставили автора исключить въ данномъ случаѣ первичное мышечное страданіе; однако тутъ же авторъ заявляетъ, что нельзя этого случая отнести ни къ одной изъ извѣстныхъ формъ спинальной или невритической атрофіи.

¹⁾ Въ историческомъ очеркѣ прогрессивной мышечной атрофіи приводитъ Roth подобное наблюденіе Charles Bell'я съ 1844 года: у 40 лѣтняго носильщика каменныхъ углей развилась исподволь (въ связи съ болями) атрофія; на лѣвой сторонѣ въ мышцахъ большого пальца, мышцахъ остальныхъ пальцевъ и сгибателяхъ кисти, на правой сторонѣ въ мышцахъ плеча за исключеніемъ *m. triceps*) и въ мышцахъ лопатки.

Такимъ образомъ точный разборъ положительныхъ и отрицательныхъ признаковъ нашей атрофіи приводитъ насъ къ тому заключенію, что невозможно отнести данный случай безъ нѣкотораго произвола къ одной изъ двухъ главныхъ формъ атрофіи; асиметрія же пораженія, какъ исключительное явленіе, не имѣеть, по нашему, рѣшающаго въ этомъ случаѣ значенія. Въ виду этого заслуживаетъ особеннаго вниманія другой симптомъ, найденный у нашего больного, именно ослабленіе реакціи зрачковъ на свѣтъ. Какое значеніе можетъ имѣть этотъ симптомъ въ данномъ случаѣ? Наружныя глазныя мышцы не представляли у него ничего аномальнаго; аккомодация исправна; соответственная реакція зрачковъ сохранена, хотя нѣсколько вяла. Въ виду этого не можетъ быть въ данномъ случаѣ рѣчи о сочетаніи прогрессивной мышечной атрофіи съ офтальмоплегіей, какъ это часто наблюдалось¹⁾; притомъ, обыкновенно поражаются тутъ также наружныя глазныя мышцы; изолированная *ophthalmoplegia interna* вмѣстѣ съ прогрессивной мышечной атрофіей до сихъ поръ не наблюдалась.

Симптомовъ *tabes dorsalis* и *paralysis progressiva*, при которыхъ чаще всего наблюдается рефлекторная неподвижность зрачковъ и которыя могутъ сочетаться съ прогрессивной мышечной атрофіей, у даннаго больного не было. Равнымъ образомъ, не было у Шум..... ни малѣйшихъ указаній на иныя страданія, которыя могли бы обусловить такое со-

¹⁾ Тщательно собраны такіе случаи у Kalischer'a: Ein Fall subacuter nucleärer Ophthalmoplegie u. s. w. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenkrankheiten IV); въ большинствѣ описанныхъ тамъ случаевъ мы имѣемъ дѣло съ атрофіей спинальнаго происхожденія. Однако съ подобными симптомами можно встрѣтиться и при дистрофіи, напр. въ случаѣ Gowers'a, Landousy-Déjerine'a, Н. Oppenheim'a. Veiger нашелъ анатомическія измѣненія въ глазныхъ мышцахъ, мышцахъ гортани и языка у больного, страдавшаго дистрофіей.

стояніе зрачковъ (lues, alcoholismus, фокусныя пораженія и т. д. ¹⁾).

Изолированная рефлекторная неподвижность зрачковъ безъ другихъ побочныхъ симптомовъ со стороны центральной нервной системы появляется очень рѣдко, какъ это видно изъ указанныхъ ниже статистическихъ данныхъ. Чаще всего въ подобныхъ случаяхъ она является раннимъ симптомомъ спинной сухотки или *paralysis progressiva*, въ дальнѣйшемъ теченіи которыхъ присоединяются раньше или позже другіе симптомы даннаго страданія. Въ 2 случаяхъ *Thomson'a* наблюдалась рефлекторная неподвижность зрачковъ за 11 лѣтъ до проявленія прогрессивнаго паралича, какъ изолированный и самостоятельный симптомъ. *Moeli*, *A. Westphal*, *Siemerling* описали подобные случаи. Съ другой стороны, можетъ протечь еще большій промежутокъ времени, пока къ рефлекторной неподвижности зрачковъ присоединятся другіе табетическіе или паралитическіе симптомы; такъ напр. *Siemerling* наблюдалъ такой случай съ 11-лѣтнимъ промежуткомъ, *Mendel*—съ 15 лѣтнимъ, а *Moeli*—съ 16 лѣтнимъ (душевнобольная, у

¹⁾ <i>Uthoff</i> изъ 12000 глазныхъ рефлекторную неподвижность зрачковъ 136 разъ; изъ нихъ:		и 550 нервныхъ больныхъ нашелъ <i>Siemerling</i> изслѣдуя 9160 душевнобольныхъ нашелъ рефлекторную неподвижность зрачковъ у 1639; между ними было:	
<i>Tabes dorsalis</i>	92 случая	<i>Paralysis progressiva</i>	1524 случая
<i>Dementia paralytica</i>	12 случаевъ	<i>Tabes съ психозомъ</i>	29 случаевъ
<i>Lues cerebri</i>	11 »	<i>Dementia senilis</i>	19 случаевъ
Фокусныхъ поражений	8 »	Сифилисъ центральной нервной системы	17 »
Многочѣзд. склероза	2 »	Фокусныхъ поражений	19 »
<i>Railway-spine</i>	2 »	<i>Alcoholismus</i>	15 »
Врожденныхъ (съ рудиментарнымъ развитіемъ <i>iridis</i>)	1 »	Травмъ черепа	1 »
Врожденное слабоуміе (въ сочетаніи съ <i>retinitis pigmentosa</i>)	1 »	<i>Epilepsia</i>	4 »
Злоупотребл. табакомъ	1 »	<i>Hysteria</i>	4 »
<i>Hystero-epilepsia</i> (раньше пораженія глазныхъ мышцъ)	1 »	<i>Paranoia</i>	7 »
Правосторонняя гемипарестезія	1 »		
Безъ этиологическаго момента	3 »		

(1 случай *paranoia* съ подозрѣніемъ на *tabes*).

Наблюд. прод. коротко.

которой уже за 16 лѣтъ до проявленія болѣзни былъ поставленъ ошибочный діагнозъ—*dementia paralytica*).

Въ виду всего этого не слѣдуетъ, согласно съ мнѣніемъ указанныхъ авторовъ, переоцѣнивать зловѣщаго характера изолированной рефлекторной неподвижности зрачковъ, и въ такомъ случаѣ, какъ нашъ, врядъ ли можно предсказать, что къ найденнымъ симптомамъ присоединится картина *tabes* или *paralysis progressiva*. По этой же причинѣ лишены, по видимому, основанія какія бы то ни было заключенія, вытекающія изъ возможнаго отношенія атрофіи къ *tabes dorsalis* или *paralysis progressiva* (въ противномъ случаѣ было бы правдоподобнѣе принять здѣсь спинальное происхожденіе атрофіи).

Такимъ образомъ, мышечная атрофія у нашего больного должна быть отнесена къ ряду тѣхъ, симптомы которыхъ не отвѣчаютъ точно ни одной изъ обѣихъ главныхъ формъ этого страданія. (См. случаи *Friedreich-Schultze'a*, *Singer'a*, *Frohmaier'a*, *Erb'a*, *Reiss'a*, *Heubner'a*, *Alzheimer'a*, *Strümpell'a* и др.).

Въ большинствѣ этихъ случаевъ и анатомопатологическое изслѣдованіе обнаружило кромѣ „простой“ или „дегенеративной“ атрофіи мышечныхъ волоконъ болѣе или менѣе распространенныя и болѣе или менѣе сильныя измѣненія гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ. Особеннаго вниманія заслуживаетъ случай *Strümpell'a*, какъ полная аналогія къ нашему случаю.

У 40-лѣтняго мужчины найдена сильно выраженная атрофія и почти полный параличъ обѣихъ верхнихъ конечностей (на правой сторонѣ сохранена только небольшая ротация плеча кнаружи, на лѣво весьма незначительное подниманіе конечности и сгибаніе 1-ой фаланги средняго пальца), равнымъ образомъ всѣхъ мышцъ плечевого пояса и затылка. Длинные разгибатели спины, мускулатура таза и нижнихъ конечностей не подверглись поражению. Электрическая возбудимость сохранена въ очень незначительной степени или со-

вершено отсутствуетъ; нѣтъ реакціи перерожденія, равнымъ образомъ фибриллярныхъ подергиваній. Началась болѣзнь 11 лѣтъ тому назадъ слабостью въ пальцахъ правой руки, затѣмъ праваго плеча, 3 года спустя появилось то же самое на лѣвой сторонѣ. Мать больного страдала прогрессивной мышечной атрофіей, которая будто бы развилась за 6—10 лѣтъ до ея смерти (на 45 году жизни).

Атрофія у больного Strümpell'я зашла дальше, чѣмъ въ нашемъ случаѣ: что же касается локализаци и другихъ свойствъ этой атрофіи (отсутствие реакціи порерожденія), времени начала болѣзни (въ позднемъ возрастѣ) и длительного хроническаго теченія, то между случаемъ Strümpell'я и нашимъ существуетъ большое сходство. Въ одномъ лишь эти случаи не сходны: въ случаѣ Strümpell'я нѣтъ асиметріи въ распредѣленіи атрофіи, а въ нашемъ—нѣтъ прямой наслѣдственности страданія (не исключается однако семейный его характеръ). Больной Strümpell'я умеръ отъ инфлюенцы; на вскрытіи найдена въ мышцахъ „простая“ не „дегенеративная“ атрофія, гипертрофія отдѣльныхъ волоконъ, истонченіе многихъ волоконъ, размноженіе ядеръ въ мышечныхъ клѣткахъ, появленіе центральныхъ ядеръ, расщепленіе нѣкоторыхъ изъ мышечныхъ волоконъ—однимъ словомъ, измѣненія характерныя для дистрофіи. Въ периферическихъ нервахъ многихъ волоконъ не доставало, а въ спинномъ мозгу почти полная атрофія гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ въ шейной части и въ *intumescensia cervicalis*, равно какъ въ верхней грудной части спинного мозга. Strümpellъ объясняетъ такую находку тѣмъ, что мышечная атрофія была здѣсь первичной, міопатической; измѣненія же въ гангліозныхъ клѣткахъ и периферическихъ нервахъ присоединились какъ явленія вторичныя. Если мы однако примемъ согласно съ новѣйшими изслѣдованіями Lewin'a, требующими, правда, еще точныхъ провѣрокъ, что результаты изслѣдованія мышцъ въ такихъ случаяхъ не имѣютъ важнаго дифференціально диагностическаго значенія, то, пожалуй, возможно отнести дан-

ный случай къ первично спинальнымъ (Hoffmann). Все-таки, даже соглашаясь съ мнѣніемъ Strümpell'я, мы должны поставить безъ всякаго сомнѣнія такіе случаи особнякомъ, такъ какъ принципиально при дистрофіи обыкновенно не находимъ никакихъ измѣненій центральной нервной системы. Начало болѣзни въ болѣе позднемъ возрастѣ недостаточно для объясненія противоположныхъ результатовъ вскрытія въ случаѣ Strümpell'я и ему подобныхъ; напротивъ, при экспериментальномъ перерѣзываніи периферическихъ нервовъ губительное вліяніе этой перерѣзки на центры тѣмъ сильнѣе, чѣмъ животное моложе и чѣмъ дольше оно живетъ послѣ перерѣзки нервовъ. Поэтому слѣдуетъ принять, что въ такихъ случаяхъ измѣнено патологически трофическое отношеніе (т. е. мышцы находятся въ большей, чѣмъ нормально, трофической зависимости отъ этой нейроны) мышечныхъ волоконъ къ первой нейронѣ или что врожденная слабость, какъ причина дистрофіи, распространилась не только на мышечную систему, но и на систему I-ой нейроны. Съ другой стороны, кажется мало вѣроятнымъ, чтобы такая полная атрофія гангліозныхъ клѣтокъ даже при появленіи ея вторично, въ виду хроническаго теченія болѣзни, оставалась безъ вліянія на дальнѣйшее теченіе и распространеніе страданія.

II случай, Фесфиль Ск., крестьянинъ, 23 лѣтъ, поступилъ въ клинику нервныхъ болѣзней 19 октября 1896 г. (fig. 3 и 4). Больной передаетъ, что начало его болѣзни относится къ іюню 1896 г. Сначала больной замѣтилъ слабость праваго надплечья, потомъ лѣваго, нѣсколько позже обоихъ предплечій и ручныхъ кистей; точно также на кистяхъ пораженіе правой стороны предшествовало пораженію лѣвой. Одновременно со слабостью двигательной стала развиваться въ этихъ участкахъ атрофія.

Спустя мѣсяць тѣ же симптомы появились и въ нижнихъ конечностяхъ и въ спинной мускулатурѣ; первыми страданію подверглись центральные отрѣзки конечностей. Какъ въ верхнихъ, такъ и въ нижнихъ конечностяхъ парезъ и атрофія быстро усиливались: двигательная способность ихъ уменьшалась со дня на день; по истеченіи нѣсколькихъ дней больной замѣчалъ значительное ухудшеніе своего состоянія. Въ іюнь этого года больной занимался еще полевыми работами; когда это занятіе сдѣлалось для него слишкомъ тяжелымъ, онъ занялся пастушествомъ. Наконецъ, и этотъ незначительный трудъ сдѣлался для него непосильнымъ. Никогда

больной не жаловался на боли, однако въ началѣ болѣзни его мучило чувство холода въ надплечьяхъ, а потомъ и въ локтяхъ.

Указать какую-нибудь причину своего страданія больной не въ состояніи. Насколько больной можетъ вспомнить, онъ всегда отличался хорошимъ здоровьемъ; появленію атрофіи не предшествовала никакая болѣзнь, а въ особенности инфекціонная. *Abusus in Baccho, in Venere* и *lux* больной отрицаетъ, табаку курилъ много. 4 года тому назадъ больной подвергся сильному испугу, который однако не повлекъ за собою никакихъ дурныхъ послѣдствій. Отецъ больного умеръ нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ на 67 году жизни отъ какой-то внутренней болѣзни. Мать больного умерла на 45 году жизни, страдала сильными головными болями и тошнотой. Одинъ братъ и сестра больного умерли въ ранней молодости; другому брату теперь 14 лѣтъ—пользуется хорошимъ здоровьемъ. Больной не слыхалъ никогда о подобной болѣзни въ своей семьѣ; только отецъ больного въ продолженіе всей жизни не былъ въ состояніи показывать зубовъ и отличался какимъ-то особеннымъ манеромъ смѣха: тѣ же явленія наблюдаются у нашего больного съ тѣхъ поръ, какъ онъ себя помнитъ.

St. praesens. Лицо больного безъ морщинъ съ выраженіемъ своеобразно тупоумнымъ. Зубы сильно выдаются, нижняя губа утолщена, какъ будто бы вывернута, ротъ нѣсколько открытъ. Правая половина ротовой щели болѣе широка, чѣмъ лѣвая. Глаза широко открыты; нижнее вѣко образуетъ дугу меньшаго радіуса, вслѣдствіе чего нижняя половина глазного яблока выдается больше, чѣмъ нормально. Лобъ гладкій, безъ морщинъ. Больной не въ состояніи удалять другъ отъ друга губъ, чтобы показать зубы. При смѣхѣ ротъ расширяется. Свести больной удовлетворительно. Вполнѣ закрыть глаза не въ состояніи: остается щель въ 1—2 мм.; во снѣ нѣтъ полного закрытія глазъ. *Mm. frontalis* и *corrugator supercili* не функционируютъ.

Движенія глазного яблока нормальны, внутреннія глазныя мышцы функционируютъ правильно. Движенія челюсти сверху внизъ и въ бокъ безупречны, жеваніе нормально. Движенія языка нормальны, равно какъ подвижность мягкаго неба и глотаніе. Рѣчь гнусливая, во всѣхъ прочихъ отношеніяхъ не представляетъ ничего особеннаго.

Верхнія конечности. Ручныя кисти въ пронаціи къ локтевой сторонѣ, пальцы сильно согнуты въ запястноястовыхъ сочлененіяхъ (особенно на правой сторонѣ), слабѣе согнуты пальцы въ межпальцевыхъ суставахъ (сильнѣе 4-го и 5-го пальцевъ, чѣмъ 2-го и 3-го). *Thenar* и *Hypothernar* на обѣихъ сторонахъ уплощены. Надплечья остроконечны, скелетъ плечевого пояса сильно выдается черезъ кожу. При осматриваніи больного спереди видны сильно выдающіеся верхніе внутренніе углы лопатокъ: на правой сторонѣ этотъ уголъ стоитъ еще выше, чѣмъ на лѣвой. *Mm. cucullares* атрофированы. *Regio subclavia* съ обѣихъ сторонъ сильно запала. *Mm. pectorales* и *latissimi dorsi* при пальпации оказываются сильно истонченными.

Лопатки отстоятъ далеко отъ задней поверхности грудной кѣтки, ихъ внутренніе края направлены косо сверху и снаружи внизъ и кнутри.

Fossae supra-et infraspinatae съ обѣихъ сторонъ хорошо выполнены, хотя все-таки при пальпации соответственныя мышцы оказываются вялыми, тѣсто-ватыми; mm. subscapulares сильно развиты.

Точное измереніе конечности даетъ въ результатѣ слѣдующія цифры. Окружность предплечья на высотѣ 8 см. надъ proces. styl. radii:

		На правой сторонѣ	На лѣвой сторонѣ.
»	10 см надъ olecranon	14,5	14,7
верхняго плеча	14 см надъ olecranon	16,0	16,0
»	22 см надъ olecranon	16,7	16,0
Разстояніе между верхнимъ внутреннимъ краемъ лопатки и позвоночникомъ		10,0	8,2
Разстояніе между внутреннимъ нижнимъ угломъ лопатки и позвоночникомъ		7,0	6,5
Разстояніе лопатки отъ грудной кѣтки при отвисающей конечности		5,0	5,0

Что касается активной подвижности, то движенія большого пальца совершенно отсутствуютъ, за исключеніемъ легкой абдукціи. Другіе пальцы больной сгибаются въ незначительной степени, но выпрямить ихъ не въ состояніи. Ручныхъ кистей больной не въ состояніи ни согнуть, ни разогнуть, равнымъ образомъ не можетъ согнуть кисти въ кулакъ. Пронація руки происходитъ правильно, супинація же ограничена: возможно нѣчто среднее между крайней пронаціей и супинаціей.

Локти больной сгибается только при пронаціи; при супинаціи же это движеніе невозможно. M. triceps на обѣихъ сторонахъ функционируетъ хорошо. Подниманіе конечности возможно не вплоть до горизонтальной линіи; въ бокъ лучше, чѣмъ впередъ и назадъ. При подниманіи конечности лопатки приближаются другъ къ другу, такъ что отстоятъ одна отъ другой на 5 см¹⁾. Ротаціонныя движенія верхней конечности сохранены и притомъ внаружи они лучше, чѣмъ вкнутри. Движенія надплечій впередъ производятся съ небольшою силой. Mm. pectorales дѣйствуютъ слабо. Больной въ состояніи положить руку на противоположное плечо, причемъ онъ ее забрасываетъ; лѣвую руку онъ въ состояніи удерживать въ такомъ положеніи, между тѣмъ какъ правая соскальзываетъ съ плеча.

Пожиманіе плечами больной исполняетъ хорошо. Онъ въ состояніи также отогнуть назадъ плечи; при этомъ лопатки удаляются еще больше, чѣмъ при нормальномъ положеніи, отъ позвоночника, а ихъ внутренне края значительно приближаются другъ къ другу (6¹/₂ см. вмѣсто 20 см.— разстояніе между ними).

Нижнія конечности. Оба бедра сильно атрофированы, слабѣе выражена атрофія въ голеняхъ. Mm. glutei вялы, атрофированы.

¹⁾ При попыткѣ захватить больного за плечи и приподнять ихъ, больной не въ состояніи фиксировать плечей книзу.

	На правой сторонѣ.	На лѣвой сторонѣ.
Окружность бедра на высоту 10 см надъ patella	25,8	25,8
» » 18 см подъ »	29,0	29,0

Стопы въ положеніи equinovarus. При пассивныхъ движеніяхъ въ голеностопныхъ сочлененіяхъ чувствуется довольно значительное сопротивленіе. Пальцы больной сгибаетъ довольно хорошо въ сторону подошвы, дорсальная флексія стопа очень слаба. Абдукція и пронація стопы невозможна, аддукція и супинація сохранены въ умѣренной степени. Колѣнные суставы сохранили свою сгибаемость, но активно разогнуть ихъ больной не въ состояніи. Сгибатели бедреннаго сустава сохранили свою силу въ достаточной степени, разгибатели же слабы. Абдуцировать всю ногу больной можетъ довольно сильно, особенно на правой сторонѣ. Больной въ состояніи безъ усилія закинуть одну ногу на другую.

Больной стоитъ съ разошедшимися ногами; онъ даже можетъ стоять на пальцахъ, но стоитъ ему только стать на пятки, чтобы сейчасъ выйти изъ равновѣсія. По плоскости больной ходитъ довольно свободно, но лишь только онъ долженъ взойти даже на низкую ступень, онъ теряетъ всю силу и увѣренность движеній и падаетъ.

Походка больного гордая съ назадъ отброшеннымъ туловищемъ и сопряжена съ излишними боковыми движеніями таза. Какъ ходьба, такъ и стояніе скоро утомляетъ больного: онъ до нѣкоторой степени облегчаетъ себѣ эти акты тѣмъ, что закидываетъ руки за спину.

Позвоночникъ больного безъ искривленій, длинныя спинныя мышцы слабо развиты. При стоячемъ положеніи больного наблюдается значительный лордозъ поясничныхъ позвонковъ; сѣдалищная область кажется вслѣдствіе этого сильно выдающейся; но мускулатура ея вяла, безъ слѣдовъ pseudohypertrophiae. Больной не въ состояніи сразу перемѣнить спинное положеніе тѣла на сидячее, даже при содѣйствіи рукъ. Съ этой цѣлью онъ принужденъ сначала лечь на правый или лѣвый бокъ и только тогда упираясь локтемъ поднимаетъ свое туловище. Равнымъ образомъ, больному очень трудно подняться изъ сидячаго положенія: это ему удается только тогда, когда онъ одной рукой упирается въ околележащій предметъ, а другой въ бедро. Подняться на ноги собственными силами безъ упиранія въ посторонніе предметы больной не въ состояніи.

Голову больной двигаетъ впередъ и назадъ довольно хорошо; сильно выдается на шеѣ *prom Adami*.

Дыханіе правильно, ребернобрюшного типа. При усиленномъ дыханіи вспомогательныя дыхательныя мышцы дѣйствуютъ правильно. Больной кашляетъ громко и сильно. Давленіе брюшнаго пресса значительное. Колѣнные рефлексы на обѣихъ сторонахъ отсутствуютъ. Рефлексъ съ Ахиллова сухожилія на лѣвой сторонѣ умѣренно силенъ, на правой сторонѣ—слабѣе. Рефлексъ съ *m. biceps* и *triceps* отсутствуютъ.

Кожные рефлексы очень живы, особенно подошвенный; немного слабѣе рефлексъ брюшной и съ *erigastrium*. Механическая возбудимость мышцъ

повышена въ мышцахъ плечевого пояса, однакожь идиомускулярнаго сокращенія не получается. Нигдѣ нѣтъ фибриллярныхъ подергиваній.

При изслѣдованіи посредствомъ электрическаго тока никакихъ качественныхъ измѣненій реакціи не находится. Количественно возбудимость уменьшена.

	Фарад. токъ.		Гальван. токъ.	
	Разстояніе		МА	
	прав.	лѣв.	пр.	лѣв.
M. flexor digit. comm.	7,5 cm.	8,5	5,5	4,0
M. flexor carpi uln.	6,0	6,5	не сопр.	9,0
M. supinator longus	8,5	8,0	2,0	2,5
M. biceps.	6,5	6,0	8,0	8,0
M. pectoralis.	5,5	6,5	9,0	4,5
M. deltoideus	4,5	5,0	7,0	8,0
N. ulnaris	8,0	8,5	1,5	2,0
N. medianus	не даетъ реакціи	не даетъ реакціи	9,0 (оч. слаб. реакція при макс. токѣ.	нѣтъ реакціи.
N. radialis.	—	—	3,75	2,0
M. tibialis ant.	3,0	3,5	при 10 МА	нѣтъ реакціи ¹⁾ .
N. peroneus	4,5	4,0	4,0	8,0
N. tibialis post.	—	—	2,5	3,0
M. gastrocnemius	—	—	4,5	2,5
N. cruralis.	4,0	3,0	при 10 МА	нѣтъ реакціи

Чувствительность всякаго рода, чувство положенія и мышечное чувство совершенно нормальны.

Кисти сильно потѣютъ, цвѣтъ всегда ціанотическаго. На стопахъ точно также hyperhydrosis.

Во внутреннихъ органахъ ничего аномальнаго, только пульсъ всегда очень частъ (около 100). Органы чувствъ безъ измѣненій.

Больной сильно раздражителенъ, настроеніе духа его часто мѣняется. Принимая во вниманіе социальное положеніе больного, слѣдуетъ его считать интеллигентнымъ. Не смотря на столь сильную атрофію, онъ умѣло помогаетъ себѣ въ обыденной жизни. Встаетъ онъ безъ посторонней помощи, сильно наклоня при этомъ голову и туловище впередъ; пишетъ больной вполне удовлетворительно и часто въ клиникѣ составлялъ собственноручно длинныя письма для своихъ больныхъ товарищей. Крайне удивительно было то обстоятельство, что не смотря на атрофію мышцъ кисти и пальцевъ боль-

¹⁾ По причинѣ безпокойства больного примѣненіе болѣе сильныхъ токовъ невозможно.

ной, обладаа нѣкоторымъ талантомъ, дѣлалъ относительно хорошіе, хотя простыя рисунки (часть ихъ находится у насъ).

Въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ дистрофіей, принадлежащей къ типу *faciohumeroscapularis* (сочетаніе дѣтской и юношеской формы атрофій). Что касается пареза лицевыхъ мышцъ, то можемъ сказать только то, что она развилась у больного въ юномъ дѣтствѣ, парезъ же и атрофія мышцъ туловища и конечностей началась только на 23 году жизни. Соотвѣтственно *scapulo-humer'*альному типу, сначала подверглись страданію мышцы плечевого пояса и верхняго плеча, позднѣе мышцы тазового пояса и бедра; однако и периферическіе участки конечностей не остались сохранными: даже малыя мышцы кисти вовлечены въ страданіе въ сравнительно короткое время. Относительно локализациі страданія въ данномъ случаѣ отличается симметричностью пораженія на обѣихъ сторонахъ; сначала поражена была сильнѣе правая половина туловища. Фибриллярныхъ подергиваній и реакціи перерожденія не было, въ *mm. infraspinati pseudo-hypertrophia*.

Случай этотъ въ двойномъ отношеніи отличается нѣкоторыми особенностями: относительно наследственности страданія и относительно его теченія. Что касается перваго, то изъ анамнеза видно, что отецъ больного точно также, какъ и онъ самъ, никогда не могъ закрыть глазъ, показать зубовъ и смѣялся какимъ-то особеннымъ манеромъ. Онъ умеръ на 67 году жизни отъ какой-то внутренней болѣзни, причеъ со стороны мышечной системы не было у него никакихъ другихъ симптомовъ страданія, кромѣ вышеуказанныхъ. Ни у какого члена этой семьи не было подобной болѣзни. Уже Landouzy и Déjérine которымъ мы обязаны знакомствомъ съ *facies myopathique*, обратили вниманіе на то, что симптомъ этотъ наблюдается у лицъ, которыя ничего объ этомъ не знаютъ. Въ одномъ случаѣ указанныхъ выше авторовъ у бабушки, матери и брата больного было *facies myopathique* безъ какихъ-либо другихъ симптомовъ со стороны мышечной

системы, у самого же больного къ этому симптому присоединилась атрофія мышцъ верхнихъ конечностей.

Въ другомъ случаѣ миопатическое лицо было констатировано случайно у дѣвушки, явившейся въ госпиталь съ больной матерью (одновременно у этой дѣвушки была начинающаяся атрофія мышцъ надплечія). Déjérine и Landouzy высказали тогда предположеніе, что, быть можетъ, такіе случаи встрѣчались бы чаще, если бы на этотъ симптомъ обращать больше вниманія. Судя по позднѣйшей литературѣ¹⁾, это предположеніе не оправдалось, и потому слѣдуетъ считать рѣдкостью огривченіе страданія мышцами лица вплоть до старости, какъ это было у отца нашего больного.

Слѣдующая очень важная особенность даннаго случая состоитъ въ очень быстромъ прогрессированіи мышечной атрофіи. По словамъ больного, заслуживающаго полного довѣрія, атрофія у него усиливалась и распространялась все дальше со дня на день: въ іюнѣ мѣсяцѣ прошлаго года онъ былъ совершенно способенъ къ труду и работалъ въ полѣ, а 1—2 мѣсяца спустя онъ уже не былъ способенъ ни къ какой даже самой легкой работѣ. Столь быстрое развитіе мышечной атрофіи совсѣмъ не свойственно той формѣ ея, которая носитъ названіе дистрофіи. Нѣкоторую аналогію къ данному случаю представляетъ только случай *Schüle*, въ которомъ распространеніе и локализациа страданія была похожей на нашу: однако и здѣсь слабость ногъ появилась только 9 мѣсяцевъ спустя послѣ пораженія верхнихъ конечностей; еще 2 года послѣ этого на одной сторонѣ сохраненъ былъ колѣнный рефлексъ.

Дальше, *Sacara-Tulbure* вспоминаетъ о такого рода обостреніи въ теченіи дистрофіи и приводитъ въ примѣръ случай *pseudohypertrophia* у ребенка: быстрому ухудшенію бо-бѣзни предшествовала въ данномъ случаѣ 15 дней продолжавшаяся лихорадка, между тѣмъ какъ въ нашемъ случаѣ такое осложненіе исключается внѣ всякаго сомнѣнія.

¹⁾ Я нашелъ нѣчто подобное у Westphal'я (26).

Привести какую-нибудь особенную причину быстрого развитія болѣзни у нашего больного мы не въ состояніи. Во всякомъ случаѣ, эта особенность описаннаго случая не мѣшаетъ намъ причислить его къ первичнымъ страданіямъ мышечной системы, которымъ отвѣчаютъ всѣ другіе симптомы даннаго страданія. Однако мы должны прибавить, что такое быстрое усиленіе атрофіи для насъ менѣе понятно при первичномъ страданіи мышечной системы, чѣмъ при спинальной формѣ атрофіи, обусловленной первичнымъ пораженіемъ трофическихъ центровъ.

III случай. (Fig. 5 и 6). Малка III, 17 лѣтъ, двѣнца. Родители больной здоровы. Мать ея родила 8 разъ: первый разъ преждевременно, 2-ой ребенокъ жилъ всего нѣсколько недѣль, остальные 6 живы и здоровы. Одна сестра замужняя, дѣти ея здоровы. Больная по очереди 5-ая. У матери больной было 7 родственниковъ; живъ одинъ только братъ, остальные померли въ молодомъ возрастѣ (4, 10, 13 лѣтъ) отъ неизвѣстныхъ ей болѣзней. Насколько ей извѣстно, въ семьѣ ея не было случая болѣзни похожей на ту, которой она въ настоящее время страдаетъ. По лицу больная имѣетъ большое сходство со своей матерью, однакожъ у послѣдней мышцы лица дѣйствуютъ правильно; тоже самое можно сказать относительно младшаго брата больной, который тоже похожъ на мать.

Страданіе нашей больной стало замѣтнымъ лишь 1½ года т. н.; въ то время мать ея обратила вниманіе на неправильное положеніе правой лопатки. Нѣсколько раньше уже больная стала замѣчать нѣкоторую слабость въ правой верхней конечности. Съ тѣхъ поръ состояніе ея немногимъ ухудшилось, однакожъ и въ настоящее время разстройства ограничиваются вышепоименованной конечностью и соответствующей половиной плечевого пояса. Что касается измѣненій въ лицѣ, то больная ничего точнаго объ нихъ сказать не можетъ, она знаетъ лишь то, что будучи малымъ ребенкомъ была гораздо красивѣе, чѣмъ теперь.

Никакихъ серьезныхъ болѣзней больная не переносила. На 8-омъ году ея укусила собака, вслѣдствіе чего у ней остался рубецъ на правомъ бедрѣ. 12-ти лѣтъ она стала заниматься домашнимъ хозяйствомъ.

Status praesens, 10/vi 98. Больная средняго роста; питанія удовлетворительнаго. Рѣзко выраженная *facies myopathique*: губы сильно выступаютъ, толсты, выворочены (*ectropion*). Лицо и лобъ выглажены, безъ всякихъ морщинъ. Глаза чрезмерно раскрыты, вслѣдствіе чего выраженіе лица какъ будто изумленное. Правая глазная щель шире лѣвой. Когда больная направляетъ взглядъ вверхъ, брови поднимаются слабо, правая хуже лѣвой; складки на лбу тоже съ правой стороны слабѣе выражены. Больная въ состояніи закрыть глаза, но съ правой стороны остается открытой узкая

цель. Сжать глазъ больная не можетъ. Въ покой ротъ чуть-чуть открытъ и зубы замѣтны, однакожь больная въ состояніи съ нѣкоторой силой даже сжать губы. Когда больная смѣется, углы рта совсѣмъ не поднимаются, ротъ расширяется, причѣмъ на лѣвой половинѣ лица возникаютъ незначительныя складки, на правой-же ихъ нѣтъ почти совсѣмъ.

Правое плечо значительно ниже лѣваго; правая лопатка стоитъ ниже, внутренній край ея при опущенной конечности отстываетъ на $1\frac{1}{2}$ пальца отъ грудной клѣтки и направляется косвенно сверху и снаружи книзу и кнутри; разстояніе между лопаткой и позвоночнымъ столбомъ съ правой стороны чуть-чуть больше, чѣмъ съ лѣвой.

Верхній контуръ *M. scullaris* вполне отсутствуетъ. Скелетъ плечевого пояса выступаетъ рѣзко. Осматривая больную сзади, замѣчаемъ акроміальную часть ключицы. *Fossa suprascapinata* впаившая, *fossa infrascapinata* болѣе выполнена. Ключица какъ будто длиннѣе, чѣмъ лѣвая; акроміальная часть ея стоитъ ниже стернальной. Дельтовидная мышца довольно хорошо сохранена, особенно въ нижней части. *M. latissimus dorsi* и обѣ нижнія части (о верхней уже сказано выше) *m. scullaris* совсѣмъ атрофированы. Больная въ состояніи поднять руку кпереди и кнаружи, но рука не достигаетъ горизонтальнаго положенія, притомъ лопатка еще болѣе отдалается отъ грудной клѣтки (Fig. 6); подирая послѣднюю, больная дѣлаетъ возможнымъ активное подниманіе руки нѣсколько выше горизонтальной линіи.

Правое верхнее плечо имѣетъ въ окружности (15 ст. надъ olecranon) 24 ст., лѣвое же 24,3 ст.; правое предплечіе (10 ст. подъ olecranon) 20,5, лѣвое—21,3 ст. Мышечная сила съ правой стороны меньше. *M. supinator longus* рѣзко атрофированъ, сила его незначительна. Разгибаніе въ лучезапястномъ суставѣ ограничено, больная съ трудомъ поднимаетъ руку до уровня предплечія.

Равнымъ образомъ разгибаніе пальцевъ тоже затруднительно, больная не въ состояніи удержать ихъ на одномъ уровнѣ, 3-ій и 4-ій палецъ опускаются ниже. Сгибаніе пальцевъ и ручной кисти производится правильно. Въ мелкихъ мышцахъ руки атрофіи не замѣтно.

Лѣвой верхней конечностью всѣ движенія производятся правильно и съ достаточной силой. Равнымъ образомъ въ нижнихъ конечностяхъ никакихъ расстройствъ не найдено: больная ходитъ хорошо и не устаетъ, въ состояніи удержаться на одной ногѣ, на цыпочкахъ и т. д.

Фибриллярнаго дрожанія нѣтъ нигдѣ. Электрическая реакція въ качественномъ отношеніи правильна. Реакціи перерожденія нѣтъ. Количественно электрическая возбудимость въ нѣкоторыхъ мышцахъ уменьшена.

	фарад. токъ		гальванич токъ	
	(разстояніе катушекъ въ ст.)		(МА)	
	пр	лѣв.	пр.	лѣв
<i>N. ulnaris</i>	10,0	9,5	0,75	0,75
<i>N. medianus</i>	9,0	9,0	0,75	0,75
<i>N. radialis</i>	6,5	6,0	0,75	0,75
<i>N. peroneus</i>	8,5	8,5	2,0	1,25

N. tibialis post.	8,0	9,0	2,5	1,25
N. cruralis.	8,0	8,5	1,0	1,0
M. extensor dig. (manus)	8,0	7,0	1,25	1,1
M. opponens poll.	8,5	8,5	—	—
M. extensor carpi uln.	8,5	8,0	—	—
M. biceps	9,0	8,0	1,6	1,5
M. triceps	9,5	8,5	0,6	0,6
M. extensor dig. (pedis)	7,0	7,0	8,0	8,5
M. tibialis ant.	7,5	7,0	8,0	6,0
M. quadriceps	7,5	6,0	5,0	3,0
M. gastrocnemius	—	—	4,0	3,5
M. glutaeus max.	—	—	2,5	2,0

Въ верхнихъ конечностяхъ сухожильныхъ рефлексовъ не получается. Колѣнные рефлексы умѣренны. Помимо того у больной найдены слѣдующія аномалии: значительный prognathismus, причѣмъ верхніе зубы сильно выступаютъ противъ нижнихъ; плоское ангиома—на лѣвой ладони; рѣзкая марморизація кожи на обѣихъ плечахъ и предплечьяхъ.

Въ данномъ случаѣ, также какъ и во второмъ, передъ нами дистрофія типа Landouzy-Déjérine'a. Атрофія лицевыхъ мышцъ началась по всей вѣроятности въ дѣтскомъ возрастѣ, тогда какъ въ мышцахъ плеча она стала замѣтной лишь 1½ года тому назадъ.

Случай этотъ замѣчательнъ тѣмъ, что до сихъ поръ помимо лица страданіе ограничилось одной лишь верхней конечностью и соотвѣтствующей частью плечевого пояса, не нарушая остальныхъ мышцъ. Кромѣ того достойно вниманія, что и на лицѣ атрофія не выражается симметрично, но что сильнѣе захвачена та половина его (правая), которая отвѣчаетъ атрофированной конечности. Вопреки нашему второму случаю, принадлежащему къ тому же типу, у настоящей больной никакой наследственности—ни прямой, ни косвенной не отмѣчено.

IV случай. Мат. Александръ, 19 лѣтъ отъ роду, сынъ сельскаго хозяина, поступилъ въ клинику 12. XI. 96 года. (Fig. 7 и 8). Родители больного здоровы, родства между ними нѣтъ. Отецъ больного злоупотреблялъ алкоголемъ; абортъ у матери не было. Въ семьѣ 7 дѣтей, всѣ живы. Самый старшій сынъ, 21 годъ отъ роду, здоровъ. Второй сынъ—это нашъ больной Затѣмъ дочь, 17 лѣтъ, тоже здоровая; у слѣдующей же

15 лѣтней дочери развилась та же болѣзнь, что и у нашего больного. Затѣмъ, 11 лѣтній мальчикъ и 8 лѣтняя дѣвочка—здоровы; самое младшее дитя, 5 лѣтняя дѣвочка, страдаетъ той же болѣзнью, что и 15 лѣтняя дочь и 19 лѣтній сынъ.

Отецъ больного имѣетъ 2-хъ вполне здоровыхъ братьевъ, дѣти которыхъ (7 resp: 5) умерли въ юномъ возрастѣ отъ различныхъ болѣзней, ни у одного изъ нихъ не было симптомовъ мышечнаго страданія, у каждаго изъ дядей больного осталось по 2 здоровыхъ дѣтей.

Двое дядей по матери умерли въ молодомъ возрастѣ отъ совершенно другихъ болѣзней. Только про бабушку матери больного рассказывали, что она съ трудомъ ходила (ей было 90 лѣтъ). Нашъ больной родился при совершенно нормальныхъ родахъ и развивался физически вначалѣ вполне правильно: уже на 1-мъ году жизни онъ началъ ходить; походка у него была такая же, какъ у вполне здоровыхъ дѣтей. Только позже онъ сталъ хуже ходить; времени начала своего страданія больной не въ состояніи точно опредѣлить. Будучи 5-6 лѣтнимъ мальчикомъ, больной имѣлъ уже привычку ходить на кончикахъ пальцевъ. Что болѣзнь нарастала медленно, видно изъ того, что 10 лѣтнимъ мальчикомъ больной вполне хорошо ѣздилъ верхомъ. Позднѣе, особенно въ послѣдніе годы, слабость ногъ все усиливалась. Верхнія конечности долгое время оставались нормальными: 4—5 лѣтъ тому назадъ онъ поднималъ еще большія тяжести и крѣпко сжималъ руку своимъ товарищамъ. Однако съ тѣхъ поръ (4—5 лѣтъ тому назадъ) и въ верхнихъ конечностяхъ появилась медленно усиливавшаяся слабость, причѣмъ конечности сильно исхудали. Никакихъ парестезій у больного не было; въ рукахъ очень рѣдко случались припадки болей.

Больной прѣдлѣлъ 2 лихорадочныя болѣзни, послѣднюю 4 года тому назадъ: обѣ онѣ продолжались коротко и отличались довольно легкимъ теченіемъ. Въ прочихъ отношеніяхъ больной былъ здоровъ, только до 10 года жизни страдалъ *enuresis nocturna*. *Abusus in Vacuo* не было, половыхъ сношеній не имѣлъ; *pollutiones* не являлись.

St. praesens. Больной средняго роста, довольно сильнаго тѣлосложенія; подкожная жировая кѣтчатка развита въ незначительной степени. Лицо—свѣжее, румяное. Кожа на кистяхъ, стопахъ и на колѣнахъ багроваго цвѣта. Мышцы конечностей развиты очень слабо: какъ въ верхнихъ, такъ и въ нижнихъ конечностяхъ атрофія выражена сильнѣе въ центральныхъ отрѣзкахъ, чѣмъ въ периферическихъ.

Результаты точнаго измѣренія слѣдующіе:

		На правой сторонѣ.	На лѣвой сторонѣ.
Обкружность предплечій на высотѣ	10 ctm подъ olecranon	19,1	18,4
»	верхняго плеча	8 ctm надъ »	17,7
»	»	11 ctm надъ »	18,8
»	»	24 ctm надъ »	19,0
»	бедра	10 ctm надъ patella	29,5
»	»	20 ctm надъ patella	32,8
Наибольшая обкружность голени	—	»	32,8
			31,3

Кисти и особенно стопы выдаются несоразмѣрно сильнымъ развитіемъ скелета, не отвѣчающимъ совсѣмъ вообще граціозному строенію всего тѣла. На мелкихъ мышцахъ кисти и стопы не видно атрофіи. Надплечія остро-конечны. *Fossae supra-et infraspinatae* нѣсколько запали. Правая лопатка стоитъ ниже, чѣмъ лѣвая. Нижний уголъ *scapulae* отстоитъ отъ задней стѣнки грудной клѣтки, особенно лѣва: при подниманіи верхнихъ конечностей впереди это отстояніе становится болѣе явнымъ.

Что касается активной подвижности верхнихъ конечностей, то больной въ состояніи сжать своею рукою слабо, и притомъ правой рукою слабѣе, чѣмъ лѣвой (по динамометру *Mathieu* 40,3 resp. 40,7). Движенія всѣхъ пальцевъ, между ними и большого, сохранены, но слабы. При разгибаніи и растопыриваніи пальцевъ большой палецъ сильно отстаетъ отъ другихъ въ этомъ движеніи. Въ лучезапястныхъ сочлененіяхъ разгибаніе возможно въ очень незначительной степени и слабо, сгибаніе гораздо свободнѣе. Пронація и супинація рукъ вполнѣ удовлетворительны. *M. biceps* дѣйствуетъ слабо, *mm. tricipites* еще слабѣе, особенно на правой сторонѣ. Большой поднимаетъ руку до вертикальной линіи, вращаетъ ее хорошо кнаружи и кнутри; плечи онъ можетъ свободно поднимать, сводить и разводить; равнымъ образомъ безпрепятственно забрасываніе руки на противоположное плечо; при преодолѣваніи однако малѣйшаго сопротивленія, соответственныя мышцы оказываются очень слабыми.

Въ нижнихъ конечностяхъ движенія пальцевъ правильны. Въ голеностопныхъ сочлененіяхъ разгибаніе слабо, особенно справа; сгибаніе возможно въ болѣе степени. Пронацію стопы больной выполняетъ хуже, чѣмъ супинацію. *Mm. quadriceps* очень слабы, сгибатели колѣннаго сустава сохранили больше силы.

Въ бедренномъ суставѣ конечность настолько хорошо сгибается, что бедро можетъ быть приведено при согнутомъ колѣнѣ въ соприкосновеніе съ переднею поверхностью живота; при разогнутомъ колѣнѣ больной не въ состояніи согнуть конечности въ бедренномъ суставѣ. Мышцы, приводящія бедро, очень слабы; больной не въ состояніи заложить одно колѣно на другое. Разгибатели и мышцы, отводящія бедро, функционируютъ правильно, но слабы. Больной при стояніи обыкновенно разставляетъ ноги, наклоняетъ туловище впереди и слегка сгибаетъ колѣни; пятки при этомъ нѣсколько приподняты, не опираются о полъ. Если больной хочетъ выпрямиться, онъ тотчасъ падаетъ назадъ; при желаніи больного приблизить ноги одну къ другой, все тѣло его наклоняется еще болѣе впереди (Fig. 5). Больной въ состояніи стоять на одной ногѣ, можетъ наклониться впереди, поднимать различные предметы съ пола и даже противодействовать туловищемъ какому-нибудь сопротивленію. Нагибаться назадъ больной не въ состояніи. При ходьбѣ туловище больного также сильно наклонено впереди.

Больной ходитъ больше на концахъ пальцевъ, такъ какъ онъ не представляетъ пятокъ плотно къ полу. Быстро ходитъ больной не въ состояніи. Больной удовлетворительно ходитъ вспяты, причемъ туловище его при этомъ еще болѣе наклоняется впереди. Безъ посторонней помощи больной

не въ состояніи всходить на лѣстницу. Переимѣнить лежачее положеніе въ сидячее больной можетъ только такимъ образомъ, что онъ раньше ложится на бокъ. Если больной станетъ на колѣни, онъ не въ состояніи подняться безъ посторонней помощи. Съ пола больной поднимается такимъ образомъ, что онъ упирается въ полъ сначала руками, затѣмъ концами пальцевъ обѣихъ ногъ и тогда только поднимается одновременно на обѣ ноги.

Грудная клѣтка умѣренно широка, межкостные промежутки запавшіе. Дыханіе равномерное, дыхательныя мышцы сильны. Голосъ громкій, сильный.

Чувствительность безъ измѣненій.

Колѣнные рефлексы и съ Ахиллова сухожилія отсутствуютъ. Рефлексъ съ *m. biceps* слабъ, съ *triceps* отсутствуетъ. Подошвенный рефлексъ слабо выраженъ, брюшной и съ *epigastrium* — живы.

Нервы и мышцы неболѣзненны при давленіи. Механическая возбудимость мышцъ повышена, идиомускулярныхъ сокращеній нѣтъ.

При обнаженіи тѣла видны фибриллярныя и фасцикулярныя сокращенія въ различныхъ мышечныхъ участкахъ, а именно въ *mm. deltoidei, pectorales, cscullares, rhomboidei, glutaeus* и др. При напряженіи мышцъ фибриллярныя подергиванія выступаютъ рѣзче.

Лицевыя мышцы нормальны; при закрытіи глазъ видно фибриллярное дрожаніе вѣкъ; дрожитъ и языкъ при высовываніи. Другихъ аномалій со стороны черепныхъ нервовъ нѣтъ.

Позвоночникъ нигдѣ не чувствителенъ при давленіи; въ нижней грудной части его сколіотическое искривленіе съ выпуклостью, обращенной влѣво. Остистые отростки двухъ послѣднихъ грудныхъ позвонковъ явно расщеплены.

Строеніе черепа нормальное. Нижняя челюсть сильно выступаетъ впередъ. Зубы нормальны. Внутренніе органы безъ измѣненій.

Обѣ сестры больного, страдающія той же болѣзью, 15 лѣтняя Юлія и 5 лѣтняя Станислава были изслѣдованы мелькомъ во время амбулаторнаго пріема. У обѣихъ найдены существенныя симптомъ страданія, хотя въ относительно легкой степени. Обѣ онѣ ходятъ больше на концахъ пальцевъ, наклоняя туловище впередъ. Юлія не можетъ бѣгать, Станислава бѣгаетъ довольно неловко. Юлія не можетъ наложить одно колѣно на другое, колѣнные рефлексы у нея отсутствуютъ; младшей сестры нельзя было изслѣдовать въ этомъ отношеніи вслѣдствіе ея сильной раздражительности. У обѣихъ сестеръ верхнія конечности нормальны. По словамъ довольно интеллигентнаго ихъ отца, страданіе развилось у обѣихъ точно также, какъ у нашего больного, т. е. на 1—2 году жизни. Сестры эти ничѣмъ не отличались вначалѣ отъ другихъ, теперь совершенно здоровыхъ дѣтей; только вслѣдствіи мало-по-малу стала развиваться у нихъ слабость ногъ.

По началу страданія, распространенію атрофіи и ея признакамъ этотъ случай нужно отнести къ такъ называемой наследственной формѣ дистрофіи *Leyden-Möbius'a*. Нѣсколько

не соответствует принятому типу начало болѣзни въ первые годы жизни (у 5 лѣтней сестры больного главные признаки страданія были уже ясно выражены); дальше, въ нашемъ случаѣ страданіе является ничуть не наслѣдственнымъ, но семейнымъ, такъ какъ изъ 7 братьевъ и сестеръ заболѣло трое. Наконецъ, заслуживаетъ вниманія ненормальное развитіе кистей и стопъ, которыя особенно выдаются своей величиной благодаря странному вообще тѣлосложенію больного. Нѣчто подобное наблюдалъ недавно Eulenburg; онъ объясняетъ такое явленіе трофическими измѣненіями костной системы (по аналогіи съ измѣненіями въ мышцахъ). Быть можетъ, подобныя аномаліи скелета встрѣчались бы чаще, если бы авторы обращали вниманіе на такія измѣненія при мышечной атрофіи. Въ нашемъ случаѣ мы можемъ отмѣтить еще одну незначительную аномалію, а именно расщепленіе остистыхъ отростковъ 2-хъ послѣднихъ грудныхъ позвонковъ.

V случай. *Хаимъ Люке.* 11 лѣтній мальчикъ, поступилъ въ клинику 8 ноября 97 г. Отецъ больного парикмахеръ, 42 лѣтъ отъ роду, здоровъ, но сильно похудалый (по словамъ матери); спиртными напитками не злоупотребляетъ. Мать больного, 39 лѣтъ отъ роду, здорова. Родители больного не находятся между собой въ родствѣ; у нихъ было 6 дѣтей, изъ которыхъ 2-е первыхъ (сыновья) умерли отъ дѣтскихъ болѣзней въ возрастѣ $1\frac{1}{2}$ до 2 лѣтъ. У третьяго сына развилась на 8-омъ году жизни таже болѣзнь, которой страдаетъ нашъ больной (до тѣхъ поръ онъ былъ совершенно здоровъ). Нижнія конечности у него стали слабѣть, онъ часто падалъ и не былъ въ состояніи подниматься безъ посторонней помощи; наконецъ онъ совершенно пересталъ ходить и одновременно съ этимъ у него появились контрактуры въ нижнихъ конечностяхъ. Нѣсколько времени спустя ослабѣли и верхнія конечности, а весной сего года развились у него затрудненія при дыханіи (по разсказамъ матери, — астматическіе припадки), сведшіе его въ теченіи 3 недѣль въ могилу на 13-омъ году жизни. 4-ый сынъ — нашъ больной. 5-му — 8 лѣтъ, а 6-му — 3 года; оба они здоровы. Въ семьѣ какъ со стороны отца, такъ и со стороны матери подобной болѣзни не было.

У нашего больного страданіе началось въ томъ же возрастѣ, что у старшаго сына, а именно на 8-мъ году жизни. Первою, какъ и у того, появилась слабость нижнихъ конечностей, которая все болѣе усиливалась, такъ что почти 1 годъ тому назадъ больной слегъ совершенно въ постель. Къ тому же времени развились у него въ нижнихъ конечностяхъ контрак-

туры. Слабость верхнихъ конечностей присоединилась позже. До начала этой болѣзни мальчикъ нашъ былъ вполне здоровъ: тѣлесно и душевно онъ развивался вполне хорошо.

Status praesens. Больной, судя по возрасту, малаго роста, плохого питанія; кожа и слизистыя оболочки блѣдны. Черепъ не представляетъ ничего анормальнаго.

Внутренніе органы безъ измѣненій.

Мышцы лица хорошо развиты, только верхняя губа пожалуй нѣсколько тоньше. Мимическія движенія довольно живы.

Со стороны черепныхъ нервовъ не замѣчается никакихъ уклоненій отъ нормы.

Верхнія конечности сильно исхудали; атрофія сильнѣе всего выражена въ мышцахъ плеча; предплечія, напротивъ, почти нормальнаго объема. Thenar и Hypothenar ясно выражены, межкостные промежутки не замѣшаны. Положеніе конечностей правильное, никакихъ контрактуръ нѣтъ.

При пальцаціи мышцы верхняго плеча оказываются вялыми, менѣе вялы мышцы предплечія. При пассивныхъ движеніяхъ не чувствуется никакого сопротивленія.

Контрактуры дельтовидныхъ мышцъ сильно выдающіяся; при пальцаціи ихъ консистенція оказывается плотнѣе, чѣмъ въ мышцахъ предплечія.

Активное подниманіе верхнихъ конечностей впередъ и къ сторонѣ возможно до угла въ 70—80°, къзади почти совсѣмъ невозможно. Чтобы поднять руки выше, больной нагибаетъ туловище на противоположную сторону. Мышечная сила въ *mm. deltoidei* (при сопротивленіи) минимальна. Въ локтевыхъ суставахъ, какъ при пронаціи, такъ и при супинаціи, сгибаніе свободно выполнимо, но слабо; разгибаніе же больной производитъ даже съ нѣкоторой силой. Въ лучезапястныхъ суставахъ сгибаніе и разгибаніе достаточны, но сила этихъ движеній незначительна. Пронаціи при согнутомъ и разогнутомъ локтевомъ суставѣ лучше выполнима, чѣмъ супинаціи: въ максимальныхъ границахъ послѣдняя возможна только при большемъ усилии со стороны больного. Движенія большого и другихъ пальцевъ вполне сохранены.

Точное измѣреніе соответственныхъ частей даетъ слѣдующіе результаты.

	пр.	лѣв.
Окружность верхняго плеча на разстояніи 8 ст.		
надъ <i>olecranon</i>	14,5 ст.	15,0
» предплечія на разстояніи 10 ст.		
подъ <i>olecranon</i>	15,0 —	15,3

Нижнія конечности. Стопы въ положеніи *equinovarus*. Въ колѣнныхъ сочлененіяхъ контрактура сгибателей приблизительно въ 90°. Въ бедренныхъ сочлененіяхъ конечности согнуты и отвѣдены. Икроножныя мышцы на видъ сильно развиты, равнымъ образомъ мышцы бедра ничуть не атрофированы. Ягодичная область съ обѣихъ сторонъ сильно выдается.

	пр.	лѣв.
Окружность икры (максимальная)	24,5 ст.	25,0
» бедра (15 ст. надъ patella)	31,0 —	31,0

При пальпации икры оказываются довольно твердыми. Консистенция бедренныхъ мышцъ равнымъ образомъ повышена.

Пассивныя движенія. Въ голенистоопныхъ сочлененіяхъ разгибаніе сильно ограничено, точно также ограничена пронація. Въ колѣнныхъ суставахъ разгибаніе возможно только до угла въ 120—130°, сгибаніе нормально. Въ бедренныхъ суставахъ разгибаніе ограничено (140—150°), на лѣвой сторонѣ хуже, чѣмъ на правой; флексія, отведеніе и приведеніе нормальны.

Активныя движенія. Пальцы у ногъ нормально подвижны, въ голенистоопныхъ сочлененіяхъ разгибаніе сильно ограничено, сгибаніе нормально, приведеніе лучше выполнимо, чѣмъ отведеніе.

Въ колѣнныхъ суставахъ конечности могутъ быть разогнуты въ такой же степени, какъ и пассивно, но только при горизонтальномъ положеніи тѣла; при свисающихъ ногахъ разгибаніе въ колѣнныхъ сочлененіяхъ невозможно.

Сгибаніе въ колѣнныхъ сочлененіяхъ производится, причемъ больной въ состояніи даже преодолѣть нѣкоторое сопротивленіе. Разгибаніе въ бедренныхъ суставахъ очень незначительно, сгибаніе нормально, почти ad maximum, но слабо. Отведеніе и приведеніе тоже совершаются безъ всякой силы.

Больной не въ состояніи ни ходить ни стоять. Сидитъ онъ хорошо, въ состояніи также подняться, правда, съ большимъ усиліемъ, безъ посторонней помощи изъ горизонтальнаго положенія на спинѣ. Позвоночный столбъ безъ искривленій. Лопатки далеко отстоятъ отъ позвоночника, притомъ лѣвая больше, чѣмъ правая. Ихъ внутренніе края направлены косо снару и сверху кнаружи и книзу. Нижніе углы лопатокъ отстоятъ отъ грудной кѣтки. Fossae supra—et infraspinatae хорошо выполнены. Край m. scullaris съ обѣихъ сторонъ сильно выдается.

Туловище больной въ состояніи поворачивать во все стороны; движенія головы тоже сохранены. Лопатки необыкновенно подвижны (lose Schultern).

Чувствительность на всемъ тѣлѣ сохранена нормально.

Рефлексы на верхнихъ конечностяхъ (съ biceps и triceps) отсутствуютъ. На нижнихъ конечностяхъ отсутствуютъ колѣнные рефлексы и съ Ахиллова сухожилия, равнымъ образомъ нѣтъ подошвеннаго рефлекса на обѣихъ ногахъ. Рефлексы съ m. sternaster—живы, точно также брюшные и съ epigastrium. Рефлексы со слизистыхъ оболочекъ—conjunctiva, глотка—также сильны.

Мышцы и периферическіе нервы вездѣ къ давленію нечувствительны, механическая возбудимость мышцъ уничтожена.

Ислѣдованіе посредствомъ электричества не даетъ никакихъ указаний на реакцію перерожденія. Въ общемъ количественное положеніе возбудимости отвѣчаетъ выпаденію функций.

Минимальное сокращеніе получается:

	прерывистый токъ		постоянный токъ	
	пр.	лѣв.	пр.	лѣв.
	(реостатъ при 0—разстояніа катушекъ)			
<i>N. radialis</i>	50	48	4,0 МА	5,0 МА
— <i>ulnaris</i>	56	55	2,0 —	2,0 —
— <i>medianus</i>	54	56	3,0 —	3,0 —
<i>M. opponens poll.</i>	50	57	2,0 —	3,0 —
<i>M. biceps</i>	50	52	10,0 —	6,0 —
<i>M. triceps</i>	47	48	5,0 —	5,0 —
<i>M. deltoideus</i>	30	32	10,0 —	7,0 —
— <i>cucullaris</i>	29	29	15,0 —	10,0 —
— <i>pectoralis</i>	—	—	4,0 —	7,0 —
— <i>serratus ant.</i>	—	—	11,0 —	6,0 =
<i>N. cruralis</i>	29	29	6,0 —	7,0 —
<i>N. tibialis post.</i>	46	35	6,0 —	5,0 —
— <i>peroneus</i>	56	46	4,0 —	4,0 —
<i>M. gluteus max.</i>	25	11	не сокращается при максимальн. токѣ	
<i>M. vastus ext.</i>	30	32	9,0 —	6,5 —
— <i>gastrocnemius</i>	36	37	8,5 —	6,5 —
— <i>tibialis ant.</i>	35	32	9,0 —	8,0 —

Какъ въ двухъ предыдущихъ случаяхъ, такъ и тутъ диагнозъ не представляется ничуть затруднительнымъ. Начало болѣзни въ дѣтскомъ возрастѣ, семейный характеръ ея, болѣе сильное пораженіе центральныхъ отрѣзковъ конечностей, отсутствіе реакціи перерожденія и фибриллярныхъ подергиваній—сочетаніе всѣхъ этихъ признаковъ заставляеть внѣ всякаго сомнѣнія принять въ данномъ случаѣ первичную миопатическую атрофію. Однако причислить данный случай къ одной изъ извѣстныхъ группъ атрофіи въ нѣкоторомъ отношеніи трудно. По отношенію къ локализаци атрофіи онъ, точно также какъ и предыдущій случай, болѣе всего отвѣчаетъ типу *Leuven-Möbius'a* или такъ называемому наследственному. Возрастъ, въ которомъ начало развиваться страданіе, еще болѣе, чѣмъ тамъ, согласуется съ общепринятымъ типомъ. Съ другой стороны однако здѣсь, какъ и въ нашемъ III случаѣ, дистрофія не представляетъ страданія прямо наследственнаго, а носитъ семейный характеръ. Въ обѣихъ

семьяхъ нельзя было найти никакого этиологическаго момента для даннаго страданія.

Въ сравненіи съ ранѣе описаннымъ случаемъ у этого больного страданіе отличается болѣе скорымъ теченіемъ. Между тѣмъ какъ тамъ 15 лѣтъ спустя послѣ начала болѣзни атрофія не была еще очень сильно выраженной и вызвала только нѣкоторую слабость ногъ и рукъ, въ данномъ случаѣ больной, спустя 3 года, уже неотлучно прикованъ къ постели, а его старшаго брата тоже страданіе при столь же быстромъ теченіи привело къ смерти вслѣдствіе ослабленія дыхательныхъ мышцъ въ продолженіи 5 лѣтъ.

Болѣе всего отличается данный случай отъ предыдущаго и отъ *Leiden-Möbius'*овскаго типа псевдогипертрофіей нѣкоторыхъ мышцъ. Сильнѣе всего она выражена въ нижнихъ конечностяхъ—въ икрахъ, бедренныхъ мышцахъ, ягодицахъ. На верхнихъ конечностяхъ псевдогипертрофія болѣе всего видна на *mm. deltoidei*. По консистенціи псевдогипертрофическія мышцы довольно тверды; въ будущемъ, согласно съ гипотезой *Charcot*, подтвержденной изслѣдованіями *Berger'a*, изъ этого фибрознаго перерожденія разовьется, быть можетъ, перерожденіе жировое.

VI случай. Клавдій Гряб. 24 лѣтъ, прикащикъ, явился въ лечебницу ¹³/хІ 97 г. Отецъ его здоровъ. Мать отличается выдающейся полнотой и въ продолженіи многихъ лѣтъ ходитъ съ большимъ трудомъ, что семья приписываетъ ревматизму; болѣе точныхъ свѣдѣній о ней больной не имѣетъ, такъ какъ родители его нѣсколько лѣтъ тому назадъ переселились въ Америку и не даютъ никакихъ извѣстій. Старшій братъ больного здоровъ, но на 12-мъ году жизни съ нимъ были эпилептическіе судороги, которые однакожъ болѣе не повторялись. 2 младшія сестры здоровы.

Больной былъ передъ настоящей болѣзнью здоровъ. Начала болѣзни точно опредѣлить не можетъ: самъ онъ почувствовалъ слабость въ ногахъ лишь 2 года тому назадъ, но знакомые уже ранѣе обращали его вниманіе на то, что онъ при ходьбѣ какъ-то волочитъ лѣвую ногу. Больной припоминаетъ себѣ, что уже нѣсколько лѣтъ тому назадъ, оставаясь вслѣдствіе своего занятія нѣкоторое время на ногахъ, онъ сталъ скоро утомляться и принужденъ былъ садиться. Передъ тѣмъ онъ отличался громадной силой въ нижнихъ конечностяхъ. Любимымъ его развлеченіемъ въ юношескомъ возрастѣ было прыганіе черезъ рвы.

Первоначально онъ ощущалъ слабость въ лѣвой ногѣ и только потомъ въ правой; слабость эта постоянно увеличивалась, но и въ настоящее время лѣвая нога значительно слабѣе правой. Годъ тому назадъ больной принужденъ былъ оставить службу. Одновременно со слабостью стала обнаруживаться атрофія мышцъ, особенно въ нижней $\frac{1}{3}$ голени. Въ бедренныхъ мышцахъ сила, по словамъ больного, не уменьшилась, такъ какъ онъ недавно еще былъ въ состояніи поднять челоѡвка на выпрямленной (въ колѣнѣ) ногѣ. Парестезіи въ ногахъ нѣтъ.

Въ икрахъ, а иногда и въ переднихъ мышцахъ бедра бывають, главнымъ образомъ ночью, сильныя судорожныя сокращенія (сгачри), которые настолько неприяты, что больной для уменьшенія боли принужденъ опустить внизъ ноги. По временамъ и въ особенности при переѡбѣ погоды у него бывають рвущія боли въ голениахъ.

Въ общемъ самочувствіе больного хорошо, только изрѣдка онъ страдаетъ головной болью. Всѣхъ тѣла въ послѣдніе годы значительно уменьшился. Инфекціонныхъ болѣзней не было. Спиртными напитками больной не злоупотреблялъ; курить много. Страдалъ триперомъ и мягкимъ шанкеромъ, но сифилисомъ не заразился. Травмы не было.

St. praesens. Больной высокаго роста, умѣренного питанія, кожа и слизистыя оболочки блѣдны. Внутренніе органы, черепные нервы нормальны. *Въ верхнихъ конечностяхъ* всѣ движенія производятся слабо, но движенія пальцевъ и пожатіе руки слабы, тогда какъ остальные мышцы, сгибатели и разгибатели ручной кисти, локтевыхъ и плечевыхъ сочлененій обладаютъ довольно значительной силой. Атрофіи на верхнихъ конечностяхъ не замѣчается.

На нижнихъ конечностяхъ довольно сильно выраженная атрофія въ нижней $\frac{1}{3}$ голени. Мышцы на передне-наружной поверхности голени и икроножныя дряблы; лѣвая икра болѣе дрябла, чѣмъ правая. Пассивныя движенія въ голеностопныхъ сочлененіяхъ необыкновенно свободны, особенно въ лѣвомъ (Schlottergelenk). Контрактуръ нѣтъ. Активныя движенія пальцевъ и стопы ограничены: разгибатели не въ состояніи преодолѣть ни малѣйшаго сопротивленія, сгибатели тоже довольно слабы. M. quadriceps и иныя бедренныя мышцы сохранили нормальную силу.

Фибриллярныхъ подергиваній нѣтъ. Электрическая возбудимость, равно фарадическая, какъ и гальваническая, въ нѣкоторыхъ мышцахъ понижена, но ясной реакціи перерожденія не замѣчается.

	пр.	лѣв.
N. peroneus даетъ сокращеніе при	8,5 ст. (разстояніе катушекъ)	8,0 ст.
N. tibialis post.	7,5 —	7,0 —
N. cruralis	8,0 —	6,5 —
M. peroneus	7,5 —	7,5 —
M. tibialis ant.	6,5 —	0 (оч. слаб. сокр.)
M. extensor hall. brevis	5,0 —	нѣтъ сокращенія.
M. extensor digit. br.	нѣтъ сокращенія.	нѣтъ сокращенія.

<i>M. gastrocnemius</i>	6,5 —	7,5 —
<i>N. medianus</i>	10,0 —	9,5 —
<i>N. ulnaris</i>	8,5 —	9,5 —
<i>M. extensor digit (manus)</i>	8,5 —	8,5 —
<i>M. opponens poll.</i>	10,0 —	9,0 —
<i>M. interosseus</i>	8,5 —	9,0 —
<i>M. flexor carpi uln.</i>	10,0 —	10,5 —
<i>N. facialis</i>	10,0 —	10,5 —

При гальваническомъ токъ *M. tibialis anticus* отвѣчаетъ только при 10 МА, сокращеніе получается очень слабое и какъ будто нѣсколько замедленное, но формула сокращеній сохранена правильно. *N. peroneus* и *N. tibialis post.* даютъ реакцію при 8 МА. (Количественное опредѣленіе возбудимости остальныхъ мышцъ не могло быть произведено).

Чувствительность тактильная, чувство температуры, давленія, мѣста, положенія и движеній правильны, но болевая чувствительность (главнымъ образомъ электроболевая) въ нижнихъ конечностяхъ понижена.

Колѣнные рефлексы умѣренны, рефлексы съ Ахиллова сухожилія отсутствуютъ. Нервы и мышцы къ давленію нечувствительны.

Въ данномъ случаѣ мышечная атрофія, несмотря на продолжительность страданія, не распространилась далѣ периферическихъ отрѣзковъ конечностей. Главнымъ образомъ потерпѣли нижнія конечности, а преимущественно мышцы, получающія вѣточки отъ *N. peroneus*, въ менѣ сильной степени область *N. tibialis post.* Страданіе обнаружилось ранѣ всего въ лѣвой ногѣ, которая и теперь слабѣ правой.

Въ верхнихъ конечностяхъ атрофіи нѣтъ, но движенія пальцевъ въ сравненіи съ иными явно ослаблены. Фибриллярныхъ подергиваній и реакціи перерожденія нѣтъ, но электрическая возбудимость въ нѣкоторыхъ мышцахъ понижена, въ иныхъ совсѣмъ отсутствуетъ. Въ нижнихъ конечностяхъ судорожныя сокращенія мышцъ (*сгампи*), по временамъ рвущія боли, объективно-нѣкоторая гипалгезія. Начало болѣзни 3—5 лѣтъ т. н. отъ неизвѣстной причины. Наслѣдственность въ высшей степени вѣроятна.

Не подлежитъ сомнѣнію, что и въ данномъ случаѣ передъ нами прогрессивная мышечная атрофія. Хроническій множественный невритъ въ виду медленнаго теченія и постоянно прогрессирующаго характера болѣзни можетъ быть исключенъ;

впрочемъ периферическіе нервы, какъ сказано выше, не были чувствительны къ давленію и никакихъ перемѣнъ въ нихъ не найдено. По локализациі атрофіи можно бы допустить хроническій полиоміелитъ, но и въ такомъ случаѣ теченіе было бы болѣе быстрое: въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ атрофія должна была бы распространиться гораздо далѣе. Разстройства чувствительности, хотя сами по себѣ не очень-то значительныя, тоже говорятъ противъ полиоміелита.

Установивъ такимъ образомъ прогрессивную мышечную атрофію, слѣдуетъ задаться вопросомъ: къ какой формѣ этого страданія относится данный случай? По нашему мнѣнію онъ подходитъ скорѣе всего къ т. н. невритической формѣ (Гоффманъ). Локализациія атрофіи въ периферическихъ отрѣзкахъ конечностей, а главнымъ образомъ въ области N. peroneus, пониженіе электрической возбудимости, доходящее въ нѣкоторыхъ мышцахъ до полного отсутствія ея, боли, мышечныя судороги, гипалгезія, отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ, наконецъ наследственность страданія—всѣ эти моменты говорятъ за такой діагнозъ. Реакціи перерожденія и фибриллярныхъ подергиваній, правда, не было, но симптомы эти, какъ извѣстно, при невритической формѣ не принадлежатъ къ постояннымъ. Возрастъ, въ которомъ развилось страданіе, вполне соотвѣтствуетъ вышеназванной формѣ. Медленное теченіе болѣзни также для нея характерно, такъ какъ она не препятствуетъ достиженію больными даже преклоннаго возраста.

Что случай нашъ не принадлежитъ къ миопатической атрофіи, видно уже изъ локализациі, которой нельзя согласовать ни съ однимъ изъ многочисленныхъ ея типовъ¹⁾. Скорѣе можно бы допустить форму миелопатическую, но, по господ-

¹⁾ Въ своемъ послѣднемъ трудѣ (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, XII, 5 и 6) Hoffmann признаетъ существованіе формъ миопатической атрофіи съ первоначальнымъ заболѣваніемъ мышцъ предплечія и голени (Vorderarm- und Oberschenkeltypus) и допускаетъ даже въ будущемъ открытіе типа периферическаго, начинающагося съ малыхъ мышцъ руки и стопы.

ствующимъ взглядамъ, медленное теченіе болѣзни, отсутствіе реакціи перерожденія и фибриллярныхъ подергиваній, наслѣдственность болѣзни и наконецъ разстройства въ сферѣ чувства противорѣчатъ такому предположенію.

Невритическая форма атрофіи, благодаря трудамъ многихъ авторовъ съ *Гоффманомъ* во главѣ, настолько уже извѣстна, что дальнѣйшія объясненія едва ли не излишни. Тѣмъ не менѣе мы считаемъ нужнымъ прибавить, что казуистика этого страданія, вообще въ сравненіи съ другими формами довольно скудная, поражаетъ разнообразностью случаевъ, изъ коихъ нѣкоторые довольно далеко отступаютъ отъ точныхъ границъ, намѣченныхъ Гоффманомъ. Не говоря уже о началѣ болѣзни въ верхнихъ конечностяхъ, или даже на лицѣ (*Dubrenich*), которое по Гофману не противорѣчитъ діагнозу, достаточно привести въ видѣ примѣра, что во многихъ случаяхъ страданіе не было ни наслѣдственнымъ, ни семейственнымъ, что *Laehr* описываетъ случай, начавшійся на 40-мъ году жизни, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ не было совсѣмъ разстройствъ чувствительности, тогда какъ въ иныхъ они были очень значительны, а въ случаѣ *Déjérine*'а и *Sottas*'а, которые нѣкоторыми авторами тоже сюда причисляются, къ нимъ присоединились атаксія, myosis и вялая реакція зрачковъ на свѣтъ (припоминаетъ нашъ первый случай, но тамъ не было ни разстройствъ чувствительности, ни атаксіи). Трофическія разстройства (glossyfinger) наблюдали *Hänel*, *Laehr*, *Schmelzer*; гипертрофію нѣкоторыхъ мышцъ—*Hänel*, *Dähnhardt*. О необыкновенной полнотѣ вспоминаетъ *Eulenburg*; тоже самое, какъ мы видѣли, рассказываетъ о своей матери нашъ больной. Въ случаѣ *Caetano* периферическіе нервы были чувствительны къ давленію, въ случаѣ *Hülsemann*'а языкъ былъ тоже атрофированъ, рѣчь неправильна.

Дѣйствительно ли всѣ эти случаи, помимо такъ значительныхъ отступленій, могутъ быть причислены къ занимающей насъ формѣ, нельзя съ рѣшительностью сказать. Недавно опубликованный случай *Oppenheim*'а и *Cassirer*'а, въ кото-

ромъ вопреки діагнозу при вскрытіи найдено страданіе міопатическое (спинной мозгъ и нервы оказались нормальными), несомнѣнно заставляеть быть болѣе осторожнымъ съ діагнозомъ. А такъ какъ, съ другой стороны, въ виду долговѣчности больныхъ, страдающихъ этой формой, въ недалекомъ будущемъ нельзя ожидать значительнаго увеличенія анатомическаго матеріала, до сихъ поръ очень скуднаго (всего 4 вскрытія, изъ коихъ 2—*Вирхова* и *Фридриха*—старые, а 2—*Dubcuihl'*а и *Marinesco*—слишкомъ осложненные), то для болѣе подробнаго ознакомленія съ этой болѣзью опубликованіе возможно многочисленныхъ клиническихъ случаевъ, а главнымъ образомъ такихъ, которые ближе всего подходятъ къ типу болѣзни, является очень желательнымъ.

Нѣсколько словъ въ заключеніе нашего труда. Казуистика наша слишкомъ мала, чтобы мы, основываясь на ней, могли приступить къ разсмотрѣнію вопроса о прогрессирующей мышечной атрофіи съ болѣе общей точки зрѣнія: какъ бы такой обзоръ не былъ для насъ желателенъ, намъ приходится отложить его до будущаго, когда клиническая практика дастъ намъ возможность собрать болѣе многочисленный казуистическій матеріалъ; тѣмъ не менѣе опубликованіе уже теперь приведенныхъ случаевъ кажется намъ умѣстнымъ по двумъ причинамъ: во-первыхъ, потому что въ виду новыхъ колебаній, обнаружившихся въ послѣдніе годы въ ученіи о мышечной сухоткѣ, главнѣйшей нашей задачей, по вѣрному замѣчанію *Struempell'*а, является покамѣстъ накопленіе возможно большаго числа точныхъ, всесторонне изслѣдованныхъ наблюденій; во-вторыхъ, сопоставленіе описанныхъ случаевъ, на которые мы натолкнулись въ продолженіи послѣднихъ лѣтъ, даетъ, какъ намъ кажется, вѣрное понятіе о томъ, какъ разнообразны формы, которыя можетъ принимать прогрессивная мышечная атрофія, какъ одинъ случай совсѣмъ не похожъ

на другой и объясняетъ, почему всѣ приводимыя въ учебникахъ и специальныхъ трудахъ подраздѣленія этой болѣзни, основанныя на отдѣльныхъ симптомахъ, локализаціи, наслѣдственности, возрастѣ и т. д., въ практикѣ встрѣчаютъ много препятствій и оказываются слишкомъ схематическими. Будущее покажемъ, возможно ли по крайней мѣрѣ сохранить подраздѣленіе атрофіи на 3 главныхъ группы—міопатическую, міелопатическую и невритическую—по органамъ, представляющимъ исходную точку болѣзни; несомнѣнно однакожь, что встрѣчаются такіе случаи, которые не безъ нѣкоторой натяжки могутъ быть подведены подъ ту или другую изъ названныхъ формъ. Такимъ именно свойствомъ отличается нашъ первый случай, такъ какъ его нельзя съ полной рѣшительностью причислить ни къ міопатической, ни къ міелопатической формѣ: медленное развитіе страданія, отсутствіе реакціи перерожденія отвѣчаютъ болѣе міопатическому типу; напротивъ, начало болѣзни въ позднемъ возрастѣ, пожалуй и незначительныя фибриллярныя подергиванія соотвѣтствуютъ скорѣе спинальной формѣ атрофіи.

Самыя противорѣчивыя показанія даетъ въ этомъ случаѣ локализація атрофіи, выдающейся чертой которой является необыкновенная асиметрія. На обѣихъ сторонахъ тѣла раньше и сильнѣе всего поражены были прямо противоположныя мышечныя группы. Сочетаніе атрофіи съ рефлекторной неподвижностью зрачковъ, изолированнымъ органическимъ симптомомъ со стороны центральной нервной системы,—еще усиливаетъ интересъ къ данному случаю.

Слѣдующіе 4 случая принадлежатъ безъ сомнѣнія къ большой группѣ первичныхъ мышечныхъ страданій—*dystrophia musculorum progressiva*. Во 2-мъ случаѣ мы имѣемъ юношескую форму заболѣванія, съ участіемъ мышцъ лица, начавшимся по всей вѣроятности въ дѣтскомъ возрастѣ; случай этотъ отличается въ особенности необыкновенно быстрымъ теченіемъ болѣзни. Случаи IV и V, представляютъ дѣтскую форму страданія: въ одномъ атрофія началась на первыхъ

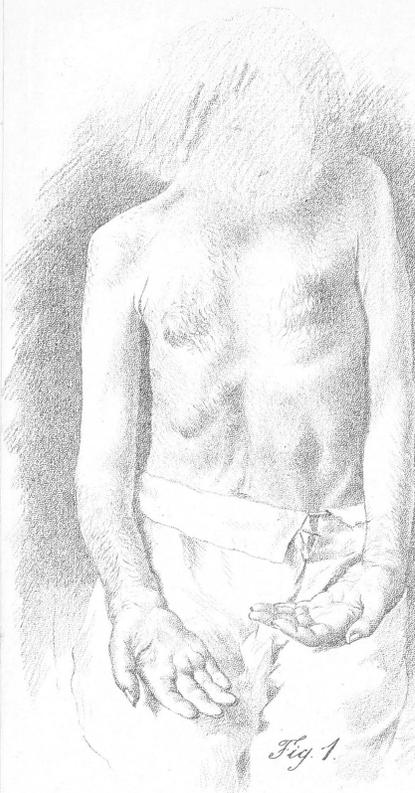


Fig. 1.

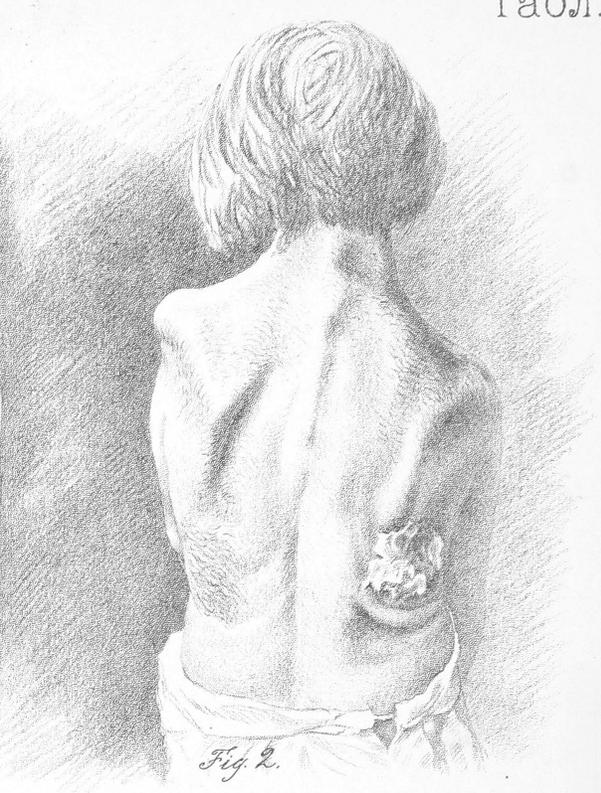


Fig. 2.



Fig. 5.



Fig. 6.

Казань. Лич. Харитова.

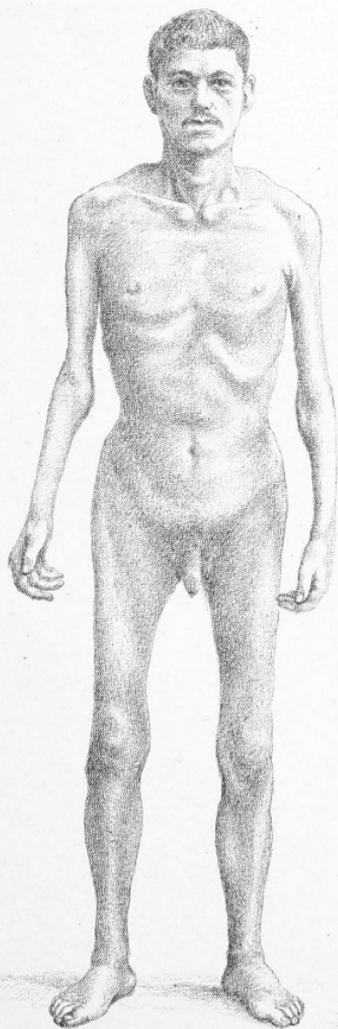


Fig. 3.

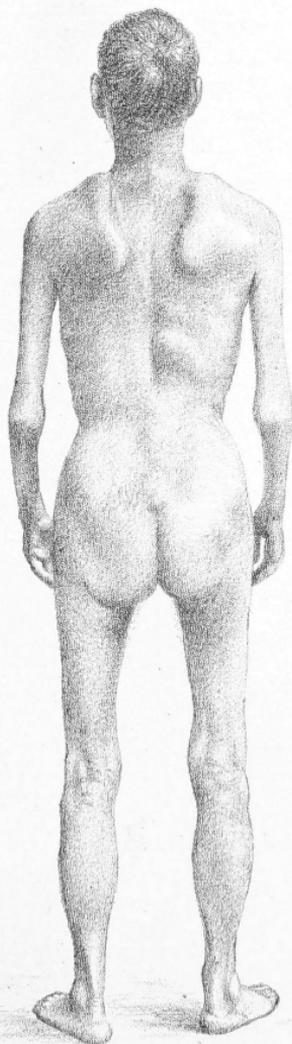


Fig. 4.

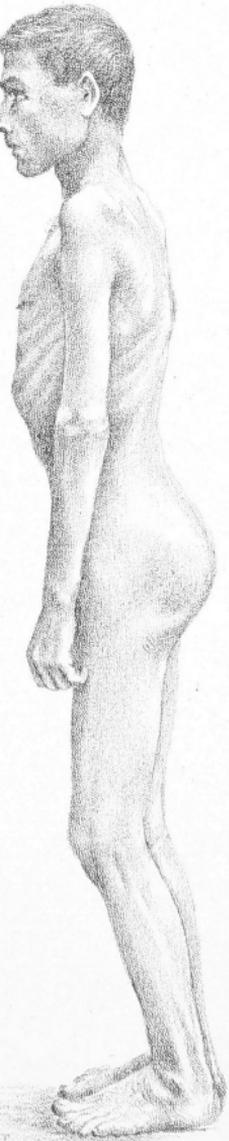


Fig 7.

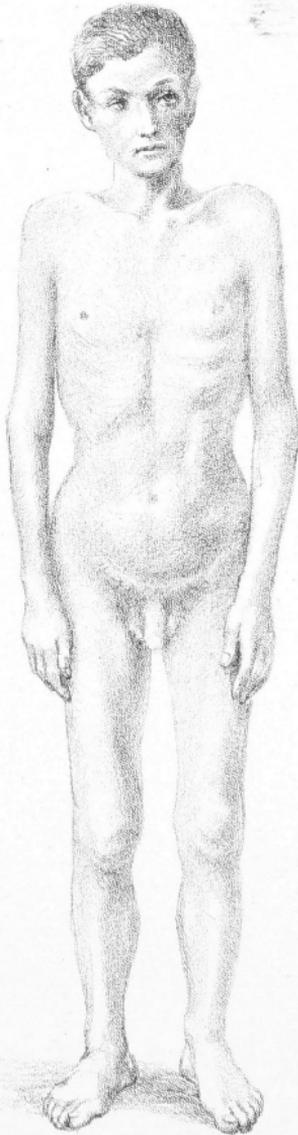


Fig 8.

годахъ жизни, во второмъ на 8-мъ году. Въ первомъ изъ нихъ мы имѣемъ чистую атрофію, во второмъ атрофію въ сочетаніи съ псевдогипертрофіей. Въ обоихъ случаяхъ страданіе носитъ характеръ семейственный, но не наслѣдственный, притомъ, на что мы желаемъ особенно обратить вниманіе, въ обѣихъ семьяхъ оно представляется всегда въ одной и той же формѣ. Прямую наслѣдственность можно прослѣдить во II-мъ случаѣ, гдѣ у отца больного съ дѣтства была таже аномалія мускулатуры лица, что и у сына; не смотря на то до 67-лѣтняго возраста—времени смерти—отецъ былъ свободенъ отъ дальнѣйшихъ проявленій болѣзни. Нашъ VI-й случай наконецъ, тоже прямо наслѣдственный, можетъ быть отнесенъ къ невритической формѣ атрофіи.

Вторая эпидемія ¹⁾ истерическихъ судорогъ въ Подольскомъ уѣздѣ, Московской губерніи ²⁾.

Д-ра Е. А. Геника.

Въ воскресенье, 18 января 1898 г., была свадьба: Варвара Д—ва, крестьянка д. Сырково, Добрянтинской волости, Подольскаго уѣзда, выходила за-мужъ за Ивана К—ва, крестьянина д. Романцево, Молодинской волости, Подольскаго-же уѣзда. Событіе завершилось пирушкой, на которой присутствовало до 20 человѣкъ гостей, при чемъ въ теченіе дня и ночи ими было выпито 2¹/₂ ведра водки („сивухи“). По увѣренію родственниковъ молодыхъ, не смотря на порядочное количество выпитаго, пьяныхъ не было.

На слѣдующій день, 19 января, молодые, въ сопровожденіи 15 чел. родственниковъ и гостей, по обычаю, отправились на „отводы“, т. е. въ домъ невѣсты, въ д. Сырково. Выпивъ тамъ 1¹/₂ четверти „сивухи“, 1 ведро пива и нѣсколько бутылокъ краснаго вина, поѣзжане оставили молодыхъ почевать, а сами, въ 9 часовъ вечера, вернулись назадъ

¹⁾ Первая эпидемія въ томъ-же уѣздѣ описана д-ромъ В. И. Яковенко въ статьѣ: «Эпидемія истерич. судорогъ въ Подольск. у., Московск. губ.», помѣщ. въ «Вѣстникѣ Общ. Гиг.» и т. д. Т. XXV, кн. III, отд. II.

²⁾ Доложено въ засѣданіи 0-ва невропатологовъ и псих. при Каз. унив. 11 октября 1898 г.

въ д. Романцево съ цѣлью пошпировать еще въ домѣ жениха. Но едва всѣ успѣли размѣститься въ избѣ, какъ отецъ жениха, Артемій К—въ, вдовецъ, 50 лѣтъ, громко разрыдавшись, началъ рвать на себѣ платье, хватался за волосы на головѣ и бородѣ, дико взвизгивать, выкрикивалъ безсвязныя слова, среди которыхъ, однако, окружающіе поняли, что Артемій называлъ себя „порченнымъ“ и въ „порчѣ“ упрекалъ Василису, тещу старшаго сына (Василиса также участвовала въ „поѣздѣ“, но водки не пила); попытка дать Артемію выпить воды не приводила ни къ чему, такъ какъ зубы въ такія минуты онъ держалъ крѣпко стиснутыми и разжать ротъ не было возможности; при этомъ онъ весь былъ въ поту, лицо и губы были рѣзко ціанотичны. Такое состояніе, съ короткими перерывами, съ нимъ продолжалось до 3 час. ночи, при чемъ во время особенно бурныхъ приступовъ его удерживало нѣсколько человекъ. Черезъ нѣсколько минутъ послѣ начала припадка у Артемія такія-же явленія обнаружались и у его сестры, замужней женщины, 43 л.: она „выкликала“ (т. е. обвиняла въ „порчѣ“) своего двоюроднаго брата, Степана С—ва; припадки у нея, и тоже съ короткими перерывами, продолжались до 6 час. утра, въ то время какъ Артемій, бывшій съ ней въ одной комнатѣ, уже давно успокоился. Черезъ нѣсколько минутъ послѣ начала припадка Ольги К—вой „забилась“ жена старшаго сына Артемія, Ольга В—ва, 23 л., при чемъ и она обвиняла въ „порчѣ“ того же Степана С—ва; въ этомъ состояніи она находилась до 2 ч. ночи. Наконецъ, черезъ нѣсколько же минутъ послѣ Ольги В-вой подобныя явленія, хотя и въ менѣ бурной степени, обнаружались у жены двоюроднаго брата Артемія, Марьи Г—вой, 19 лѣтъ, которая пришла поглядѣть на больныхъ; съ небольшими перерывами припадки продолжались у нея приблизительно до 7 час. утра; она „выкликала“ того-же Степана.

Такимъ образомъ, черезъ нѣсколько минутъ одинъ послѣ другого заболѣло четверо. Замѣчательно, во 1-хъ, что болѣзненный приступъ начался у мужчины и, во 2-хъ, у лица наи-

болѣе пожилого (50 л.); затѣмъ уже слѣдовали женщины и притомъ въ порядкѣ убывающаго возраста—43 л., 23 л. и 19 л. Сила выраженныхъ явленій распредѣлялась въ такомъ же нисходящемъ по возрасту порядкѣ. У Артемія картина судорогъ была выражена наиболѣе бурно; у его сестры, Ольги К—вой, припадокъ былъ выраженъ болѣе криками и взвизгиваніями; былъ opistotonus. У Ольги В—вой были тоже судорожныя движенія, но слабо выраженные и недолго продолжавшіяся; главнымъ-же образомъ былъ сильный плачь и ощущение glob. hyster. Наконецъ, у Марьи Г—вой все дѣло ограничилось glob. hyster. и не особенно сильнымъ плачемъ (вѣрнѣе „хныканьемъ“). Trismus былъ выраженъ у всѣхъ.

При видѣ этихъ припадковъ и незамужняя дочь Артемія, Настасья, впала въ „нестерпимую скуку“. Въ „поѣздѣ“ она не участвовала, вина не пила, но ей пришлось ухаживать и успокаивать заболѣвшихъ. Когда на слѣдующее утро пріѣхали молодые, то сталъ испытывать „скуку“ и новобрачный (второй сынъ Артемія).

Подобныя явленія не могли не подѣйствовать на окружающихъ извѣстнымъ образомъ, и всѣ эти „выкликанія“ больныхъ были истолкованы, какъ результатъ „порчи“, „колдовства“ со стороны „недобраго человѣка“. Извѣстіе о „повальной порчѣ“ быстро облетѣло всю деревню; на слѣдующій день къ гостямъ, бывшимъ на пиршествѣ, присоединились остальные крестьяне—и всѣ единогласно рѣшили, что больныхъ „испортилъ“ именно тотъ, кого они „выкликали“, т. е. крестьянинъ ихъ-же деревни, Степанъ С—въ. Припомнили, что года два тому назадъ, когда съ одной изъ упомянутыхъ выше больныхъ былъ такой-же припадокъ, то она и тогда „выкликала“ его. Многіе, видя его на свадьбѣ, все ждали, что должно случиться что нибудь недоброе. Если хозяева и пригласили его на свадьбу, то только изъ боязни, чтобы онъ, обидѣвшись, не надѣлалъ бы какихъ нибудь бѣдъ; и принять онъ былъ какъ слѣдуетъ, и усадили его въ почетный уголъ „честь-честью“ и никто не задѣлывалъ его, виномъ и угощеніемъ обой-

день онъ не былъ; тѣмъ не менѣе все это, по словамъ рассказчиковъ, не удержало его: когда отецъ новобрачнаго, Артемій, пошелъ благословлять молодыхъ на вторую брачную ночь, всѣ видѣли, какъ онъ, этотъ „колдунъ“, Степанъ С—въ, бывший въ числѣ другихъ на „отводахъ“ въ д. Сынковѣ, шепнулъ что-то „подъ-руку“ Артемію. Разъ онъ—причина „порчи“,—онъ только и въ состояніи „разрѣшить порченныхъ“, т. е. остановить ихъ припадки. Такъ какъ въ моментъ, когда происходило это совѣщаніе, у двоихъ изъ заболѣвшихъ припадки еще продолжались, то вся толпа, подъ предводительствомъ сельскаго старосты, направилась къ дому „колдуна“ съ цѣлью потребовать отъ него „разрѣшенія“. Степанъ, увидя толпу еще издали и понявъ, что ничего хорошаго это ему не обѣщаетъ, крѣпко-накрѣпко заперъ ворота и вооружился топоромъ. На всѣ требованія расходившихся (но трезвыхъ, по увѣренію очевидцевъ и участниковъ) сельчанъ, Степанъ отвѣчалъ отказомъ идти „разрѣшать порченныхъ“ и угрозой убить всякаго, кто ворвется къ нему въ избу силой. Толпа немного пошумѣла, нѣкоторые изъ наиболѣе возбужденныхъ вышибли нѣсколько стеколъ въ избѣ „колдуна“, и потомъ разошлись; отказъ Степана идти на „разрѣшеніе“ убѣдилъ даже скептиковъ въ томъ, что Степанъ—не кто иной, какъ „колдунъ“.

Все это происходило рано утромъ, а въ 2 ч. этого-же дня, т. е. 20 января, слѣд., на 3 день свадьбы, я, въ сопровожденіи 2 фельдшеровъ, отправился на мѣсто происшествія и получилъ возможность провѣрить все описаніе и лично изслѣдовать данный случай.

Настроеніе у всѣхъ—и больныхъ и любопытныхъ, которыхъ въ избѣ было много—я нашелъ значительно возбужденнымъ; съ однимъ изъ больныхъ, старикомъ Артеміемъ, только-что кончился припадокъ. Дѣло у него началось съ того, что утромъ, въ 11 час., онъ хотѣлъ достать росный ладонь (спрятанный за иконой) съ цѣлью „обкурить“ себя и тѣмъ прекратить нервное состояніе, въ которомъ онъ находился. Но только-что онъ хотѣлъ это сдѣлать, какъ съ нимъ нача-

лись припадки, которые и продолжались до часу. Въ моментъ моего посѣщенія онъ сидѣлъ съ видимыми признаками упадка силъ; вѣки его глазъ опухли отъ слезъ; онъ тупо и безучастно глядѣлъ впередъ; въ лицѣ пробѣгали мелкія судорожныя подергиванія; пульсъ = 108 уд. въ 1'; все происшедшее съ нимъ за часъ до этого помнитъ: „всѣхъ узнаю, замѣчаетъ онъ поэтому поводу, но ничего не могу подѣлать съ собой“.

Съ сестрой его, Ольгой К—вой, припадокъ продолжался и въ моментъ моего посѣщенія: она дико вскрикивала, „выкликала“, разбрасывала руками, колотила головой о кровать, скрежетала зубами; временами наступалъ характерный *opisthotonus*; ноги были вытянуты и мышцы ихъ сильно напряжены.

Окружающіе вслухъ произносили свои коментаріи и тѣмъ, повидимому, еще болѣе возбуждали больную. Въ числѣ зрителей Ольга В—ва, жена старшаго сына, и Настасья, дочь Артемія, казались наиболѣе взволнованными. Женихъ горько плакалъ; будучи совершенно трезвымъ, онъ казался какимъ-то автоматомъ и пассивно подчинялся всему тому, что отъ него требовали: его водили подъ руки, сажали на стулъ, утирали ему слезы, и проч.; онъ, Ольга В—ва и Настасья— всѣ трое жаловались на „сильную скуку“. Что касается Марьи Г—вой, живущей въ другомъ домѣ, то ее я засталъ въ томъ состояніи, въ какомъ обыкновенно бываютъ истеричныя послѣ припадка: вѣки ея глазъ были опухши отъ слезъ; лицо слегка ціанотично; она жаловалась на „стѣсненіе въ груди“, общую разбитость, головную боль („словно тамъ молоткомъ стучить“) — и вслѣдствіе всего этого принуждена была лежать въ постели.

Когда всѣ зрители изъ избы были удалены, я сдѣлалъ попытку хотя бы нѣсколько ослабить болѣзненные приступы у Ольги К—вой (давленіе на яичники, КВr. съ валеріаной и проч.), но, повидимому, на больную лучшее дѣйствіе произвелъ самый фактъ удаленія лишнихъ зрителей изъ избы, чѣмъ всѣ остальные мѣропріятія: больная сначала стала кричать еще больше („докторъ, докторъ, выгони бѣса, выгони

дьявола!! ихъ во мнѣ 100 сидитъ, ихъ во мнѣ тысяча!“...); потомъ постепенно умолкла и только громко вздыхала и стонала. Такъ какъ по многимъ причинамъ изслѣдовать нервную систему больныхъ въ тотъ моментъ мнѣ не удалось, то, давъ нѣкоторые совѣты и указанія, какъ поступать въ случаѣ наступленія припадка, я оставилъ ихъ и зашелъ къ Степану С—ву, котораго деревенская молва называла „колдуномъ“.

Это былъ истощенный, болѣзненного вида субъектъ ¹⁾, лѣтъ 45. Волнуясь, онъ передалъ тѣ-же факты, которые были сообщены выше, при чемъ въ доказательство того, что онъ не „колдунъ“, показывалъ крестъ на груди, клялся и божился; почему установилась за нимъ такая репутація, объяснить рѣшительно не былъ въ состояніи ²⁾. По его словамъ, онъ предлагалъ сходу поклясться передъ Евангеліемъ какой угодно клятвой, что не онъ причина „порчи“ нѣсколькихъ людей, и только въ виду отказа священника убѣдить такимъ образомъ сельчанъ въ своей невинности планъ этотъ, къ его сожалѣнію, осуществить не удалось.

Вновь посѣтить больныхъ мнѣ довелось лишь черезъ 3 дня (23-го янв.), и на этотъ разъ съ болѣшимъ успѣхомъ относительно выясненія данныхъ ихъ болѣзненного состоянія.

Артемій К—въ.

Тотчасъ послѣ перваго моего посѣщенія (20-го) родные и знакомые уговорили его выпить, чтобы избавиться отъ тоскливаго настроенія, которое овладѣло имъ послѣ первыхъ припадковъ. вмѣстѣ съ другими гостями, послѣ моего отъѣзда, онъ пилъ почти всю ночь, и утромъ на другой день (21-го) у него начались прежніе припадки, продолжавшіеся съ $\frac{1}{2}$ 6-го до $\frac{1}{2}$ 8-го утра и затѣмъ съ 9 утра до 3 ч. дня. На слѣдующій день (22-го) утромъ онъ былъ въ гостяхъ, гдѣ тоже выпилъ, но немного, послѣ чего вскорѣ опять развились припадки, длившіеся $1\frac{1}{2}$ часа. Сегодня (23-го) я засталъ его въ состояніи глубокой депрессіи; утромъ онъ, съ цѣлью излѣченія,

¹⁾ Въ амбулаторн. записяхъ отмѣченъ, какъ страдающій ракомъ желудка.

²⁾ Позднѣе уже жена Степана, въ объясненіе этой репутаціи «колдуна», привела то соображеніе, что ея мужъ и безъ того «короткаго ума» человекъ, а подъ вліяніемъ нѣсколькихъ рюмокъ вина «гораздъ брехать не къ мѣсту» и «говорить все такъ несуразно, что и понять невозможно».

пробовалъ приложиться къ иконѣ, но не могъ, потому что сначала у него отнялся языкъ, а потомъ лѣвая рука (черезъ нѣкоторое время оба эти явленія исчезли).

Моему изслѣдованію онъ подчинился пассивно, при чемъ вниманіе его въ этотъ моментъ было какъ бы отвлечено чѣмъ-то постороннимъ. Колебные рефлексы у него—рѣзко повышены; остальные сухожильные, а также и кожные рефлексы какихъ либо рѣзкихъ уклоненій отъ нормы не представляли; clonus'a стопы получить не удалось. Paresis n. facialis. dextr. Зрачки равномерно-расширены, на свѣтъ и приспособленіе реагируютъ. Болевая чувствительность на конечностяхъ понижена, въ особенности на рукахъ, и при томъ больше на лѣвой, гдѣ больной позволяетъ себѣ проткнуть булавкой кожу насквозь. Болевая чувствительность на правой сторонѣ языка тоже слегка притуплена. Слухъ ничего особеннаго не представляетъ. Ощущеніе glob. hyster. еще есть. Полная потеря аппетита. Въ анамнезѣ его стоитъ запойное пьянство; во время запоя онъ пропиваетъ послѣдніе гроши. Никакими тяжелыми болѣзнями прежде не страдалъ (сифилиса не имѣлъ); никакихъ ушибовъ головы не получалъ. Такого-же характера приступъ онъ испыталъ 3 г. тому назадъ на свадьбѣ у своего дяди, свекра больной Марьи Г-вой; тогда онъ «выкликалъ» какого-то крестьянина сосѣдней деревни; проявленія приступа были тѣ-же, что и теперь, за исключеніемъ состоянія временной нѣмоты, которая была выражена тогда въ меньшей степени, чѣмъ теперь. На патологическую наследственность указать не можетъ.

Ольга К—ва.

Живетъ съ мужемъ и дѣтьми въ д. Лаговскомъ, въ 2 верстахъ отъ д. Романцево. Припадки, со времени моего перваго посѣщенія (20-го), почти не оставляли ее; длились они по 1—1½ часа, смѣняясь короткими періодами «полной немощи». Сегодня, передъ моимъ прїѣздомъ, съ ней только что кончился припадокъ. Ощущеніе общей разбитости и усталости. Подавленное настроеніе. Давленіе на правый яичникъ—болѣзненно. Menstrua, по ея словамъ, протекаютъ у нея въ настоящее время правильно и не сопровождаются болью,—только настроеніе въ эти періоды у нея становится плаксивымъ и развивается полное равнодушіе ко всему окружающему.

Правая геміанестезія и притомъ болѣе выражена на ногѣ, чѣмъ на рукѣ. Neuralgia intercost. sinist. Лѣвый зрачекъ шире праваго. Въ моментъ изслѣдованія—ритмическія подергиванія въ отдѣльныхъ мышцахъ плеча и предплечія правой руки и въ пальцахъ лѣвой. Время отъ времени являлось судорожное сокращеніе m. risorii на одной сторонѣ лица. Въ теченіе послѣднихъ припадковъ у нея—и по ея словамъ, и по словамъ мужа—наступало состояніе временной нѣмоты; «бывало, что и ноги отнимались», но тоже временно. Въ моментъ припадка, по ея признанію, ее раздражаетъ больше всего видъ какихъ либо религіозныхъ предметовъ: сегодня, напр., среди плача, смѣха и дикаго взвизгиванья, она вдругъ вскочила на лавку, схватила икону и разбила ее объ полъ. Ощущеніе glob. hyster. почти не покидаетъ ее, усиливаясь тогда, когда кто нибудь заговорить о событіи

въ Романцевѣ или когда просто въ избѣ наберется много любопытныхъ, и доходя до своего апогея въ моментъ припадка. Патологическую наследственность она тоже, какъ и ея братъ, отрицаетъ. Въ дѣвущкахъ никогда ничѣмъ не страдала. Замужемъ 22 года; съ мужемъ жила и живетъ очень хорошо. Водку приходится пить нѣсколько разъ въ годъ, только въ исключительныхъ случаяхъ; на свадьбѣ выпила всего нѣсколько рюмокъ. Значительное исхуданіе и рѣзкая анемія въ настоящемъ обязаны бывшимъ у нея 3 раза выкидышамъ съ послѣдующими маточными кровотечениями, длившимися по 3 недѣли и мѣсячу; выкидыши эти начались на 12 году супружеской жизни; мужъ ея—здоровый, крѣпкій и красивый мужчина—отрицаетъ incest и никакихъ слѣдовъ его въ настоящемъ не обнаруживается; послѣ этихъ выкидышей она родила 3-хъ дѣтей; было всего 13 человекъ (изъ нихъ—3 дѣвочки); въ живыхъ теперь осталось четверо.

Марья Г—ва.

Сегодня (23-го) я засталъ ее въ глубокой депрессіи и тоже, какъ и въ 1-й разъ, лежащей въ постели; жалуется на сильную головную боль. Гиперестезія кожи головы и въ особенности позвоночника. Колѣнные рефлексы нормальны. Зрачки равномѣрны, нѣсколько расширены, на свѣтъ реагируютъ энергично. При давленіи на яичники болѣзненнаго ощущенія не получается. Изъ дегенеративныхъ признаковъ можно отмѣтить: 1) асимметрію лица—лѣвая $\frac{1}{2}$ его больше правой, 2) на лѣвомъ ухѣ—бугорокъ Дарвина, 3) рѣзкіе зубы. Припадки, начиная съ 19-го, бываютъ ежедневно и по нѣскольку разъ въ день: стоитъ только кому-нибудь изъ окружающихъ сдѣлать малѣйшій намекъ на происшедшее событіе—и она тотчасъ-же начинаетъ ощущать glob. hyster., тошноту и стѣсненіе въ глоткѣ, затѣмъ является дрожаніе, «какъ словно лихорадка» во всемъ туловищѣ и особенно въ конечностяхъ, trismus и продолжительныя, но тихія, безъ вскрикиваній и жестовъ слезы («выкликкала» больная только во время первыхъ припадковъ); иногда-же припадки являются и безъ всякой видимой причины, а лишь по одному воспоминанію о случившемся; наступленію припадка у нея, по словамъ окружающихъ, обыкновенно предшествуютъ состоянія гипереміи лица: «какъ въ огнѣ горитъ и глаза налиются кровью»; припадокъ помимо слезъ, завершается и обильнымъ отдѣленіемъ пота. Сравнительно съ другими заболѣвшими Марья имѣетъ ту особенность, что у нея исхитическіе симптомы выражены наиболѣе рѣзко: въ моментъ припадка, а иногда и послѣ него въ теченіе приблизительно одного часа, она испытываетъ яркія зрительныя представленія: стоитъ ей только закрыть глаза—все равно, днемъ ли, ночью ли—и она видитъ передъ собою тройку несущихся лошадей и какихъ то «черныхъ мужиковъ»; все свадебное пиршество: какъ кто и гдѣ стоялъ или сидѣлъ, какіе на комъ были костюмы, кто съ кѣмъ говорилъ или смѣялся—все это со всеми красками и оттѣнками, «какъ вотъ картинка написанная», возникаетъ моментально въ ея воображеніи и съ тою-же быстротой исчезаетъ. Сознаніе въ моменты 2 и 3 припадка было у нея помрачено въ такой степени, что она на другой день не могла вспомнить, какъ она чуть было не откусила сверку пальца. Съ мужемъ

своимъ, несмотря на то, что они женаты всего $\frac{1}{2}$ года, живутъ дурно: мужъ ея пьяница и вообще плохой человѣкъ, часто и больно бьетъ ее за каждое поперекъ сказанное ему слово, при чемъ удары его кулаковъ преимущественно обрушиваются на ея голову и животъ. Наслѣдственность имѣется: ея мать еще въ дѣвущкахъ слыла за «кликлушу», и не далѣе, какъ въ день ея, Марьи, свадьбы, съ ней былъ сильный истерическій припадокъ (съ «выкликаніями» и проч.)

Ольга В—ва.

Припадки были у нея лишь 19-го; съ тѣхъ поръ они не повторялись. Общее истощеніе и анемія выражены у нея довольно рѣзко. Гиперэстезія кожи головы. Значительно повышенные кожные рефлексы. Расширенные зрачки съ энергичной реакціей на свѣтъ; conjunctivitis chron. При давленіи—боль въ области обоихъ яичниковъ; имѣла 1 выкидышъ и страдала маточными кровотечениями. Асиметрія лица: лѣвая половина меньше правой. Характеръ крайне раздражительный, вспыльчивый; еще будучи дѣвущкой, часто безъ всякой видимой причины плакала, что, время отъ времени, бываетъ съ ней и теперь. За-мужемъ—7 лѣтъ. Года два тому назадъ, т. е. черезъ 5 лѣтъ послѣ замужества, съ ней былъ первый истерическій припадокъ; появленіе его было вызвано торжествомъ перенесенія чудотворной иконы изъ одного села въ другое; во время припадка она «выкликала», обвиняя въ «порчѣ» того-же Степана С—ва. Ея мать была тоже «кликлушей»; въ послѣдній разъ съ ней былъ истерическій припадокъ на свадьбѣ Ольги; «выкликала» она какого-то крестьянина сосѣдней деревни; въ свою очередь, ее «выкликалъ» въ настоящемъ событіи Артемій. Между прочимъ, тотъ фактъ, что Ольга «выкликала» Степана еще 2 г. тому назадъ, повидимому, индуцировалъ остальныхъ больныхъ, а въ глазахъ вообще всѣхъ односельчанъ служилъ теперь явнымъ доказательствомъ «колдовства» Степана.

Что касается Ивана (новобрачнаго) и его сестры, Настасьи (дѣвущки 23 л.), то все дѣло ограничилось у нихъ автоматизмомъ, слезами и «истеричной скукой»; черезъ 4 дня послѣ событія и эти явленія у нихъ исчезли. Никакихъ патологическихъ данныхъ со стороны нервной системы; у Настасьи можно лишь отмѣтить, какъ признаки вырожденія: большихъ размѣровъ носъ и ротъ и очень толстыя губы.

Впослѣдствіи я узналъ, что за нѣсколько часовъ до вторичнаго моего посѣщенія заболѣвшихъ у нихъ былъ «старичекъ» (знахарь), крестьянинъ одной изъ ближайшихъ деревень; этотъ фактъ отъ меня скрыли. Его «отчитыванья» не произвели никакого впечатлѣнія на Артемія, Марью и Ольгу В—ву, не ухудшивъ и не улучшивъ ихъ состоянія, но за то вызвали у Ольги К—вой самый сильный болѣзненный приступъ изъ всѣхъ, которые были у нея за все время до и послѣ этого; ее «старичекъ» «отчитывалъ» раньше другихъ,—именно 22, а 23 она знала, что онъ въ этотъ день «отчитывается» другихъ, и, по словамъ окружающихъ женщинъ, 23 съ ней происходили припадки именно въ тотъ часъ, когда шло «отчитыванье» въ д. Романцевѣ. Неудача лѣченія у знахаря заставила больную обратиться

къ врачу, и 27 янв., т. е. черезъ 8 дней послѣ событія, она явилась ко мнѣ съ просьбой о медицинской помощи. По ея словамъ, 24 и 25 у нея было по одному припадку, которые были выражены значительно слабѣе прежнихъ и длились приблизительно по $\frac{1}{2}$ часу; 26-го припадковъ не было, но за то «напала такая тоска, что хоть въ пору наложить на себя руки»; эта «тоска» и привела ее къ врачу.

Опять, какъ и въ первый разъ, такъ и теперь, во все время моего изслѣдованія, въ рукахъ и въ мышцахъ лица у нея наблюдались мелкія судорожныя подергиванія. Обильное потоотдѣленіе. Правый зрачекъ теперь оказался шире лѣваго. Колѣнные рефлексы попрежнему повышены; остальные рефлексы—и сухожильные и кожные—рѣзкихъ уклоненій отъ нормы не представляли. Также ничего патологическаго не найдено было при изслѣдованіи органовъ слуха, вкуса и обонянія. Что же касается состоянія болевой чувствительности, то оно было на этотъ разъ инымъ, чѣмъ въ первое мое изслѣдованіе (23-го): гиперестезія кожи головы; анестезія въ области, иннервируемой п. scapular. и въ области, иннервируемой п. lumbosacral., spermat. ext. et crural., на правой ногѣ. Со стороны внутр. органовъ было констатировано замѣтное пониженіе правой верхушки и бронхиальный выдохъ—обстоятельство, которое я упустилъ изъ вида, въ первое мое изслѣдованіе больной. Половая сфера обследована не была.

Резумируя болѣзненное состояніе вышеупомянутыхъ лицъ, можно указать на слѣдующіе патологическіе симптомы: судорожныя явленія; различнаго рода аномаліи состоянія и распредѣленія чувствительности; временныя параличи конечностей и временная же пѣмота; сосудодвигательныя разстройства; плачь, смѣхъ, выкрививанія; идеи бѣсоодержимости; явленія самоистязанія; наконецъ, враждебное отношеніе къ ладону, иконамъ и другимъ предметамъ религіознаго культа и проч.

Симптомы эти настолько характерны, что исключаютъ всякую возможность видѣть тутъ что-либо иное, кромѣ *истеріи*, и именно въ той ея своеобразной формѣ, которая носитъ названіе „*кликушества*“.

Необходимо теперь, насколько позволяютъ данныя, выяснитъ вопросъ о томъ, какія условія способствовали проявленію истеріи у перечисленныхъ больныхъ.

Въ этомъ случаѣ, какъ и во всѣхъ другихъ болѣзненныхъ формахъ, приходится считаться съ патологической наследственностью и личнымъ предрасположеніемъ къ данному заболѣванію.

Что касается наследственности, то данные на этот счет (если не считать новобрачного и его сестры—дѣтей Артемія) имѣются лишь у двоихъ—Ольги В—вой и Марьи Г—вой; ихъ матери были „кликлушами“. Артемій-же и его сестра, Ольга К—ва, патологическую наследственность отрицаютъ.

Сравнительно богаче данными личный анамнезъ каждаго изъ заболѣвшихъ. Артемій—запойный пьяница; 3 года тому назадъ онъ имѣлъ приступъ истеріи, подобный настоящимъ; моментомъ къ заболѣванію у Ольги К—вой служило довольно значительное число родовъ, при чемъ 3 раза она имѣла выкидышъ съ послѣдующими обильными кровотечениями. Ольга В—ва съ малолѣтства отличалась психической неустойчивостью и кромѣ того всего лишь 2 года тому назадъ испытала истерическій приступъ. Наконецъ, что касается Марьи Г—вой, то, на основаніи сравнительной тяжести настоящаго заболѣванія (психическіе симптомы) и наличности физическихъ признаковъ вырожденія, можно думать, что она представляетъ собою субъекта въ извѣстной степени вырождающагося; кромѣ того, выйдя за-мужъ, она часто подвергалась жестокимъ побоямъ своего мужа.

Тотъ фактъ, что Артемій далъ, такъ сказать, первый толчекъ къ проявленію эпидеміи, находить себѣ, быть можетъ, объясненіе въ томъ, что онъ на свадьбѣ выпилъ вина значительно больше, чѣмъ другіе заболѣвшіе. Ольга К—ва и Марья Г—ва выпили вина настолько, что были „на-веселѣ“; тоже и женихъ. Ольга В—ва и Настасья выпили въ день свадьбы очень немного, на „отводахъ“ же онѣ обѣ не были.

Необходимо еще добавить, что у 3 заболѣвшихъ имѣло значеніе и, такъ наз., *патологическое раздраженіе по воспоминанію*: на свадьбѣ Ольги В—вой былъ истерическій припадокъ съ ея матерью; на свадьбѣ Марьи Г—вой съ ея матерью случилось то-же, что и съ матерью Ольги В—вой; кромѣ того Марья Г—ва была свидѣтельницей припадка Ольги В—вой два года тому назадъ; наконецъ, Ольга В—ва

три года тому назадъ видѣла припадокъ у своего брата Артемія, а два года тому назадъ—у Ольги В—вой.

Въ качествѣ одного изъ стимуловъ къ проявленію эпидемическихъ судорогъ могло, конечно, служить и то обстоятельство, что на свадьбѣ присутствовалъ Степанъ С—въ, за которымъ уже давно установилась репутація „колдуна“.

Наконецъ, видную роль во всемъ этомъ событіи сыграло невѣжество крестьянъ: до какой степени вѣра во все чудесное, вѣра въ „колдуновъ“ и проч. сильна въ народѣ, видно уже изъ того, что староста, представитель сельской власти, лицо официальное, не задумался было взять на себя инициативу „истребленія колдуна“, когда на другой день послѣ свадьбы вся деревня толпой двинулась по направленію къ избѣ Степана С—ва.

Описанная картина заболѣванія въ формѣ болѣе или менѣ бурныхъ истерическихъ приступовъ у больныхъ продолжалась не долго: у Ольги В—вой все дѣло ограничилось однимъ припадкомъ (19 янв.); у Артемія припадки закончились 22, у Марьи Г—вой—23 и, наконецъ, у Ольги К—вой—25-го. Затѣмъ наступилъ періодъ угнетенія, который длился у Артемія съ недѣлю, у всѣхъ же остальныхъ нѣсколько больше.

Въ заключеніе нелишнимъ считаю добавить одно характерное въ бытовомъ отношеніи обстоятельство. Еще два года тому назадъ, когда съ одной изъ участницъ настоящаго событія, Ольги В—вой, случился припадокъ, въ ея „порчѣ“ былъ обвиненъ вышеупомянутый Степанъ С—въ. Тогда, съ цѣлью снять съ себя позорное клеймо „колдуна“, Степанъ подавалъ жалобу въ Волостной Судъ; Судъ, послѣ долгихъ колебаній, призналъ Степана „такимъ же православнымъ, какъ и всѣ“, обвинителей-же его „пристыдилъ“. Ободренный этимъ рѣшеніемъ Суда, Степанъ задумалъ и въ настоящемъ случаѣ реабилитировать свою личность тѣмъ же путемъ. Мѣсяць спустя послѣ настоящаго событія, онъ обратился въ тому-же Волостному Суду, но на этотъ разъ получилъ отказъ въ раз-

бирательствѣ дѣла съ ясной и категоричной резолюціей: „впредь такими пустяками Судъ не отягощать“.

Случаевъ эпидемій на истерической почвѣ, происшедшихъ въ Россіи, въ русской литературѣ описано всего нѣсколько ¹⁾. Но наиболѣе интереснымъ и подходящимъ ко всему вышеописанному мною является случай д-ра В. И. Яковенко.

Оба эти случая произошли среди населенія одного и того-же уѣзда, въ оной и той-же волости, на разстояніи 20—22 верстъ оругъ отъ друга, съ 4-лѣтнимъ промежуткомъ по времени. Ближайшій поводъ для появленія эпидеміи въ обоихъ случаяхъ—одинъ и тотъ-же: свадебное пиршество. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ заболѣвшими лицами являлись или лица съ дурной наслѣдственностью, или съ болѣе или менѣе тяжелой личной конституціей. Эпидемія главнымъ образомъ коснулась лицъ, принадлежащихъ къ семьямъ новобрачныхъ. Абсолютное число женщинъ среди заболѣвшихъ больше, чѣмъ мужчинъ. Самые признаки припадковъ почти тождественны въ обоихъ случаяхъ, при чемъ на первый планъ выступаютъ всѣ симптомы этой, такъ сказать, русской истеріи—„кликушества“: „выкликаніе“, идеи бѣсоодержимости, богохульственныя слова и поступки и проч., со всѣми аксессуарами, обычными для подобной картины,—„колдунами“, „порчей“, значеніемъ „приворота“, „дурного глаза“, „лихого слова“ и т. п. Наконецъ, необходимо отмѣтить, что въ обоихъ случаяхъ несомнѣнно видную роль играло *патологическое подражаніе по воспоминанію*, а въ качествѣ одного изъ моментовъ, способствующихъ проявленію заболѣванія,—алкоголизмъ.

При изученіи „кликушества“ нельзя не обратить вниманія на то, что она проявляется большею частію или во время

¹⁾ Во избѣжаніе ихъ повторенія ссылаюсь на упомянутую уже статью д-ра В. И. Яковенко. Къ этому можно добавить недавнее извѣстіе въ № 164 «Биржевыхъ Вѣдомостей» за 1898 г. о томъ, что въ д. Гремячкахъ Нижегородскаго уѣзда явилась подобнаго же рода эпидемія (и также—на свадьбѣ). По словамъ газеты, въ д. Дремячки выѣхалъ мѣстный психіатръ. Случай этотъ въ печати, однако, до сихъ поръ опубликованъ еще не былъ.

какихъ либо религіозныхъ празднествъ, процессій и проч. или во время свадебныхъ пиршествъ. Что касается послѣдняго момента, то, по крайней мѣрѣ въ анамнезѣ бывшихъ и существующихъ теперь больныхъ въ нашей Покровской психіатрической больницѣ, есть достаточно указаній на то, что „вликлушество“ очень часто проявляется во время именно свадебныхъ пиршествъ, а не какихъ либо другихъ. А развѣ это такъ, то едва ли рѣшающее значеніе можно отдавать алкоголю. Скорѣе, быть можетъ, болѣе видную роль въ такихъ случаяхъ надо отнести, помимо уже упомянутаго патологическаго раздраженія по воспомнанію,—и той атмосферѣ различнаго рода предрасудковъ и суевѣрій, которой почему-то окружены празднества въ честь новобрачныхъ; среди крестьянъ, напр., фактъ этотъ, т. е. возможность во время свадьбы „насыла порчи отъ лихого человѣка“, настолько общеизвѣстенъ, что установленъ даже цѣлый рядъ, такъ сказать, профилактическихъ мѣръ: такъ, напр., „молодая“, направляясь къ вѣнцу, должна безостановочно креститься, въ особенности на перекресткахъ; въ этотъ день она ничего не должна брать изъ рукъ постороннихъ и проч.

Знакомясь, въ моменты подобныхъ эпидемій, съ различнаго рода слухами и рассказами—правда, всегда сбивчивыми, значительно прикрашенными фантазіей—о такихъ же случаяхъ, встрѣчая о нихъ часто указанія въ анамнезѣ больныхъ, приходишь къ заключенію, что подобныя явленія въ нашемъ народѣ не представляютъ собой той рѣдкости, о какой можно бы было думать на основаніи лишь существующихъ литературныхъ данныхъ.

Пораженіе Вароліева моста съ двустороннимъ параличемъ волевыхъ движеній глазныхъ яблокъ, насильственнымъ смѣхомъ и плачемъ и ранней атрофіей мышцъ правой голени.

Проф. В. Бехтерева.

Пораженія Вароліева моста представляютъ еще во многихъ отношеніяхъ мало изученную область какъ въ клиническомъ, такъ и въ діагностическомъ отношеніи, въ силу чего на мой взглядъ заслуживаетъ вниманія нижеслѣдующій случай, на которомъ мы и остановимся въ настоящую минуту.

Больной К. 28 лѣтъ скоморохъ, холостъ, поступилъ въ больницу 12 октября 1893 г. по случаю развившагося полупаралича правой стороны. Свѣдѣнія, собранныя о немъ ассистентомъ Б. И. Воротынскимъ, заключаются въ слѣдующемъ: Наслѣдственнаго расположенія нѣтъ, исключая того, что отецъ его былъ пьяницей. Въ 1886 г. больной имѣлъ сифилисъ, протекавшій очень злокачественно. Съ 13 лѣтъ больной пьетъ водку. Передъ настоящимъ заболѣваніемъ пилъ около четырехъ мѣсяцевъ почти ежедневно и помногу. Уже нѣсколько лѣтъ, какъ онъ замѣтилъ головныя боли. Посѣщая ту же больницу для ртутныхъ инъекцій, вслѣдствіе перенесенной имъ ранѣ сифилитической заразы, онъ вдругъ на приемѣ для приходящихъ больныхъ, 11 апрѣля, почувствовалъ головокруженіе; для облегченія своего состоянія онъ просилъ окружающихъ потрясти его, послѣ чего почувствовалъ себя нѣсколько лучше, но въ виду случившагося рѣшилъ, не дожидаясь болѣе очереди, отправиться домой. Надѣвая при выходѣ калоши, онъ

замѣтилъ, что правая его нога плохо дѣйствуетъ; тогда онъ поспѣшилъ скорѣе отправиться домой, но, не найдя извозчика на улицѣ, побѣждалъ пѣшкомъ. На дорогѣ онъ вторично почувствовалъ головокруженіе, на нѣкоторое время прислонился къ стѣнѣ и головокруженіе прошло. Въ концѣ концовъ онъ добрался кое-какъ до дому и здѣсь улегся въ постель, чувствуя головную боль и головокруженіе. Большой однако нѣсколько разъ вставалъ и ходилъ по комнатѣ, не смотря на то, что его правая рука и нога были уже слабы. Въ то же время онъ замѣтилъ, что у него сталъ заплетаться и языкъ. Къ вечеру больной окончательно слегъ въ постель и вскорѣ замѣтилъ, что онъ не владѣетъ ни правой рукой, ни правой ногой, а его языкъ сталъ еще болѣе заплетаться. Однако онъ съ трудомъ могъ выговаривать слова. Сознаніе не терялось ни на одну минуту. На другой же день больной былъ отвезенъ въ больницу, гдѣ было найдено слѣдующее:

Больной средняго роста съ удовлетворительнымъ общимъ питаніемъ, кожа и слизистыя оболочки блѣдно окрашены, пульсъ 80 въ 1'. Со стороны кишечника запоръ. Сердце и легкія безъ измѣненій. Зрачки умѣренно расширены, лѣвый нѣсколько болѣе праваго; реагируютъ правильно; оба глаза хорошо закрываются, брови поднимаются и опускаются свободно, правый уголокъ рта едва замѣтно опущенъ, правая носогубная складка слегка сглажена, свистѣть можетъ, но съ трудомъ. Языкъ отклоняется вправо, безъ дрожанія. Язычекъ и небныя дужки безъ измѣненія. Больной почти совершенно не можетъ двинуть ни правой рукой, ни правой ногой. Оба колѣнные рефлексы повышены, при чемъ рефлексъ на лѣвой сторонѣ нѣсколько сильнѣе, чѣмъ на правой. Точно также и рефлексъ съ Ахиллова сухожилія слѣва нѣсколько сильнѣе, нежели справа. Локтевые рефлексы безъ существенныхъ измѣненій. Чувствительность всѣхъ родовъ повсюду сохранена. Органы чувствъ безъ измѣненій. Отправленія тазовыхъ органовъ въ порядкѣ. Уже на другой день движенія парализованныхъ членовъ значительно возстановились и больной получилъ возможность держаться на ногахъ. Однако сила правой руки была еще значительно слабѣе лѣвой; движенія пальцевъ правой руки значительно ограничены и больной не можетъ ею ни захватывать мелкихъ предметовъ, ни писать. Походка больного представлялась паралитическою, онъ сильно волочить правую ногу и переступаетъ съ трудомъ. Говорить не ясно, съ запинками, опуская буквы. При этомъ замѣчена

безпричинная склонность больного къ смѣху. Съ цѣлью лѣченія назначены внутрь приемы іодистаго и бромистаго калия.

15 апр. Больной жалуется на бессонницу и головную боль. По заявленію больного, въ особенности при кашлѣ онъ чувствуетъ острую боль въ головѣ, именно въ затылочной области; Паралитичныя разстройства еще нѣсколько ухудшились за эти дни. Больной сталъ нѣсколько свободнѣе говорить, хотя все еще пропускаетъ буквы и слоги, такъ что иногда его съ трудомъ можно понять. Парезъ праваго лицевого нерва еще замѣтенъ, хотя въ слабой степени. Сила правой руки еще рѣзко ослаблена. Писать больной уже можетъ, хотя и съ трудомъ, слова воспроизводятся правильно и безъ пропусковъ, почеркъ дрожащій. На ногахъ держится нѣсколько свободнѣе и ходитъ нѣсколько лучше. Но при изслѣдованіи замѣчено, что лѣвое глазное яблоко кнаружи отклоняется только до срединной линіи, въ другихъ же направленіяхъ движенія его совершенно свободны. Въслѣдствіе этого паралича отводящаго нерва при смотрѣніи влѣво больной видитъ предметы вдвойнѣ, хотя, держа книгу прямо предъ собой, читаетъ свободно. Пищей больной сталъ поперхиваться и, по его заявленію, глотаніе у него не совсѣмъ свободно, такъ какъ при глотаніи пища какъ бы нѣсколько задерживается. Сухожильные рефлексы въ прежнемъ состояніи; стопнаго феномена не имѣется; простая мышечная возбудимость не повышена. При обстукиваніи головы больной указываетъ на острую боль въ лѣвой сторонѣ затылочной области, нѣсколько взади отъ сосцевиднаго отростка. Въ этой области больной по временамъ испытываетъ и самостоятельныя боли. Никакого опуханія въ этомъ мѣстѣ на кости не прощупывается. Больной теперь припоминаетъ, что уже за нѣсколько дней до настоящаго заболѣванія онъ чувствовалъ тупую боль въ головѣ и что наканунѣ приступа весь день чувствовалъ острую боль въ лѣвой затылочной области. Насильственный смѣхъ проявляется уже въ меньшей степени.

16—17. Жалуется на острую боль въ нижней части затылочной кости слѣва отъ затылочной дыры. Здѣсь же ощущается и болѣзненность при постукиваніи и давленіи. Паралитичныя разстройства со стороны праваго *facialis* замѣтно ослабли. Въ языкѣ замѣчена небольшая атрофія лѣвой его половины. При высовываніи языка тѣло его отклоняется вправо, самый же кончикъ уклоняется влѣво. Лѣвый зрачекъ по

прежнему нѣсколько шире праваго. Сухожильные рефлексы въ прежнемъ положеніи. Со стороны кишечника запоры.

21. Послѣ многократныхъ послабленій наканунѣ теперь не обнаруживается ни головной боли, ни болѣзненности головы при постукиваніи. Рѣчь и походка лучше. Колѣнные рефлексы по силѣ почти одинаковы на той и на другой сторонѣ. Жалобы на покалываніе въ плечевомъ суставѣ правой руки.

22. Снова появилась нѣкоторая болѣзненность при постукиваніи затылочной области слѣва. Температура ночью поднималась до 38,2°. Правый колѣнный рефлексъ сегодня уже выраженъ рѣзче лѣваго. Въ остальномъ состояніе безъ переменъ.

23. Жалобы на тяжесть въ головѣ и на ломоту въ глазахъ. Колѣнный и Ахилловый рефлексъ справа выражены еще рѣзче; справа появился феноменъ стопы.

26. Говорить больной яснѣе, но затрудненіе прозношенія еще замѣтно, ходить довольно свободно. Мышечная сила въ правой рукѣ прибываетъ. Справа ясно выраженный стошный феноменъ. Параличъ праваго отводящаго нерва въ прежнемъ положеніи. Жалобы на ломоту въ глазахъ и на боль въ затылочной области. При постукиваніи ея боль еще обнаруживается, но слабѣе прежняго. Больной въ этотъ же день былъ выписанъ изъ больницы по домашнимъ обстоятельствамъ. 8 мая, слѣд. менѣе, чѣмъ черезъ 2 недѣли, больной однако снова былъ принятъ въ больницу, вслѣдствіе новаго приступа. Послѣдній, по словамъ матери, случился съ больнымъ постепенно. Больной прежде всего почувствовалъ тяжесть въ головѣ и боль особенно въ затылочной области. Затѣмъ ночью съ 6 на 7 мая началось трясеніе тѣла, въ обѣихъ рукахъ обнаружилось судорожное сведеніе, а потомъ такія же судороги обнаружались и въ обѣихъ ногахъ. Вмѣстѣ съ этимъ стали отниматься и являть. Глаза все время были открыты и устремлены впередъ. Сознаніе не помрачалось ни на одну минуту. Къ утру судорожныя движенія стали ослабѣвать, но больной уже не могъ выговорить ни слова и не былъ въ состояніи двигать правыми конечностями. На другой день послѣ помѣщенія въ больницу больной, будучи осмотрѣнъ ординаторомъ, представлялъ слѣдующія явленія: онъ лежитъ на спинѣ съ устремленнымъ въ пространство взоромъ; глаза широко раскрыты и взглядъ устремленъ прямо впередъ и неподвижно. Зрачки нѣсколько расширены, равномѣрны, реагируютъ на

свѣтъ слабовато. Правосторонній парезъ личного нерва съ участіемъ верхней вѣтви: больной съ трудомъ надуваетъ щеки и не можетъ удержать во рту воздухъ, языкъ высунуть не можетъ дальше зубовъ. Въ полости рта языкъ скошенъ вправо. Зубы показать не можетъ. Больной не въ состояніи произнести ни слова. Чужую рѣчь понимаетъ хорошо. Больной почти постоянно волнуется и плачетъ. Движенія глазъ вверхъ и внизъ совершенно свободны. При приближеніи фиксируемаго предмета глаза сводятся внутрь и зрачки при этомъ замѣтно сокращаются; но ни вправо, ни влѣво глаза совершенно не двигаются. Равнымъ образомъ и каждый глазъ въ отдѣльности при закрытіи другого глаза не можетъ двигаться ни вправо, ни влѣво. Полный правосторонній полупараличъ конечностей, такъ какъ больной ни правой рукой, ни правой ногой не можетъ сдѣлать ни одного движенія; правая нога обнаруживаетъ явленія разгибательнаго сведенія, она вытянута, а ея стопа въ положеніи подошвеннаго сгибанія. Чувствительность повсюду сохранена за исключеніемъ лѣвой руки, гдѣ замѣтно ослабленіе ея. Лѣвыя конечности также представляютъ явленія пареза. Полное задержаніе мочи и упорный запоръ, не поддающійся дѣйствию слабительныхъ. Брюшные рефлексы вялы. Колѣнные рефлексы рѣзко повышены, особенно справа; при вызываніи ихъ справа появляется содроганіе всей ноги. Ясно выраженный феноменъ стопы и колѣнной чашки на обѣихъ ногахъ, но справа нѣсколько сильнѣе. Пульсъ умѣренной полноты, учащенный, до 100 въ 1'. Дыханіе неровное и хриплое— 24 въ 1'; больной производитъ постоянныя кашлевыя движенія и выдыхательныя движенія, издавая при этомъ особые звуки въ родѣ стопа. Болѣзненность при постукиваніи затылочной части головы слѣва.

10 — 13. При изслѣдованіи выяснилось, что въ лицѣ парезъ не ограничивается одной правой стороною, но распространяется и на лѣвую, вслѣдствіе чего больной не можетъ сдѣлать нѣкоторыхъ движеній, напр. показать зубы и отвести въ сторону ротъ; справа однако явленія паралича рѣзче. По прежнему больной постоянно кашляетъ, несмотря на отсутствіе какихъ либо поражений въ легкихъ; кашель совершенно сухой, короткій и отрывистый; вмѣстѣ съ тѣмъ больной по прежнему производитъ звуки въ родѣ стопа. Говорить не можетъ. Движеній въ правыхъ конечностяхъ нѣтъ. Движенія глазъ безъ перемѣны. При глотаніи больной нѣсколько захлебывается или поперхивается, причемъ иногда жидкая пища даже

попадаетъ въ ность. При осмотрѣ глотки своды и язычекъ найдены опущенными. Попрежнему дыханіе неровное. Задержка мочи и запоры. Часто плачетъ, иногда смѣется. При плачѣ мимическія движенія выполняются правильно.

14. Электрическая реакція въ мышцахъ правой стороны лица правильная. Въ правой рукѣ замѣчается небольшое сведеніе. Иногда больной произноситъ какъ бы случайно одно — два слова; гласныя произноситъ, выговаривая мягкія изъ нихъ твердо (*ы* вм. *и* и т. п.), нѣкоторыя согласныя также больной произноситъ (напр., *м*), но зубныя, небныя и гортанныя (напр., *х*) у него не выходятъ. Языкъ можетъ высовываться впереди отъ зубовъ, но лишь на 1 см., другія движенія языка отсутствуютъ. Глаза попрежнему совмѣстно не двигаются ни вправо, ни влѣво, тогда какъ вверхъ и внизъ смѣщаются и сводятся внутрь. При закрытомъ лѣвомъ глазѣ правый можетъ отклоняться внаружи, но лишь очень немного; лѣвый же глазъ совсѣмъ не двигается внаружи даже и въ одиночку. Внутри оба глаза въ одиночку могутъ отклоняться, но также лишь очень слабо. Присобленіе и реакція зрачковъ въ обоихъ глазахъ правильны. Пульсъ 80 въ 1'; дыханіе неровное; почти постоянныя кашлевые движенія; часто и подолгу плачетъ; вмѣстѣ съ тѣмъ легко возбуждается и смѣхъ. Феномена стопы слѣва вызвать не удается. Моча попрежнему задерживается и выводится катетеромъ. Запоры.

Больной уже говорить нѣсколько словъ. Колѣнные и стопные рефлексы, хотя и остаются повышенными, но феномена стопы уже вызвать не удается. Движенія глазныхъ яблокъ стали свободнѣе. Они нѣсколько больше уклоняются вправо и влѣво, но все же ихъ движенія въ этихъ направленіяхъ рѣзко ограничены. Параличныя явленія въ конечностяхъ еще рѣзко выражены. Въ парализованныхъ правыхъ конечностяхъ обнаруживается, что правая нога на ощупь нѣсколько холоднѣе лѣвой. Замѣчаются признаки начинающейся мышечной атрофіи въ правой голени. Парезъ лѣвой руки и ноги попрежнему, больной съ трудомъ расправляетъ пальцы лѣвой ручной кисти; сила ея такъ слаба, что онъ едва можетъ сжимать руку изслѣдователя; сгибаніе лѣваго колѣна также очень слабо; между тѣмъ сгибаніе руки въ локтѣ и разгибаніе колѣна еще достаточно сильны. Въ лѣвыхъ конечностяхъ никакихъ явленій сведенія. Подошвенные рефлексы получаютъ съ обѣихъ сторонъ, но справа сильнѣе. Попрежнему постоянно волнуется и плачетъ, но кашлевыхъ движеній и стопа уже меньше.

26—31. Замѣчено улучшеніе въ движеніи правыхъ конечностей. Больной уже порядочно двигаетъ правой рукой и ногой, послѣднюю онъ можетъ согнуть въ колѣнѣ, можетъ приводить и отводить, поднять съ постели, двигать ея стопой и пальцами. Такія же движенія больной производитъ и правою рукою. Сведенія еще обнаруживаются, хотя слабѣе. Парезъ лѣвыхъ конечностей также улучшается. Колѣнные рефлексы по прежнему усилены, но феномена стопы и колѣнной чашки не получается. Движенія глазъ почти вполне восстановились; лишь движеніе лѣваго глаза кнаружи еще невозможно, но правый глазъ уже отводится кнаружи, какъ и во всѣхъ другихъ направленіяхъ довольно свободно. Парезъ лѣваго личнаго нерва еще ясно обнаруживается. Языкъ выдвигаетъ еще не свободно. Мимическія движенія въ лицѣ приходятъ къ нормѣ. Со стороны чувствительности, кромѣ ослабления въ лѣвой рукѣ, замѣчена анестезія на пространствѣ ладони въ правомъ бедрѣ. Мочится уже самъ. Запоровъ нѣтъ. Плачетъ и волнуется много меньше. Настроеніе становится спокойнымъ и даже веселымъ.

1—4 іюня. Движенія глазныхъ яблокъ еще улучшились; остается лишь слабый парезъ лѣваго отводящаго нерва. Двояніе предметовъ уже не замѣчается, языкъ высовываетъ, но при высовываніи онъ замѣтно отклоняется влѣво. Говоритъ больной однако попрежнему не болѣе нѣсколькихъ словъ. Мимическія движенія восстановились. Обнаружена замѣтная атрофія мышцъ въ правой голени, которая представляется ясно тоньше лѣвой; при чемъ и мышцы ея дряблы на ощупь. Качественныхъ измѣненій электрической реакціи не обнаруживается, имѣется лишь нѣкоторое ослабленіе возбудимости мышцъ къ фарадическому току. Въ правомъ бедрѣ и въ правой рукѣ атрофіи не замѣтно. Пораженія голеностопныхъ, колѣнныхъ и другихъ суставовъ въ теченіе всей болѣзни не наблюдалось. Но обнаружено совершенно явственное пониженіе периферической температуры тѣла на правой нижней конечности, особенно на голени.

7—9. Еще замѣтенъ парезъ лѣваго отводящаго нерва; въ остальномъ глаза обнаруживаютъ полную подвижность. Языкъ при высовываніи нѣсколько отклоняется влѣво. Непроизвольная мимика лица вполне правильная. Произвольныя движенія лицомъ также выполняются; лишь сокращенія правой щеки нѣсколько ограничены. Разгибаніе пальцевъ правой руки больной производитъ уже хорошо, хотя и несвободно. При

этомъ въ пальцахъ при вытянутомъ положеніи руки обнаруживается незначительное сведеніе. Въ правой нижней конечности разгибательное сведеніе въ слабой степени. Сухожильные рефлексы попережнему справа повышены сильнѣе, феномена стопы не имѣется. Больной при посторонней помощи можетъ уже стоять и даже можетъ сдѣлать нѣсколько шаговъ, но самъ не ходить. Говорить нѣсколько словъ, хотя и неясно. Иногда говорить только нѣсколько слоговъ. Но повторять можетъ почти каждое слово, хотя и несовсѣмъ внятно. У больного обнаруживаются явленія неустойчиваго смѣха. Онъ подолгу смѣется при самомъ незначительномъ поводѣ, а иногда неустойчивый смѣхъ развивается и безъ всякаго внѣшняго повода. Вмѣстѣ съ тѣмъ у больного обнаруживается наклонность къ плачу. При свиданіи съ своею матерью онъ каждый разъ почти все время плачетъ.

10. Движенія правыхъ конечностей постепенно восстанавливаются. Рѣчь еще невнятная. Моча идетъ свободно; слабить больного правильно. Голова при постукиваніи еще болѣзненна въ лѣвой затылочной области; больной часто волнуется и плачетъ. Нерѣдко обнаруживается насильственный смѣхъ. Больной по собственному желанію выписанъ изъ больницы. Спустя короткое время, какъ я узналъ впоследствии, больной внезапно скончался при полномъ сознаніи. Утромъ въ день смерти онъ чувствовалъ себя довольно слабымъ; несмотря на то, вслѣдствіе полового возбужденія, онъ прибѣгъ къ рукоблудію, послѣ чего ослабѣлъ еще болѣе и неоднократно заявлялъ окружающимъ, что чувствуетъ себя нехорошо, вслѣдствіе рукоблудія. Нѣсколько часовъ спустя онъ былъ уже найденъ мертвымъ на кровати. Вскрытія, къ сожалѣнію, не могло быть произведено.

Данный случай, не смотря на недостатокъ вскрытія, представляетъ большой интересъ и при томъ во многихъ отношеніяхъ. Но прежде, чѣмъ воспользоваться этимъ случаемъ въ томъ или другомъ направленіи, мы должны установить мѣстный и качественный діагнозъ. Къ счастью, въ данномъ случаѣ мы имѣемъ рядъ характерныхъ прижизненныхъ симптомовъ, которые даютъ намъ возможность установить мѣстное распознаваніе болѣзни совершенно безошибочно.

Какъ мы видѣли, теченіе болѣзни въ данномъ случаѣ состояло изъ двухъ приступовъ. Первоначально у больного

параличныя разстройства ограничивались правой стороной и больной съ самаго начала представлялъ случай обыкновеннаго гемипареза, если бы не присоединеніе къ нему затѣмъ паралича лѣваго отводящаго нерва, сразу указавшаго на локализацию пораженія въ нижней части Вароліева моста, откуда выходитъ этотъ нервъ.

Въ самомъ дѣлѣ, параличь половины тѣла съ перекрестнымъ параличемъ отводящаго нерва служитъ однимъ изъ характерныхъ признаковъ пораженія одной стороны Вароліева моста, соответствующей парализованному отводящему нерву, и ни при какомъ мозговомъ пораженіи не можетъ быть этого своеобразнаго сочетанія параличныхъ явленій. Но въ пользу этого діагноза говорятъ съ положительностью и другіе симптомы. Изъ нихъ особенно заслуживаетъ вниманія затрудненіе глотанія, обнаружившееся уже въ первый періодъ болѣзни. Симптомъ этотъ, безъ сомнѣнія, указываетъ на участіе языкоглоточнаго нерва, который, какъ извѣстно, выходитъ изъ сосѣднихъ съ Вароліевымъ мостомъ областей продолговатаго мозга и, слѣд., служитъ несомнѣннымъ подкрѣпленіемъ вышесказаннаго распознаванія. Наконецъ мѣстная болѣзненность при постукиваніи лѣвой половины затылочной области сзади отъ сосцевиднаго отростка какъ бы указывала на ту область, гдѣ помѣщается въ данномъ случаѣ пораженіе. Со временемъ, какъ мы видѣли, всѣ эти явленія у больного ослабѣли настолько, что онъ выписался изъ больницы; но вскорѣ у него развивается второй приступъ еще болѣе тяжелый, нежели первый. Въ клиническихъ явленіяхъ, сопровождавшихъ этотъ второй приступъ, мы открываемъ ясныя доказательства въ пользу того, что и этотъ второй приступъ у больного, развившійся въ ночь съ 6 на 7 мая, также объясняется пораженіемъ Вароліева моста и представляетъ собою по всей вѣроятности лишь обостреніе и распространеніе первоначальнаго процесса, который кромѣ незначительнаго правосторонняго пареза оставилъ по себѣ параличь лѣваго отводящаго нерва. Вслѣдъ за этимъ вторымъ приступомъ, сопровождав-

шимся двусторонними судорогами, какъ мы видѣли, обнаружались уже двустороннія явленія паралича въ конечностяхъ, при чемъ въ правыхъ конечностяхъ, которыя ко времени второго приступа уже почти совершенно освободились отъ прежнихъ параличныхъ разстройствъ, вновь развился полный параличъ, въ лѣвыхъ же конечностяхъ обнаружались явленія ясно выраженнаго пареза. Это двустороннее распредѣленіе паралича въ связи съ предшествовавшимъ заболѣваніемъ, безъ сомнѣнія, можетъ быть легче всего объяснено сосѣдствомъ двигательныхъ проводниковъ для конечностей въ области Вароліева моста.

Но мы имѣемъ и другія доказательства того, что новое заболѣваніе также должно быть отнесено къ поражению Вароліева моста. Мы видѣли, что у больного вмѣстѣ съ двустороннимъ параличемъ конечностей и бывшимъ уже ранѣе лѣвостороннимъ параличемъ отводящаго нерва развился также и параличъ праваго отводящаго нерва, что служило очевиднымъ доказательствомъ, что процессъ, ранѣе локализовавшійся въ лѣвой половинѣ моста, послѣ второго приступа не только вновь обострился на этой сторонѣ, но еще и распространился на правую половину моста, захвативъ такимъ образомъ корни праваго отводящаго нерва. Въ пользу такой локализации поражения съ несомнѣнностью говорило также и появленіе правосторонняго пареза лицевого нерва съ участіемъ его верхней вѣтви, а также новое усиленіе разстройствъ глотанія и полный параличъ языка (*glossoplegia*).

Всѣ только-что указанныя явленія, вмѣстѣ взятыя, настолько характерны для пораженія Вароліева моста, что сомнѣваться въ подобной локализациі пораженія не представляется никакой возможности, тѣмъ болѣе, что и остальные симптомы, могущіе имѣть значеніе при установкѣ мѣстнаго распознаванія, вполне согласуются съ подобной локализацией. Такъ напр. неровность дыханія, обнаруживавшаяся довольно продолжительное время въ началѣ второго заболѣванія, и нѣкоторое учащеніе пульса при нормальной температурѣ могли быть вполне логично объяснены участіемъ со стороны блуж-

дающаго нерва. Точно также постоянныя кашлевыя движенія, а равно и звуки, издаваемые больнымъ на подобіе стопа, можно поставить въ связь съ раздраженіемъ тѣхъ приводовъ блуждающаго нерва, которые принадлежатъ гортанному нерву. Что касается измѣненій чувствительности, то, безъ сомнѣнія, они могли быть легко поставлены въ связь съ одновременнымъ пораженіемъ проходящихъ чрезъ мостъ въ петлевомъ слобѣ чувствующихъ проводниковъ.

Далѣе, развившаяся у больного задержка мочи и продолжительныя запоры также могли быть поставлены въ связь съ прерываніемъ на уровнѣ моста центральныхъ проводниковъ, возбуждающихъ эти отправления.

Наконецъ и временное поднятіе температуры ночью 22 апрѣля возможно поставить въ связь съ пораженіемъ моста, такъ какъ извѣстно, что таковыя пораженія нерѣдко сопровождаются повышеніемъ внутренней температуры тѣла.

Словомъ, всѣ тѣ явленія, которыя могутъ имѣть какое либо значеніе при установкѣ мѣстнаго распознаванія, въ данномъ случаѣ получаютъ вполне правильное объясненіе съ точки зрѣнія сдѣланнаго нами заключенія относительно пораженія на уровнѣ Вароліева моста.

Нѣсколько труднѣе выяснить въ данномъ случаѣ природу пораженія; однако и здѣсь имѣются данныя, которыя даютъ возможность по крайней мѣрѣ съ вѣроятностью установить качественный діагнозъ. По симптомамъ и по теченію болѣзни въ данномъ случаѣ мы не можемъ предполагать развитія новообразованія, протекающаго всегда медленно, но болѣею частію прогрессивно, а потому намъ придется разобратъ между ограниченнымъ воспаленіемъ ткани, размягченіемъ ея, вслѣдствіе возможной закупорки сосуда, и кровезливаніемъ.

Воспаленіе мозговой ткани однако можно легко исключить по отсутствію достаточныхъ причинъ для его развитія, по необычайной быстротѣ развитія симптомовъ и наконецъ по тому, что послѣ первоначальнаго развитія болѣзненнаго состоянія всѣ симптомы начали быстро ослабѣвать и почти

исчезли, со временемъ же вновь развились съ необычайной быстротой и еще въ болѣе рѣзкой степени.

Что касается размягченія, то въ нашемъ случаѣ можно было бы думать о закупоркѣ вѣтвей основной артеріи вслѣдствіе пристѣночной пробки. Такъ какъ мы имѣемъ дѣло съ сифилитикомъ, то, разумѣется, было бы не трудно допустить развитіе въ сосудахъ основанія мозга сифилитическихъ поражений, которыя, какъ извѣстно, крайне способствуютъ образованію пробокъ и развитію закупорки. Но съ подобнымъ поражениемъ не согласуются клиническія явленія. Мы видѣли, что у больного обнаружались симптомы въ сущности безъ всякихъ предвѣстниковъ, такъ какъ вмѣстѣ съ первымъ же головокруженіемъ появился и парезъ въ ногѣ, перешедшій быстро въ полный параличъ всей половины тѣла, а мы знаемъ, что закупорка сосуда, вслѣдствіе пристѣночной пробки, почти всегда сопровождается болѣе или менѣе длительными предвѣстниками. Съ другой стороны, разъ развившееся размягченіе по самой природѣ своей не можетъ привести къ столь быстрому, хотя бы и временному, улучшенію, какое мы имѣли въ нашемъ случаѣ. Послѣднее обстоятельство говоритъ также и противъ закупорки сосуда заносною пробкою. Помимо того, мы не находимъ въ организмѣ и источника для образованія заносной пробки, да и вообще, какъ извѣстно, область моста если и поражается когда либо заносною пробкою, то лишь въ видѣ исключенія.

Напротивъ того, какъ клиническія данныя, такъ и имѣвшіяся предварительныя условія говорятъ съ огромною долею вѣроятности, что мы имѣемъ въ нашемъ случаѣ кровезліяніе изъ какой либо вѣтви основной артеріи, проникающей въ мостъ со стороны основанія.

Въ пользу кровезліянія говоритъ прежде всего быстрота развитія симптомовъ и то обстоятельство, что послѣ первоначальнаго появленія симптомовъ они быстро ослабѣли, что наблюдается, какъ извѣстно, весьма нерѣдко при кровезліяніяхъ, которыя могутъ всасываться. Равнымъ образомъ и по-

вое обостреніе болѣзненнаго процесса, достигшаго во время второго приступа еще большаго развитія, очевидно вполне легко можетъ быть объяснено новымъ развитіемъ кровеизліянія въ той же области, приведшимъ къ еще большому разрушенію ткани, что, какъ извѣстно, также нерѣдко случается при кровеизліяніяхъ. Симптомы раздраженія въ видѣ судорогъ во время второго приступа очевидно также стоятъ въ полномъ согласіи съ предположеніемъ о кровеизліяніи. Если мы затѣмъ примемъ въ соображеніе, что больной нашъ кромѣ сифилиса былъ пьяницей и непосредственно предъ заболѣваніемъ пилъ почти безпрерывно въ теченіе четырехъ мѣсяцевъ, то мы очевидно находимъ въ нашемъ случаѣ и достаточный причинный моментъ для развитія кровеизліянія въ той ломкости сосудовъ, которую они проявляютъ при развитіи въ нихъ перерожденія подъ вліяніемъ злоупотребленія алкоголемъ.

Итакъ на основаніи анализа клиническихъ явленій, наблюдавшихся въ нашемъ случаѣ, мы приходимъ къ выводу, что у нашего больного подъ вліяніемъ оплотняющаго перерожденія сосудовъ первоначально развилось кровеизліяніе изъ вѣточки основной артеріи, поднимающейся въ глубину моста, причемъ это кровеизліяніе, захватившее очевидно корешки лѣваго отводящаго нерва и сдавившее пирамидные пути лѣвой половины моста, идущіе къ членамъ правой стороны, въ періодъ начавшагося всасыванія, очевидно подъ вліяніемъ какихъ либо условій, зависѣвшихъ отъ недостаточнаго прісмotra за больнымъ, повторилось въ ночь съ 6 на 7 мая еще въ болѣе сильной степени; результатомъ этого явилось не только возобновленіе стойкаго правосторонняго паралича, но и присоединеніе пареза лѣвыхъ конечностей и лѣваго *facialis*, а также и паралича праваго *n. abducentis*.

По установленіи локализациі и характера заболѣванія мы остановимся на нѣкоторыхъ клиническихъ явленіяхъ, наблюдавшихся въ нашемъ случаѣ. Послѣдній заслуживаетъ вниманія во многихъ отношеніяхъ, но прежде всего остановимся на глазныхъ симптомахъ, которые уже занимали насъ въ другихъ, разсмотрѣнныхъ ранѣе, болѣзненныхъ процессахъ.

Мы видѣли, что глазныя яблоки больного при полномъ развитіи болѣзни не могли быть вовсе поворачиваемы ни въ ту, ни въ другую сторону; между тѣмъ какъ всѣ другія движенія совершались вполнѣ правильно. Такъ между прочимъ глаза перемѣщались свободно вверхъ и внизъ, а равно и поворачивались внутрь, если больного заставляли смотрѣть на поставленный впереди глаза палецъ и приближали его къ глазнымъ яблокамъ. При этомъ, какъ въ отношеніи того, такъ и въ отношеніи другого движенія, нельзя было обнаружить ни малѣйшаго ограниченія. Примѣры такого своеобразнаго разстройства движенія глазныхъ яблокъ въ литературѣ крайне немногочисленны ¹⁾ и потому представляется небезынтереснымъ обсудить патогенозъ этого своеобразнаго симптома.

Въ чемъ же, спрашивается, причина вышеуказаннаго разстройства въ движеніи глазныхъ яблокъ? Изъ того обстоятельства, что глазныя яблоки могли производить свободно движенія во всѣхъ вообще направленіяхъ, за исключеніемъ синергичнаго бокового движенія, представляется очевиднымъ, что дѣло идетъ въ нашемъ случаѣ о нарушеніи иннервации въ томъ и другомъ глазу собственно двухъ мышцъ—наружной прямой и внутренней прямой. Но въ поражении той и другой мышцы имѣется и существенная разница, а именно: въ то время какъ наружная прямая мышца не сокращается ни при какихъ вообще условіяхъ, внутренняя прямая мышца, напротивъ того, вполнѣ свободно сокращается при поворотѣ глазъ внутрь, слѣд. въ сочетаніи съ подобной же мышцей противоположнаго глаза. Ясно, слѣдовательно, что весь периферическій путь иннервации обѣихъ внутреннихъ прямыхъ мышцъ глаза, включая сюда ядра, представляется совершенно свободнымъ отъ пораженія. Болѣе того, даже корковый путь, руководящій движеніями глазъ при средствѣ достигающихъ до зрительнаго центра коры импульсовъ, приводящихъ въ со-

¹⁾ Между прочимъ недавно одинъ случай съ подобнымъ поражениемъ глазныхъ яблокъ (безъ вскрытія) былъ опубликованъ проф. Кожевниковымъ.

четанное сокращеніе обѣ внутреннія мышцы глаза, при сведеніи глазныхъ осей внутрь, должно считать въ нашемъ случаѣ неповрежденнымъ. Иначе нельзя было бы объяснить полную свободу этихъ движеній въ нашемъ случаѣ при фиксированіи приближающагося къ глазамъ предмета. Слѣд. въ нашемъ случаѣ дѣло должно идти о пораженіи, нарушающемъ какія либо иные проводники, управляющіе движеніемъ наружной прямой и внутренней прямой мышцы того и другого глаза.

Въ этомъ отношеніи должно имѣть въ виду, что уже давно на основаніи клиническихъ данныхъ предполагается существованіе связи между центромъ, управляющимъ движеніемъ наружной прямой мышцы одного глаза, и центромъ внутренней прямой мышцы другого глаза.

Фактъ этотъ въ настоящее время представляется болѣе чѣмъ очевиднымъ не только въ виду сочетанной дѣятельности наружной прямой мышцы одного глаза и внутренней прямой другого глаза, но и изъ цѣлага ряда патологическихъ явленій. Такъ уже съ давнихъ поръ извѣстно такъ наз. содружественное отклоненіе глазъ, наблюдаемое при мозговыхъ параличахъ, во время котораго оба глаза больного отклоняются въ сторону того полушарія, которое представляется пораженнымъ (*le malade regarde sa lésion*,—по выраженію Prevost). Въ другихъ случаяхъ при судорожныхъ явленіяхъ, вызванныхъ мозговымъ пораженіемъ, глаза содружественно отклоняются въ направленіи, противоположномъ отъ пораженнаго мозгового полушарія, слѣд. въ сторону судорогъ (*le malade regarde les membres convulsés*—по Prevost).

Другіе факты свидѣтельствуютъ въ пользу того, что сочетаніе дѣятельности двухъ различныхъ мышцъ обусловливается не условіями, лежащими на периферіи нервной системы, такъ какъ периферическій параличъ той или другой мышцы глаза никогда не обусловливаетъ собою паралича содружественно дѣйствующей мышцы другого глаза. Ясно, слѣдовательно, что источники сочетанной дѣятельности для обѣихъ вышеназванныхъ мышцъ должны лежать въ центрахъ, а не

на периферіи, что и подтверждается случаями сочетаннаго отклоненія глазъ на одну сторону при мозговыхъ пораженіяхъ.

Далѣе мы имѣемъ факты, свидѣтельствующіе въ пользу того, что ближайшимъ центромъ сочетаннаго дѣйствія обѣихъ мышцъ является ядро *n. abducentis*, а не ядро *n. oculomotorii*, приводящее въ сокращеніе внутреннюю прямую мышцу глаза. Въ самомъ дѣлѣ, если бы послѣднее предположеніе было справедливо, то мы бы имѣли вмѣстѣ съ ядернымъ параличемъ *n. oculomotorii* при невозможности сокращенія внутренней прямой мышцы парализованнаго глаза также и параличъ наружной прямой мышцы противоположнаго глаза, чего однако не наблюдается. Съ другой стороны, въ пользу вышеуказаннаго положенія говоритъ сочетанный параличъ наружной прямой мышцы одного глаза и внутренней прямой мышцы другого глаза при сохраненіи сочетаннаго сокращенія послѣдней мышцы съ одноименной мышцей другого глаза, какъ было и въ нашемъ случаѣ. Такимъ образомъ параличъ только-что упомянутаго сочетаннаго движенія наружной прямой мышцы одного глаза и внутренней прямой другого глаза можетъ получить объясненіе въ томъ случаѣ, если имѣется пораженіе въ ядрѣ *n. abducentis* или въ приводахъ, идущихъ къ послѣднему изъ мозговой коры. И дѣйствительно клиническія наблюденія показываютъ, что своеобразный симптомъ отведенія обоихъ глазъ въ одну сторону, наблюдаемый при гнѣздныхъ мозговыхъ процессахъ, происходитъ всегда въ сторону мозгового пораженія, если послѣднее гнѣздится въ области мозговыхъ полушарій, но при пораженіи *pontis Varolii* оно происходитъ уже въ сторону противоположную мѣсту мозгового пораженія. Обстоятельство это легко объяснить тѣмъ, что въ первомъ случаѣ дѣло идетъ о пораженіи корковыхъ проводниковъ, служащихъ для вышеуказаннаго сочетаннаго движенія глазъ до ихъ перекреста, тогда какъ въ *pons Varolii* поражаются либо эти же проводники послѣ ихъ перекреста, либо самое ядро *n. abducentis*. Такимъ образомъ въ нашемъ случаѣ, гдѣ дѣло идетъ о невозможности движенія глазъ ни въ ту, ни въ другую сто-

рону, дѣло очевидно сводится либо къ двустороннему поражению вышеуказанныхъ проводниковъ, служащихъ для двусторонней иннервации глазныхъ яблокъ, либо къ поражению обоихъ ядеръ отводящихъ нервовъ. Одного же поражения обоихъ корешковъ отводящихъ нервовъ очевидно представляется совершенно недостаточнымъ для объясненія наблюдаемыхъ явленій въ виду отсутствія у больного сочетаннаго движенія той и другой внутренней мышцы глаза при отведеніи фиксируемаго предмета вправо или влѣво, не смотря на то, что сведеніе глазныхъ осей внутри при этомъ происходило свободно.

Такъ дѣло представляется съ клинической стороны. Но посмотримъ, что говорятъ намъ въ этомъ направленіи данныя анатоміи и физиологіи нервной системы. Въ виду сочетательной дѣятельности наружной прямой и внутренней прямой мышцы противоположныхъ глазъ и въ виду вышеуказанныхъ фактовъ, изъ которыхъ болѣе чѣмъ очевидно, что ближайшимъ центромъ иннервации глазныхъ мышцъ является ядро отводящаго нерва, нѣкоторые изъ французскихъ авторовъ (Daval, Laborde и др.) высказывали предположеніе, будто бы *m. rectus internus* получаетъ свои волокна не изъ ядра *n. oculomotorii*, а изъ ядра *n. abducentis*. Другіе описывали пучекъ волоконъ подъ дномъ 4-го желудочка, проходящій отъ ядра *n. abducentis* одной стороны къ ядру *n. oculomotorii* другой стороны (Graux). Но первому предположенію противорѣчатъ патологическіе факты. Дѣло въ томъ, что въ случаѣ, гдѣ имѣется поврежденіе ядра или центральнаго проводящаго пути отводящаго нерва одной стороны, мы должны бы получить параличъ не только наружной прямой мышцы соответствующаго глаза, но и полный параличъ внутренней мышцы противоположнаго глаза, между тѣмъ въ соответствующихъ случаяхъ подобныхъ явленій не наблюдается. Такимъ образомъ очевидно, что дѣло должно ограничиваться существованіемъ анатомической связи между ядромъ *n. abducentis* и ядромъ для внутренней прямой мышцы противоположнаго глаза, причѣмъ общимъ центромъ иннервации для этого совмѣстнаго

движенія является ядро *n. abducentis*, чѣмъ и должны быть объяснены вышеуказанныя явленія въ случаяхъ мозговыхъ параличей съ локализацией въ области *pontis Varolii*. Правда, и ядро для внутренней мышцы имѣетъ также самостоятельную корковую иннервацию, но дѣйствіе этой иннервации очевидно обнаруживается только въ томъ случаѣ, когда является необходимость въ конвергенціи глазъ, слѣд., когда дѣло идетъ о сочетанномъ сокращеніи обѣихъ прямыхъ мышцъ глаза.

Выше мы уже упомянули, что нѣкоторые изъ французскихъ авторовъ описывали пучекъ, проходящій подъ дномъ 4-го желудочка отъ ядра *n. abducentis* одной стороны къ ядру *n. oculomotorii* другой стороны; позднѣйшія изслѣдованія однако не могли подтвердить этихъ сообщений. Но при своихъ изслѣдованіяхъ я могъ убѣдиться на соответствующихъ срѣзахъ въ существованіи волоконъ, которыя переходятъ изъ ядра *n. abducentis* въ область задняго продольнаго пучка своего и противоположной стороны ¹⁾.

Болѣе чѣмъ вѣроятно, что при посредствѣ этихъ волоконъ задняго продольнаго пучка и происходитъ связь ядра *n. abducentis* съ ядромъ *n. oculomotorii*, управляющимъ внутренней прямой мышцей глаза.

Что касается центрального проводящаго пути для сочетаннаго отклоненія глазъ, то объ этомъ удобнѣе будетъ сказать нѣсколько позднѣе, послѣ разсмотрѣнія соответствующихъ физиологическихъ данныхъ.

Обращаясь къ послѣднимъ, необходимо замѣтить, что мы имѣемъ довольно полныя свѣдѣнія относительно корковыхъ центровъ, приводящихъ къ боковому движенію глазъ.

Извѣстно, что еще Ferrier въ своемъ сочиненіи „о функціяхъ мозга“ въ области *postfrontalis*, т. е. въ задней части лобной доли, отмѣчаетъ у различныхъ животныхъ центръ, служащій къ раскрытію глазъ, расширенію зрачковъ и отклоненію глазъ и головы въ противоположную сторону.

¹⁾ См. В. Бехтеревъ. «Проводящіе пути мозга»; 2 изд.; ч. I.

Въ послѣдствіи Horsley и Beefor, примѣняя слабый токъ, разчленили вышеуказанный центръ для движенія глазъ и головы на три отдѣльныхъ центра, изъ которыхъ раздраженіе верхняго или внутренняго производитъ движеніе головы въ противоположномъ направленіи, раздраженіе средняго вызываетъ движеніе головы и глазъ на противоположную сторону и раздраженіе нижняго или наружнаго вызываетъ движеніе глазъ въ противоположномъ направленіи. Послѣ этого Mott ¹⁾ указалъ на еще болѣе дробное дѣленіе центра для поворачиванія глазъ; онъ нашелъ именно, что раздраженіе различныхъ частей этого центра вызываетъ а) поворачиваніе глазъ въ противоположную сторону въ горизонтальномъ направленіи, б) поворачиваніе глазъ на противоположную сторону и кверху и в) поворачиваніе глазъ въ противоположномъ направленіи и книзу. Послѣдній центръ расположенъ, по автору, выше всего, затѣмъ слѣдуетъ центръ для поворачиванія глазъ въ горизонтальномъ направленіи и еще ниже лежитъ центръ для движенія глазъ въ противоположномъ направленіи и кверху. Нужно замѣтить, что присутствіе центра для движенія глазъ въ противоположномъ направленіи Beefor'омъ и Horsley'емъ было доказано въ заднемъ отдѣлѣ лобной доли и у орангъ-утанга.

При своихъ изслѣдованіяхъ, начатыхъ еще въ 1880 году, я находилъ центръ для движенія глазъ и головы въ противоположномъ направленіи у различныхъ животныхъ на переднемъ отдѣлѣ сигмовидной извилины. Что касается обезьянъ, то у нихъ движеніе глазъ и головы въ противоположномъ направленіи въ моихъ случаяхъ получалось большею частію совмѣстно съ довольно обширной области, расположенной впереди отъ передней центральной извилины. Но несомнѣнно, что съ болѣе верхнихъ отдѣловъ вышеуказанной области удается получить одно поворачиваніе головы въ противоположномъ направленіи. При раздраженіи же болѣе нижнихъ отдѣловъ

²⁾ Mott. Brain. 1890.

разсматриваемой области получается изолированное движеніе глазъ въ противоположномъ направленіи. Что касается движенія глазъ въ иныхъ направленіяхъ при раздраженіи отдѣльныхъ частей этого центра, то они въ моихъ опытахъ не отличались постоянствомъ.

Недавно въ завѣдываемой мною лабораторіи были произведены въ этомъ отношеніи подробныя изслѣдованія д-ромъ Герверомъ, который, оперируя надъ собаками, пришелъ къ аналогичнымъ результатамъ. Я имѣлъ также случай убѣдиться при вскрытіи черепа по случаю эпилепсіи у одного изъ больныхъ, что раздраженіе фарадическимъ токомъ задняго отдѣла второй лобной извилины даетъ отклоненіе глазъ и головы въ противоположномъ направленіи. Слѣдовательно и у человѣка этотъ центръ помѣщается въ тѣхъ же областяхъ, что и у животныхъ.

Равнымъ образомъ имѣются и патологическія наблюденія съ разрушеніемъ вышеуказанной области, въ которыхъ обнаруживалось параличное отклоненіе глазъ и головы въ сторону, соответствующую пораженному полушарію.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ подобныхъ разрушеній я наблюдалъ даже и одно боковое отклоненіе глазъ въ сторону пораженнаго полушарія.

Такимъ образомъ не остается сомнѣнія, что центръ для бокового отклоненія глазъ помѣщается при ножкѣ второй лобной извилины.

Необходимо имѣть въ виду, что и въ заднихъ отдѣлахъ коры полушарій имѣются центры для движенія глазъ, но эти центры, извѣстные уже съ давнихъ поръ, какъ показали изслѣдованія Obregia (изъ лабораторіи Munk'a), стоятъ въ тѣсной связи съ функціей зрительнаго центра, и, какъ предполагаютъ нѣкоторые изъ авторовъ, центры эти даже не имѣютъ своей самостоятельности, а передаютъ свое вліяніе на ядра отводящихъ нервовъ при посредствѣ лобныхъ центровъ.

Обращаясь теперь къ вопросу о проводникахъ, связывающихъ лобные корковые центры для поворачиванія глазъ

съ ядрами отводящихъ нервовъ, мы можемъ замѣтить здѣсь, что на основаніи цѣлаго ряда клиническихъ и анатомическихъ данныхъ есть полное основаніе заключить, что они проходятъ чрезъ внутреннюю сумку и мозговую ножку въ область моста, гдѣ, прежде вступленія въ ядра *n. abducentis*, подвергаются перекрещиванію во швѣ.

Клиническіе факты не оставляютъ сомнѣнія въ томъ, что при пораженіяхъ, обуславливающихъ прерываніе этихъ проводниковъ на всемъ ихъ протяженіи до перекрещиванія въ области моста, наблюдается сочетанное отклоненіе глазъ въ сторону пораженія, какъ и при пораженіи мозговой коры въ заднемъ отдѣлѣ лобной доли. При раздраженіи же этихъ проводниковъ вызывается сочетанное отклоненіе глазъ въ противоположномъ направленіи.

Такимъ образомъ, ни при разрушеніяхъ, ни при раздраженіяхъ корковыхъ центровъ и выходящихъ изъ нихъ проводниковъ не удастся вызвать изолированныхъ пораженийъ глазныхъ мышцъ.

Фактъ этотъ въ связи съ тѣмъ, что и ближайшій центръ для сочетаннаго бокового движенія глазныхъ яблокъ заложенъ въ ядрѣ *n. abducentis*, въ высшей степени важенъ въ діагностическомъ отношеніи. На основаніи его во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ объ изолированныхъ параличахъ глазныхъ нервовъ, мы можемъ съ положительностью исключать центральное пораженіе въ области коры и мозговыхъ полушарій и должны предполагать или ядерное или периферическое пораженіе глазныхъ нервовъ.

Очевидно, что въ нашемъ случаѣ эти проводники были захвачены пораженіемъ въ области Варолиева моста еще прежде вступленія ихъ въ ядра отводящихъ нервовъ, чѣмъ и обуславливались характеристичныя измѣненія со стороны глазныхъ яблокъ въ видѣ двусторонняго паралича боковыхъ движенийъ глазныхъ яблокъ. При периферическомъ же параличѣ обоихъ *n. abducentis* мы должны бы имѣть явленія простого вну-

треняго косоглазія глазъ безъ всякихъ разстройствъ въ управленіи внутреннихъ прямыхъ мышцъ глазныхъ яблокъ.

Обращаясь теперъ къ другимъ симптомамъ, заслуживающимъ особаго вниманія съ нашей стороны, мы остановимся прежде всего на томъ явленіи, которое извѣстно подъ названіемъ феномена стопы и колѣнной чашки. Явленіе это заслуживаетъ вниманія не только въ томъ отношеніи, что на лѣвой сторонѣ феномень стопы въ нашемъ случаѣ появился уже на другой день послѣ развитія пораженія, но также и въ виду того, что, развившись у нашего больного сначала на одной, а затѣмъ и на другой сторонѣ, по истеченіи извѣстнаго времени вслѣдъ за обнаруженіемъ мозгового пораженія этотъ феномень совершенно исчезъ, прежде чѣмъ явленія паралича уступили лѣченію. Съ другой стороны не лишено значенія и то обстоятельство, что на лѣвой сторонѣ феномень стопы появился уже на второй день послѣ развитія новаго мозгового пораженія. Такъ на правой сторонѣ феномень стопы и чашки развился въ періодъ времени между 10—14 днями послѣ начала заболѣванія, на лѣвой же сторонѣ феномень стопы обнаружился уже на другой день послѣ развитія второго приступа, приведшаго къ параличу лѣвыхъ конечностей; ранѣе же на лѣвой, не парализованной, сторонѣ не обнаруживалось ни малѣйшихъ признаковъ феномена стопы. Но затѣмъ въ періодъ времени отъ 17—21 мая, слѣдовательно приблизительно 9—13 дней спустя вслѣдъ за вторымъ приступомъ, уже нельзя было обнаружить никакихъ слѣдовъ феномена стопы ни на той, ни на другой сторонѣ.

Не очень давно въ отдѣльной статьѣ ¹⁾ мнѣ уже приходилось останавливаться по поводу феномена стопы и той опѣнки, которую придаютъ этому симптому въ діагностическомъ отношеніи. Въ этой статьѣ я высказался противъ мнѣнія проф. Gowers'a, который смотритъ на феномень стопы какъ, на абсолютное доказательство присутствія органическаго заболѣванія,

¹⁾ См. Невролог. Вѣстникъ, вып. 2, т. III. 1895.

причемъ симптомъ этотъ, по его мнѣнію, непременно указываетъ на тканевыя измѣненія въ спинномъ мозгу и въ большинствѣ случаевъ на измѣненіе въ боковыхъ столбахъ. Я указалъ на нѣсколько заболѣваній, причисляемыхъ всеми къ неврозамъ, какъ *myoclonus multiplex* и *akinesia algera*, въ которыхъ этотъ симптомъ обнаруживался какъ временное явленіе въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени. Также и при истеріи иногда наблюдали этотъ симптомъ въ ясно выраженной степени. Наконецъ феноменъ стопы былъ отмѣчаемъ при *neuritis multiplex*, что я могу подтвердить и на основаніи своихъ наблюденій. Отсюда очевидно, что феноменъ стопы не можетъ служить абсолютнымъ доказательствомъ органическаго пораженія центральной нервной системы.

Какъ извѣстно, наблюденіе феномена стопы при органическихъ пораженіяхъ центральной нервной системы ставили въ связь съ развитіемъ вторичныхъ перерожденій въ пирамидныхъ пучкахъ боковыхъ столбовъ спинного мозга, и это предположеніе подкрѣплялось въ особенности тѣмъ фактомъ, что феноменъ стопы въ случаяхъ органическаго пораженія обыкновенно является въ срокъ между 10—14 днями вслѣдъ за развитіемъ болѣзненнаго процесса, какъ было между прочимъ и въ нашемъ случаѣ на правыхъ конечностяхъ. Но тоже явленіе на лѣвыхъ конечностяхъ, какъ мы видѣли, было обнаружено уже на второй день послѣ развитія паралича въ этихъ конечностяхъ. Надо замѣтить, что раннее появленіе феномена стопы уже отмѣчалось нѣкоторыми авторами. Такъ случаи съ раннимъ появленіемъ феномена стопы были указываемы Gowers'омъ, Westphal'емъ и мною.

Въ одномъ изъ моихъ случаевъ этотъ симптомъ обнаружился въ парализованныхъ конечностяхъ спустя 36 часовъ, а въ другомъ случаѣ спустя 12 часовъ послѣ мозгового удара. Кромѣ того извѣстно, что я неоднократно отмѣчалъ и въ своихъ случаяхъ, кратковременное появленіе феномена стопы вслѣдъ за падучими приступами.

Въ этихъ и подобныхъ случаяхъ уже не можетъ быть рѣчи о вторичныхъ перерожденіяхъ боковыхъ столбовъ спинного

мозга, почему для объясненія появленія феномена стопы въ случаяхъ, подобныхъ вышеприведеннымъ, обыкновенно прибѣгали къ предположенію объ истощеніи боковыхъ столбовъ¹⁾. Но если эта гипотеза объ истощеніи еще можетъ имѣть какой либо смыслъ по отношенію къ тѣмъ случаямъ, когда феноменъ стопы появляется вслѣдъ за судорожными и въ особенности падучими приступами, то во всякомъ случаѣ она утрачиваетъ всякую почву подъ собою, когда дѣло идетъ о появленіи этого симптома послѣ мозгового удара, не сопровождавшагося судорожными явленіями; а между тѣмъ въ двухъ упомянутыхъ выше моихъ наблюденіяхъ, въ которыхъ этотъ симптомъ обнаружился спустя 36 и 12 часовъ послѣ мозгового удара, послѣдній не сопровождался никакими судорожными явленіями. Вотъ почему намъ кажется, что эта гипотеза объ истощеніи боковыхъ столбовъ, какъ не согласующаяся съ дѣйствительными фактами, должна быть совершенно оставлена. Мы думаемъ напротивъ того, что въ случаяхъ ранняго появленія феномена стопы болѣе всего примѣнима гипотеза о ненормальномъ возбужденіи рефлекторныхъ центровъ спинного мозга подъ вліяніемъ патологическаго возбужденія черепномозговыхъ центровъ или проводниковъ. Въ пользу этого говоритъ между прочимъ и то обстоятельство, что въ наблюдаемыхъ мною случаяхъ ранняго появленія этого феномена послѣдній обыкновенно уже въ теченіе нѣсколькихъ дней вслѣдъ за развитіемъ мозгового пораженія постепенно исчезалъ, смѣняясь простымъ повышеніемъ рефлексовъ.

Въ нашемъ случаѣ этотъ феноменъ на лѣвой сторонѣ уже на 6 день послѣ его появленія исчезъ совсѣмъ. Совершенно иначе дѣло обстоитъ при болѣе позднемъ появленіи феномена стопы, который въ такомъ случаѣ обыкновенно остается на весьма продолжительное время. Однако и здѣсь возможно быстрое прекращеніе феномена стопы, какъ было между прочимъ и въ нашемъ случаѣ на правой нижней ко-

¹⁾ См. Gowers. Диагностика болѣзней спинного мозга.

нечности, гдѣ этотъ феноменъ, появившись, какъ бываетъ обыкновенно при мозговыхъ параличахъ, на 10—14 день, исчезъ приблизительно на 35 день послѣ мозгового пораженія. Это прекращеніе феномена стопы въ данномъ случаѣ совпало съ развитіемъ сведенія въ обѣихъ правыхъ конечностяхъ, что, на мой взглядъ, не лишено извѣстнаго значенія. Дѣло въ томъ, что и въ другихъ случаяхъ мозговыхъ параличей мнѣ приходилось наблюдать, что вмѣстѣ съ появленіемъ вторичныхъ сведеній въ парализованныхъ членахъ исчезаетъ и феноменъ стопы. Другой вопросъ, какъ объяснить это вліяніе сведенія на прекращеніе феномена стопы. Здѣсь возможно думать прежде всего объ измѣненіи вмѣстѣ съ развитіемъ сведенія мышечнаго тона, играющаго столь видную роль въ обнаруженіи рефлекторныхъ явленій вообще и феномена стопы въ частности.

Съ другой стороны можно думать и объ усиленіи задерживающихъ импульсовъ вмѣстѣ съ развитіемъ сведенія, благодаря чему и прекращается стопный феноменъ. Въ пользу этого послѣдняго мнѣнія однако нельзя привести достаточныхъ основаній; а потому мы и не можемъ его принять для объясненія быстрого прекращенія феномена стопы; между тѣмъ какъ измѣненіе мышечнаго напряженія вполне удовлетворительно намъ объясняетъ это исчезновеніе установившагося было симптома. Дѣло въ томъ, что съ развитіемъ сведенія произвольное напряженіе въ мышцахъ конечности уже настолько велико, что хотя и удастся привести ногу въ то положеніе, которое требуется для вызванія стопнаго феномена, но нельзя привести икроножныя мышцы въ пассивное состояніе, являющееся необходимымъ условіемъ для вызванія этого рефлекса. Что причина исчезновеія феномена стопы дѣйствительно заключается въ этомъ ненормальномъ напряженіи икроножныхъ мышцъ, доказывается тѣмъ обстоятельствомъ, что въ другихъ случаяхъ, когда сведеніе подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ причинъ ослабѣвало, можно было вновь вызывать и феноменъ стопы, съ новымъ же развитіемъ сведенія послѣдній

вновь исчезалъ. Само собой разумѣется, что и исчезновеніе феномена колѣнной чашки въ нашемъ случаѣ зависѣло отъ ненормальнаго напряженія разгибателей бедра подъ влияніемъ развившагося сведенія.

Въ числѣ другихъ явленій заслуживаетъ особаго вниманія появленіе вмѣстѣ съ развитіемъ мозгового пораженія у нашего больного насильственнаго смѣха и плача. Явленіе это, которое было мною впервые описано при гнѣздныхъ мозговыхъ пораженіяхъ, уже однажды послужило предметомъ нашего обсуждения по поводу двухъ другихъ случаевъ, сопровождавшихся этимъ своеобразнымъ симптомомъ. Однако нѣкоторыя особенности нашего случая и изслѣдованія, явившіяся въ заграницной литературѣ послѣ опубликованія моихъ первыхъ наблюденій, побуждаютъ меня вновь остановиться на этомъ вопросѣ. Прежде всего должно обратить вниманіе на то обстоятельство, что насильственный плачъ и смѣхъ въ данномъ случаѣ развился при пораженіи, гнѣздящемся на основаніи мозга, именно въ области моста. Уже въ прошедшій разъ, собравъ всѣ случаи насильственнаго смѣха, я указалъ на то обстоятельство, что въ такого рода случаяхъ дѣло обычно идетъ о пораженіи мозговой коры, вслѣдствіе чего я и высказался тогда, что случаи насильственнаго смѣха съ пораженіемъ другихъ мозговыхъ областей, напр. внутренней сумки и мозговыхъ узловъ, встрѣчаются видимо рѣже, нежели случаи корковыхъ пораженій съ насильственнымъ смѣхомъ¹⁾. Въ виду этого мы хотѣли бы отмѣтить настоящій случай прежде всего съ той стороны, что онъ доказываетъ возможность появленія этого своеобразнаго симптома и при пораженіяхъ, лежащихъ надъ продолговатымъ мозгомъ. Что касается патогенеза этого явленія, то, подробно разобравъ сопровождающія его явленія въ прошедшій разъ, мы пришли къ выводу, что „смѣхъ, какъ одно изъ выражающихъ движеній, выполняется очевидно при посредствѣ зрительныхъ бугровъ, причемъ для передачи им-

1) В. Бехтеревъ. Нервные болѣзни. Вып. 1 1894. Неврол. Вѣстн. 1883.

пульсовъ, идущихъ съ мозговой коры и съ периферіи (при рефлекторномъ возбужденіи смѣха), должна служить система волоконъ, принадлежащихъ зрительнымъ буграмъ. При этомъ конечно слѣдуетъ имѣть въ виду, что къ центрамъ, заложеннымъ въ зрительныхъ буграхъ, съ коры мозга подходятъ какъ возбуждающіе, такъ и задерживающіе импульсы¹⁾.

Что касается происхожденія насильственнаго смѣха въ патологическихъ случаяхъ, то я уже указывалъ по этому поводу, что симптомъ этотъ можетъ зависѣть съ одной стороны отъ устранения произвольной задержки смѣха, съ другой—отъ возбужденія произвольныхъ импульсовъ къ смѣху. Равнымъ образомъ мы пришли къ выводу въ прошедшій разъ, что и насильственный плачъ имѣетъ ту же фізіопатологическую основу, какъ и насильственный смѣхъ; слѣдовательно онъ также обусловливается или задержкой импульсовъ или раздраженіемъ соответствующихъ центровъ и проводниковъ.

Итакъ, и въ томъ, и въ другомъ случаѣ дѣло идетъ, какъ мы видѣли, о пораженіи системы волоконъ, принадлежащихъ зрительнымъ буграмъ, въ которыхъ, какъ доказано нашими опытами, содержатся между прочимъ центры для врожденныхъ выражающихъ движеній и для иннерваціи растительныхъ функцій организма.

Спрашивается, какъ мы должны смотрѣть на развитіе насильственнаго смѣха и плача въ нашемъ случаѣ при пораженіи области Варолиева моста. Очевидно, что и въ этомъ случаѣ мы должны предполагать пораженіе системы проводниковъ, связывающихъ зрительные бугры съ нижележащими центрами. Что это дѣйствительно такъ, не трудно придти къ выводу уже изъ анализа тѣхъ разстройствъ, которыя мы имѣемъ въ нашемъ случаѣ. Мы видѣли, что въ нашемъ случаѣ кромѣ разстройствъ въ сферѣ произвольной мышечной системы имѣлся рядъ разстройствъ въ дѣятельности тѣхъ органовъ, которыхъ иннервація, согласно фізіологическимъ изслѣдованіямъ,

¹⁾ В. Бехтеревъ, loco cit., стр. 71.

находится въ известной зависимости отъ правильной дѣятельности зрительныхъ бугровъ. Въ самомъ дѣлѣ, опыты, которые я производилъ съ цѣлью выясненія функціи зрительныхъ бугровъ, убѣдили меня въ томъ, что при раздраженіи зрительныхъ бугровъ у различныхъ животныхъ получаютъ вмѣстѣ съ учащеніемъ дыханія рѣзкія дыхательныя движенія, переходяція въ продолжительное обнаруженіе голоса. Въ другихъ опытахъ я показалъ, что зрительные бугры обнаруживаютъ вліяніе на сосудистую систему и расширение зрачка, на слезовое отдѣленіе, на сердцебиеніе, на движеніе желудка и кишекъ и притомъ не только возбуждающее, но и задерживающее, на сокращеніе мочевого пузыря и на дѣятельность половыхъ органовъ. Этимъ безъ сомнѣнія ничуть не исключается вліяніе нижележащихъ областей мозга по отношенію къ вышеназваннымъ функціямъ; еще не такъ давно на основаніи своихъ опытовъ я показалъ, напр., что заднее двухолміе является между прочимъ центромъ для слуха, обнаруженія голоса и сочетанія отраженныхъ движеній; но очевидно, что связи зрительныхъ бугровъ съ нижележащими образованіями должны обнаруживать несомнѣнное вліяніе на тѣ же функціи, на которыя оказываютъ вліяніе и зрительные бугры. Послѣдніе являются какъ бы высшими и подкорковыми собирательными центрами для вышеуказанныхъ функцій, и въ этомъ именно смыслѣ мы и говоримъ о системѣ волоконъ, принадлежащихъ зрительнымъ буграмъ.

Въ своемъ случаѣ мы видѣли, что у больного постоянно обнаруживались выдыхательныя движенія съ издаваніемъ своеобразныхъ звуковъ на подобіе стопа, въ то же время мы имѣли необъяснимое другими причинами ускореніе сердцебиенія и расширение зрачковъ, мы имѣли не поддающіеся дѣйствию слабительныхъ запоры и задержку мочи, заставлявшую прибѣгать къ катеризаціи мочевого пузыря. Очевидно, что всѣ эти симптомы могутъ быть вполне легко объяснены пораженіемъ подъ вліяніемъ происшедшаго въ мостѣ кровоизліяннія той системы проводниковъ, которая въ черепномъ направленіи стоитъ въ связи съ зрительными буграми.

Вотъ почему намъ кажется, что и здѣсь тотъ своеобразный симптомъ, который мы называемъ насильственнымъ смѣхомъ и плачемъ, долженъ быть объясненъ болѣзненнымъ поражениемъ проводниковъ, принадлежащихъ зрительнымъ буграмъ, которые, какъ извѣстно, заложены въ области сѣтевиднаго образованія, слѣд. въ верхнемъ этажѣ моста. Проф. Brissaud, обратившій также вниманіе уже послѣ опубликованія моихъ наблюденій на случаи насильственнаго смѣха при гнѣздныхъ мозговыхъ процессахъ ¹⁾, приходитъ, подобно мнѣ, къ заключенію, что этотъ симптомъ служитъ выраженіемъ повышенной дѣятельности зрительныхъ бугровъ. Этотъ авторъ однако ставитъ обнаруженіе этого симптома въ зависимость отъ паралича произвольныхъ движеній лицевыми мышцами.

Въ сущности это есть повтореніе того мнѣнія, которое когда-то мною было вскользь высказано въ литературѣ ²⁾ и отъ котораго я уже давно отказался. Въ самомъ дѣлѣ, недостаточность этого мнѣнія болѣе чѣмъ очевидна изъ того обстоятельства, что смѣхъ не состоитъ только изъ мимическихъ движеній лицомъ, а сверхъ того еще и изъ другихъ движеній, какъ то: выдыхательныхъ экскурсій грудной кѣтки съ прерывающемся смыканіемъ голосовыхъ связокъ, результатомъ чего является своеобразное обнаруженіе голоса при смѣхѣ, называемое хохотомъ, затѣмъ болѣе или менѣе замѣтнаго слезоотдѣленія и рѣзкаго покрасненія лица. Между этими движеніями мимическія движенія лица составляютъ только болѣе яркую внѣшность. При этомъ всѣ вышеуказанныя движенія ничудь не соподчинены между собою такимъ образомъ, что вызваніе одного какого либо движенія могло бы вызывать и остальные движенія. Напротивъ того, всѣ эти движенія находятся въ условіяхъ взаимнаго сочетанія другъ съ другомъ, но такъ, что устраненіе одного изъ этихъ движеній не устраняетъ другихъ движеній, входящихъ, какъ составная часть,

¹⁾ Brissaud. Revue scientifique, 1894.

²⁾ См. мою работу: Объ отпавленіи зрительныхъ бугровъ у животныхъ и человека. Вѣстн. Психіатри, 1885. Virch. Arch.

въ сложный актъ смѣха. Такимъ образомъ, напр. при двустороннемъ периферическомъ параличѣ лицевого нерва смѣха въ обыденномъ смыслѣ слова уже нѣтъ, благодаря совершенной неподвижности лица, но безъ сомнѣнія подлѣ этой застывшей маской еще проявляется смѣхъ въ видѣ своеобразнаго обнаруженія голоса, прилива крови къ лицу и увлаженія глазныхъ яблокъ. Не достаетъ только наиболѣе характеристическаго движенія лица, благодаря чему подобные случаи и могутъ вводить насъ въ заблужденіе на счетъ отсутствія смѣха.

Еще менѣе того мы имѣемъ основаніе допускать, что путемъ произвольной иннерваціи лицевыхъ мышцъ мы въ состояніи удержать смѣхъ, когда къ его обнаруженію являются достаточные поводы. Всякій знаетъ, что, сдерживая свою мимику, мы въ извѣстной мѣрѣ можемъ удерживать и смѣхъ; но это сдерживаніе смѣха возможно лишь въ очень ограниченной мѣрѣ. Вотъ почему намъ кажется, что вышеуказанное мнѣніе относительно патогенеза насильственнаго смѣха, высказанное впервые мною и повторенное въ послѣднее время Brissaud, не можетъ быть принято безусловно.

Если мы теперь обратимся къ нашему случаю, то мы убѣдимся, что и въ немъ въ первое время существовали явленія паралича для произвольныхъ движеній лицомъ, но поразительнымъ образомъ у больного началъ обнаруживаться насильственный смѣхъ какъ разъ въ томъ періодѣ болѣзни, когда параличъ для произвольныхъ движеній лицомъ уже прекратился. Очевидно, слѣдовательно, что причина насильственнаго смѣха, равно какъ и насильственнаго плача, не можетъ заключаться въ невозможности произвольнаго движенія лицомъ. Правда, появленіе насильственнаго смѣха и плача нерѣдко наблюдается именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется или по крайней мѣрѣ существовалъ параличъ для произвольныхъ движеній лицомъ. Но это обстоятельство, на мой взглядъ, вполне легко можетъ быть объяснено тѣмъ, что проводники, идущіе изъ коры мозга къ зрительнымъ буграмъ, пораженіе которыхъ вызываетъ насильственный смѣхъ, проходятъ въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ двигатель-

ными проводниками, управляющими произвольными движеніями лицомъ.

Заслуживаетъ также большого вниманія разстройство рѣчи у нашего больного.

Послѣ перваго приступа это разстройство рѣчи выражалось лишь заплетаніемъ языка или затрудненіемъ въ выговорѣ слова, но вслѣдъ за вторымъ приступомъ больной уже не могъ произнести ни одного слова. Въ послѣдствіи больной сталъ произносить нѣсколько словъ первоначально лишь какъ бы случайно, иногда же рѣчь его ограничивалась нѣсколькими слогами. Чужую рѣчь больной при этомъ понималъ хорошо и слѣд. не былъ глухъ къ словамъ.

Въ связи съ тѣмъ, что, какъ мы выяснили, локалізація пораженія въ нашемъ случаѣ должна быть въ области Варолиева моста, это отсутствіе рѣчи у больного пріобрѣтаетъ особый интересъ. Можно было бы думать, что оно стоитъ въ соотношеніи съ двустороннимъ параличемъ hypoglossi у нашего больного. Дѣйствительно, больной нашъ нѣкоторое время не могъ ни высовывать языка, ни производить имъ какое либо движеніе. Это очевидно не могло оставаться безъ вліянія на рѣчь больного и безъ сомнѣнія въ зависимости отъ паралича языка мы должны поставить между прочимъ то обстоятельство, что больной не былъ въ состояніи въ первое время произносить мягкія гласныя и тѣ изъ согласныхъ, какъ зубныя и небныя, которыя требовали участія языка. Однако нельзя не обратить вниманія на то обстоятельство, что въ періодъ улучшенія двигательныхъ разстройствъ, когда больной уже получилъ возможность двигать своимъ языкомъ, онъ тѣмъ не менѣе не могъ еще говорить, кромѣ нѣсколькихъ словъ, хотя уже получилъ возможность со слуха повторять всѣ слова, которыя ему говорили, т. е. обнаруживалъ то явленіе, которое извѣстно подъ названіемъ эхоляліи. Спрашивается, не могутъ ли быть эти данныя объяснены существованіемъ особаго голлѣсового центра на основаніи мозга, связь котораго съ корой мозга въ данномъ случаѣ могла быть нарушенною.

Надо впрочемъ замѣтить, что функція особаго голосового центра рѣчи на основаніи мозга еще не можетъ считаться достаточно выясненною. Хотя въ пользу существованія этого центра могутъ быть приведены тѣ или другія клиническія наблюденія (особенно случаи вражденной анэнцефали), однако до сихъ поръ наши свѣдѣнія о такомъ центрѣ отличались еще большою неполнотою, вслѣдствіе чего намъ кажется не безъинтереснымъ обратиться къ фізіологической сторонѣ вопроса.

Надо замѣтить, что въ послѣднее время довольно много занимались корковымъ голосовымъ центромъ у животныхъ, который былъ описанъ Krause, Semon'омъ Horsley, Masini и A. Onodi и который я находилъ также съ постоянствомъ у оперированныхъ мною собакъ въ изгибѣ 3-й первичной извилины вблизи основанія Сильвиевой борозды. Достоверно извѣстно однако, что удаленіе этого центра не только не прекращаетъ рефлекторнаго обнаруженія голоса у животныхъ, но даже и не измѣняетъ его интонаціи и разнообразія.

Фактъ этотъ былъ впервые мною доказанъ въ 1885 году многочисленными опытами, произведенными надъ самыми различными животными, у которыхъ я удалялъ всѣ части мозговыхъ полушарій вплоть до зрительныхъ бугровъ и убѣдился, что вслѣдъ за этой операціей подъ вліяніемъ внѣшнихъ раздраженій животныя обнаруживали всѣ тѣ крики и звуки, къ которымъ они вообще способны.

Это очевидно служитъ доказательствомъ того, что уже въ основныхъ частяхъ мозга имѣются центры, которые вполне приспособлены для самаго разнообразнаго обнаруженія голоса и при посредствѣ которыхъ корковый голосовой центръ очевидно и приводитъ въ дѣйствіе имѣющіяся у животнаго голосовыя средства.

Не подлежитъ однако сомнѣнію, что и ниже зрительныхъ бугровъ у животныхъ имѣется особый голосовой центръ. Этотъ фактъ былъ уже извѣстенъ Longet и Vulpian'у, который убѣдился, что перерѣзка у кроликовъ мозгового ствола впереди моста не прекращаетъ рефлекторнаго обнаруженія голоса. Vulpian обратилъ между прочимъ вниманіе на то обстоятель-

ство, что голосъ въ этомъ случаѣ поражаетъ своей однообразной интонаціей, слѣд. лишенъ того разнообразія звуковъ, которые могутъ быть производимы здоровыми животными, а равно и тѣми животными, которыя, какъ мы видѣли, были лишены мозговыхъ полушарій вплоть до зрительныхъ бугровъ. Эти опыты были повторены мною надъ различными животными и между прочимъ надъ собаками при изслѣдованіи функціи зрительныхъ бугровъ и привели къ тѣмъ же результатамъ. Такимъ образомъ оставалось выяснитъ собственно локализацию того первичнаго центра, которымъ обусловливается обнаруженіе голоса.

Въ этомъ отношеніи заслуживаютъ вниманія изслѣдованія, недавно произведенныя А. Onodi ¹⁾. Этотъ авторъ между прочимъ убѣдился, что при поперечной перерѣзкѣ въ области дна 4-го желудочка надъ ядрами *n. vagi*, а слѣд. и *n. hypoglossi*, у животного совершенно прекращается голосъ. При зеркальномъ же изслѣдованіи обнаружилось, что зіяніе голосовой щели достигаетъ въ этомъ случаѣ 3—4 mm. Въ то же время при глубокомъ вдыханіи онѣ мало отклонялись кнаружи. Равнымъ образомъ при изолированной перерѣзкѣ *corp. quadrigemina* у животныхъ голосъ тотчасъ же исчезалъ, а голосовая щель оставалась зіяющею; между тѣмъ при перерѣзкѣ всего мозгового ствола непосредственно впереди четырехолмія животное издавало крики и въ движеніяхъ голосовыхъ связокъ незамѣтно было никакихъ измѣненій. Въ виду этихъ фактовъ авторъ пришелъ къ выводу, что голосовой центръ расположенъ у собакъ на пространствѣ 8 mm. кзади отъ линіи, раздѣляющей переднее и заднее двухолміе. Мои опыты, производимые въ теченіе многихъ лѣтъ отчасти даже ранѣе опытовъ А. Onodi надъ различными животными для выясненія локализациі голосового центра, въ общемъ дали результаты вполне согласные съ данными, полученными А. Onodi, и въ этомъ согласіи двухъ совершенно независимыхъ другъ отъ друга изслѣдованій мы черпаемъ указаніе, что результаты этихъ изслѣдованій должны быть вѣрными. Моими опытами впрочемъ еще точнѣе опредѣ-

¹⁾ А. Onodi. Berlin. klin. Woch. 1894. n^o. 48.

ляется мѣстоположеніе голосового центра, нежели опытами А. Onodi.

Помимо того, что разрѣзы, произведенные непосредственно позади зрительныхъ бугровъ, какъ мы видѣли выше, не прекращаютъ у животныхъ отраженнаго обнаруженія голоса, я убѣдился, что разрѣзы, произведенные у собакъ чрезъ весь мозговой стволъ въ косвенномъ направленіи отъ передняго двухолмія до верхняго уровня продолговатаго мозга также не прекращаютъ обнаруженія голоса. Напротивъ того, разрѣзъ, проведенный сзади напередъ такъ, что онъ, начинаясь непосредственно позади задняго двухолмія, выходитъ на основаніе мозга подъ зрительными буграми, обязательно приводитъ къ совершенному прекращенію голоса. Если же разрѣзъ проходитъ чрезъ самое заднее двухолміе, притомъ такимъ образомъ, что часть послѣдняго остается въ связи съ мостомъ, то полнаго прекращенія голоса, по крайней мѣрѣ въ первое время, обыкновенно не происходитъ, а наблюдается лишь болѣе или менѣе рѣзкое ослабленіе голоса, который современемъ можетъ и совсѣмъ прекратиться. Съ другой стороны въ опытахъ надъ бѣлыми крысами, кроликами и морскими свинками, которымъ я разрушала область задняго двухолмія, вмѣстѣ съ глухотой обнаруживалось и поразительное ослабленіе и даже полное прекращеніе голоса, не смотря на сохраненіе у животнаго дыханія. На основаніи этихъ данныхъ я пришелъ къ выводу, что заднее двухолміе млекопитающихъ заключаетъ въ себѣ голосовой центръ, развитіе котораго очевидно находится въ связи съ слуховымъ органомъ, имѣющимъ также ближайшую связь съ заднимъ двухолміемъ.

Въ самомъ дѣлѣ, новѣйшія анатомическія изслѣдованія не оставляютъ сомнѣнія въ томъ, что заднее двухолміе находится въ тѣснѣйшей связи съ слуховыми нервами. Фактъ этомъ былъ впервые мной обнаруженъ при анатомическихъ изслѣдованіяхъ, производимыхъ мною въ теченіе зимы 1884—85 года въ лабораторіи проф. Р. Flechsig'a. На основаніи этихъ изслѣдованій въ сообщеніи о результатахъ моей работы,

сдѣланномъ въ Саксонскомъ Королевскомъ обществѣ отъ 4 мая 1885 г., P. Flechsig'омъ было опредѣленно заявлено, что „изслѣдованіе мозговъ зародышей въ 28—30 стм. длины побуждаетъ къ принятію, что ниже четверохолміе соединяется чрезъ боковую петлю съ верхней оливой и чрезъ это съ восьмымъ нервомъ“. Такъ какъ ранѣе того мной было установлено, что волокна *corp. trapezoidei* въ значительной мѣрѣ берутъ начало въ переднемъ ядрѣ слухового нерва, а послѣднее наравнѣ съ слуховымъ бугоркомъ представляетъ собою ядро улитковой, а не преддверной вѣтви слухового нерва, то этимъ самымъ была впервые установлена связь слухового нерва и именно улитковой его вѣтви съ заднимъ двухолміемъ. Въ послѣдствіи результаты этихъ изслѣдованій въ общемъ были подтверждены изслѣдованіями Monakow'a, Baginsky'аго ¹⁾ и Кирильцева ²⁾, произведенными по методу атрофіи. Этими изслѣдованіями, выяснилось, что слуховой нервъ связывается съ заднимъ двухолміемъ не только при посредствѣ передняго ядра слухового нерва и волоконъ *corp. trapezoidei*, прерывающихся въ верхнихъ оливахъ, но и при посредствѣ особыхъ слуховыхъ полосокъ Monakow'a, поднимающихся отъ слухового бугорка и огибающихъ снаружи и сверху *corp. restiforme*, послѣ чего онѣ, проходя во внутренне-брюшномъ направленіи, перекрещиваются надъ *corp. trapezoideum* и затѣмъ снова поднимаются къ заднему двухолмію въ той же боковой петлѣ, которая собираетъ и волокна *corp. trapezoidei*.

Мы не будемъ касаться здѣсь ни изслѣдованій Held'a, которыя, будучи произведены по методу Golgi, дали возможность автору подробнѣе выяснитъ соотношенія вышеуказаннаго слухового пути при посредствѣ боковыхъ побѣговъ (колятералей) къ сосѣднимъ образованіямъ (напр. къ ядру *facialis* и къ сѣтевидному образованію, а также къ клѣткамъ передняго двухолмія, имѣющимъ очевидное значеніе въ дѣлѣ развитія тѣхъ или другихъ рефлексовъ), ни изслѣдованій Monakow'a по методу атрофіи, доказавшихъ связь внутренняго колѣнчататаго тѣла, прини-

¹⁾ Baginsky. Virch. Arch. 1890. Bd. 29.

²⁾ Кирильцевъ. Дисс. Москва.

имѣющаго въ себя волокна изъ ручки задняго двухолмія, съ корковымъ слуховымъ центромъ, расположеннымъ въ височныхъ извилинахъ мозговой коры. Достаточно замѣтить, что съ анатомической стороны твердо установленъ фактъ связи височной доли мозговой коры съ ядромъ задняго двухолмія и при посредствѣ послѣдняго съ слуховымъ нервомъ. Еще недавно произведенные въ завѣдываемой мною лабораторіи опыты съ раздраженіемъ у собакъ слухового центра въ височнымъ доляхъ показали, что въ этихъ случаяхъ по методу Marchi удается обнаружить перерожденіе какъ во внутреннемъ колѣнчатомъ тѣлѣ и въ заднемъ двухолміи, такъ и въ боковой петлѣ и въ ядрахъ слухового нерва. Вмѣстѣ съ тѣмъ специально произведенные мною опыты показали, что заднее двухолміе представляетъ собою не только центръ голоса, но и центръ слуха, а вмѣстѣ съ тѣмъ, благодаря связямъ съ другими двигательными центрами основанія мозга, и центръ для сочетанія отраженныхъ движеній. Всѣ эти факты не оставляютъ сомнѣнія въ томъ, что центръ для обнаруженія голоса, заложенный въ заднемъ двухолміи, находится въ тѣснѣйшемъ анатомическомъ и физиологическомъ соотношеніи съ органомъ слуха, подъ вліяніемъ котораго онъ очевидно и развивается.

Очевидно, что въ этомъ центрѣ сосредоточены приводы по крайней мѣрѣ двухъ движеній: выдыханія и смыканія голосовой щели, которыя необходимы для нечленораздѣльнаго обнаруженія голоса. Существованіе такого первичнаго голосового центра въ указанныхъ областяхъ мозга должно быть признано и для человѣка на основаніи случаевъ съ врожденной авэнцефаліей. Но членораздѣльная человѣческая рѣчь, какъ извѣстно, требуетъ еще участія со стороны *hypoglossi*, *facialis* и *trigemini*. Содержатся ли приводы и отъ этихъ нервовъ въ указанномъ голосовомъ центрѣ, который такимъ образомъ представлялъ бы собою нижній сочетательный центръ для членораздѣльной рѣчи, или же сочетаніе движеній языка, губъ и голоса происходитъ лишь въ вышележащихъ центрахъ—пока остается еще не рѣшеннымъ и требуетъ выясненія отъ будущихъ изслѣдованій.

Если мы теперь, не предрѣшая окончательно этихъ вопросовъ, обратимся къ нашему больному, то убѣдимся прежде всего, что обнаруженіе голоса у него вообще представлялось возможнымъ и можно даже думать, что приводы, вызывающіе обнаруженіе голоса, находились въ теченіе болѣзни въ состояніи возбужденія, что выражалось постоянными кашлевыми движеніями и своеобразнымъ издаваніемъ звуковъ, напоминающимъ стоны. вмѣстѣ съ тѣмъ у больного въ первое время существовалъ полный параличъ п. hypoglossi, совершенно не позволявшій произношеніе словъ; со временемъ же, хотя этотъ параличъ и прекратился, и больной получилъ возможность двигать языкомъ, но произвольной рѣчи еще не могло быть, благодаря неполному восстановленію проводниковъ для произвольныхъ движеній внутри моста; между тѣмъ возбужденіе рѣчевого центра представлялось возможнымъ благодаря рефлексу со стороны слухового органа. Этимъ путемъ и слѣдуетъ объяснить существованіе эхолалии у больного при отсутствіи въ теченіе нѣкотораго времени произвольной рѣчи.

Мы не оставимъ безъ вниманія также еще одно явленіе, наблюдавшееся у нашего больного. Это развитіе послѣ второго приступа атрофіи мышцъ голени при совершенномъ отсутствіи пораженія голенно-стопнаго и колѣннаго суставовъ.

Однажды мы уже встрѣтились съ больнымъ, у котораго развилась перебральная атрофія мышцъ на парализованной сторонѣ въ сопровожденіи пораженія суставовъ¹⁾, и такъ какъ атрофія мышцъ наблюдается сравнительно не часто при черешно-мозговыхъ параличахъ, а съ другой стороны вопросъ этотъ представляетъ еще интересъ новизны, то мы и остановимся здѣсь на немъ, чтобы имѣть возможность ближе ознакомиться съ патогенезомъ этого явленія.

Замѣтимъ прежде всего, что въ послѣднее время А. А. Корниловымъ²⁾ была выдвинута гипотеза, по которой развитіе

¹⁾ См. мою статью «Насильственный смѣхъ и плачъ при мозговыхъ параличахъ» Неврол. Вѣсти. 1893. Нервные болѣзни. 1894.

²⁾ См. Труды V сѣзда русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова, См. также книгу автора «Мышечныя похуданія при страданіяхъ суставовъ костей и прилежащихъ частей». Москва 1895, ч. 1.

черепно-мозговыхъ амиотрофій стоитъ въ прямой зависимости отъ развивающагося при гемиплегіяхъ пораженія суставовъ.

Очевидно, что приведенный случай, въ которомъ атрофія развилась безъ малѣйшаго пораженія суставовъ, служить доказательствомъ недостаточности этой гипотезы, которая впрочемъ имѣетъ еще слабую сторону въ томъ отношеніи, что стремится объяснить неизвѣстное неизвѣстнымъ, такъ какъ и страданіе суставовъ при гемиплегіи представляетъ собою еще далеко не разъясненное явленіе въ отношеніи своего патогенеза.

Уже при изложеніи авторомъ своей гипотезы на Пироговскомъ съѣздѣ врачей я высказался противъ нея и теперь нисколько не раскаиваюсь въ отношеніи сдѣланныхъ мною тогда возраженій. Между прочимъ я уже тогда обратилъ вниманіе на то обстоятельство, что авторъ, представившій всего одинъ случай съ отрицательными патолого-анатомическими данными изслѣдованія нервовъ¹⁾, устанавливаетъ зависимость церебральныхъ амиотрофій отъ артропатическихъ пораженій, основываясь главнымъ образомъ на клиническомъ сходствѣ церебральныхъ амиотрофій съ артропатическими и на сопутствіи однихъ другими; при этомъ авторъ предоставляетъ другимъ доказывать, что имѣются такіе случаи церебральныхъ амиотрофій, въ которыхъ пораженій сустава не было и не могло быть. Въ своей книгѣ „Мышечныя похуданія при страданіяхъ суставовъ, костей и прилежащихъ частей“ авторъ въ отвѣтъ на послѣднее возраженіе между прочимъ замѣчаетъ, что онъ „поступилъ, какъ всякій“, т. е. „имѣя вполнѣ сходную клиническую и патологоанатомическую картину, должно относить ее къ одной и той же причинѣ, и если причина эта можетъ исчезнуть, а послѣдствія ея остаться, то считать, что случаи, въ которыхъ сейчасъ на лицо нѣтъ этой причины, еще не опровергаютъ гипотезы, если есть возможность предположить, что причина была и исчезла“. Вся суть и оригинальность

¹⁾ Въ вышедшей позднѣ книгѣ „Мышечныя похуданія“ авторъ упоминаетъ еще о второмъ, изслѣдованномъ имъ, случаѣ также съ отрицательнымъ результатомъ патологоанатомическаго изслѣдованія.

этого замѣчанія заключается собственно въ послѣднихъ словахъ автора: „если есть возможность предположить, что причина была и исчезла“.

Дѣло въ томъ, что клиническое сходство церебральныхъ амиотрофій съ артропатическими амиотрофіями, равно какъ и частое сосуществованіе того и другого разстройства констатировано еще ранѣе А. А. Корнилова и даже ранѣе его поставленъ вопросъ о родствѣ между тѣми и другими. Изъ русскихъ авторовъ на немъ особенно настаиваетъ Л. О. Даркшевичъ¹⁾, который въ своей статьѣ между прочимъ ставитъ вопросъ слѣдующаго рода: „если дѣйствительно существуетъ такое большое сходство между двумя видами амиотрофій— артропатической амиотрофіей и атрофіей мышцъ гемиплегика, то не слѣдуетъ ли признать, что мышечная атрофія гемиплегиковъ есть не болѣе, какъ атрофія мышцъ артропатическаго происхожденія?“ Авторъ однако не рѣшаетъ этого вопроса окончательно, предоставляя рѣшеніе его будущимъ изслѣдованіямъ. Онъ допускаетъ лишь вліяніе артропатіи въ случаяхъ гемиплегіи на развитіе амиотрофіи, но не болѣе. Обсуждая далѣе тотъ же предметъ, авторъ замѣчаетъ: „нельзя упускать изъ вида, что атрофія мышцъ совершенно того же свойства, какъ и при гемиплегіи, можетъ развиваться и при различныхъ страданіяхъ головного мозга, не дающихъ картины паралича“, и далѣе: „до тѣхъ поръ, пока рядомъ вскрытій не будетъ доказано, что не бываетъ амиотрофіи гемиплегиковъ внѣ зависимости отъ страданія суставовъ, справедливѣе будетъ признавать, что страданіе сочлененій и атрофія мышцъ, наблюдаемая при гемиплегіяхъ, представляютъ собою два явленія, которыя, хотя и не остаются безъ извѣстнаго взаимодѣйствія, тѣмъ не менѣе развиваются въ зависимости отъ одной общей причины и извѣстнаго пораженія головного мозга“²⁾. Послѣ этихъ словъ мы полагаемъ всякому, кто бы вздумалъ защищать гипотезу о происхожденіи церебральной амиотрофіи отъ артропатической,

¹⁾ См. «Страданіе суставовъ и мышцъ при черепно-мозговыхъ гемиплегіяхъ». Врачъ. 1891, стр. 895 и слѣд.

²⁾ Врачъ, № 40. 1891, стр. 826.

слѣдовало бы не довольствоваться клиническимъ сходствомъ амиотрофіи церебральной съ артропатической, а по крайней мѣрѣ въ нѣсколькихъ случаяхъ гемиплегіи, гдѣ связь амиотрофіи съ артропатіей представляется сомнительной по кажущемуся отсутствію послѣдней, представивъ результаты вскрытій, которыя доказывали бы, что и въ этихъ случаяхъ имѣются указанія на присутствіе хотя бы въ прошломъ артропатіи. Иначе остается довольствоваться ни на чемъ не основанной возможностью предполагать, „что причина (т. е. артропатія) была и исчезла“.

Но вотъ нашъ случай протекъ съ самаго начала болѣзни подъ наблюденіемъ врача въ больницѣ при по стоянномъ внимательномъ клиническомъ изслѣдованіи. Артропатія здѣсь очевидно не могла быть просмотрѣна, а между тѣмъ амиотрофія развилась въ совершенно ясной степени. Этотъ случай такимъ образомъ служитъ очевиднымъ опроверженіемъ вышеприведенной гипотезы, такъ слабо обоснованной. Изъ своей клинической практики я впрочемъ могъ бы привести и нѣсколько другихъ случаевъ мозговыхъ поражений, при которыхъ имѣлась амиотрофія, не смотря на то, что можно было быть увѣреннымъ, что артропатіи не существовало.

Но, отвергнувъ гипотезу о происхожденіи церебральныхъ амиотрофій въ прямой зависимости отъ развивающейся при тѣхъ же условіяхъ артропатіи, мы не можемъ упускать изъ виду тѣхъ основаній, изъ которыхъ вышла эта гипотеза, а именно частоту совпаденія церебральной амиотрофіи съ артропатіей и клиническое сходство церебральной амиотрофіи съ артропатической. Оба эти факта, констатированные клиницистами уже давно, безъ сомнѣнія заслуживаютъ вниманія въ томъ отношеніи, что должны получить то или другое объясненіе съ точки зрѣнія гипотезы, которая должна быть признана наиболѣе правильно освѣщающей происхожденіе церебральныхъ амиотрофій.

Что касается другихъ, имѣющихся въ литературѣ, указаній относительно патогенеза церебральныхъ амиотрофій, то

мы прежде всего замѣтимъ, что еще Charcot ¹⁾ была выдвинута для объясненія случаевъ церебральныхъ амиотрофій гипотеза послѣдовательныхъ измѣненій въ спинномъ мозгу. По этому взгляду, не самый очагъ въ головномъ мозгу служить непосредственной причиной развивающейся атрофіи, о послѣдовательно развивающееся болѣзненное пораженіе передняго рога вслѣдствіе распространенія на него вторичнаго склероза пирамидныхъ путей. Дѣйствительно французскими авторами кромѣ случая, сообщеннаго самимъ Charcot, былъ опубликованъ цѣлый рядъ случаевъ церебральныхъ амиотрофій, въ которыхъ было обнаружено присутствіе атрофіи клѣточныхъ элементовъ передняго рога. Въ этомъ отношеніи особеннаго вниманія заслуживаетъ монографія Brissaud ²⁾, въ которой сообщается нѣсколько случаевъ черепно-мозговыхъ пораженій съ посмертнымъ вскрытіемъ и обнаруженіемъ атрофіи клѣтокъ въ переднемъ рогѣ противоположной стороны. Кромѣ того извѣстны случаи Pitres'a, Halloreau и другихъ съ аналогичными измѣненіями въ спинномъ мозгу. Я съ своей стороны могу привести одинъ подробно изслѣдованный случай церебральной амиотрофіи съ развитіемъ атрофіи противоположнаго передняго рога.

Всѣ эти факты говорятъ очевидно въ пользу мнѣнія выказаннаго Charcot. Но вотъ въ 1876 году Babinsky ³⁾ въ лабораторіи того же Charcot изслѣдовалъ случай церебральной амиотрофіи и не нашелъ ожидаемыхъ измѣненій въ спинномъ мозгу. Спустя нѣкоторое время, онъ изслѣдовалъ еще два случая церебральныхъ амиотрофій съ такимъ же отрицательнымъ результатомъ изслѣдованія спинного мозга. Отсюда ясно, что черепномозговая амиотрофія возможна и безъ измѣ-

¹⁾ Charcot. Leçons sur le système nerveux. T. I. См. также Carrieu. Des amyotrophies spinales secondaires. These de Paris 1875

²⁾ Brissaud. Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hemiplegiques. Paris. 1880.

³⁾ Babinsky. Atrophie musculaire d'origine cérébrale. Travail du labor. de M. Charcot. Comptes rendus de la société de Biologie, 1886.

неній спинного мозга. И дѣйствительно въ большинствѣ позднѣе опубликованныхъ наблюденій подчеркивается отсутствие какихъ либо измѣненій въ переднихъ рогахъ спинного мозга.

Въ виду этого нѣкоторые авторы стали говорить о динамическихъ измѣненіяхъ въ клѣткахъ переднихъ роговъ спинного мозга, обусловленныхъ церебральнымъ поражениемъ, которые будто бы и лежатъ въ основѣ церебральной амиотрофіи. Но, признаюсь, мнѣ мало симпатичны такія динамическія измѣненія. Вѣдь ихъ можно предположить гдѣ угодно, согласно нашему желанію, и такимъ предположеніемъ можно оправдать какую угодно гипотезу, но отъ этого мало выигрываетъ точное знаніе. Въ частности, что касается предположенія о происхожденіи церебральныхъ амиотрофій отъ динамическихъ измѣненій въ клѣткахъ переднихъ роговъ спинного мозга, то, на мой взглядъ, этому противорѣчатъ и клиническія явленія. Дѣло въ томъ, что при атрофическихъ процессахъ въ клѣткахъ переднихъ роговъ спинного мозга обыкновенно наблюдаютъ т. наз. дегенеративныя атрофіи съ реакціей перерожденія и вмѣстѣ съ тѣмъ сухожильные рефлексы оказываются потухшими. Динамическія же измѣненія въ клѣткахъ переднихъ роговъ спинного мозга, приводящія къ развитію атрофіи, очевидно должны быть такого рода которыя приводятъ къ ослабленію выходящихъ изъ клѣтокъ импульсовъ, поддерживающихъ питаніе мышцъ. Слѣдовательно сущность вліянія атрофіи клѣтокъ и функціональной ихъ недѣятельности на питаніе мышцъ должна быть въ общемъ одною и тою же и можетъ различествовать лишь въ степени. Отсюда ясно, что и предполагаемыя динамическія измѣненія въ спинномъ мозгу, приводящія къ функціональной недѣятельности клѣтокъ переднихъ роговъ, должны приводить также къ дегенеративной атрофіи, хотя бы и слабо выраженной, и къ пониженію рефлексовъ, чего однако мы не видимъ. Впрочемъ въ отдѣльныхъ случаяхъ такого рода наблюдали неполную реакцію перерожденія¹⁾, но во всѣхъ другихъ слу-

¹⁾ См. напр. Eisenlohr. Neur. Centr. № 1. 1890.

чаяхъ, если и были наблюдаемы измѣненія электрической реакціи мышцъ, то лишь количественныя, а не качественныя. Наконецъ, спрашивается, какъ ослабленное атрофическое вліяніе на мышцы со стороны клѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга можетъ обусловливать мышечную атрофію, не вызывая атрофическихъ измѣненій въ нервномъ волокнѣ?

Всѣхъ этихъ данныхъ, полагаю, достаточно, чтобы отклонить гипотезу о динамическихъ измѣненіяхъ въ клѣткахъ переднихъ роговъ, какъ таковыхъ, которыя производятъ атрофическіе процессы въ мышцахъ. Но если мы не имѣемъ основанія признавать вліяніе динамическихъ измѣненій клѣтокъ переднихъ роговъ на происхожденіе церебральныхъ атрофій, то по тѣмъ же основаніямъ мы можемъ отклонить и гипотезу Charcot о происхожденіи церебральныхъ амиотрофій, по крайней мѣрѣ раннихъ, отъ атрофическихъ измѣненій въ клѣткахъ переднихъ роговъ спинного мозга,—тѣмъ болѣе, что присутствіе такихъ атрофическихъ измѣненій въ случаяхъ церебральныхъ амиотрофій, какъ мы видѣли, составляетъ далеко не частое явленіе, и если наблюдается, то повидимому лишь въ позднѣйшихъ періодахъ болѣзни, съ развитіемъ склероза, а не въ томъ періодѣ, когда наблюдаются раннія церебральныя амиотрофіи, т. е. въ теченіе первыхъ 3—4 недѣль послѣ развитія пораженія.

Взглядъ Borgherini лишь нѣсколько отличается отъ предыдущихъ гипотезъ. По этому автору, существуютъ особые трофическіе центры или въ двигательной области коры, или въ подкорковой области, которые будто бы динамически вліяютъ на двигательныя клѣтки переднихъ роговъ спинного мозга. Но это вліяніе, по Borgherini, передается не по пирамиднымъ путямъ, при развитіи склероза которыхъ амиотрофія развивается лишь въ болѣе позднихъ періодахъ, а по чувствительнымъ проводникамъ.

Этотъ взглядъ однако, не устраняя слабыхъ сторонъ предыдущихъ гипотезъ, вводитъ въ объясненіе патологическаго процесса еще новое предположеніе, которое однако не согласуется ни съ клиническими, ни даже съ патолого-анатомическими данными.

Уже Eisenlohr, а за нимъ и Л. О. Даркшевичъ указаль на необоснованность этого взгляда, руководясь наблюденіями, при которыхъ отмѣчалась цѣлость чувствительныхъ проводниковъ при развитіи амиотрофіи. Нашъ случай, въ которомъ также отсутствовали измѣненія чувствительности въ нижнихъ конечностяхъ, можетъ служить въ свою очередь опроверженіемъ взгляда объ отношеніи чувствительныхъ проводниковъ къ церебральной амиотрофіи.

Далѣ Quinke ¹⁾, Hirt ²⁾ и Eisenlohr ³⁾ поддерживаютъ гипотезу о непосредственномъ трофическомъ вліяніи черепного мозга на мышечную систему. По Quinke, который представилъ три наблюденія съ церебральной амиотрофіей, въ центральныхъ извилинахъ мозга кромѣ двигательныхъ центровъ должны содержаться еще трофическіе центры, отъ которыхъ идутъ самостоятельные корково-мышечные проводники. Этимъ путемъ онъ полагалъ возможнымъ объяснить наблюдаемые иногда случаи атрофіи безъ паралича движеній, какъ и обратные случаи паралича безъ атрофіи. Что касается Eisenlohr'a, то онъ также допускаетъ непосредственное дѣйствіе головного мозга на питаніе мышцъ, независимо отъ непрямого вліянія при посредствѣ переднихъ роговъ спинного мозга. Но при этомъ авторъ не опредѣляетъ болѣе точно ни локализацию этого трофическаго центра, ни тѣхъ проводниковъ, при посредствѣ которыхъ передается вліяніе на мышцы. Авторъ впрочемъ, какъ мы видѣли, отвергаетъ взглядъ Borgherini, по которому вліяніе трофическихъ центровъ головного мозга на мышцы происходитъ при посредствѣ чувствующихъ проводниковъ.

Только-что указанная гипотеза повидимому обходитъ всѣ тѣ затрудненія, съ которыми встрѣчались ранѣе изложенныя гипотезы о происхожденіи церебральныхъ амиотрофій. Но она не имѣетъ за себя прочной точки опоры, кромѣ простого предположенія о существованіи церебральныхъ трофическихъ

1) Quinke. Deutsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. 42.

2) Hirt. Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. 1890.

3) Eisenlohr. Neurol. Centr. № 1. 1890.

центровъ. Далѣе по отношенію къ этой гипотезѣ нельзя не отмѣтить одного обстоятельства: при гемиплегіяхъ, какъ мы знаемъ, вмѣстѣ съ аміотрофіей обычно наблюдается и артропатія, и если объяснять происхожденіе первой устраненіемъ трофическаго вліянія корковыхъ центровъ, то естественно слѣдуетъ поставить въ зависимость отъ нарушенія трофическаго вліянія коры и артропатію. А между тѣмъ зависимость того и другого патологическаго процесса отъ нарушенія функціи одного и того же корковаго центра не вынуждала ли бы насъ признать существованіе въ корѣ мозга особаго трофическаго центра, дѣйствующаго одновременно на питаніе весьма разнообразныхъ тканей, что само по себѣ представляется уже мало правдоподобнымъ.

Вотъ почему мнѣ кажется, что для объясненія церебральныхъ аміотрофій гипотеза, признающая въ корѣ существованіе спеціально трофическихъ центровъ, дѣйствующихъ притомъ непосредственно на мышцы, не можетъ считаться удовлетворительной.

Въ послѣднее время была выдвинута особая сосудодвигательная гипотеза В. К. Ротомъ и В. А. Муратовымъ ¹⁾. Надо впрочемъ замѣтить, что послѣдній авторъ, по заявленію А. А. Корнилова ²⁾, отказался отъ этой гипотезы. Въ послѣдствіи же въ пользу ея, хотя и безъ особенной рѣшительности, высказался Л. О. Даркшевичъ, который однако не исключаетъ вполне и динамическую гипотезу. Такимъ образомъ убѣжденнымъ защитникомъ судодвигательной гипотезы пока можетъ считаться одинъ В. К. Ротъ.

На мой взглядъ, изъ всѣхъ гипотезъ о патогенезѣ церебральныхъ аміотрофій лишь сосудодвигательная можетъ дать наиболѣе правильное освѣщеніе этого еще далеко не разъясненнаго вопроса, въ пользу чего я высказался еще на секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней V Пироговскаго съѣзда ¹⁾.

¹⁾ В. К. Ротъ и В. А. Муратовъ. Къ патологіи большого мозга. Юбилейный Сборникъ статей по невропатологіи и психіатріи Кожевникова. Москва. 1891.

²⁾ См. его книгу «Мышечныя похуданія» и пр., ч. 2, стр. 23.

³⁾ См. протоколы этого съѣзда.

За эту гипотезу говоритъ прежде всего тотъ фактъ, что съ анатомической стороны мышечная атрофія напоминаетъ собою тѣ атрофіи, которыя происходятъ отъ нарушенія притока и состава крови, какъ напр. при маразмѣ или кахексіи. Съ другой стороны частое присутствіе наряду съ мышечной атрофіей пораженія суставовъ легче всего можетъ быть поставлено въ связь съ сосудодвигательными расстройствами. Въ основѣ этого пораженія суставовъ, какъ мы знаемъ, лежитъ синовитъ, а этотъ синовитъ не проще ли всего объяснить сосудодвигательными измѣненіями въ сочлененіяхъ, развивающимися вмѣстѣ съ гемиплегіей? Наконецъ въ пользу этой гипотезы говоритъ и частота судодвигательныхъ расстройствъ, наблюдаемыхъ при черепно-мозговыхъ параличахъ.

Впрочемъ въ вопросѣ о патогенезѣ церебральныхъ амиотрофій нельзя придавать особаго значенія столь часто наблюдаемымъ при гемиплегіяхъ застойнымъ явленіямъ и отеку, какъ справедливо на то указываетъ Ротъ. Дѣло въ томъ, что эти явленія часто наблюдаются въ такихъ случаяхъ, когда не существуетъ никакихъ явленій атрофіи, а съ другой стороны могутъ быть атрофіи при отсутствіи застоя и отека. Поэтому атрофія мышцъ при гемиплегіяхъ можетъ зависѣть лишь отъ недостаточнаго притока къ нимъ крови. Въ основѣ этого недостаточнаго притока крови къ мышцамъ должно признавать сосудистый спазмъ. „По аналогіи мы можемъ предположить, говорить В. К. Ротъ, что, подобно тому, какъ развивается гипертрофія произвольныхъ мускуловъ при разрушеніи моторной области коры или пирамидныхъ путей, такъ при процессахъ въ тѣхъ же мѣстахъ развивается гипертрофія мышечныхъ вазомоторовъ“. Далѣе идутъ ссылки на извѣстныя изслѣдованія Landois и Eulenburg'a относительно корковыхъ сосудодвигательныхъ центровъ и указаніе на то, что по всей вѣроятности вмѣстѣ съ произвольно двигательными импульсами изъ головного мозга идетъ и сосудорасширяющей импульсъ, содѣйствующій гипереміи мышцъ. Такимъ образомъ анатомическое пораженіе соотвѣтствующихъ центровъ можетъ одновременно создавать условія для паралича мышцъ и суженія

въ нихъ сосудовъ. Далѣе авторъ допускаетъ, что такое суженіе сосудовъ можетъ стоять въ зависимости отъ измѣненія спинальныхъ сосудодвигательныхъ центровъ, благодаря тому, что въ спинномъ мозгу подъ вліяніемъ церебральнаго процесса создадутся условія для гипертрофіи сосудодвигателей, подобно тому, какъ въ спинномъ мозгу создаются условія и для гипертрофіи произвольныхъ мышцъ. Вотъ сущность сосудодвигательной гипотезы.

Можетъ конечно возникнуть вопросъ, почему церебральная атрофія не распространяется равномѣрно на всѣ мышцы, а поражаетъ болѣе однѣ мышечныя области по сравненію съ другими, и почему вообще атрофія не идетъ равномѣрно даже въ однѣхъ и тѣхъ же мышцахъ. Но, во-первыхъ, при изученіи патологическихъ процессовъ мы встрѣчаемся сплошь и рядомъ съ тѣмъ фактомъ, что далеко не всѣ элементы реагируютъ одинаковымъ образомъ на общія питательныя разстройства, что одни изъ нихъ нерѣдко гибнутъ, другіе же остаются сохраненными. Независимо отъ того и снабженіе капиллярной сѣтью различныхъ мышцъ можетъ быть далеко не одинаковымъ. Въ силу этого возможно, что и суженіе просвѣта сосудовъ неполнѣе одинаково отражается на различныхъ отдѣлахъ волосниковой сѣти.

Наиболѣе слабая сторона сосудодвигательной гипотезы, на нашъ взглядъ, заключается въ томъ, что она пока была лишена фактической основы въ отношеніи присутствія сосудодвигательныхъ разстройствъ при церебральныхъ атрофіяхъ съ характеромъ спазма. Въ статьѣ В. К. Рота и В. А. Муратова кромѣ общихъ указаній на существованіе сосудодвигательныхъ разстройствъ при гемиплегіяхъ не содержится никакихъ фактическихъ данныхъ, подкрѣпляющихъ эту гипотезу. Въ двухъ приведенныхъ въ этой статьѣ наблюденіяхъ мы не находимъ даже и намека на измѣреніе напр. периферической температуры тѣла въ парализованныхъ членахъ.

Равнымъ образомъ и въ позднѣйшихъ работахъ, относящихся къ занимающему насъ предмету, мы не находимъ никакихъ опредѣленныхъ въ этомъ отношеніи указаній.

Въ виду этого, остановившись уже давно на сосудодвигательной гипотезѣ, какъ на такой, которая лучше всего объясняетъ происхожденіе амиотрофій при черепно-мозговыхъ пораженіяхъ, я въ каждомъ подобномъ случаѣ амиотрофіи обращалъ особенное вниманіе на состояніе периферической температуры парализованныхъ членовъ и убѣдился, что во всѣхъ рѣшительно случаяхъ въ членахъ, подвергающихся ранней атрофіи, периферическая температура оказывалась уже въ первое время вслѣдъ за развитіемъ мозгового пораженія болѣе или менѣе замѣтно ниже периферической температуры симметрическихъ областей другой стороны. Лишь съ развитіемъ артропатіи можно было замѣтить на мѣстѣ пораженнаго сустава нѣкоторое повышеніе периферической температуры, которое вполнѣ легко объяснялось присутствіемъ въ подлежащихъ областяхъ воспалительнаго процесса. Въ случаяхъ же, неосложненныхъ артропатіей, наблюдалось съ постоянствомъ пониженіе периферической температуры пораженнаго члена, иногда очевидное даже на ошупь. Между прочимъ и въ вышеприведенномъ случаѣ, подавшемъ поводъ къ настоящему обсужденію, мы также наблюдали вполнѣ ясное пониженіе периферической температуры въ нижней конечности той стороны, на которой развилась мышечная атрофія. Здѣсь дѣло идетъ очевидно о спазмѣ сосудовъ, такъ какъ ни о застоѣ, ни объ отекаѣ, столь обычныхъ въ парализованныхъ членахъ старыхъ гемиплегииковъ, не могло быть и рѣчи. Такимъ образомъ я полагаю, что сосудодвигательная гипотеза происхожденія черепно-мозговыхъ амиотрофій получаетъ въ этихъ наблюденіяхъ свое фактическое подтвержденіе; вмѣстѣ съ тѣмъ, на мой взглядъ, не остается сомнѣнія въ томъ, что развитіе мышечныхъ атрофій при черепно-мозговыхъ пораженіяхъ находится въ прямой связи съ развитіемъ спазма сосудовъ въ пораженныхъ членахъ.

Такъ какъ нисходящіе проводники отъ корковыхъ сосудодвигательныхъ центровъ спускаются черезъ область внутренней сумки и подкорковыхъ мозговыхъ узловъ вдоль всего

мозгового ствола къ продолговатому мозгу, откуда они переходятъ въ спинной мозгъ, то отсюда очевидно, что черепно-мозговья пораженія съ самой разнообразной локализацией должны приводить къ развитію мышечныхъ атрофій, что мы и имѣемъ на самомъ дѣлѣ. Такъ при существованіи церебральныхъ амиотрофій были отмѣчены пораженія въ области мозговой коры и въ подкорковыхъ областяхъ, въ особенности въ центральныхъ извилинахъ (случай Bouchard'a, три случая Quinke, случаи Potella, Eisenlohr'a и др.) и даже въ височныхъ извилинахъ (въ послѣднихъ впрочемъ совмѣстно съ пораженіемъ centrum semiovale, см. случай Pota и Муратова), затѣмъ въ бѣломъ веществѣ centrum semiovale (случаи Charcot, Babinski'аго и др.), въ области внутренней сумки и мозговыхъ узловъ, особенно thalami optici (случай Senator'a, Borgherini, послѣдній безъ аутопсії), въ области мозговой ножки (одинъ изъ случаевъ Eisenlohr'a, въ которомъ вмѣстѣ съ thalamus opticus была разрушена и часть tegmentum pedunculi); наконецъ въ области pontis Varolii, какъ показываетъ разбираемый нами случай. Если далеко не все случаи съ вышеуказанной локализацией пораженія сопровождаются мышечной атрофией, то это объясняется тѣмъ фактомъ, что и сосудистый спазмъ далеко не составляетъ частаго явленія при мозговыхъ пораженіяхъ. Очень правдоподобно, что помимо извѣстной локализации мозгового пораженія въ развитіи сосудистаго спазма играетъ извѣстную роль самый характеръ мозгового пораженія, но это еще вопросъ, нуждающійся въ дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ.

Что касается находимой иногда въ переднихъ рогахъ спинного мозга, особенно въ затянувшихся случаяхъ, клѣточной атрофій, то это явленіе ничуть не противорѣчитъ вышесказанной гипотезѣ уже потому, что для этой атрофій могутъ существовать свои особыя причины, стоящія въ связи съ церебральнымъ пораженіемъ. На этотъ фактъ было обращено вниманіе между прочимъ и В. К. Ротомъ въ его статьѣ съ В. А. Муратовымъ. По ихъ мнѣнію, „настоящая атрофія клѣ-

токъ можетъ сопутствовать мышечной атрофіи и можетъ развиться послѣ нея. Могутъ существовать общія для всего спинного мозга условія для развитія атрофіи клѣтокъ переднихъ роговъ—это старость субъекта, а спеціально для больной стороны прибавится еще отсутствіе произвольныхъ функціональныхъ импульсовъ отъ головного мозга и отсутствіе можетъ быть ретроtonуса (S. Mayer) въ зависимости отъ атрофіи изолированныхъ мышечныхъ волоконъ“. Мы полагаемъ вообще, что причинъ для развитія атрофіи клѣтокъ переднихъ роговъ при церебральныхъ разрушеніяхъ болѣе, чѣмъ достаточно, и потому этотъ пунктъ ни въ какомъ случаѣ не можетъ служить камнемъ преткновенія для вышеуказанной гипотезы. Ближе всего атрофія клѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга на нашъ взглядъ можетъ быть поставлена въ связь съ недѣятельностью парализованныхъ членовъ и недостаткомъ импульсовъ, идущихъ къ нимъ изъ головного мозга.

Въ заключеніе нельзя не поставить вопроса о томъ, какъ можно объяснить себѣ клиническое сходство черепно-мозговыхъ атрофій съ артропатическими. Это сходство до того поразительно, что, какъ мы видѣли, оно привело даже къ созданію гипотезы, по которой черепно-мозговая атрофія сама по себѣ есть ничто иное, какъ артропатическая и развивается не непосредственно, вслѣдствіе пораженія нервныхъ центровъ, а благодаря развитію артропатіи.

Клиническое сходство между тѣми и другими атрофіями безспорно указываетъ на извѣстную общность ихъ патогенеза и потому намъ приходится хотя бы кратко войти въ разсмотрѣніе патогенеза артропатическихъ амиотрофій. Не вдаваясь въ большія подробности по этому предмету, мы замѣтимъ здѣсь, что въ настоящее время на основаніи цѣлаго ряда клиническихъ и экспериментальныхъ фактовъ устанавливается гипотеза, по которой артропатическая амиотрофія должна быть понимаема какъ рефлекторная, происхожденіе которой объясняется вліяніемъ чувствительнаго раздраженія въ пораженномъ сочлененіи, дѣйствующаго черезъ спинной мозгъ на пи-

таніе мышцъ, сосѣднихъ съ пораженнымъ составомъ. Такой способъ вліянія на питаніе мышцъ со стороны пораженнаго сочлененія доказывается ближе всего опытами съ перерѣзкой заднихъ корешковъ, начатыми Valtat и повторенными затѣмъ Christin'омъ и А. А. Корниловымъ. Эти опыты доказываютъ съ очевидностью, что артропатическая амиотрофія наступаетъ лишь при цѣлости заднихъ спинно-мозговыхъ корешковъ, съ перерѣзкой же ихъ она не обнаруживается. Поддержанная такими представителями, какъ Paget, Brown-Sequard, Vulpian, Charcot и Raymond'омъ, гипотеза эта въ настоящее время является господствующею. Но имѣется собственно двѣ рефлекторныхъ гипотезы, изъ которыхъ одна признаетъ, что возбужденіе, направляясь съ периферіи къ спинному мозгу, дѣйствуетъ здѣсь на сосудодвигательные центры и этимъ путемъ вызываетъ атрофію мышцъ, другая признаетъ, что возбужденіе съ периферіи, передаваясь къ спинному мозгу, вызываетъ динамическія измѣненія въ клѣткахъ переднихъ роговъ спинного мозга, что и приводитъ къ атрофіи мышцъ. Эта послѣдняя гипотеза, не смотря на свое обширное распространеніе, встрѣчается съ тѣми же возраженіями, на которыя мы уже указывали, говоря о динамической гипотезѣ по отношенію къ церебральнымъ амиотрофіямъ. Вообще, мнѣ кажется, что останавливаться для объясненія кокаго либо явленія на динамическихъ вліяніяхъ возможно въ настоящее время лишь въ томъ случаѣ, когда всѣ другія возможные объясненія устранены. А можно ли устранить сосудодвигательную гипотезу? Даже и лица, придерживающіяся первой гипотезы, заявляютъ, что сосудодвигательная гипотеза можетъ также существовать съ извѣстнымъ правомъ и въ настоящее время ¹⁾).

Творцомъ сосудодвигательной гипотезы является собственно Brown-Sequard. При своихъ опытахъ онъ убѣдился, что, раздражая нижнія конечности, напр. посредствомъ ожога, онъ вызывалъ гиперемію нижнихъ частей внутренностей, почки, мочевого

¹⁾ См. А. А. Корниловъ. Мышечныя похуданія и пр. Ч. 2, стр. 24.

пузыря, кишекъ и пр. Послѣ же перерѣзки поясничной части спинного мозга авторъ при тѣхъ же условіяхъ не наблюдалъ гипереміи почекъ, а лишь гиперемію мочевого пузыря и прямой кишки, благодаря тому, что центры вышележащихъ частей были удалены. Этими и подобными имъ опытами авторъ убѣждается въ важномъ значеніи спинно-мозговыхъ сосудодвигательныхъ центровъ на состояніе сосудовъ периферіи тѣла. Что касается до артропатическихъ амиотрофій, то, по его мнѣнію, здѣсь возбужденіе исходитъ изъ раздражаемой части нерва и, распространяясь къ нервнымъ центрамъ, путемъ рефлекса вызываетъ сокращеніе сосудовъ въ той или другой области тѣла, а вмѣстѣ съ тѣмъ и пониженіе питанія.

Противъ этой гипотезы въ свое время были сдѣланы возраженія Vulpian'омъ, защитникомъ динамической гипотезы происхожденія артропатическихъ амиотрофій. Наиболѣе существенное изъ его возраженій состоитъ въ томъ, что, если электризовать вазомоторы, то цвѣтъ мышцъ въ этомъ случаѣ измѣняется лишь весьма слабо. Однако, что же это доказываетъ? Не говоря о томъ, что при электризаціи мы не можемъ выдѣлить сосудосжимающія волокна отъ сосудорасширяющихъ, развѣ мы не знаемъ, какъ въ патологіи изъ незначительныхъ вліяній, дѣйствующихъ постоянно въ одномъ и томъ же направленіи, складываются тѣ или другія очевидныя для всѣхъ и каждаго послѣдствія.

Сосудодвигательная гипотеза, будучи почти забытой, благодаря авторитету Vulpian'а должна, по моему мнѣнію, вновь занять подобающее ей мѣсто, такъ какъ она можетъ выдержать въ настоящую пору гораздо болѣе строгую критику, нежели упомянутая выше динамическая гипотеза.

Согласно этой сосудодвигательной гипотезѣ артропатическая атрофія, а ровно и близкія къ ней атрофіи вслѣдствіе переломовъ и вывиховъ объясняются двигательными разстройствами, вызываемыми чрезъ спинной мозгъ путемъ рефлекса, источникомъ котораго является болѣзненный процессъ въ сочлененіи или на мѣстѣ перелома. Подобно тому какъ при амиотрофіяхъ вслѣдствіе черепномозговыхъ пораженій мы имѣ-

емъ длительный спазмъ сосудодвигательныхъ нервовъ, возбуждаемый при посредствѣ клѣтокъ спинного мозга, такъ и въ случаяхъ пораженья сочлененій можетъ развиваться рефлекторнымъ путемъ при посредствѣ клѣтокъ спинного мозга сосудодвигательный спазмъ, источникъ котораго будетъ однако находиться не въ центрахъ, а на периферіи.

Такимъ путемъ для насъ становится понятнымъ и то клиническое сходство между церебральной и артропатической аміотрофіями, на которое мы указывали выше.

Независимо отъ того въ занимающемъ насъ вопросѣ нельзя не обратить вниманія и на взаимодѣйствіе двухъ патологическихъ процессовъ, наблюдаемыхъ одновременно. Допустимъ, что мы имѣемъ церебральную аміотрофію, которая сопровождается и артропатіей соотвѣтствующаго сустава. Последняя сама по себѣ, какъ патологическій сочленовный процессъ, отражается вторичнымъ путемъ и на питаніи мышцъ. Съ другой стороны допустимъ, что мы имѣемъ предъ собой развитіе мышечной атрофіи при церебральной гемиплегіи. Эта атрофія, приводя къ большей неподвижности сустава, сама по себѣ можетъ способствовать и развитію синовита въ соотвѣтствующемъ сочлененіи.

Отсюда понятно, что при церебральныхъ пораженьяхъ развитіе аміотрофіи стоитъ въ зависимости не исключительно только отъ одной основной причины, но частью и отъ рефлекторнаго вліянія сопутственно развившейся артропатіи, благодаря чему тѣ именно мышцы, которыя обычно поражаются при артропатіи, при мозговыхъ параличахъ поражаются рѣзче по сравненію съ другими и этимъ путемъ въ свою очередь усугубляется клиническое сходство между обоими видами аміотрофій.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ,

Рафераты по психіатріи и нейрологіи.

Д-ръ *А. И. Ющенко*. Обь отношеніи нижняго брыжеечнаго симпатическаго узла къ иннерваціи мочевого пузыря и обь автоматическихъ движеніяхъ послѣдняго.—Архивъ Біологическихъ Наукъ, Т. VI, вып. 5.

Физиологія еще не дала намъ положительныхъ данныхъ относительно функціи симпатической нервной системы. Гистологамъ только за послѣднее время удалось доказать, что нервныя клѣтки, находящіяся въ большихъ симпатическихъ узлахъ, по морфологическимъ свойствамъ почти ничѣмъ не отличаются отъ клѣтокъ центральной нервной системы. Это даетъ право предполагать, что въ симпатическихъ узлахъ помѣщаются самостоятельные центры, находящіеся въ такой же зависимости отъ высшихъ центровъ, какъ напр. центры спинного мозга отъ головныхъ. Обь отношеніи симпатической нервной системы къ иннерваціи мочевого пузыря мы имѣемъ очень мало данныхъ. На этомъ основаніи авторъ занялся изученіемъ даннаго вопроса въ физиологической лабораторіи проф. Павлова при В. М. Академіи.

Свои опыты авторъ производилъ на кошкахъ; всего удачныхъ опытовъ было сдѣлано 20, причемъ въ 5 изъ нихъ сокращенія пузыря наблюдались непосредственно, а въ 15—записывались на вращающемся цилиндрѣ. Прежде всего авторъ занялся изученіемъ самопроизвольныхъ сокращеній пузыря и ихъ зависимости отъ различныхъ отдѣловъ нервной системы. Опыты ясно показали, что при перерѣзкѣ всѣхъ нервовъ

идущихъ къ мочевому пузырю отъ центральной нервной системы и симпатическаго узла, автоматическія движенія пузыря все-таки не прекращаются. Частота и продолжительность этихъ сокращеній неодинакова при различныхъ условіяхъ. Наибольше сильныя сокращенія можно наблюдать тогда, когда пузырь содержитъ умеренное количество жидкости; при сильномъ наполненіи автоматическія сокращенія совершенно прекращаются. Эти сокращенія ритмичны, равномѣрны и въ среднемъ (съ большими колебаніями) около 2 разъ въ минуту. По наблюденіямъ автора въ gangl. mesent. inf. находится центръ, дѣйствующій задерживающимъ образомъ на автоматическія сокращенія пузыря. Желая объяснить значеніе автоматическихъ сокращеній пузыря, авторъ дѣлаетъ предположеніе, что они способствуютъ передвиженію мочи изъ почекъ и лоханокъ въ пузырь, присасывая ее. Далѣе опыты автора показали, что въ gangl. mesent. inf. кромѣ центра для сокращенія пузыря существуетъ и центръ, задерживающій автоматическія сокращенія пузыря. При рефлекторномъ раздраженіи центровъ узла вначалѣ приходятъ въ возбужденіе центры сокращенія, затѣмъ задерживающіе, послѣ чего скоро слѣдуетъ истощеніе и тѣхъ, и другихъ. Нѣкоторые факты изъ наблюденій автора наводятъ на мысль, что въ gangl. mesent. inf. существуютъ не только центры для сокращенія пузыря, но и для расслабленія его. Рѣзче всего эффектъ расслабленія удавалось получать при раздраженіи периферическаго конца одного изъ гипогастральныхъ нервовъ.

Б. И. Воротынский.

F. C. Facklam. Beitrag zur Lehre vom Wesen der Huntington'schen Chorea. Archiv für Psych. 1898; pg. 137—204.

Авторъ подробно разбираетъ хорею Huntington'a на основаніи богатой литературы и 8 собственныхъ наблюденій. Въ одномъ случаѣ автору удалось также изслѣдовать центральную нервную систему, периферическіе нервы и отдѣльные мускулы, причемъ получились интересные результаты. Работа состоитъ изъ двухъ частей: клинической и патолого-анатомической. Изъ объемистой работы мы приводимъ слѣдующіе резюмирующіе выводы: хорея Huntington'a представляетъ тяжелое заболѣваніе, выражающееся въ одно и то же время

какъ тѣлесными, такъ и душевными симптомами, при которомъ наслѣдственность играетъ большую роль; заболѣваніе это протекаетъ хронически и прогрессивно, имѣя ясно дегенеративный характеръ. Хорея Huntington'a вполнѣ самостоятельная болѣзнь и строго должна быть отдѣлена отъ обыкновенной хорей. Наслѣдственность обыкновенно „тождественная“, т. е. отъ больного отца рождаются нѣсколько дѣтей, заболѣвающихъ почти въ одномъ и томъ же возрастѣ (въ 30 годахъ) той же самой формой хорей, которой страдалъ отецъ. Однако бываетъ и другая форма наслѣдственности, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ родители или родные больныхъ страдали не хореею, а другими дегенеративными первыми болѣзнями (эпилепсія, психозы).

Въ патолого-анатомическомъ отношеніи мы имѣемъ дѣло съ заболѣваніемъ мозговой коры—съ хроническимъ энцефалитомъ, исчезновеніемъ „Tangentialfasern“, разлитымъ заболѣваніемъ сосудовъ и многочисленными мелкими кровоизліяніями въ сѣрое корковое вещество. Особенно ясны эти явленія въ центральныхъ извилинахъ, чѣмъ и объясняется хроническое раздраженіе мускуловъ, выражающееся въ хорейатическихъ движеніяхъ. Также и психическія аномаліи вполнѣ объясняются разлитымъ энцефалитомъ (сходство съ прогрессивнымъ параличемъ въ клиническомъ и патолого-анатомическомъ отношеніяхъ!), а наблюдаемые иногда судорожные припадки объясняются кровоизліяніями въ мозговую кору.

Г. Идельсонъ.

Fürstner. Ueber multiple Sclerose und Paralysis agitans. Archiv f. Psych. 1898. Heft 1.

Что при paralysis agitans встрѣчается всегда, какъ то утверждаетъ Редлихъ, извѣстная анатомическая картина, а именно пери-и эндоартеріитъ съ воспалительнымъ размноженіемъ гліозной ткани, въ особенности заднихъ и боковыхъ пучковъ спинного мозга, — еще не доказано. Также мало доказано и то предположеніе, что въ спинномъ мозгу пожилыхъ людей происходятъ подобныя же измѣненія и что извѣстныя нервныя расстройства въ старческомъ возрастѣ тождественны съ расстройствами при paralysis agitans. F. подтверждаетъ въ типичномъ случаѣ paralysis agitans спинной

мозгъ анатомическому изслѣдованію и не могъ найти ни измѣненій сосудовъ, ни разращенія соединительной ткани. (То же самое нашелъ Oppenheim въ одномъ случаѣ). Далѣе F. изслѣдовала спинные мозги трехъ стариковъ (находившихся впрочемъ въ болѣе пожиломъ возрастѣ, чѣмъ въ которомъ обыкновенно встрѣчается Paralysis agitans) и въ одномъ случаѣ не нашелъ никакихъ измѣненій, въ обоихъ другихъ случаяхъ нашлись отчасти описанныя Редлихомъ измѣненія, однако при жизни не было явленій paralysis agitans; по крайней мѣрѣ шатающейся походки, легкаго дрожанія и слабоумія еще недостаточно, чтобы предположить paralysis agitans. F. приходитъ къ заключенію, что измѣненія при paralysis agitans еще не извѣстны и что искать ихъ нужно, быть можетъ, въ мозгу. Случаи Редлиха и съ клинической точки зрѣнія не представляютъ чистой картины paralysis agitans и потому мало доказательны. Затѣмъ слѣдуетъ описаніе типичнаго случая быстро протекающаго множественнаго склероза, при анатомическомъ изслѣдованіи котораго нашлись замѣчательно симметрично расположенныя plaques. F. полагаетъ, что при этой болѣзни процессъ начинается въ мѣлиновыхъ волокнахъ и затѣмъ (или одновременно) переходитъ и на сосуды. Этотъ процессъ не можетъ быть названъ воспалительнымъ.

Г. Идельсонъ.

D. E. Jacobson. Ueber die Pathologie des Delirium tremens. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54. 1898.

Бѣлая горячка встрѣчается только у хроническихъ алкоголиковъ. Причина ея появленія неизвѣстна. Она приписывается различнымъ обстоятельствамъ (душевные волненія, частыя излишества или внезапное воздержаніе отъ алкоголя, острая болѣзнь, воспаление легкихъ, травмы). Особенно придается важное значеніе травмамъ; по изслѣдованіямъ же автора — безъ основанія, ибо изъ 247 случаевъ только въ 14 были найдены травмы. Авторъ указываетъ, что въ этихъ случаяхъ травма была только случайнымъ осложненіемъ бѣлой горячки, ибо эта послѣдняя появлялась только долгое время спустя послѣ травмы, или что травма была послѣдствіемъ бѣлой горячки, такъ какъ больной находился уже въ періодѣ предвѣстниковъ болѣзни и пострадалъ вслѣдствіе своей неосторожности

и невнимательности. Большое значение имѣеть крупозное воспаление легкихъ. У каждаго восьмого больного бѣлой горячкой въ то же время было и воспаление легкихъ. Однако и тутъ трудно рѣшить, вызвала ли бѣлая горячка воспаление легкихъ или же развилась пневмонія на ослабленной бѣлой горячкою почвѣ. На основаніи своихъ случаевъ авторъ полагаетъ, что воспаление легкихъ появилось раньше. Это частое осложненіе заставляетъ автора считать бѣлую горячку заразной болѣзью и онъ приводитъ въ пользу этого предположенія слѣдующія доказательства: Типичное теченіе, извѣстная продолжительность болѣзни (около 10 дней), предвѣстники (сонливость, потеря аппетита), критическое паденіе температуры съ послѣдующимъ глубокимъ сномъ. Особенно подробно авторъ описываетъ колебанія температуры. У 160 больныхъ температура была повышена. Лихорадочная кривая представляла призваци febris continuae, въ остальномъ же не была характерна. Паденіе температуры иногда наблюдалось вмѣстѣ съ наступленіемъ глубокаго сна. Почти въ 60% неосложненныхъ случаевъ авторъ нашелъ временную альбуминурию, почти во всѣхъ случаяхъ паденіе вѣса тѣла, наконецъ и данныя многихъ вскрытій говорятъ за инфекціонную болѣзнь. Авторъ полагаетъ, что не пневмококкъ вызываетъ бѣлую горячку, а выработанный имъ токсинъ. Одинаковымъ образомъ могутъ дѣйствовать и другіе токсины, которые такъ легко образуются и накапливаются въ тѣлѣ алкоголика. ибо извѣстно, что у алкоголиковъ всегда бываютъ заболѣванія желудочно-кишечнаго канала, почекъ и другихъ органовъ. Мы поэтому имѣемъ дѣло съ отравленіемъ или самоотравленіемъ организма, гдѣ послѣдней причиною служитъ скопленіе „токсина“, выводящаго „отравленный“ мозгъ изъ равновѣсія.

Г. Идельсонъ.

O. Schmidt. Ist die progressive Paralyse ans der mikroskopischen Befunden an der Grosshirnrinde pathologisch-anatomisch diagnosticirbar? Eine literarische und anatomische Studie. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 54.

Работа обнимаетъ всю литературу по данному вопросу и наглядно сопоставляетъ измѣненія, найденныя въ сосудистой системѣ, соединительной и основной ткани, мѣлиновыхъ

и другихъ волокнахъ. Авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ.

Заболѣваніе сосудовъ въ видѣ дегенераціи наблюдается довольно часто, однако во многихъ случаяхъ прогрессивнаго паралича не бываетъ вовсе пораженія сосудовъ, а съ другой стороны встрѣчаются дегенеративныя измѣненія сосудовъ и тѣ же измѣненія въ тканяхъ при болѣзняхъ, которыя нельзя причислить къ типичному прогрессивному параличу. Поэтому измѣненіями сосудовъ нельзя воспользоваться, чтобы распознавать патолого-анатомическимъ путемъ прогрессивный параличъ. Общепринятый взглядъ, что при прогрессивномъ параличѣ есть склерозъ основной и соединительной ткани подвергается сомнѣнію, такъ какъ до сихъ поръ не доказано, дѣйствительно-ли имѣется умноженіе соединительной ткани или уменьшеніе другихъ элементовъ ткани, благодаря которому соединительная ткань является умноженной. Изъ измѣненій нервныхъ кѣлокъ ни одного до сихъ поръ нельзя считать безусловно патологическимъ. Повсемѣстное распространеніе процесса еще болѣе всего служило-бы отличительнымъ явленіемъ, однако таковое слишкомъ мало извѣстно. О патологіи немѣлиновыхъ (marklose) волоконъ еще нѣтъ такихъ неоспоримыхъ изслѣдованій, чтобы можно было на основаніи ихъ распознавать паралитическій процессъ. Наконецъ, распространеніе процесса на всѣ ткани не всегда (Mendel) можетъ считаться вѣрнымъ признакомъ прогрессивнаго паралича. Наблюдались пораженія тканей столь различной степени, что повидимому дальнѣйшія изслѣдованія этого вопроса когда-нибудь поведутъ къ разложенію теперешней картины прогрессивнаго паралича.

Г. Идельсонъ.

W. von Bechterew. Bewusstsein und Hirnlocalisation. Rede gehalten auf der allgemeinen Versammlung des VI. Congresses russischer Ärzte zur Erinnerung an N. J. Pirogoff. Deutsch R. von Weinberg. Leipzig. 1898.

Появленіе перевода на нѣмецкій языкъ работы проф. В. М. Бехтерева „О локализациі сознательной дѣятельности у животныхъ и человѣка“ должно быть отмѣчено потому, что названная работа представляетъ большой интересъ не только для спеціалиста, но и для всякаго, интересующагося экспе-

риментальной психологіей,—тѣмъ болѣе, что изложеніе ея общедоступно. Основная мысль автора та, что локалізація сознательной дѣятельности зависитъ отъ степени развитія нервной системы. У самыхъ низшихъ представителей животнаго царства, у которыхъ нѣтъ обособленной нервной системы (напримѣръ у инфузорій—*Didinium nasutum*), сознание какъ бы распредѣлено по всему организму. Съ появленіемъ отдѣльной нервной системы въ видѣ цѣпочки сознательная дѣятельность локализуется уже въ этой простѣйшей системѣ, но занимаетъ всю ее безъ различія какихъ-либо отдѣловъ. При дальнѣйшей дифференцировкѣ (у высшихъ суставчатыхъ—муравьевъ) сознательная дѣятельность сосредоточивается главнымъ образомъ въ большомъ грудномъ узлѣ. У позвоночныхъ локалізація сознанія перемѣщается въ центральную нервную систему. При этомъ у самаго низшаго представителя ихъ—*amphioxus lanceolatus* сознательной дѣятельностью завѣдуетъ спинной мозгъ. Затѣмъ, идя по біологической лѣстницѣ, приходится встрѣчаться съ тѣмъ фактомъ, что сознаніе постепенно изъ спинного мозга перемѣщается сначала въ подкорковые центры, а затѣмъ и въ кору головного мозга, которая является мѣстомъ наивысшихъ сознательныхъ актовъ, оставляя на долю нижележащихъ отдѣловъ нервной системы элементарныя формы сознанія. Наконецъ, у человѣка сознаніе присуще исключительно только мозговымъ полушаріямъ. Но и мозговья полушарія не завѣдуютъ исключительно только сознательными актами: въ нихъ происходятъ и бессознательные, рефлекторные процессы. Послѣдніе вырабатываются изъ сознательныхъ актовъ путемъ упражненія. Эти бессознательные акты могутъ при извѣстныхъ условіяхъ дѣлаться вновь сознательными. Такимъ образомъ, локалізація сознательной дѣятельности можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ измѣнять свое мѣсто въ мозговой корѣ. Но такое перемѣщеніе сознательныхъ актовъ на мѣсто рефлекторныхъ происходитъ, какъ показываютъ опыты Goltz'a на собакахъ, и въ подкорковыхъ центрахъ при условіи полного удаленія полушарій по частямъ.

Въ болѣе подробное изложеніе названной работы не приходится вдаваться, такъ какъ она, вѣроятно, извѣстна многимъ изъ русскихъ читателей. Появленіе ея на нѣмецкомъ языкѣ можно только привѣтствовать, такъ какъ, благодаря этому переводу, съ ней можетъ познакомиться большее число читателей.

А. Янишевскій.

Хроника и смѣсь.

— 10 октября с. г. Казанскую Окружную Лечебницу для душевно-больныхъ посетилъ господинъ министръ внутреннихъ дѣлъ.

— Приватъ-доцентъ Казанскаго Университета по кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней, докторъ медицины, *Б. И. Ворытыскій*, съ января мѣсяца будущаго 1899 года командируется на одинъ годъ за границу съ ученой цѣлью.

— На должность ординатора психіатрической клиники Казанскаго Университета представленъ д-ръ *В. Н. Образцовъ*.

— Намъ извѣстно изъ достовѣрныхъ источниковъ, что на предстоящемъ Пироговскомъ Съѣздѣ въ Казани въ секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней поставлены слѣдующіе програмные вопросы: По *психіатріи*: 1) Постельный режимъ, его примѣненіе и терапевтическое значеніе; 2) Острый бредъ. По *невропатологіи*: 1) Теравія Базедовой болѣзни; 2) Первичныя и вторичныя измѣненія нервной кѣтки.

— 27 октября у мирового судьи г. Казани разбиралось дѣло о привлеченіи администраціей Окружной Лечебницы къ ответственности сидѣлки Карпушиной за причиненіе побоевъ душевно-больной. Показаніями допрошенныхъ при разбирательствѣ этого дѣла свидѣтелей (дежурнаго ординатора, надзирательницы и одной сидѣлки) было установлено, что причиненіе побоевъ дѣйствительно имѣло мѣсто 30 іюля н. г. Мировой судья приговорилъ Карпушину къ заключенію въ земскомъ арестномъ домѣ на *три* мѣсяца. (Каз. Тел.).

— Въ комисіи по изысканію мѣръ для борьбы съ алкоголизмомъ поднять вопросъ объ образованіи особаго медицинскаго общества спеціально для противодѣйствія неумѣренному употребленію спиртныхъ напитковъ.

— Въ сентябрѣ мѣсяцѣ въ Казани судился за убійство жены Иванъ Кучинъ и былъ приговоренъ къ 12-лѣтней каторгѣ. Теперь Казанскія газеты сообщаютъ, что онъ сошелъ съ ума и помѣщенъ въ буйное отдѣленіе Окружной Лечебницы, а приговоръ исполненіемъ приостановленъ.— Очень жаль, что при слѣдствіи не была произведена психіатрическая экспертиза. Быть можетъ, тогда же удалось бы выяснить, что убійство произведено въ припадкѣ помѣшательства.

— Избраніе ч. пр. Баженова въ старшіе врачи психіатрическаго отдѣленія Одесской Городской Больницы не утверждено. Исправляющій должность Одесскаго градоначальника сообщилъ городскому головѣ, что, по разъясненію Департамента, выборы завѣдующаго психіатрической лечебницей должны быть произведены въ порядкѣ, указанномъ для выборовъ стар-

шаго врача Одесской Городской Больницы, т. е., Управа должна предварительно сдѣлать вызовъ желающихъ занять эту должность, при чемъ всѣ желающіе должны имѣть степень доктора медицины. Особая комісія, состоящая изъ врачебнаго инспектора, предсѣдателя Общества врачей, главнаго врача Военнаго Госпиталя и 3 ординаторовъ (Городской Больницы?) должна выбрать изъ желающихъ 4 кандидатовъ и представить ихъ управѣ, которая уже изберегъ одного изъ нихъ. (Врачъ).

— «Новости» сообщаютъ, что комісія для борьбы съ алкоголизмомъ, состоящая при биологической секціи общества охраненія народнаго здравія, обсудивъ въ цѣломъ рядѣ засѣданій вопросъ о физиологическомъ вліяніи алкоголя на организмъ человѣка, избрала особую подкомісію для окончательной формулировки этого вопроса. Въ составъ подкомісіи вошли: проф. Данилевскій, проф. Шидловскій, проф. Введенскій, проф. Мержеевскій, Д. А. Дриль, д-ръ Фалькъ, д-ръ Черемшанскій, д-ръ Кульбинъ и д-ръ Эрлицкій.

— 7 сентября т. г. особымъ присутствіемъ Казанской судебной Палаты, съ участіемъ сословныхъ представителей, было рассмотрѣно дѣло дворянина Шебалина, убившаго извѣстнаго земскаго дѣятеля, предсѣдателя Вятской губернской земской управы, А. П. Батуева. Извѣстно, что еще до совершенія убійства Шебалинъ за угрозы судился у земскаго начальника и что тогда уже врачи признали его душевно-больнымъ, съ чѣмъ однако не согласилось Губернское Правленіе, которое по освидѣтельствованіи Шебалина въ своемъ присутствіи нашло его здоровымъ и онъ былъ выпущенъ на свободу. При вторичномъ освидѣльствованіи Шебалина въ Судѣ (послѣ убійства А. П. Батуева) мнѣнія экспертовъ раздѣлились: врачи-психіатры, на основаніи прежней жизни подсудимаго и тѣхъ наблюденій, которыя были сдѣланы надъ нимъ въ больницѣ, заявили, что Шебалинъ страдаетъ хроническимъ первичнымъ помѣшательствомъ и во время совершенія преступленія находился въ состояніи невмѣняемости; другая группа экспертовъ (Свисловскій—хирургъ и Красовскій—терапевтъ) высказали совершенно противоположное мнѣніе. Дѣло перешло въ Судебную Палату, которая согласилась съ мнѣніемъ психіатровъ и постановила: подсудимаго Шебалина помѣстить для содержанія и леченія въ домъ умалишенныхъ съ тѣмъ, чтобы онъ не былъ освобожденъ оттуда безъ разрѣшенія Судебной власти.—Дѣло Шебалина еще разъ подтвердило, какъ рискованно поступаетъ иногда Губернское Правленіе, не соглашаясь съ мнѣніемъ врачей-спеціалистовъ. Съ другой стороны, въ этомъ дѣлѣ представляется страннымъ слѣдующій фактъ: зачѣмъ суду понадобилось вызвать въ качествѣ экспертовъ хирурга и терапевта, когда вопросъ ставился только о душевной болѣзни подсудимаго? Мы полагаемъ, что судьи не могли бы дать намъ на этотъ вопросъ достаточно удовлетворительнаго отвѣта.

— Въ Кіевѣ, какъ мы уже сообщали, разрѣшено Психіатрическое Общество при Университетѣ Св. Владиміра. Въ первомъ собраніи членовъ-учредителей было избрано бюро О-ва, въ составъ котораго вошли: предсѣдателемъ проф. И. А. Сикорскій, товарищемъ предсѣдателя проф. Оболен-

скій, секретарями прив.-доц. Нечай и д-ръ Селецкій, казначеємъ д-ръ Максимовъ.

— Близъ станціи Райвола Финляндской ж. д. проэктирована санаторія для дѣтей умственно недоразвитыхъ и эпилептиковъ; имѣніе для этого частнаго предпріятія уже приобрѣтено. (Больн. Газ. Бот.).

— 7 сентября Винницкую Окружную Лечебницу посѣтилъ Его Императорское Высочество, Великій Князь Владиміръ Александровичъ. (Обозр. псих.).

— 18 августа получили Высочайшее утвержденіе новое положеніе, новые штаты и табели клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней. (Обозр. псих.).

— Prof. Meschede (Кенигсбергъ) избранъ въ иностранные члены корреспонденты Московскимъ Обществомъ невропатологовъ и психіатровъ. (Обозр. псих.).

— Въ Ревелѣ баронесса Жирардъ де-Сугантонъ пожертвовала Обществу попеченія объ умалишенныхъ имѣніе Зевальдъ (65 дес.). Всего же въ теченіе 1/2 года Общество получило пожертвованій около 50 тысячъ рублей. — «Врачъ».

— Какіе невѣроятные факты приходится еще отмѣчать хроникеру наканунѣ двадцатаго столѣтія! Въ слободѣ Вфремово-Степановѣ, Донецкаго округа, 27-лѣтняя душевно-больная крестьянская дѣвушка, какъ удостовѣрено полицейскимъ протоколомъ, *16 лѣтъ была содержима на шпш, лѣтомъ въ хлѣву, а зимой на печкѣ.* На цѣшъ ее посадили потому, что во время приступовъ буйства она была опасна для окружающихъ. Держать больную въ больницѣ бѣдные старики-родители несчастной, не имѣли никакой возможности, такъ какъ платить имъ было нечѣмъ. — «Врачъ».

— Въ деревнѣ Кудашевкѣ, Одесскаго уѣзда, душевно-больной мельникъ, оставшійся дома подъ наблюденіемъ фельдшера Гордѣва и служителя Кошубскаго, ночью, подъ вліяніемъ бреда преслѣдованія, задушилъ фельдшера и служителя, а затѣмъ бросился и на жену. Нагнавъ послѣднюю на мельницѣ, онъ вмѣстѣ съ ней уналь подъ работавшее колесо. (Врачъ). — Нужно замѣтить, что этотъ ужасный случай, имѣвшій своимъ послѣдствіемъ 4 смерти, произошелъ не въ глуши гдѣ-либо, а въ Одесскомъ уѣздѣ, вблизи большого города, въ которомъ имѣется обширная психіатрическая больница. Такіе случаи демонстративно доказываютъ всю неосновательность обвиненій по адресу врачей-психіатровъ, которые будто бы cadaго душевно-больного стараются «упрятать въ сумасшедшій домъ». Обязанность cadaго психіатра, разъ онъ заподозритъ опасность душевно-больного для окружающихъ, настаивать на томъ, чтобы такой больной былъ помѣщенъ въ спеціальную лечебницу.

— А вотъ и еще аналогичный случай. Казанскія газеты сообщаютъ, что д-ръ К., ѣхавшій на одномъ изъ Волжскихъ пароходовъ изъ Самары, два раза пытался задушить свою жену, а также угрожалъ и другимъ; при этомъ онъ имѣлъ въ рукахъ револьверъ. Только благодаря распорядительности командира парохода удалось предупредить несчастіе, и больной былъ высаженъ въ Казани. Намъ извѣстно, кто былъ этотъ д-ръ К. Странно

то, что онъ находился уже въ специальномъ отдѣленіи одного Лечебнаго заведенія, но почему-то выпущенъ оттуда и теперь находится на свободѣ.

— «Новое Время» сообщаетъ, что въ с. Князь-Романовѣ, въ 4-хъ верстахъ отъ Малоярославца, въ семьѣ крестьянъ Юдаковыхъ, несчастный душевно-больной уже 14 лѣтъ сидитъ на цѣпи.

— Въ хроникѣ предшествовавшаго № «Неврологическаго Вѣстника» намъ пришлось уже коснуться больницы Св. Николая Чудотворца въ Петербургѣ. Съ тѣхъ поръ прошло только два мѣсяца, а между тѣмъ эта больница успѣла обогатить ежедневную пресу цѣлымъ рядомъ новыхъ фактовъ, краснорѣчиво свидѣтельствующихъ о томъ глубоко ненормальномъ положеніи, въ которомъ она находится. Такъ, въ «Новостяхъ» отъ 14 сентября мы читаемъ, что изъ больницы снова убѣжалъ душевно-больной; о новыхъ побѣгахъ извѣщается той же газетой отъ 19 октября и отъ 27 октября. Въ «Новомъ Времени» (№ 8100) мы находимъ слѣдующую замѣтку:

«Изъ больницы св. Николая Чудотворца опять сбѣжалъ одинъ душевно-больной. Случилось это на-дняхъ, 8-го сентября, между 7 и 8 часами вечера. Бѣжавшій—бывшій чиновникъ С.-Петербургской контрольной палаты, коллежскій асессоръ А. Бондаренко, 34 лѣтъ. Побѣгъ былъ имъ совершенъ изъ перваго отдѣленія больницы изъ окна второго этажа. На слѣдующій день, 9-го сентября, въ саду больницы было найдено снятое съ себя бѣглецомъ больничное бѣлье. Для совершения побѣга Бондаренко пришлось перелѣзть двѣ стѣны, въ томъ числѣ наружную стѣну, очень высокую, съ желѣзной рѣшеткой. Побѣгъ былъ обнаруженъ въ исходѣ одиннадцатаго часа ночи. Наканунѣ побѣга Бондаренко просился на выписку изъ больницы. За нѣсколько дней до побѣга онъ подалъ ординатору отдѣленія заявленіе о своемъ желаніи поступить вольноопредѣляющимся въ одно изъ юнкерскихъ училищъ. Что съ нимъ стало послѣ побѣга—пока неизвѣстно, такъ какъ онъ до сихъ поръ не доставленъ обратно въ больницу. Побѣги изъ этой больницы сдѣлались какъ бы хроническимъ явленіемъ».

Еще болѣе грустный фактъ сообщаетъ «Новое Время» отъ 16 октября (№ 8131): «Сегодня, въ 9-мъ часу вечера, къ воротамъ Обуховской больницы со стороны Фонтанки подошелъ какой-то человѣкъ и обратился къ дежурному сторожу съ требованіемъ пропустить его въ контору. Сторожъ, стоявшій съ другой стороны рѣшетки, отказалъ неизвѣстному за позднимъ временемъ и тутъ же почувствовалъ острую боль въ области живота. Неизвѣстный, просунувъ руку сквозь рѣшетку, ударилъ сторожа ножомъ, послѣ чего побѣжалъ, но былъ тутъ же задержанъ другими сторожами и прохожими. Ножъ у него уже не было въ рукахъ и онъ отрицалъ ударъ. Когда ему предъявили окровавленнаго сторожа, то задержанный, смѣясь, замѣтилъ: «навѣрное самъ себя ранилъ». Видъ у этого человѣка былъ крайне странный, онъ казался возбужденнымъ и говорилъ безсвязно. Въ участкѣ, куда его тотчасъ же отвели, въ немъ признали сумасшедшаго, бѣжавшаго сегодня, въ 4 часа дня, изъ больницы св. Николая Чудотворца, о чемъ полиція была извѣщена телеграммами, разосланными по всему городу. Рана, нанесенная имъ сторожу, оказалась не опасною для жизни, но

требующую продолжительнаго леченія. Побѣги больныхъ изъ больницы Св. Николая Чудотворца стали повторяться за послѣднее время. Сегодняшній случай долженъ бы, наконецъ, обратить вниманіе администраціи этой больницы на недостаточность существующаго въ ней надзора за больными.

По поводу этого событія въ одномъ изъ слѣдующихъ № «Новаго Времени» мы читаемъ: «По поводу происшествія съ душевно-больнымъ, сѣжавшихъ вчера изъ городской больницы Св. Николая Чудотворца (см. № 8131 «Нов. Времени»), намъ сообщаютъ, что въ Городскую Управу еще нѣсколько дней назадъ поступило отношеніе С.-Петербургскаго градоначальника, обращающаго вниманіе городского головы на ненормальное положеніе дѣлъ въ названной больницѣ. Въ своей бумагѣ ген.-майоръ Клейгельсъ перечисляетъ рядъ вопіющихъ случаевъ, бывшихъ въ больницѣ въ теченіе послѣднихъ двухъ лѣтъ, какъ, напр., смерть крестьянина Никиты Тараканова, по вскрытію котораго у него оказался переломъ ребра и грудной кости; побѣгъ (въ сентябрѣ 1897 г.) находившагося въ больницѣ на испытаніи лишеннаго правъ, бывшаго дворянина, Федора Беклешева; смерть черезъ самоповѣшеніе дочери купца Софіи Немировой; три пожара, при чемъ одинъ изъ нихъ, въ ночь на 17-е августа, съ человѣческой жертвою (погибъ больной крестьянинъ Федоръ Тупаловъ), наконецъ, множество побѣговъ больныхъ, въ особенности за послѣднее время. Между тѣмъ со стороны Городской Управы ничего не дѣлается для обезпеченія больницы отъ дальнѣйшихъ безпорядковъ. Съ своей стороны градоначальникъ, обращая на это обстоятельство вниманіе головы и находя также, что всѣ неурядицы въ больницѣ вызваны упущеніями со стороны должностныхъ лицъ ея администраціи, предлагаетъ привлечь виновныхъ немедленно къ судебной отвѣтственности».

Такимъ образомъ за упорядоченіе дѣла призрѣнія и леченія душевно-больныхъ въ столицѣ должны были взяться уже административныя и судебныя власти. Мы не знаемъ, конечно, подробностей о тѣхъ условіяхъ, при которыхъ произошли указанные выше факты, но основныя причины, вызвавшія ихъ, намъ очень хорошо извѣстны: тюремное зданіе, мало приспособленное къ помѣщенію больныхъ вообще, а душевно-больныхъ въ частности, въ настоящее время вмѣщаетъ въ своихъ стѣнахъ обитателей вдвое, если не втрое болѣе противъ нормы. И это обстоятельство всѣмъ извѣстно; много разъ на него указывалось какъ въ общей, такъ и въ спеціальной прессѣ, но всегда безъ малѣйшихъ результатовъ, если не считать таковыми, напр., столь своеобразное распоряженіе, какъ назначеніе особаго дежурнаго врача въ буйное отдѣленіе (мѣра настолько... наивная, что можетъ вызвать лишь недоумѣніе). Отъ души желаемъ, чтобы хоть теперь было обращено должное вниманіе на злосчастную больницу и чтобы судебное разслѣдованіе не ограничилось констатированіемъ вины какого-либо зазѣвавшагося служителя или небрежности дежурнаго врача, вся дѣйствительная вина котораго состояла въ томъ, что по неопытности или по инымъ случайнымъ соображеніямъ онъ взялъ на себя обязанности, которыхъ никто не въ состояніи выполнить. Если уже говорить объ отвѣтственности, то, разумѣется, прежде всего слѣдуетъ имѣть въ виду представителей город-

ского управленія, да тѣхъ лицъ, которыя въ силу различныхъ условій старались ввести ихъ въ заблужденіе, за которое теперь приходится расплачиваться человѣческими жертвами.

— 2 сентября въ селѣ Куткашеѣ, Нухинскаго уѣзда, душевно-больной фельдшеръ нанесъ цѣлый рядъ тяжелыхъ поврежденій д-ру Костровицкому. Состояніе потерпѣвшаго безнадежно (переломъ правой ноги съ послѣдовавшимъ омертвѣніемъ, раздробленіе челюсти, вывихъ лѣвой руки). Несчастнаго убійцу нашли черезъ 3 дня мертвымъ и при немъ записку: «отъ тоски». (Врачъ).

— Изъ Кіевской Кирилловской Больницы для душевно-больныхъ убѣжали 2 больныя, изъ коихъ одна была арестантка, помѣщенная въ больницу на испытаніе. (Врачъ, 19 сент.).

— «Южн. Край» передаетъ объ одномъ загадочномъ случаѣ. Ночью въ домъ одного хуторянина постучался неизвѣстный старикъ и попросился переночевать. Въ домѣ была только мать съ ребенкомъ. Женщина впустила старика и онъ улегся спать. Скоро заплакалъ ребенокъ. Старикъ проснулся, соскочилъ съ лавки и какимъ-то ужаснымъ тономъ спросилъ: «Такъ у тебя въ хатѣ младенецъ есть? А ну, покажь его мнѣ»... Старикъ взялъ ребенка на руки и долго его разсматривалъ. Потомъ сказалъ: «мать, ты больше не должна прикасаться къ своей тщери; она сейчасъ будетъ принесена въ жертву». Съ этими словами старикъ схватилъ со стола ножъ и занесъ его надъ головой ребенка. Мать съ нечеловѣческими усиліями вырвала изъ рукъ старика ребенка и стала всѣми силами защищаться. Старикъ оставилъ свое намѣреніе и вышелъ изъ хаты, сказавъ: «Такъ будь же ты проклята на вѣки со своею антихристкою—дочерью».—Нужно предположить, что это былъ или душевно-больной, или фанатикъ-сектантъ.

— Въ настоящее время вопросъ объ алкоголизмѣ очень живо дѣбатируется въ Западной Европѣ. Парижская Медицинская Академія посвятила на разработку предложенія Бержерона и Лабрда о выработкѣ предохранительныхъ мѣръ противъ алкоголизма болѣе двухъ мѣсяцевъ. Всѣ участвовавшіе въ преніяхъ признавали всю необходимость серьезной борьбы съ алкоголизмомъ въ широкомъ смыслѣ слова. Маньякъ, между прочимъ, обратилъ вниманіе на важнее значеніе, какое могли бы имѣть въ борьбѣ съ этимъ зломъ санаторіи для алкоголиковъ. Вообще нужно замѣтить, что во всей почти Европѣ и въ Америкѣ объявлена рѣшительная война алкоголизму, обещающая оздоровить человѣчество. У насъ въ Россіи, какъ извѣстно, за послѣдніе годы тоже появилось много добрыхъ начинаній, направленныхъ къ борьбѣ съ алкоголизмомъ. Этимъ своевременнымъ начинаніямъ можно пожелать только самаго большаго успѣха.

— Въ Маѣ н. г. при Медицинской Академіи въ Нью-Йоркѣ основано Національное американское общество для изученія и леченія эпилепсіи. Общество ставитъ себѣ высокую цѣль—изучить эпилепсію какъ можно лучше для того, чтобы возможно успѣшнѣе бороться съ этой страшной болѣзью. (Журн. журн.).

— Психологическій отдѣлъ Британскаго Врачебнаго Союза, выслушавъ докладъ д-ра Sutherland'a о видахъ помѣшательства, обусловливаемыхъ алкоголизмомъ, съ законодательной и судебно-медицинской точекъ зрѣнія, а также и замѣчанія на этотъ докладъ д-ра Jefflowers'a, сдѣлалъ слѣдующее постановленіе: «Отдѣлъ обращаетъ вниманіе [Совета Союза на настоятельную необходимость преобразованій въ законѣ о надзорѣ и уходѣ за привычными пьяницами. По единогласному мнѣнію отдѣла, законъ этотъ лишь тогда можетъ достигъ желаемой цѣли, если: а) будетъ установленъ обязательный надзоръ за привычными пьяницами всѣхъ классовъ общества и б) будетъ воспрещена продажа спиртныхъ напитковъ завѣдомымъ пьяницамъ. (Врачъ).

ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

Протоколъ засѣданія Общества 17 мая.

Предсѣдательствовалъ проф. *Н. М. Поповъ*, при секретарѣ *Б. И. Воротыинскомъ*; присутствовали г.г. дѣйствительные члены: *Н. А. Миславскій*, *Н. А. Толмачевъ*, *И. І. Наумовъ*, *М. М. Маевскій*, *Л. А. Сергивъ*; гости: д-ръ *Болдыревъ* и д-ръ *Топорковъ*.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Д-ръ *М. М. Маевскій* сдѣлалъ сообщеніе: *случай epilepsiae partialis continuae* (съ демонстраціей больного).

Въ преніяхъ приняли участіе: *Н. М. Поповъ*, *Н. А. Миславскій* и *Б. И. Воротыинскій*.

Н. М. Поповъ обратилъ вниманіе на то обстоятельство, что случаи, подобные описанному, встрѣчаются въ практикѣ далеко не рѣдко. Заслуга проф. Кожевникова состоитъ въ томъ, что онъ первый подробно описалъ эту разновидность падучей и старался выяснитъ ея патогенезъ. Далѣе проф. Поповъ указалъ на то, что въ данномъ случаѣ трудно говорить съ положительностью, что сгибатели не атрофированы: они находятся въ постоянномъ напряженномъ состояніи и потому ихъ нельзя сравнивать съ расслабленными сгибателями здоровой стороны. Затѣмъ проф. Поповъ поинтересовался узнать, какая терапія была назначена данному больному и поднимался ли вопросъ о хирургическомъ вмѣшательствѣ.

Докладчикъ отвѣтилъ, что въ его случаѣ терапія состояла въ примѣненіи бромистыхъ препаратовъ съ сердечными средствами по формулѣ проф. Вехтерева. Хирургическое леченіе не было примѣнено потому, что

докладчикъ не ожидалъ получить въ данномъ случаѣ отъ него удовлетворительныхъ результатовъ.

Проф. *П. М. Поповъ* относительно хирургическаго вмѣшательства въ подобныхъ случаяхъ также высказался въ отрицательномъ смыслѣ.

Проф. *Н. А. Миславскій* присоединился къ этому мнѣнію и замѣтилъ, что оперативное вмѣшательство въ подобныхъ случаяхъ трудно оправдать теоретически, скорѣе оно позволительно по разнаго рода практическимъ соображеніямъ.

Д-ръ *Б. И. Воротыинскій* пожелалъ узнать, какой патологическій процессъ въ данномъ случаѣ предполагаетъ докладчикъ.

Д-ръ *Маевскій* отвѣтилъ, что онъ предполагаетъ здѣсь эмболию.

Д-ръ *Воротыинскій* замѣтилъ на это, что, по его мнѣнію, только эмболией трудно объяснить всю клиническую картину данного случая: эмболія частое явленіе, а между тѣмъ она обыкновенно не сопровождается такими болѣзненными симптомами, какъ въ этомъ случаѣ. Здѣсь нужно предположить какой-то другой процессъ и притомъ процессъ довольно распространенный, выяснитъ который трудно на основаніи приведенныхъ въ сообщеніи данныхъ.

Затѣмъ проф. *Н. М. Поповъ* сообщилъ: *новый случай эритрофобіи.*

Н. А. Миславскій обратилъ вниманіе на то обстоятельство, что въ случаѣ докладчика одновременно съ явленіями эритрофобіи наблюдалось потоотдѣленіе главнымъ образомъ въ области шеи и лица. Это даетъ право предполагать о существованіи нѣ корѣ головного мозга потоотдѣлительныхъ центровъ, которые однако до сихъ поръ остаются неизвѣстными. Эффектъ расширенія сосудовъ—процессъ активный; при этомъ страданіи, слѣдовательно, задѣты центры, завѣдующіе пониженіемъ давленія крови въ извѣстныхъ областяхъ; отсюда понятно и отдѣленіе пота при эритрофобіи. Весьма интересно произвести физиологическія наблюденія въ этомъ направленіи и локализовать въ корѣ потоотдѣлительные центры, руководясь данными клиническихъ наблюденій.

Въ административной части засѣданія г. предсѣдатель доложилъ о томъ, что бывшій казначей Общества, *Н. Я. Смѣловъ*, по недосмотру не предъявилъ во время вышедшихъ въ тиражъ банковыхъ билетовъ, велѣдствіе чего Общество потеряло 140 рублей убытку. Извѣщенный объ этомъ д-ръ Смѣловъ изъявилъ желаніе возмѣстить эти убытки и только просилъ Общество разрѣшить ему произвести уплату этой суммы по частямъ съ вкляченіемъ нарастающихъ процентовъ. Общество постановило согласиться на это заявленіе д-ра Смѣлова съ тѣмъ, чтобы уплата производилась по 10 рублей въ мѣсяць.

По предложенію г. предсѣдателя Общество постановило обратиться черезъ г. Ректора Университета съ ходатайствомъ въ Министерство Народнаго Просвѣщенія о томъ, чтобы назначенное на 1898 годъ единовременное пособіе Обществу въ размѣрѣ 300 рублей было обращено въ постоянное пособіе.

Предложены въ дѣйствительные члены Общества ординаторы Окружной Лечебницы: д-ръ Н. Н. Топорковъ и В. С. Болдыревъ (Н. М. Поповымъ, М. М. Маевскимъ, Л. А. Сергѣевымъ и Н. И. Наумовымъ).

Протоколъ засѣданія Общества 11-го октября.

Предсѣдательствовалъ проф. Н. М. Поповъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ. Присутствовали: г. почетный членъ Общества К. А. Арштейнъ и гг. дѣйствительные члены: Н. А. Миславскій, Н. А. Толмачевъ, В. И. Левчаткинъ, А. Е. Янишевскій, Б. П. Воротынский, Д. А. Тимофеевъ, Г. А. Клячкинъ; гости: членъ Казанской Судебной Палаты В. В. Сергѣевскій и членъ въѣздъ около 70 публики.

Г. Предсѣдатель, открывая засѣданіе, сообщилъ о понесенной Обществомъ утратѣ въ лицѣ умершаго д-ра П. В. Печаева, дѣйствительнаго члена Общества. Присутствующіе почтили память усопшаго вставаніемъ.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Д-ръ Б. И. Воротынский сдѣлалъ докладъ: «Душевная болѣзнь одного изъ супруговъ, какъ поводъ къ расторженію брака».

По поводу сообщенія высказались гг. В. В. Сергѣевскій и проф. Н. М. Поповъ.

В. В. Сергѣевскій выразилъ свое удовольствіе по поводу прочтанныя уважаемымъ докладчикомъ интереснаго реферата и нашелъ нужнымъ, какъ юристъ-практикъ и сторонникъ развода супруговъ при наличности душевной болѣзни у одного изъ нихъ, отмѣтить тѣ практическія основанія, по которымъ разводъ супруговъ долженъ быть допустимъ и законенъ, если одинъ изъ супруговъ психически нездоровъ. Въ основѣ брака несомнѣнно лежитъ инстинктъ влеченія половъ въ видахъ размноженія, какъ во всемъ органическомъ мірѣ. По смыслу нашего закона бракъ есть послѣдствіе свободнаго по внутреннему содержанию и непринужденнаго съ внѣшней стороны согласія мужчины и женщины. Этому положенію не противорѣчатъ и такія формы брачныхъ отношеній, какъ умыканіе во времена язычества: всегда отъ брачующихся требовалось обоюдное выраженіе согласія на бракъ, и если существовала форма какъ бы насильственнаго брака—обычай умыкать невѣсту, то это только кажущееся нарушеніе установленнаго порядка и введено лишь для сокращенія излишнихъ расходовъ при устройствѣ брачнаго торжества, между тѣмъ какъ при совершеніи брака все-таки выяснялось согласіе и невѣсты на бракъ. И юридическое основаніе тайнства брака состояло и состоитъ въ томъ, что въ церкви при священникѣ и свидѣтеляхъ выражается согласіе вступающихъ на бракъ; иначе же, при нарушеніи этого условія, русское законодательство преслѣдуетъ уголовнымъ судомъ употребившихъ насиліе при заключеніи брака; если же невѣста была какими-либо средствами приведена въ безпамятство и такимъ образомъ обвиняна, то бракъ считается недѣйствительнымъ. Кромѣ того, по нашему законодательству, уже совершенный бракъ, какъ указано и

докладчикомъ, можетъ быть расторгнутъ по слѣдующимъ причинамъ: 1) въ случаѣ доказаннаго прелюбодѣнія другого супруга или неспособности его къ брачному сожитію; 2) въ случаѣ если другой супругъ приговоренъ къ ссылкѣ въ Сибирь или лишень всѣхъ правъ состоянія; 3) въ случаѣ 5-лѣтняго безвѣстнаго отсутствія другого супруга. И въ этихъ случаяхъ расторженіе брака по существу происходитъ при условіи нарушенія согласія между супругами. Такимъ образомъ ясно, что обязательная сила брака юридически заключается въ выраженномъ согласіи. А церковь наша въ сущности не признавала таинства брака нерушимымъ въ томъ, напримѣръ, смыслѣ, какъ крещеніе. За переходъ изъ православія въ другую вѣру по закону опредѣлена ссылка, между тѣмъ какъ бракъ расторгается по выше указаннымъ причинамъ. Если такова юридическая сторона расторженія брака, то вопросъ сводится къ тому, возможно ли, чтобы бракъ, имѣющій *de jure* въ основѣ свободно данное согласіе брачующихся на совместную жизнь и такимъ образомъ создавшій семью, представляющую базисъ государственнаго строя, могъ существовать при отсутствіи *de facto* въ теченіе большого промежутка времени согласія между супругами. И разъ наука психіатрія категорически скажетъ, что извѣстное лицо—при помраченномъ сознаніи ума, что оно при этомъ не въ состояніи поддерживать родъ и исполнять выраженное имъ передъ алтаремъ согласіе и что воспоминаніе объ этомъ моментѣ исчезло изъ сознанія заболѣвшаго, то юридически и нравственно достаточно данныхъ для расторженія брака. И едва ли соображеніе о могущемъ быть выздоровленіи психически больного и утратѣ послѣ развода семьи, дѣтей и всѣхъ тѣхъ условій, созданныхъ бракомъ, которыя представляютъ послѣ развода разорванное звено въ цѣпи жизненныхъ интересовъ, которые хотѣлъ бы найти неприкосновенными оправившійся отъ болѣзни супругъ,—едва ли такіа соображенія сторонниковъ нерасторжимости брака могутъ имѣть вѣсь, тѣмъ болѣе что такое исключительное положеніе—возвращеніе къ семейному очагу выздоровѣвшаго, имѣетъ аналогію; возвращеніе изъ ссылки. Законъ послѣдняго рода случай предусмотрѣлъ и постановилъ считать свободнымъ другого супруга. Если сопоставить положеніе выздоровѣвшаго послѣ психической болѣзни, продолжавшейся пять лѣтъ и возвратившагося изъ безвѣстной пятилѣтней отлучки въ свою семью, то едва ли разница будетъ не въ пользу здороваго, съ которымъ жена, по нашимъ законамъ, могла уже развестись. Вотъ, напримѣръ, случай, недавно бывшій въ Россіи. Глава семьи, отправившійся въ Америку въ надеждѣ разбогатѣть и тѣмъ улучшить матеріальное положеніе семьи, дѣйствительно нажилъ огромное состояніе; но случайно переписка съ семьей надолго прекратилась, такъ что когда онъ возвратился домой, то жена была уже замужемъ за другимъ, а съ нимъ развелась согласно существующимъ законамъ. Положеніе такого человѣка несказанно хуже, и имѣя въ законѣ указанный прецедентъ, вопросъ о разводѣ съ душевно-больнымъ рѣшается юридически просто; суть теперь въ томъ, какъ взглянуть на дѣло церковь. Но разъ церковь расторгаетъ и признаетъ недѣйствительными браки по указаннымъ выше причинамъ, то можно думать, что

она снисходительно отнесется къ разводамъ, лишь бы существовали законныя причины. По каноническимъ правиламъ священнику можно жениться только одинъ разъ, ибо посвящаясь во діаконы, а потомъ во іереи, онъ какъ бы совершаетъ еще два церковныхъ брака и т. о. совершаетъ бракъ трижды; больше не разрѣшается и мірянамъ. Въ случаѣ, если священникъ, вопреки правиламъ, все-таки женится вторично, то бракъ считается недѣйствительнымъ, т. е. иначе говоря, бракъ—не таинство. Если церковь такъ смотритъ на бракъ, то слѣдовательно не съ этой стороны нужно ждать отпора. И лишь бы психіатры доказали всю свою силу въ точности и правильности опредѣленія болѣзни и указали ходъ ея дальнѣйшаго теченія. Возможныя ошибки устраняются пятилѣтнимъ испытательнымъ срокомъ для опредѣленія неизлечимости душевной болѣзни; за этотъ періодъ можно произвести повторную экспертизу и черезъ разныхъ спеціалистовъ. Съ юридической точки зрѣнія разводъ по трактуемой причинѣ—правилень, а также очень желателенъ и для судьбы, имѣвшаго бы тогда возможность по закону хотя бы одну семью спасти отъ того тяжелата гнета больного, который давить ее со дня начала болѣзни,—гнета въ смыслѣ социальномъ и нравственнымъ.

Проф. *Н. М. Поповъ* замѣтилъ, что читанный въ настоящемъ засѣданіи докладъ въ высокой степени интересень, такъ какъ, при существующемъ пробѣлѣ въ нашихъ законахъ, затрогиваетъ такой вопросъ, рѣшая который, сошлись во мнѣніяхъ врачи и юристы. Давно назрѣлъ вопросъ о разводѣ супруговъ при душевной болѣзни у одного изъ нихъ, и опасеніе, выставляемое противниками развода, что больной можетъ выздороветь и не найдетъ ранѣе устроенной имъ семьи, не имѣетъ за собою оснований; уже предыдущій оппонентъ выяснилъ, что пятилѣтній срокъ продолжительности болѣзни одного изъ супруговъ, по аналогіи, можетъ быть юридически приравняемъ къ пятилѣтнему безвѣстному отсутствію. Докладчикъ считаетъ достаточнымъ 3-лѣтній срокъ душевной болѣзни, по истеченіи котораго сторона здоровая получаетъ право хлопотать о разводѣ. Но на такой срокъ можно смотрѣть иначе. Есть болѣзни, діагностируемыя съ несомнѣнностью и протекающія сравнительно короткое время. Прогрессивнымъ параличемъ, напримѣръ, страдаютъ не болѣе трехъ лѣтъ, послѣ чего больные умираютъ. Діагностировать его не трудно и въ началѣ болѣзни. Съ другой стороны при дегенеративныхъ формахъ душевныхъ заболѣваній наблюдаются выздоровленія и черезъ пять и болѣе лѣтъ отъ начала болѣзни; очевидно, надо иначе формулировать законъ о срокахъ, достаточныхъ для развода съ душевно-больнымъ супругомъ; для случаевъ второго рода пятилѣтній срокъ можетъ быть принятъ, между тѣмъ какъ для случаевъ первой категоріи незачѣмъ заставлять здоровую сторону ждать смерти заболѣвшаго супруга, когда прогнозъ ясенъ; въ случаѣ же затрудненія можно назначить *superexpertis* у.

Д-ръ *В. И. Воротыскій* замѣтилъ, что, по его мнѣнію, 3-лѣтній срокъ для опредѣленія неизлѣчимости душевной болѣзни для многихъ случаевъ вполне достаточенъ. Понятно, что бракъ можетъ быть расторгнутъ и ранѣе этого срока, если только нѣтъ сомнѣнія въ неизлѣчимости душевнаго стра-

данія больного супруга. Установленіе такого продолжительнаго предѣльнаго срока, какъ 5 лѣтъ, нежелательно потому, что это можетъ повести къ различнаго рода процесуальнымъ проволочкамъ, вслѣдствіе чего на практикѣ окажется невозможнымъ достигнуть развода ранѣе 5 лѣтъ; а отъ этого могутъ сильно страдать интересы здоровой стороны.

Затѣмъ д-ромъ *А. Е. Яшиевскимъ* былъ прочитанъ докладъ иногородняго автора, д-ра *Е. А. Геника*: «Вторая эпидемія истерическихъ судорогъ въ Подольскомъ уѣздѣ, Московской губ.».

Проф. *Н. М. Поповъ* сказалъ, что затронутая докладчикомъ тема аналогична съ сдѣланнымъ ранѣе сообщеніемъ д-ра Скуридына; тогда и дебатировалась заразность психоза. Интересно, что истерическія эпидеміи—такъ называемое «кликшество»—наблюдались въ Западной Европѣ по теченію Рейна и Эльбы въ среднія вѣка, а у насъ теперь происходитъ тоже самое, да еще вблизи столицы—центра просвѣщенія.

Въ административной части засѣданія г. предсѣдатель напомнилъ гг. членамъ, что въ засѣданіи Общества 8 марта этого года было поручено *Б. И. Воротыиному* представить докладъ и свои соображенія Обществу по поводу доклада д-ра *С. И. Штейнберга* «о необходимости включить душевную болѣзнь въ число законныхъ причинъ расторженія брака», такъ какъ Общество невропатологовъ и психіатровъ получило предложеніе Правленія Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* обсудить и дать заключеніе по возбужденному д-ромъ *С. И. Штейнбергомъ* вопросу. *Б. И. Воротыиный* тщательно составилъ докладъ и теперь надо выводы препроводить въ Правленіе Общества Русскихъ врачей, при чемъ г. предсѣдатель предложилъ сдѣлать поправку въ указаніи срока, законнаго для расторженія брака при душевной болѣзни одного супруга, и редактировалъ ее слѣдующимъ образомъ: бракъ можетъ быть расторгнутъ при наличности душевнаго заболѣванія другого супруга, какъ только компетентные эксперты установятъ точно, что заболѣвшій неизлѣчимъ, въ противномъ случаѣ надо установить пятилѣтній срокъ теченія душевной болѣзни. Послѣ дебатированія предложеніе г. предсѣдателя принято и постановлено съ указанной поправкой выводы докладчика послать въ Правленіе Общества Русскихъ врачей. По предложенію проф. *Н. А. Миславскаго* Общество невропатологовъ выразило докладчику благодарность за обстоятельный докладъ.

Затѣмъ г. предсѣдатель доложилъ Обществу, что по обычаю въ первомъ засѣданіи послѣ лѣтняго вاکата поручается кому-либо изъ гг. членовъ произнести рѣчь на предстоящемъ годичномъ засѣданіи Общества. Присутствующіе просили объ этомъ проф. *К. А. Ариштейна*, который согласился и сообщилъ тему рѣчи: «Новыя вѣянія въ морфологіи нервной системы».

Г. предсѣдателемъ сообщено, что нынѣшній годъ Общество наше повсей вѣроятности получитъ на улучшеніе изданія своего журнала по примѣру прежнихъ лѣтъ 300 р. безъ особаго на этотъ разъ ходатайства.

Заслушано, что 2-го октября 1897 года въ день 25-лѣтняго юбилея Хирургическаго Общества въ Москвѣ состоялось торжественное публичное

3
асѣданіе Общества и г. предсѣдателемъ своевременно послана была поздравительная телеграмма названному Обществу.

Доложено, что въ декабрѣ текущаго года исполнится 25-лѣтіе изданія «Медицинскаго Обзорнія», и члены комитета, проектирующаго чествовать событіе въ лицѣ редактора-издателя журнала В. Ф. Спримона, обращаются съ просьбой о присылкѣ посильнаго денежнаго взноса для образованія между прочимъ при Московскомъ Университетѣ капитала, проценты съ котораго выдавались бы въ видѣ премій за лучшія сочиненія по медицинѣ или въ видѣ стипендіи бѣднымъ студентамъ-медикамъ. Постановлено: увѣдомить о семъ всѣхъ членовъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ; кромѣ того, по предложенію проф. Н. А. Миславскаго, постановлено послать В. Ф. Спримону привѣтственную телеграмму.

Доложена бумага г. ректора Казанскаго Университета, что Туркестанскій генераль-губернаторъ черезъ Министерство Народнаго Просвѣщенія проситъ о бесплатной высылкѣ въ Ташкентскую Публичную Библіотеку ученыхъ записокъ или извѣстій, издаваемыхъ Университетомъ и состоящими при немъ учеными обществами. Постановлено: высылать въ Ташкентскую Публичную библіотеку экземпляръ журнала «Неврологическій Вѣстникъ» за 1898 г., а если есть свободные экземпляры, то и за прежніе 3 года; о постановленіи увѣдомить г. ректора.

Г. предсѣдатель предложилъ бесплатно высылать ежегодно д-ру Роте одинъ экземпляръ Неврологическаго Вѣстника, такъ какъ д-ръ Роте постоянно реферируетъ статьи журнала въ нѣмецкой литературѣ и тѣмъ оказываетъ услугу и журналу и авторамъ статей. Общество приняло предложеніе г. предсѣдателя.

Произведена баллотировка въ дѣйствительные члены Общества д-ровъ В. С. Болдырева и Н. Н. Топоркова, причемъ оба кандидата избраны единогласно.

Въ редакцію и въ библіотеку Общества поступили слѣдующія книги и брошюры:

— Труды комисіи по вопросу объ алкоголизмѣ, мѣрахъ борьбы съ нимъ и для выработки нормальнаго устава заведеній для алкоголиковъ. Вып. 1. 1898.

— *Д. Г. Гинзбургъ-Шикъ*. Медико-хозяйственный отчетъ по Херсонской Земской Лечебницѣ и колоніи для душевныхъ и нервныхъ больныхъ за 1897 годъ. Херсонъ, 1898.

— Отчетъ по психіатрическому отдѣленію Смоленской Губернской Земской Больницы за 1897 г.

ГЕНІАЛЬНОСТЬ,
ПСИХИЧЕСКАЯ НЕУРАВНОВѢШЕННОСТЬ
И
ПРЕСТУПНОСТЬ.

Б. И. Воротынскаго

ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Приватъ-доцента Императорскаго Казанскаго Университета.

Публичная лекція, читанная 31 іюля 1898 года
въ г. Тобольскѣ.



КАЗАНЬ.
Типо-литографія Императорскаго Университета.
1898.

Печатано по опредѣленію Общества невропатологовъ и психіатровъ
при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Предсѣдатель Н. Поповъ.

Мм. е-ни и Мм. е-ри!

Современная психопатологія выдвинула не мало крайне трудныхъ и сложныхъ вопросовъ, относительно которыхъ взгляды ученыхъ рѣзко расходятся между собою, а подчасъ даже прямо противорѣчатъ другъ другу. Осторожные авторы обыкновенно воздерживаются отъ изложенія такихъ спорныхъ предметовъ, такъ какъ заниматься изслѣдованіемъ „опасныхъ вопросовъ“ никогда не бываетъ выгодно. Къ числу вопросовъ этой категоріи слѣдуетъ отнести, между прочимъ, и вопросъ объ отношеніи геніальности къ душевному разстройству—съ одной стороны и этого послѣдняго къ преступленію—съ другой.

Представители науки обычно предпочитаютъ разсматривать подобные вопросы въ специальныхъ трудахъ, въ отдѣльныхъ монографіяхъ, предназначая ихъ опредѣленному кругу читателей, интересующихся даннымъ предметомъ. Поступая такимъ образомъ, они очевидно руководятся тѣми соображеніями, что, излагая строго научные предметы, всегда нужно имѣть въ виду извѣстный составъ слушателей, общій уровень ихъ умственного развитія, степень ихъ образовательной подготовки. Такая авторская предусмотрительность несомнѣнно имѣетъ свой смыслъ и значеніе, такъ какъ недостаточно продуманная новая теорія или гипотеза, поверхностно усвоенная оригинальная мысль, ложно понятый научный тезисъ нерѣдко даютъ поводъ къ крайнимъ мнѣніямъ, къ неправильнымъ выводамъ и превратнымъ толкованіямъ.

Если я сегодня въ публичной лекціи рѣшилъ изложить передъ Вами современное научное состояніе вопроса объ отношеніи геніальности и психической неуравновѣшенности къ преступленію, то мною въ этомъ отношеніи руководила, во первыхъ, увѣренность, что я встрѣчу передъ собою аудиторію, которая знакома съ приѣмами естественно-научнаго изслѣдованія, которая привыкла къ научнымъ бесѣдамъ и умѣетъ оперировать съ фактами изъ области положительныхъ наукъ. Съ другой стороны, избирая для своей лекціи настоящую тему, я основывался на томъ, что въ переживаемое нами время психіатрія завоевала выдающееся положеніе въ наукѣ и въ жизни, а потому ознакомленіе публики съ основами психопатологии и выясненіе передъ ней наиболѣе важныхъ въ практическомъ отношеніи психіатрическихъ вопросовъ представляетъ для специалиста благодарную задачу. Наконецъ, я не упустилъ изъ виду и того обстоятельства, что за послѣднее время психіатрія встала въ близкія отношенія къ уголовному праву и новѣйшіе ея успѣхи дали толчекъ къ развитію въ наукѣ уголовного права новаго направленія, создавшаго уже цѣлую школу антропологовъ-позитивистовъ, занимающихся изученіемъ „преступнаго человѣка“ съ помощью естественно-научныхъ методовъ изслѣдованія. Этимъ путемъ психіатрія была введена въ область уголовного права и съ этого времени послѣдовало еще большее сближеніе психіатровъ съ учеными криминалистами, совмѣстная работа которыхъ принесла уже весьма ощутительные результаты, измѣнивши старыя взгляды на природу преступленія и на смыслъ и значеніе наказанія, а также способствуя прогрессивному развитію законовѣдѣнія. Такимъ образомъ и съ этой точки зрѣнія затронутый мною вопросъ несомнѣнно представляетъ общій интересъ и потому имѣетъ право на нѣкоторое къ себѣ вниманіе.

Сдѣлавши это небольшое вступленіе, я считаю еще необходимымъ вкратцѣ предпослать нѣсколько общихъ замѣчаній, которыя отчасти выяснятъ характеръ моей предстоящей бесѣды и намѣтятъ тѣ главныя положенія, которыя я намѣренъ развить передъ Вами по преимуществу.

Я ставлю себѣ задачей изложить передъ Вами главнѣйшіе выводы, добытые современной наукой, и господствующіе взгляды, установившіеся по вопросу объ отношеніи гениальности къ душевному разстройству, а этого послѣдняго къ преступленію. Проводя такую параллель, я буду основываться преимущественно на психо-фізіологическихъ данныхъ, которыми располагаетъ наука, благодаря многочисленнымъ изслѣдованіямъ, произведеннымъ въ этой области психіатрами, психологами, учеными криминалистами и соціологами. При этомъ я ограничусь только приведеніемъ достовѣрныхъ научныхъ фактовъ и разсмотрѣніемъ тѣхъ условій, при которыхъ они наблюдаются, потому что въ области положительнаго знанія роль науки весьма нерѣдко этимъ и исчерпывается.

Мы не должны однако смущаться такимъ положеніемъ дѣла, такъ какъ намъ хорошо извѣстно, что наука часто не можетъ указать причинъ многихъ біологическихъ явленій, не въ состояніи раскрыть особенно запутанныхъ проблемъ природы. Въ настоящее время мы прекрасно изучили многія явленія въ области свѣта и электричества, мы точно знаемъ законы тяготѣнія и химическаго сродства, подчинили себѣ всѣ силы природы и давно уже такъ умѣло и съ такимъ успѣхомъ пользуемся ими и примѣняемъ ихъ для нашихъ жизненныхъ потребностей, а между тѣмъ не знаемъ, и едва ли когда либо будемъ знать, что такое свѣтъ и электричество, почему земля тяготѣетъ къ солнцу, почему кислородъ и водородъ соединяются. Точно также и въ области психо-фізіологіи мы встрѣчаемся съ многими фактами, причины которыхъ открыть не можемъ, наблюдаемъ много явленій, сущности которыхъ совершенно не знаемъ, но въ то же время хорошо изучили тѣ законы, по которымъ они совершаются, и тѣ условія, которыя ихъ вызываютъ. Такъ какъ великія открытія въ области физики, математики и другихъ точныхъ наукъ уже достаточно научили насъ ничему не удивляться и ничего не отвергать апріорно, то и по отношенію къ психо-фізіологическимъ явленіямъ нашъ умъ долженъ быть настроенъ такимъ же образомъ: мы не должны и здѣсь

отрицать и поспѣшно осмѣивать даже такіе факты, которые на первый взгляд поражают своей парадоксальностью.

Приступая къ разрѣшенію поставленной нами задачи, прежде всего необходимо выяснитъ, что слѣдуетъ понимать подъ словомъ гениальность. Мы знаемъ, что душевное здоровье не представляетъ собою чего либо математически опредѣленнаго; несомнѣнно также и то, что образецъ здороваго ума есть только идеальное представленіе, которое мы не можемъ выразить въ какой либо конкретной формѣ. Отсюда весьма понятно, почему выдающіяся личности, поражающія насъ свободнымъ полетомъ фантазіи, величіемъ души и мощной силою оригинальнаго ума, всегда останавливали на себѣ всеобщее вниманіе и особенно интересовали ученыхъ, старающихся проникнуть въ тайны душевной жизни этихъ феноменовъ, выяснитъ условія, ихъ создающія.

Въ исторіи принято называть великими людьми тѣхъ, кто прославился своею дѣятельностью въ области политики, науки или искусства, кто открылъ человѣчеству новые пути, создалъ какую либо глубокую по своему замыслу научно-философскую систему или облагодѣтельствовалъ міръ какими либо великими открытіями, изобрѣтеніями. Самая характерная особенность этихъ великихъ людей, этихъ необыкновенныхъ существъ, заключается въ той способности, въ томъ „чудномъ дарѣ“, который принято называть гениемъ.

Съ давнихъ поръ человѣчество усматривало въ подобныхъ личностяхъ проявленіе какой-то особенной, таинственной, сверхъестественной силы, которая не поддается научному анализу, стоитъ внѣ и выше научнаго изслѣдованія. Однако за послѣднее время, вмѣстѣ съ развитіемъ физиологіи центральной нервной системы и благодаря новѣйшимъ успѣхамъ патологической и экспериментальной психологіи, для насъ стали выясняться понемногу законы психической дѣятельности человѣка, начали раскрываться тайники человѣческой души. Одновременно съ этимъ мы получили возможность ближе подойти къ изученію высшихъ проявленій человѣческаго духа во всѣхъ его видахъ и формахъ.

Первую оригинальную попытку психо-физиологического анализа той способности, которую принято называть гениальностью, сдѣлалъ извѣстный итальянскій ученый, професоръ судебной медицины, Ломброзо. Исходя изъ того положенія, что великіе и гениальные люди очень нерѣдко отличаются невропатическою и психопатическою наслѣдственностью и происходятъ изъ семействъ, въ которыхъ наблюдались алкоголики, сумасшедшіе, преступники, нравственно-помѣшанные и идіоты, а также принимая во вниманіе то обстоятельство, что очень часто у гениальныхъ людей въ сферѣ воли и въ особенности въ сферѣ чувства наблюдается много ненормальностей, которыя обуславливаютъ подчасъ импульсивность и большую странность ихъ поступковъ, Ломброзо пришелъ къ тому выводу, что гениальность есть извѣстная форма психоза, развивающагося на почвѣ вырожденія и проявляющагося многими признаками эпилептического характера.

Такой рѣшительный и смѣлый выводъ, сдѣланный оригинальнымъ изслѣдователемъ, былъ встрѣченъ въ ученоемъ мірѣ очень недружелюбно и къ нему отнеслись крайне скептически. Прежде всего казалось слишкомъ парадоксальнымъ то положеніе, какимъ образомъ гениальный человѣкъ, слѣдовательно существо, долженствующее обладать особенно развитымъ мозгомъ и мощнымъ умомъ, въ то же время можетъ быть и ненормальнымъ. На Ломброзо посыпались со всѣхъ сторонъ нападки, выводы его считали произвольными, а самую теорію — настоящей химерой.

Въ то же время наблюдалась и другая крайность: нѣкоторые приняли теорію Ломброзо безъ всякихъ ограниченій и стали признавать гениальность прямо за помѣшательство.

Но это продолжалось недолго. Опытъ намъ показываетъ, что обыкновенно такъ бываетъ со всѣми новыми теоріями и оригинальными гипотезами. Вначалѣ онѣ вызываютъ сильную реакцію, подвергаются рѣзкой критикѣ и даже осмѣянію. Вскорѣ однако страсти улегаются, горячая полемика затихаетъ и наступаетъ періодъ спокойнаго, терпѣливаго, вполне научнаго обсуждения.

Такъ случилось и съ положеніями, высказанными Ломброзо. Строго научное изслѣдованіе и терпѣливое наблюденіе показали, что въ своей основѣ гипотеза Ломброзо содержитъ много вѣрныхъ идей и остроумныхъ сопоставленій, обнаруживающихъ въ авторѣ тонкую наблюдательность и оригинальность мысли. Дальнѣйшія многочисленныя изслѣдованія и наблюденія надъ геніальными людьми выяснили, что имѣется большое сходство между творческою дѣятельностью генія въ моментъ вдохновенія и болѣзненнымъ возбужденіемъ помѣшаннаго или безсознательнымъ состояніемъ страдающаго психической эпилепсіей. Въ исторіи, въ біографіяхъ великихъ людей, въ воспоминаніяхъ выдающихся государственныхъ дѣятелей, поэтовъ и художниковъ можно встрѣтить много фактовъ, подтверждающихъ это положеніе.

Интересно въ этомъ отношеніи замѣчаніе одного современнаго романиста, который пишетъ: „Мысли диктуетъ намъ какой-то фатумъ; существуетъ какая-то сверхъестественная сила, родъ потребности писать, управляющая нашимъ перомъ; такъ что иногда, когда мы кончаемъ писать книгу, то она уже кажется намъ не нашей, и мы удивляемся ей, какъ чему-то, что существовало въ насъ и чего мы не сознавали“ ¹⁾. Въ этомъ же родѣ Золя характеризуетъ литературную дѣятельность Бальзака: „Онъ работалъ,—говоритъ Золя,—подъ вліяніемъ импульса, который для насъ остается тайной; онъ былъ всегда жертвой какой-то причудливой силы: иногда онъ ни за какія сокровища въ мірѣ не могъ бы написать ни одной строчки, а другой разъ онъ вдругъ среди улицы или во время оргіи почувствуетъ словно прикосновеніе горящаго угля къ головѣ, къ рукамъ, къ языку; одно случайно произнесенное слово вызываетъ въ немъ цѣлый міръ мыслей, которыя рождаются, бродятъ и созрѣваютъ—и вотъ художникъ дѣлается смиреннымъ орудіемъ въ рукахъ какой-то деспотической силы“ ²⁾.

¹⁾ С. Lombroso. Эпилепсія Наполеона.—Журналъ журналовъ. 1898, № 7.

²⁾ Ibid.

Съ интересующей насъ точки зрѣнія большой интересъ имѣютъ также произведенія нашего великаго писателя Ф. М. Достоевскаго, собраніе сочиненій котораго представляетъ собою почти полную психопатологію. Особенно удачно и вѣрно описаны у него эпилептики и эпилептическія состоянія. Относительно Достоевскаго слѣдуетъ сказать, что онъ былъ глубокой знатокъ главнымъ образомъ *больной* души человѣка. Несомнѣнно, что собственная болѣзнь этого выдающагося романиста, который страдалъ, какъ извѣстно, эпилепсіей, многое выяснила ему въ трудной для изученія области болѣзненныхъ проявленій души. Принимая во вниманіе глубокое знакомство Достоевскаго съ патологіей души, для нашей цѣли очень важно привести одно мѣсто, гдѣ онъ изображаетъ состояніе передъ эпилептическимъ припадкомъ; авторъ такъ описываетъ это состояніе: „... когда вдругъ, среди грусти, душевнаго мрака, давленія, мгновеніями какъ бы воспламенялся его мозгъ и съ необыкновеннымъ порывомъ напрягались разомъ всѣ жизненныя силы его. Ощущеніе жизни, самосознанія почти удесятерилось въ эти мгновенія, продолжавшіяся какъ молнія. Умъ, сердце озарялись необыкновеннымъ свѣтомъ; всѣ волненія, всѣ сомнѣнія его, всѣ безпокойства какъ бы умиротворялись разомъ, разрѣшались въ какое-то высшее спокойствіе, полное ясной гармонической радости и надежды, полное разума и окончательной причины“ ¹⁾.

Если сравнить приведенный отрывокъ изъ Достоевскаго, въ которомъ изображается начальный періодъ эпилептическаго припадка, съ тѣмъ, какъ многіе авторы описываютъ моментъ геніальнаго экстаза или вдохновенія, то легко можно убѣдиться въ большомъ сходствѣ этихъ двухъ состояній. Вотъ, напр., что пишетъ о себѣ великій Бетховенъ: „Я дѣйствую согласно съ внутреннимъ закономъ, неизвѣстнымъ большинству, и я самъ не понимаю себя, когда моментъ экстаза прорешель. Меня сравниваютъ съ Микель-Анджело; а какъ рабо-

¹⁾ Ф. М. Достоевскій. «Идіотъ». Романъ въ 4-хъ частяхъ. Изд. 3-е. Спб. 1882. Ч. II, стр. 225.

таль творецъ „Моисея“? Въ гнѣвѣ, въ бѣшенствѣ онъ ударялъ молоткомъ по неподвижному камню и заставлялъ его служить выразителемъ живой мысли. Точно также сочиняю и я. Вдохновеніе—это для меня то таинственное состояніе, въ которомъ кажется, будто весь міръ превратился въ одну широкую гармонію, когда каждая мысль, каждое чувство звучать во мнѣ, когда всѣ силы природы превращаются для меня въ музыкальные инструменты, когда дрожь проходитъ по всему моему тѣлу, когда волосы дыбомъ встаютъ у меня на головѣ“¹⁾). Эти характерныя выраженія указываютъ на то, что когда геній проявляется въ высшей степени, т. е. въ моментъ своего творческаго вдохновенія, тогда вдохновенное лицо находится нѣкоторымъ образомъ въ состояніи безсознательности, напоминаящемъ собою эпилептическое состояніе.

Защитники того мнѣнія, что вдохновеніе генія тождественно съ проявленіемъ эпилепсіи, особенно охотно для подтвержденія своей мысли ссылаются на личность Наполеона I. Дѣйствительно, этотъ великій человѣкъ представлялъ собою какъ бы образецъ того, что геніальныя способности могутъ одновременно сопровождаться рѣзкими признаками душевнаго расстройства съ эпилептическимъ характеромъ.

Наполеонъ происходилъ изъ невропатической семьи: отецъ его былъ алкоголикъ, сестры безнравственныя, одна изъ нихъ была даже натурщицей; онъ съ дѣтства обнаруживалъ цѣлый рядъ болѣзненныхъ нервныхъ симптомовъ, страдалъ припадками эпилепсіи и отличался полнымъ отсутствіемъ нравственнаго чувства. Что Наполеонъ былъ дѣйствительно черствый эгоистъ и жестокій властолюбецъ, тому доказательствомъ и свидѣтельствомъ служить вся его историческая дѣятельность, вся его жизнь, за что онъ и получилъ названіе „знаменитаго разбойника“. Въ трактатахъ о Наполеонѣ I можно найти много фактовъ, ясно указывающихъ на его несомнѣнно болѣзненный, эпилептическій характеръ и на его нравственное слабуміе. Рассказываютъ, что на замѣчаніе Меттерниха объ ужа-

¹⁾ Lombroso. L. c.

сахъ одной войны, которая стояла 200 тысячъ человѣческихъ жизней, Наполеонъ спокойно отвѣтилъ: „Что значить для меня 200 тысячъ человѣкъ!“ По другому поводу онъ высказался такъ: „Я не такой человѣкъ, какъ другіе, и законы морали и приличій созданы не для меня“. Упрекая однажды архіепископа за отказъ принести ложную клятву, какъ противную его совѣсти, Наполеонъ замѣтилъ: „Eh bien, monsieur, votre conscience n'est qu' une sotté“!

Далѣе слѣдуетъ отмѣтить, что всѣ поступки и дѣйствія Наполеона отличались крайней импульсивностью, свойственной эпилептическому состоянію. Въ разговорѣ съ однимъ посломъ о перемиріи Наполеонъ, услышавъ противорѣчіе, въ раздраженіи разбилъ драгоценную вазу и сказалъ: „вотъ такъ разобью и вашу монархію“. На одного адмирала въ приступѣ гнѣва онъ поднималъ хлыстъ. Дико-вспыльчивый, злобно-раздражительный и нетерпѣливый, онъ не выносилъ даже малѣйшей неудачи или задержки въ чемъ бы то ни было: если ему не удавалось сразу надѣть платье, онъ бросалъ его въ огонь. Наряду съ этимъ онъ отличался большими странностями и болѣзненными причудами: у него, напр., была страсть къ сватовству и устройству браковъ, онъ былъ суевѣренъ и твердо вѣрилъ, что его судьбой руководитъ какой-то фатумъ. И въ то же время Наполеонъ обладалъ замѣчательной нервной энергіей; его фантазія не имѣла границъ и представляла что-то чудовищное, его гордымъ и грандіознымъ замысламъ и планамъ не было предѣловъ. Вообще жестокость этого нравственнаго безумца, его цинизмъ, чувственный эгоизмъ и бредъ величія страннымъ образомъ соединялись съ громаднымъ умомъ и непреклонной волей.

Попытаемся произвести психологическій анализъ вышеприведенныхъ фактовъ.

Можетъ ли нормальный или даже выдающійся умъ укладываться рядомъ съ нравственнымъ помѣшательствомъ?

Мы будемъ отвѣчать на этотъ вопросъ, придерживаясь психіатрической точки зрѣнія.

Мы представляемъ себѣ душевное здоровье, какъ гармоническое согласіе между разсудкомъ, чувствомъ и волей. Разъ этого согласія нѣтъ, разъ гармонія въ душевной сферѣ нарушена и одна сторона психической жизни является непомѣрно дѣятельной въ ущербъ другимъ, тогда мы имѣемъ право говорить о душевномъ разстройствѣ. Человѣкъ съ такой душевной ненормальностью не будетъ еще сумасшедшимъ въ общепринятомъ смыслѣ слова, но его также нельзя назвать и человѣкомъ душевно-здоровымъ. Это будетъ субъектъ неуравновѣшенный, съ неустойчивой психо-нервной организаціей, предрасположенный къ душевнымъ заболѣваніямъ. Если мы термину душевное разстройство будемъ придавать такой именно смыслъ, то многіе великіе люди, выдающіеся дѣятели и гениі дѣйствительно могутъ быть названы душевно-разстроенными.

Намъ извѣстно изъ психологіи, что поступки человѣка обусловливаются главнымъ образомъ его чувствованіями. Слѣдовательно, сфера чувства въ нашей жизни играетъ первенствующую роль. Мы знаемъ, что высшія нравственныя чувствованія развиваются въ болѣе поздній періодъ нашей сознательной жизни. Съ другой стороны, психіатрія учитъ насъ, что эти же чувствованія при душевномъ разстройствѣ прежде всего подвергаются измѣненіямъ. Еще великій Эскироль замѣтилъ, что нравственное измѣненіе (а не бредъ) есть истинный признакъ душевнаго разстройства: „Бываютъ помѣшанные, у которыхъ трудно открыть какіе либо слѣды галлюцинацій, но нѣтъ ни одного, у котораго не были бы разстроены или извращены страсти, привязанности и весь нравственный характеръ вообще“. Такимъ образомъ, разстройство въ сферѣ чувства должно быть положено въ основу всѣхъ душевныхъ заболѣваній. Вотъ почему мы не можемъ считать вполне нормальными субъектами тѣхъ, которые обнаруживаютъ тѣ или другія уклоненія въ сферѣ чувства, у кого бующія страсти подчиняютъ и поработачаютъ разсудокъ и волю. У такихъ субъектовъ разсудокъ уже не можетъ кон-

тролировать ихъ болѣзненныхъ побужденій, не можетъ сдерживать ихъ страстей.

Наука давно уже выяснила, что крупныя недостатки и дефекты въ сферѣ нравственнаго чувства особенно часто наблюдаются у лицъ вырождающихся, у наслѣдственниковъ, дегенерантовъ. Весьма старательно и подробно изучилъ такихъ субъектовъ Legrand du Saulle ¹⁾ и далъ намъ весьма обстоятельную ихъ характеристику. Наслѣдственники—это инстинктивныя личности, которыя безъ всякой цѣли, часто безъ всякихъ мотивовъ совершаютъ самыя странныя поступки, самыя сумасбродныя дѣйствія. По своему характеру, дегенеранты по преимуществу—безнравственные эгоисты. „Болтливыя, тщеславныя и деспотичныя, они любятъ занимать своей личностью общественное вниманіе и повсюду ищутъ средствъ привлечь его. Неспособныя къ возвышеннымъ чувствамъ, они не знаютъ ни преданности, ни любви къ ближнимъ, ни патриотизма, ни чести. Вся нравственность резюмируется для нихъ въ ихъ интересѣ данной минуты; честность имъ неизвѣстна; лицемеріе и ложь имъ кажутся совершенно естественными, когда они могутъ извлечь изъ нихъ пользу“. Далѣе, продолжая характеристику наслѣдственниковъ, L. du S. особенно подчеркиваетъ то обстоятельство, что они часто обладаютъ очень развитыми умственными способностями и нерѣдко занимаютъ въ обществѣ очень высокія положенія, съ полной ясностью выполняя обязанности своей профессіи, при чемъ ихъ болѣзненный темпераментъ проявляется лишь странностями характера, многими эксцентричностями и причудами. „Ихъ умственныя способности очень часто весьма дѣятельны; они быстро схватываютъ, обладаютъ извѣстной долей воображенія и говорятъ съ легкостью, даже съ изяществомъ. Прибавьте къ этому инстинктивныя способности къ музыкѣ, поэзіи и проч.—и вы тогда поймете, какимъ образомъ эти личности почти всегда извѣстны въ обществѣ. Иногда на нихъ смотрять, какъ на оригина-

¹⁾ La folie héréditaire.

ловъ, но ихъ никогда не принимаютъ за то, что они есть на самомъ дѣлѣ“.

Наблюденія показываютъ намъ, что человѣчество много обязано творческими идеями и проявленіями таланта или даже генія такимъ личностямъ, которыя происходили изъ семействъ, гдѣ наблюдалось предрасположеніе къ помѣшательству, и которыя сами носили на себѣ ясную печать психической дегенерациі. „Такія личности,—говоритъ Mandsley ¹⁾,—способны открывать и изслѣдовать окольные пути мысли, незамѣченные болѣе устойчивыми умами, и, бросая такимъ образомъ боковое освѣщеніе на предметы, выяснять отношенія, которыя никому не приходили въ голову. Люди эти способны разсматривать вещи съ новой точки зрѣнія, они не слѣдуютъ обычной торной дорогой въ своихъ поступкахъ или обычной рутинѣ мыслей и чувствъ, но обнаруживаютъ въ своихъ взглядахъ оригинальность или даже странность иногда въ очень ранній періодъ жизни“.... „Способность выходить изъ обыкновенной колеи мысли, вырваться съ помощью свѣтлаго вдохновенія изъ оковъ привычки, давать начало новому направленію мысли—свойственно душевно-болѣзненнымъ темпераментамъ и нерѣдко вырождается въ бредъ помѣшаннаго. Они сбываютъ новыя мысли, которыя постигаются и приводятся въ порядокъ другими“.

Нужно къ этому прибавить, что такія неуравновѣшенныя, дурно-приспособленныя, регрессирующія, такъ сказать, личности очень нерѣдко отличаются замѣчательнымъ эстетическимъ чувствомъ, рѣдкими талантами и артистическими способностями, поразительными дарованіями въ поэзіи и искусствѣ, блестящей памятью, удивительной легкостью въ операціяхъ съ числами и проч. Очень важную и выгодную особенность такихъ субъектовъ составляетъ сила ихъ чувства, энергія характера: они настойчивы въ достиженіи своихъ цѣлей, фанатичны въ осуществленіи своихъ докт-

¹⁾ Отвѣтственность при душевныхъ болѣзняхъ.—Перев. съ англ. Спб. 1875.

ринь, неустрашими въ защитѣ своихъ убѣжденій. Психологически это объясняется тѣмъ, что всякая фиксированная, напряженная идея, каждая сильная, безумная страсть непременно должны разрѣшиться въ дѣйствіи: сознательная воля въ такихъ случаяхъ оказывается безсильной. А едва ли съ достаточнымъ основаніемъ можно опровергать то положеніе, что всѣ сильныя, неустрашимыя страсти слѣдуетъ считать бо-лѣзненными проявленіями душевной жизни.

Психологическій анализъ выдающихся историческихъ дѣятелей показываетъ намъ, что многія великія реформы въ области мысли, религіи, политики и государственнаго строя произведены лицами, которыхъ если и нельзя назвать помѣшанными, то во всякомъ случаѣ ихъ нельзя поставить и въ ряды нормальныхъ, психически-уравновѣшенныхъ, душевно-здоровыхъ людей. Въ этомъ отношеніи достаточно упомянуть такихъ историческихъ лицъ, какъ Магометъ, Игнатій Лойола, Жанна д'Аркъ, Савонарола. Эти личности въ своихъ дѣяніяхъ не пользовались спокойной и логической работой мысли: они дѣйствовали подъ вліяніемъ импульса, руководились инстинктивными побужденіями. А такая импульсивность въ дѣйствіяхъ, такія вспышки вдохновеннаго ума обыкновенно свойственны помѣшаннымъ, которые часто находятся въ возвышенномъ, экзальтированномъ состояніи духа, напоминающемъ собою родъ вдохновенія. Отсюда и сложилось суевѣрное понятіе, что помѣшанные вдохновлены свыше; въ силу той же аналогіи между вдохновеніемъ, энтузіазмомъ и маниакальнымъ возбужденіемъ греки называли однимъ именемъ „манія“—и сумасшествіе, и поэтическое вдохновеніе, и пророческій экстазъ.

Мы знаемъ, что продолжительное и глубокое сосредоточеніе мысли на одномъ предметѣ вызываетъ состояніе экзальтаціи, которое въ свою очередь при благопріятныхъ условіяхъ можетъ переходить въ другое, уже безспорно патологическое состояніе, называемое экстазомъ. „Экстазъ,—по вѣрному и весьма точному опредѣленію, данному нашимъ талантливымъ, но безвременно погибшимъ психіатромъ, д-ромъ Кандин-

скимъ ¹⁾),—есть болѣзненная дѣятельность высшихъ мозговыхъ центровъ, при которой вся душевная жизнь такъ всецѣло сосредоточена на одной идеѣ или на одномъ чувствѣ, что въ это время окружающій реальный мѣръ перестаетъ существовать для больного. При этомъ внѣшнія впечатлѣнія или вовсе не доходятъ до сознанія или доходятъ только урывками; вся жизнь какъ бы сосредоточена въ ненормально напряженной дѣятельности извѣстныхъ мозговыхъ центровъ“. Съ явленіями экстаза мы часто встрѣчаемся въ области мистицизма. Въ самомъ дѣлѣ: къ этой категоріи явленій мы должны отнести пифію, возсѣдающую на треножникѣ и пророчествующую; то же представляютъ собою бѣснующійся сибирскій шаманъ, индусскій факиръ, созерцающій Нирвану, спиритическій медиумъ въ состояніи транса и проч. ²⁾ Такія же, въ психологическомъ смыслѣ, состоянія наблюдаются нерѣдко при соответствующихъ условіяхъ съ философами, поэтами, артистами. Извѣстно, что Сакратъ подвергался галлюцинаціямъ и по временамъ впадалъ въ экстазъ; Моцартъ лучшія свои произведенія создалъ въ полубезсознательномъ состояніи, близкомъ къ экстазу.

Вдохновеніе генія, эта, по замѣчанію Ломброзо, священная варіація священнаго недуга, имѣетъ много общаго съ состояніемъ экстаза. Вообще нужно замѣтить, что наиболѣе выдающаяся черта геніальности—это бессознательное творчество; одно изъ главныхъ свойствъ генія—это непреодолимая импульсивность дѣйствія. Этимъ только и можно объяснить, что нѣкоторыя геніальныя произведенія Канта и Вольтера могли возникнуть во время сна, какъ это утверждаютъ историки. Этимъ отчасти можно объяснить и то обстоятельство, что иногда у геніевъ наблюдается двойственность личности: во время творчества они представляются совсѣмъ иными, нежели внѣ его, и часто потомъ сами не узнаютъ своихъ произведеній, считая ихъ за что-то чуждое ихъ сознанію.

¹⁾ В. Кандинскій. Общепонятные психологическіе этюды. — Москва, 1895.

²⁾ Ibid.

Теперь намъ предстоитъ заняться разсмотрѣніемъ слѣдующаго вопроса: если мы встрѣчаемъ у гениевъ и великихъ людей многочисленныя черты психической неуравновѣшенности, если наблюдаемъ у нихъ крупныя недочеты въ сферѣ чувства и воли, если открываемъ у нихъ нѣкоторые признаки дегенераціи, то позволительно-ли при всемъ томъ отождествлять гениальность съ помѣшательствомъ и считать гений за известную форму психоза, какъ это дѣлаетъ Ломброзо. Правы-ли тѣ авторы ¹⁾, которые заявляютъ, что „душевные настроенія, заставляющія челоуѣка отличаться отъ прочихъ людей оригинальностью своихъ взглядовъ и замысловъ, эксцентричностью или энергіею чувствъ, необыкновеннымъ превосходствомъ умственныхъ дарованій и т. п., ведутъ свой источникъ изъ тѣхъ же самыхъ органическихъ условій, какъ и разныя нравственныя разстройства, находящія свое наиболѣе совершенное выраженіе въ помѣшательствѣ и безуміи“.

Мнѣ думается, что противъ такого вывода можно много возражать, съ такимъ мнѣніемъ можно сильно не соглашаться. Въ самомъ дѣлѣ: говорить, что душевный складъ гениальныхъ людей тождественъ съ душевнымъ складомъ помѣшанныхъ и слабоумныхъ, это значитъ утверждать, что мощь и безсиліе, здоровье и болѣзнь, сила и слабость представляютъ собою одно и то же. Такое мнѣніе содержитъ въ себѣ очевидное противорѣчіе и объясняется, надо полагать, сильнымъ увлеченіемъ предвзятой мыслью со стороны защищающихъ его авторовъ. Дѣло въ томъ, что при рѣшеніи вопроса о происхожденіи, развитіи и сущности гения необходимо принимать во вниманіе крайне сложныя условія наслѣдственности, нужно помнить, что наслѣдственность подвержена многоразличнымъ метаморфозамъ. Несомнѣнно, что путемъ наслѣдственности отъ предковъ къ потомкамъ передаются какъ положительныя, такъ и

¹⁾ Moreau de Tours. La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire, ou de l'influence des nevropathies sur le dynamisme intellectuel.

отрицательныя качества и свойства ихъ физической и психической организаціи. Было бы совершенно произвольнымъ предполагать, что великіе люди, унаслѣдуя отъ своихъ предковъ, благодаря трудно-уловимымъ и непонятнымъ для насъ законамъ наслѣдственности, таинственный и чудный даръ генія, въ то же время совсѣмъ не воспринимаютъ отъ нихъ нѣкоторыхъ слабыхъ чертъ и недостатковъ ихъ организаціи. Напротивъ, ежедневный опытъ показываетъ намъ, что на ряду съ лучшими, наиболѣе совершенными качествами и особенностями потомки получаютъ отъ своихъ родичей иногда въ той же мѣрѣ и худшія, отрицательныя свойства ихъ организаціи. Этотъ біологическій законъ одинаково приложимъ не только къ животному, но также и къ растительному царству.

То же самое мы наблюдаемъ и по отношенію къ великимъ людямъ. Дѣйствительно, очень часто мы видимъ, что геніальныя натуры, такъ сказать, обезображиваются цѣлымъ рядомъ недостатковъ и слабостей, унаслѣдованныхъ ими отъ того или другого изъ родителей. Такъ, извѣстно, что Генрихъ IV представлялъ собою замѣчательное соединеніе всевозможныхъ контрастовъ. Проф. Жоли ¹⁾ замѣчаетъ, что „рядомъ съ серьезностью, возвышавшейся иной разъ до торжественности и чисто царскаго величія, біографы то и дѣло указываютъ у него на черты преступнаго легкомыслія и крайне низменныхъ вкусовъ. Всѣ историки согласно свидѣтельствуютъ о немъ, что онъ представлялъ необыкновенную смѣсь здороваго, крѣпкаго мужества и уродливыхъ слабостей, вѣрности и неблагодарности, истиннаго великодушія и коварства, или даже ума, героизма и просто смѣшныхъ выходокъ“. То же самое можно сказать относительно Наполеона I, Фридриха Великаго и др. Изъ біографіи Гёте видно, что онъ отличался большими странностями. О Шопенгауэрѣ Ломброзо рассказываетъ, что по своему характеру онъ былъ олицетвореніе про-

¹⁾ Психологія великихъ людей.—Пер. съ франц. СПб. 1890.

творѣчій: проповѣдую воздержаніе, онъ самъ злоупотреблялъ наслажденіями; много выстрадавъ самъ, онъ тѣмъ не менѣе не задумался безъ всякаго повода оскорбить Молешотта и Бюхнера и радовался, когда имъ правительство запретило читать лекціи. Чувства привязанности и уваженія ему были совершенно чужды: онъ жестоко насмѣялся надъ матерью, обвинивъ ее въ невѣрности къ памяти мужа, между тѣмъ какъ самъ защищалъ многоженство, находя въ этомъ лишь одно неудобство—имѣть нѣсколькихъ тецъ. У Жанъ-Жака Руссо страсти отличались непомерной пылкостью; въ то же время онъ проявлялъ рѣзкія черты непостоянства, неуравновѣшенности, неустойчивости; онъ перепробовалъ почти всѣ професіи: часовщика, фокусника, учителя музыки, живописца, гравера и лакея; и въ литературѣ, и въ жизни онъ брался за всѣ отрасли, занимаясь то медициной, то теоріей музыки, то ботаникой, теологіей и педагогіей. И все-таки, несмотря на всѣ странности характера, Ж.-Ж. Руссо силою своего таланта создалъ изящныя и выдающіяся по своему содержанію произведенія литературы.

Пусть гениальные люди имѣютъ свои слабости, пороки и болѣзненные недостатки,—это не мѣшаетъ имъ однако совершать великія дѣла, обогащать сокровищницу человѣческихъ знаній, вносить въ нашу жизнь свѣтлые лучи истины, красоты и правды. Извѣстное изреченіе Лярошфуко, что „только великіе люди могутъ имѣть великіе недостатки“, должно быть понимаемо въ томъ смыслѣ, что даже и гениальныя натуры иногда не бываютъ свободны отъ страстей и крупныхъ недостатковъ, а вовсе не указывать на то, что всякія странности и эксцентричности должны составлять какъ бы необходимыя элементы генія и являться неизбѣжными условіями его величія и могучей оригинальности. Въ этомъ отношеніи глубоко продуманнымъ и вѣрнымъ слѣдуетъ признать другое замѣчаніе того-же автора, что „великія души отличаются отъ обыкновенныхъ не тѣмъ, что у нихъ меньше страстей и больше добродѣтелей, а только тѣмъ, что онѣ носятъ въ себѣ великіе

замыслы“. Еще Аристотель сказалъ: *Nullum magnum ingenium sine mixtura dementiae*. То же самое подтвердилъ Molière устами одного изъ своихъ дѣйствующихъ лицъ: „Замѣчательная вещь, что у всѣхъ великихъ людей къ ихъ великимъ знаніямъ примѣшивается немного сумасшествія“. Съ этой точки зрѣнія и Лессингъ имѣлъ, пожалуй, нѣкоторое основаніе сказать: „кто меня называетъ гениемъ, тому я охотно далъ бы пощечину“.

Всѣ выше изложенные факты я привелъ здѣсь съ тою цѣлью, чтобы показать, что гениальныя природы очень нерѣдко представляютъ собою людей психически-неуравновѣшенныхъ, измѣнчивыхъ въ своихъ чувствахъ, импульсивныхъ въ своихъ поступкахъ, но что гений тѣмъ не менѣе не такъ близокъ къ безумію, какъ это допускаютъ нѣкоторые авторы. Мы можемъ согласиться только съ тѣмъ, что гениальность есть своего рода ненормальность, уклоненіе, сложное и непонятное для насъ видоизмѣненіе особенно тонкой психо-нервной организаціи. Съ біологической точки зрѣнія гениальные люди и сумасшедшіе дѣйствительно представляютъ собою ненормальную группу, но при всемъ томъ отождествлять гений съ психозомъ мы не имѣемъ достаточно серьезныхъ и вполне научныхъ основаній.

Однако здѣсь же уместно отмѣтить то обстоятельство, что гениальный человѣкъ скорѣе можетъ подвергнуться душевному заболѣванію, чѣмъ обыкновенный смертный. И дѣйствительно, намъ извѣстно, что многіе гениальные люди кончали свою жизнь сумасшествіемъ. Этотъ фактъ, мнѣ кажется, имѣетъ простое фізіологическое объясненіе. Медицина учитъ насъ, что тотъ органъ представляется наиболѣе ранимымъ, который больше всего работаетъ. Несомнѣнно, что сложная и въ то же время тонкая психо-нервная организація, которою обладаютъ гениальныя природы и которая служитъ орудіемъ для выполненія ихъ великихъ замысловъ, не можетъ безнаказанно выдерживать той громадной траты нервной энергіи, того чрезмѣрнаго расходованія душевныхъ силъ, какія необходимы для поддержанія величія гения въ его неустанной дѣятельности.

Неудивительно поэтому, что между гениальными людьми мы такъ часто встрѣчаемъ случаи помѣшательства: гений религіозности, гений науки и искусства, гений политики и военный гений—все они въ одинаковой степени не застрахованы отъ возможности такого печальнаго исхода. Каждая эпоха имѣла своего рода гениевъ и въ каждой эпохѣ мы наблюдаемъ случаи душевнаго разстройсва между великими людьми. Примѣровъ этому можно представить очень много. Извѣстно, что Кромвель, этотъ глава и вождь кровавой революціи, былъ психондрикъ; Ришелье страдалъ душевной болѣзнью; Игнатій Лойола въ періодъ своей кипучей дѣятельности проявлялъ признаки душевнаго разстройства: онъ имѣлъ галлюцинаціи и его постоянно преслѣдовала мысль о самоубійствѣ. Огюсть Контъ продолжительное время страдалъ душевной болѣзнью и лечился у извѣстнаго Эскироля; въ періодъ полного здоровья онъ создалъ новую философскую систему—позитивизмъ и былъ самымъ выдающимся мыслителемъ того времени; однако въ сочиненіяхъ этого философа, по замѣчанію критиковъ, рядомъ съ глубокими положеніями встрѣчаются чисто безумныя мысли; объясненіе этого факта весьма естественно искать въ той психической ненормальности, которой онъ временно подвергался.

Особенно часто наблюдаются душевныя болѣзни среди музыкантовъ: Моцартъ былъ психопатъ, Бетховенъ—меланхоликъ, Доницетти погибъ отъ прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, Шуманъ и Шопанъ умерли сумасшедшими.

Много примѣровъ помѣшательства мы можемъ указать и среди ученыхъ, поэтовъ, писателей. Ньютонъ кончилъ свою жизнь сумасшествіемъ, страдая меланхоліей съ опѣненіемъ; Ливней имѣлъ водянку мозга и умеръ слабоумнымъ; Торквато-Тассо былъ сумасшедшимъ; Жоржъ Зандъ въ 17 лѣтъ перенесла меланхолію и долго испытывала влеченіе къ самоубійству; Жанъ-Жакъ Руссо былъ подъ конецъ жизни душевноненормальнымъ: объ этомъ свидѣлствуютъ его послѣднія произведенія и въ особенности его „Исповѣдь“. „Кто,—говорить Ломброзо,—не бывши ни разу въ больницѣ для душевно-

больныхъ, пожелалъ бы составить себѣ вѣрное представленіе о душевныхъ мукахъ, испытываемыхъ мономаніакомъ, тому слѣдуетъ только прочесть послѣднія произведенія Руссо“.

Существуетъ мнѣніе, что выдающіеся мыслители, великіе писатели и художники нерѣдко изучаютъ свои собственные страсти и недостатки, чтобы затѣмъ рельефнѣе ихъ изобразить, ярче представить въ своихъ произведеніяхъ. Это очень правдоподобно. Въ этомъ отношеніи весьма интереснымъ представляется тотъ фактъ, что вообще большинству выдающихся писателей наиболѣе удаются изображенія отрицательныхъ типовъ, описанія темныхъ сторонъ общественной жизни: въ этой области они являются настоящими художниками-творцами.

Съ нашей точки зрѣнія подобные факты заслуживаютъ особеннаго вниманія, и объясненіе ихъ слѣдуетъ искать скорѣе всего въ особенностяхъ душевной организациі самихъ авторовъ. Альфонсъ Доде и Золя въ своихъ произведеніяхъ довели анализъ нѣкоторыхъ болѣзненныхъ характеровъ до совершенства. У Бальзака мы встрѣчаемъ очень часто изображеніе фанатиковъ, мистиковъ и нерѣдко прямо уродливыхъ личностей, заимствованныхъ какъ бы изъ области патологии и криминалистики. Русская литература, въ особенности новѣйшаго времени, не представляетъ въ этомъ отношеніи исключенія. Въ доказательство можно сослаться на произведенія Достоевскаго, Гоголя, гр. Л. Н. Толстого и современныхъ намъ белетристовъ, которые по преимуществу заняты изображеніемъ неудачниковъ, личностей дурно приспособленныхъ или даже больныхъ психически.

Не указываютъ-ли эти факты на то, что въ произведеніяхъ нашихъ писателей рѣзко отражается ихъ собственное душевное настроеніе, проявляются ихъ личныя психическія особенности. Самъ графъ Л. Толстой ¹⁾ въ одномъ мѣстѣ такъ говоритъ о себѣ: „Снаружи все какъ будто гладко выходило,

¹⁾ Д-ръ В. Португаловъ. Повальные чудачества. СПб. 1889.

но въ душѣ я чувствовалъ, что я не совсѣмъ умственно здоровъ. Я заболѣлъ болѣе духовно, чѣмъ физически, бросилъ все и поѣхалъ въ степь къ башкирамъ—дышать воздухомъ, пить кумысъ и жить животной жизнью... Жизнь нашего круга не только опротивѣла мнѣ, но потеряла всякій смыслъ... Люди мнѣ опротивѣли и самъ я себѣ опротивѣлъ“. Этотъ пессимизмъ графа Л. Н. Толстого напоминаетъ намъ тѣ душевныя страданія, тѣ нравственныя муки, которыя были испытаны Гоголемъ и Ж.-Ж. Руссо подъ конецъ ихъ литературной дѣятельности.

Въ общемъ мы должны согласиться съ тѣмъ, что источниками новѣйшей поэзіи по большей части служатъ болѣзненные состоянія и что „ишоондрія есть кормилица новѣйшей литературы“, такъ что „для правильной критики нашихъ молодыхъ поэтовъ,—какъ удачно выразился Шиллингъ,—потребны врачи, а не рецензенты“¹⁾.

Если новѣйшая литература и современное искусство характеризуются такими своеобразными особенностями, если они носятъ на себѣ печать больного направленія, то отсюда логично будетъ сдѣлать заключеніе, что слѣдовательно сама жизнь даетъ соответствующій матеріалъ, которымъ и пользуются поэты, писатели и художники.

Дѣйствительно, въ современномъ социальномъ строѣ нашей общественной жизни можно отмѣтить много чертъ несомнѣнно патологическаго свойства. По этому поводу я не могу отказать себѣ въ удовольствіи привести нѣсколько строкъ изъ блестящей характеристики, данной Реньяромъ²⁾ переживаемому нами времени. „Въ примѣненіи къ нашей жизни,—говоритъ онъ,—получилъ право гражданства эпитетъ „лихорадочность“; достигать успѣха, господствовать, быстро дѣлать

¹⁾ Д-ръ Шиллингъ. Преступленіе и душевное разстройство передъ судомъ. Пер. съ нѣм. 1884.

²⁾ Умственныя эпидеміи. Историко-психіатрическіе очерки. Пер. съ франц.

карьеру—вотъ цѣль большинства людей послѣдней формаци. Въ наши дни социальный строй позволяетъ всѣмъ предъявлять къ жизни самыя безграничныя требованія. Небывалая удача нѣкоторыхъ ловкихъ людей, начавшихъ свою карьеру съ низшихъ ступеней общественной лѣстницы, внезапное и часто непоятное возвышеніе ничтожныхъ людей безъ положенія, возможность сразу достигнуть самыхъ высокихъ почестей и должностей,—все это способно вскружить голову современнаго человѣка.... Наше общество увлечено духомъ тщеславія. Развѣ пѣтъ ничего болѣзненнаго въ желаніи обращать на себя вниманіе помимо всякихъ личныхъ достоинствъ?.. Одинъ удовлетворяетъ своему тщеславію, платя очень дорого за предметы, не стоящіе этой цѣны; другой приноситъ большія жертвы, чтобы имѣть возможность вращаться въ высшемъ обществѣ, третій блещетъ своими лошадьми и экипажами, четвертый гонится за модой во всѣхъ ея проявленіяхъ“.

Нельзя не согласиться, что характеристика переживаемаго нами болѣзненнаго общественнаго настроенія и господствующаго нездороваго социальнаго духа конца нашего столѣтія сдѣланы Ренъаромъ и мѣтко, и вѣрно. Современный человѣкъ и безъ того обреченъ наследовать отъ своихъ родичей слабую психо-нервную организацію, и безъ того онъ является на свѣтъ дурно приспособленнымъ, предрасположеннымъ къ душевнымъ заболѣваніямъ или даже носящимъ на себѣ несомнѣнные признаки психическаго вырожденія. Встрѣчаясь съ первыхъ же шаговъ своей жизни съ неблагопріятными внѣшними условіями, такой субъектъ не въ силахъ бороться и противостоять имъ и падаетъ жертвой своей душевной немощи. Вотъ почему въ настоящее время мы такъ часто встрѣчаемся съ самоубійствами, съ преступленіями противъ собственности и съ разнаго рода правонарушеніями.

Да это и понятно. Разъ въ обществѣ одновременно наблюдается значительное скопленіе нервно-болѣзненныхъ темпераментовъ, то это обстоятельство очень скоро должно измѣнить весь строй общественной жизни даннаго поколѣнія и въ

то же время не может не повліять на увеличеніе преступности. Общая нервозность и психическое оскудѣніе несомнѣнно лежатъ въ основѣ многихъ патологическихъ явленій современной жизни и обусловливаютъ собою столь широкое распространеніе въ обществѣ пессимизма и „міровой скорби“. Совершенно правъ Монтегацца, заявляя, что „въ физическомъ отношеніи 19 вѣкъ—вѣкъ нервный, въ моральномъ—лицемѣрный, въ интеллектуальномъ—скептической“. Поэтому мы не должны особенно удивляться тому, что въ современномъ обществѣ наблюдается постепенное увеличеніе самоубійствъ, что такъ сильно развивается пьянство и проституція со всѣми ихъ ужасными послѣдствіями, что такъ часты различныя преступления противъ нравственности. При существующихъ условіяхъ эти явленія нужно признавать естественными, законными, какъ слѣдствія извѣстныхъ причинъ. Спокойная, здоровая, разумная и честная жизнь для современнаго человѣка является необычной, чуждой: мы теперь стали жить слишкомъ ненормально, слишкомъ неровно и возбужденно—и въ этомъ лихорадочномъ существованіи губимъ себя и свое потомство.

При этомъ случаѣ я особенно хотѣлъ бы подчеркнуть то обстоятельство, что въ настоящее время мы не должны смотреть на преступленіе, какъ на нѣчто неизбѣжное, роковое или же какъ на проявленіе „злой воли“ человѣка, какъ говорятъ старые юристы. Преступленіе, какъ общественное зло, имѣетъ свои причины, которыя прежде всего кроются въ личности самого преступника, въ особенностяхъ его организаціи и затѣмъ въ тѣхъ условіяхъ, которыя его окружаютъ. Задача науки открыть эти причины, изучить эти условія. Въ этомъ отношеніи новое направленіе въ наукѣ уголовного права обѣщаетъ дать самые плодотворные результаты. Новая школа антропологовъ-позитивистовъ видитъ въ преступленіи „результатъ взаимодѣйствія особенностей сложившейся психо-физической организаціи или натуры преступника, лежащей въ основѣ его характера, и особенностей внѣшнихъ воздѣйствій. Антропологическая школа рассматриваетъ преступника, какъ несчастную, порочную, неуравновѣшенную,

оскудѣлую, недостаточную и неприспособленную организацію, которая въ силу этого не можетъ при данныхъ неблагопріятныхъ условіяхъ бороться за свое существованіе въ установленныхъ легальныхъ формахъ“¹⁾).

Установивши такую точку зрѣнія, криминальная антропология встала на твердую почву и избрала вѣрный путь для своихъ дальнѣйшихъ изслѣдованій. Только всестороннее изученіе „преступнаго человѣка“ съ помощью естественно-научныхъ методовъ изслѣдованія дастъ возможность выяснить то многое, что съ психологической точки зрѣнія представляется темнымъ и загадочнымъ и что становится яснымъ и понятнымъ съ точки зрѣнія биологической. Только путемъ такихъ изслѣдованій удастся вполне оцѣнить всю важность и значеніе тѣхъ факторовъ преступности, которые относятся къ личности самого преступника, какъ субъекта, отмѣченнаго печатью тяжелой наследственности и обладающаго такими признаками умственного, нравственнаго и физическаго вырожденія, причудливое сочетаніе которыхъ создаетъ столь разнообразныя психо-физическіе типы—отъ жалкаго ідіота до великаго генія, отъ невинной эксцентричности до тяжелаго сумасшествія, отъ святой добродѣтели до жестокаго преступленія.

Я не буду сейчасъ останавливаться на вопросѣ о томъ, какъ часто самыя звѣрскія преступленія совершаются подъ вліяніемъ бредовыхъ идей и галлюцинацій помѣшанныхъ. Я хочу только обратить здѣсь вниманіе на то, что существуютъ такія личности, которыхъ, строго говоря, нельзя считать сумасшедшими, которыя не бредятъ и не галлюцинируютъ, сознаніе которыхъ ясно, сужденія послѣдовательны и логичны, но поступки которыхъ совершенно не отвѣчаютъ ихъ видимому психическому здоровью, рѣзко расходятся съ ихъ взглядами и убѣжденіями и носятъ очень часто преступный характеръ. Такіе субъекты совершаютъ преступленія подъ вліяніемъ насильственныхъ влеченій или вслѣдствіе притупленія, а подчасъ даже полного отсутствія у нихъ нравственныхъ чувствъ.

¹⁾ Д. Дриль. Психо-физическіе типы. Москва, 1890.

Поясню свою мысль нѣсколькими примѣрами, заимствованными изъ психіатрическихъ наблюденій, хорошо прослѣженныхъ и точно установленныхъ. Маудсли ¹⁾ рассказываетъ объ одной горничной, жившей въ домѣ барона Гумбольдта, у которой при видѣ бѣлаго тѣла раздѣтаго ребенка являлась неотвязная мысль, страстное желаніе, неодолимое влеченіе зарѣзать его. Она страшилась этой мысли, чувствовала всю силу этой навязчивой идеи и, боясь, что когда нибудь не совладаетъ съ собою, просила отказать ей отъ мѣста. Другой примѣръ. Одного извѣстнаго химика и поэта упорно преслѣдовала мысль объ убійствѣ; подѣ вліаніемъ этого непреодолимаго влеченія къ страшному злодѣянію, измученный въ борьбѣ съ неотвязной мыслью, онъ часто, сознавая свое безсиліе, бросался къ подножью алтаря и на колѣняхъ молилъ Бога спасти его отъ страшнаго искушенія, которое онъ не могъ себѣ ничѣмъ объяснить. Обыкновенно, когда онъ чувствовалъ наступленіе такого припадка, онъ требовалъ, чтобы ему связывали руки. Еще примѣръ. Проф. Чижъ ²⁾ описываетъ одного студента-медика, рано начавшаго злоупотреблять спиртными напитками, который всегда испытывалъ сильное наслажденіе при видѣ огня и пожара; подѣ вліаніемъ безумнаго влеченія онъ въ теченіе трехъ мѣсяцевъ сдѣлалъ до десяти поджоговъ.

Психіатрамъ приходится часто встрѣчаться съ такими патологическими явленіями. Подобные случаи представляютъ большой интересъ съ психологической точки зрѣнія и заслуживаютъ особеннаго вниманія въ практическомъ отношеніи. Несомнѣнно, что такихъ лицъ нельзя назвать сумасшедшими въ общепринятомъ смыслѣ слова, но они не могутъ быть также поставлены и въ ряды здоровыхъ людей. Это обыкновенно субъекты предрасположенные къ душевнымъ заболѣваніямъ, отмѣченные печатью тяжелой наслѣдственности, дегенеранты, люди съ разстроеннымъ душевнымъ динамизмомъ.

¹⁾ Maudsley. L. c.

²⁾ Вѣстн. суд. мед. 1887.

Болѣзненные влеченія у такихъ лицъ органически связаны съ ихъ нестойкой психо-нервной организаціей, съ ихъ психопатической конституціей. Поступки, совершаемые подъ вліяніемъ такихъ неудержимыхъ влеченій, носятъ произвольный характеръ и извѣстны подъ именемъ импульсивныхъ.

Психіатрамъ давно извѣстны различные виды подобныхъ насильственныхъ представленій, какъ-то: влеченіе къ убійству и самоубійству, къ поджогамъ, къ кражамъ, къ алкогольному злоупотребленію, къ безнравственнымъ дѣйствіямъ. Очень часто эти болѣзненные побужденія влекутъ за собою ужасныя послѣдствія, страшныя преступленія, которыя однако не могутъ быть вмѣнены въ вину совершившимъ ихъ, такъ какъ они обусловлены несомнѣнно болѣзненнымъ состояніемъ. Какъ бываютъ произвольныя мышечныя сокращенія при болѣзненномъ состояніи двигательныхъ мозговыхъ центровъ, (напр. пляска св. Витта, которую старые авторы называли мышечнымъ помѣшательствомъ), такимъ же образомъ слѣдуетъ допустить разстроенное состояніе высшихъ психическихъ центровъ, которое вызываетъ неправильное теченіе представленій, какъ бы „судорожную умственную дѣятельность“, выражающуюся въ импульсивныхъ побужденіяхъ, въ насильственныхъ влеченіяхъ.

Подобные случаи указываютъ на то, что „между преступленіемъ и помѣшательствомъ,—какъ выражается Маудсли,—лежитъ пограничная область, въ которой мы съ одной стороны находимъ небольшую долю помѣшательства рядомъ съ значительнымъ процентомъ преступления, а съ другой — небольшую примѣсь преступления къ значительной мѣрѣ помѣшательства“. Такие случаи совершенно оправдываютъ то положеніе, что преступленіе, совершаемоеотягченными наслѣдственностью субъектами, „есть родъ выхода для болѣзненныхъ стремленій; если бы они не были преступниками, они бы сошли съ ума, и если они не сходятъ съ ума, то только потому, что становятся преступниками“¹⁾.

¹⁾ Маудсли. Л. с.

Большое значеніе въ судебно-медицинскомъ отношеніи имѣютъ также тѣ преступленія, которыя совершаются подъ вліяніемъ патологическаго аффекта, въ припадкѣ умоизступленія. Юристы долго не признавали того факта, какимъ образомъ у людей, обыкновенно не обнаруживающихъ никакихъ ясныхъ признаковъ душевнаго разстройства, по временамъ могутъ наступать такія состоянія полнаго, но скоро преходящаго безпамятства, когда они совершенно неспособны отдавать отчетъ въ своихъ поступкахъ, не понимаютъ совершаемаго и потому не должны отвѣчать передъ судомъ за свои преступныя дѣйствія. Хотя психіатрическія наблюденія вполне установили эту возможность и указали на тѣ условія, при которыхъ могутъ наступать подобныя состоянія у субъектовъ предрасположенныхъ и у дегенерантовъ, тѣмъ не менѣе и по настоящее время еще въ судебной практикѣ можно встрѣтить не мало случаевъ осужденія такихъ лицъ, которыя по всей справедливости подлежатъ вѣдѣнію медицины, а не вѣдѣнію суда. Какъ примѣръ, я могу привести очень правдивый рассказъ арестанта о своемъ преступленіи, записанный нашимъ даровитымъ сатирикомъ Щедринымъ-Салтыковымъ ¹⁾ и помѣщенный въ его „Губернскихъ очеркахъ“. Рассказываетъ арестантъ, убившій изъ ревности предметъ своей страсти и уже кончающій срокъ своего наказанія. Вотъ его безхитростный рассказъ: „...Дразнила она меня такимъ манеромъ долго, и все я себя перемогалъ; однако Богъ попуталъ. Узналъ я какъ-то, что Параня въ лѣсъ по грибы идетъ. Пошелъ и я, а за поясомъ у меня топоръ: не то, чтобы у меня въ то время намѣреніе какое было, а просто потому, что мужику безъ топора быть нельзя. Встрѣтился я съ ней, а она опять надо мной посмѣивалась: „что, говоритъ, знать въ лѣсу тоску разогнать пришелъ“.—Богъ свидѣтель, баринъ, не чуюлъ я въ эту пору и самъ, что дѣлаю; не знаю и теперь. Помню только, что выхватилъ я топоръ изъ-за пояса и билъ имъ, куда по-

¹⁾ М. Е. Салтыковъ (Щедринъ). Въ острогѣ. Посѣщеніе первое.

пало, билъ дотолѣ, доколѣ самъ съ ногъ не свалился. Потемнѣло у меня въ глазахъ и вся кровь въ голову такъ и хлынула! Однако, я тутъ уснулъ и спалъ этакъ съ полсутки. Только выпавшись и увидѣвши подлѣ себя Парашку ужъ мертвую, я будто очнулся и началъ тутъ припоминать все, какъ было. Сначала я было испугался и хотѣлъ бѣжать, а потомъ махнулъ рукой на все и объявился становому "... — „Что-жъ, продолжалъ арестантъ свой рассказъ,—виноватъ я; правда, что виноватъ. А коли по правдѣ-то разсудить, такъ вѣдь истинно я не въ своемъ разумѣ тогда былъ... Всякому вѣдомо, что я въ жизнь никого не обидѣлъ, стало быть—не разбойникъ и не душегубецъ былъ. Однако вотъ я въ тюрьмѣ; да и то, видишь, еще мало, потому, говорятъ, у тебя на душѣ убийство. Оно, конечно, убийство, да вѣдь надо его сообразить—убийство-то! Мнѣ не то обидно, что меня ушлютъ—миръ звездъ великъ, а то вотъ, что всякъ тебя убійцей зоветъ. Другой, сударь, сызмальства воръ, всю жизнь по чужимъ карманамъ лазилъ, а и тотъ нарываетъ въ глаза тебѣ наплевать: я, дескать, только воръ, а ты убійца!“...

Въ этомъ простомъ разсказѣ очень вѣрно изображено состояніе патологическаго афекта,—настолько вѣрно, что лучшаго описанія трудно найти въ любомъ учебникѣ психіатріи.

Изъ приведенныхъ фактовъ видно, между прочимъ, насколько необходимо современнымъ образованнымъ юристамъ-практикамъ знакомство съ основами психопатологіи. Если бы наши судьи также хорошо знали различныя болѣзненные проявленія душевной дѣятельности человѣка, какъ они хорошо знаютъ законы, и если бы они приложили столько-же старанія къ основательному изученію патологіи души, сколько они прилагаютъ его къ легко усвоиваемому и болѣе доступному штудированію Уложенія о наказаніяхъ, тогда бы они навѣрное менѣе осуждали, а болѣе миловали. Прошло то время, когда на всякаго преступника смотрѣли исключительно какъ на порочную натуру, какъ на гангренозный членъ общества, который нужно только ампутировать. Не возвратятся больше

тѣ времена, когда юристы при отправленіи правосудія имѣли въ виду только преступленіе и старались подвести его подъ ту или другую статью закона. Теперь изучаютъ главнымъ образомъ самого преступника и тѣ соціальныя условія, которыя его формируютъ. Поэтому, юристу сейчасъ больше, чѣмъ кому либо, необходимо изучать человѣка въ его здоровомъ и больномъ состояніи, необходимо знакомиться съ основами положительнаго знанія. Только при этомъ условіи онъ можетъ выработать себѣ правильный взглядъ на природу преступленія и уяснить смыслъ и значеніе наказанія.

Хочется вѣрить, что недалеко то время, когда мы кореннымъ образомъ измѣнимъ свои отношенія къ нѣкоторымъ категоріямъ преступниковъ и будемъ обращаться съ ними такъ же гуманно, какъ обращаемся теперь съ душевно-больными. Такъ думать позволяютъ намъ тѣ гуманныя направленія, которыя господствуютъ теперь въ современной наукѣ. Не будемъ забывать при этомъ, что „утопическая мысль одного вѣка нерѣдко становится обыденнымъ понятіемъ слѣдующаго“.

Мнѣ кажется, Мм. Гг., что я уже достаточно привелъ теоретическихъ соображеній и примѣровъ въ подкрѣпленіе тѣхъ положеній, которыя хотѣлъ установить, и для уясненія той основной мысли, которую намѣренъ былъ провести въ настоящей бесѣдѣ. Я старался прежде всего обратить вниманіе на то, что гениальность вовсе не есть такая необъяснимая способность, какъ объ этомъ обыкновенно привыкли думать. Геній, подобно душевной болѣзни, можетъ явиться продуктомъ сложныхъ вліяній наслѣдственности. Правда, мы не знаемъ тѣхъ тонкихъ психическихъ процессовъ, которые лежатъ въ основѣ дѣятельности генія, какъ не знаемъ вообще сущности нашей душевной дѣятельности, но мы все-же можемъ хорошо изучить ту почву, на которой появляются геніи, и тѣ условія, при которыхъ они проявляютъ свое творчество. Анализъ психической жизни геніевъ приводитъ насъ къ заключенію, что они нерѣдко отличаются умственной неустойчивостью, психической неуравновѣшенностью, что на ряду съ мощной силой

ума они проявляютъ слабость воли и недостатокъ нравственныхъ чувствъ, чѣмъ и объясняется цѣлый рядъ странностей, эксцентричностей и противорѣчій, наблюдающихся у великихъ людей. Однако на основаніи этихъ признаковъ можно только нѣкоторымъ образомъ сближать геніальность съ душевнымъ разстройствомъ, но не отождествлять ихъ. Если справедливо замѣчаніе, что „сумасшествію предназначено доставить драгоценные элементы возвышеннымъ изслѣдованіямъ экспериментальной психологіи“¹⁾, то съ этой точки зрѣнія также вѣрно будетъ отчасти и то, что геній представляетъ собою въ известномъ смыслѣ „психологическій экспериментъ“, благодаря которому мы получаемъ возможность наблюдать высшія проявления человѣческаго духа и такимъ образомъ лучше уяснить себѣ и изучить природу психической дѣятельности вообще.

Мм. Гг.! Вопросъ, затронутый мною въ настоящей лекціи, слишкомъ обширенъ и сложенъ, чтобы его можно было исчерпать всецѣло и разобрать всесторонне въ одной часовой бесѣдѣ. Поэтому я ограничиваюсь выше изложеннымъ, помня хорошо правило, что „тайна наводитъ скуку“ заключается въ стремленіи сказать рѣшительно все“.

Въ заключеніе только еще два слова. Общество часто возмущается тѣмъ, что „наука считаетъ себя въ правѣ измѣрить частицу сумасшествія, могущую быть примѣшанной, напр., къ мудрости Сократа или къ генію Паскаля“, и упрекаетъ за это изслѣдователей, которые такимъ путемъ какъ будто умаляютъ значеніе великихъ людей. Упрекъ совершенно незаслуженный. Задача науки—открывать естественные законы природы. Въ виду этого весьма понятно, почему ученые такъ усиленно стараются изучить психо-физиологію генія и такимъ образомъ дать естественное объясненіе тому „таинственному дару“, которымъ награждаетъ природа своихъ рѣдкихъ и счастливыхъ избранниковъ.

¹⁾ Dr. Tebaldi. Ragione e pazzia. Цит. по Д. Дрилю: Преступность и преступники. Уголовно-психологическіе этюды. Спб. 1895.

Никто не может сомнѣваться въ томъ, что душевныя болѣзни, какъ таковыя, представляютъ собою величайшее несчастье для человѣка. Но этого никакъ нельзя сказать по отношенію къ легкимъ нарушеніямъ душевной дѣятельности. Такія слабыя уклоненія имѣютъ иногда особенное значеніе и при томъ настолько отличное, что „маленькая крупинка сумасшествія составляетъ для нѣкоторыхъ умовъ ихъ благородный признакъ“... „Это въ такой мѣрѣ правильно,—говоритъ Cullerre ¹⁾,—что позволяетъ безъ особенной гиперболы сказать, что въ тотъ моментъ, когда въ мірѣ исчезнутъ полусумасшедшіе, цивилизованный міръ погибнетъ—не вслѣдствіе избытка мудрости, а отъ излишка посредственности“.

Я позволяю себѣ утверждать, что въ этомъ замѣчаніи есть большая доля правды.



¹⁾ Д-ръ А. Cullerre. *Les frontieres de la folie.*—Рус. пер. Харьковъ, 1889.