

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

проф. В. М. Бехтерева, проф. Н. М. Попова, проф. Н. А. Миславскаго и
(С.-Петербургъ), (Одесса), (Казань)

проф. В. П. Осипова.
(Казань).

Томъ XVIII, вып. 3.

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

В. Н. Образцовъ. Къ вопросу объ апраксіи.

Н. И. Старокоплицкій. Къ вопросу о локализациі и патогенезѣ атетозныхъ движеній (случай геміатоза съ эпилепсіей).

Н. М. Поповъ. Современная эпидемія школьныхъ самоубійствъ въ Россіи.

Е. Н. Архангельская. Примѣненіе остеопластической краніотоміи въ двухъ случаяхъ парціальной эпилепсіи.

В. И. Рудневъ. О галлюцинаціяхъ и псевдогаллюцинаціяхъ.

И. Д. Баклушинскій. Сохраненіе мозговъ по видоизмѣненному способу Kaiserling'a.

В. П. Первушинъ. Къ ученію о міопатіи (прогрессирующая мышечная дистрофія со сведеніями мускулатуры).

Рефераты.

Хроника и смѣсь.

Лѣтопись 0-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

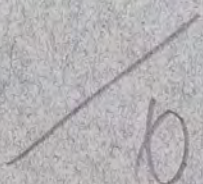
Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическаго Вѣстника.

Объявленія.

К а з а н ь.

Тино-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1911.



ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Стр.

В. Н. Образцовъ. Къ вопросу объ апраксіи	535.
Н. И. Старокоплицкій Къ ученію о локализаци и патогенезѣ атетозныхъ движеній (случай геміатетоза съ эпилепсіей)	567.
Н. М. Поповъ. Современная эпидемія школьныхъ самоубійствъ въ Россіи	592.
Е. Н. Архангельская Примѣненіе остеопластической краніото- міи въ двухъ случаяхъ парціальной эпилепсіи	647.
В. И. Рудневъ. О галлюцинаціяхъ и псевдогаллюцинаціяхъ	667.
И. Д. Баклушинскій. Сохраненіе мозговъ по видоизмѣненному способу Kaiserling'a	715.
В. П. Первухинъ. Къ ученію о міопатіи (прогрессирующая мн- шечная дистрофія со свѣденіями мускулатуры)	719.

РЕФЕРАТЫ.

Нервные болѣзни. К. Weiler. Изслѣдованія колѣннаго реф- лекса у людей. 749.—J. Pfahl. Графическое изображеніе двига- тельныхъ процессовъ, особенно при колѣнныхъ рефlekсахъ. 750.—Пси- хиатрія. А. Kronfeld. Къ вопросу объ изученіи Вассермановской реак- ціи и ея распознавательномъ значеніи въ психіатріи. 751.—Терапія. H. Schnitzer. Къ современному положенію вопроса о леченіи эпилеп- сіи. 752.—A. Sézary. Леченіе парасифилитическихъ нервныхъ заболѣ- ваній. 753.—Г. И. Маркеловъ. Органотерапія нервныхъ заболѣва- ній. 755.—Рецензія. Прив.-доц. А. Н. Бернштейнъ. Клиническіе приѣ- мы психологическаго изслѣдованія душевно-больныхъ	756.
--	------

Изъ клиники нервныхъ болѣзней проф. Н. М. Попова въ Одессѣ.

Къ вопросу объ „апраксіи“.

В. Н. ОБРАЗЦОВА,

прив.-доцента Новороссійскаго Университета.

Въ вопросѣ о мозговыхъ локализаціяхъ особенно привлекаютъ вниманіе невропатолога тѣ центры, дѣятельность которыхъ вызываетъ комплексы мышечныхъ движеній направленныхъ къ выполненію цѣлесообразныхъ дѣйствій. Такимъ идеальнымъ типомъ цѣлесообразнаго движенія можетъ служить членораздѣльная рѣчь. И дѣйствительно, съ тѣхъ поръ какъ *Broca*, *Wernicke*, *Kussmaul*, *Charchot*, *Lichtheim* и др.^{1 и 2}) построили схемы, объясняющія процессы рѣчи и ея разстройствъ, многое въ невропатологіи сдѣлалось яснѣе и опредѣленнѣе. Однако вопросъ объ афазіи далеко еще не исчерпанъ; онъ является источникомъ новыхъ теорій, новыхъ гипотезъ, путемъ которыхъ есть желаніе расширить указанныя схемы за предѣлы ихъ прямого назначенія. Таковы напр., теоріи децентрализаціи *Bastian'a* ³), *Freud'a* ⁴), *Monakow'a* ⁵), и наконецъ *P. Marie* ⁶).

„Движеніе“, какъ фізіологическій терминъ, въ обширномъ смыслѣ этого слова, обнимаетъ собою все то, чѣмъ проявляется себя организованная матерія во всѣхъ сферахъ своего существованія и фізическаго и духовнаго. Но по сравненію съ большимъ значеніемъ этого слова въ фізіологіи



сдѣлано очень мало для точнаго выясненія скрытаго механизма, путемъ котораго движеніе можетъ явиться выразителемъ нашихъ намѣреній, желаній, стремленій, поступковъ, эмоцій и т. п.

Завѣсу таинственности между физической и духовной сторонами нашего организма и пытается поднять ученіе объ апраксіи въ современномъ его значеніи.

Мы позволимъ себѣ остановиться, хотя бы на основныхъ положеніяхъ этого ученія прежде, чѣмъ вѣнемся имѣющемуся въ нашемъ распоряженіи клиническаго случая.

Небольшая историческая справка подтверждаетъ высказанную мысль о близости ученій объ афазіи и апраксіи.

Еще *Griesinger* былъ знакомъ съ тѣмъ, что афазии иногда неправильно выполняютъ цѣлевые движенія, но не давалъ этому соответствующаго толкованія, скорѣе склоняясь къ мнѣнію *Gudden'a* и *Kussmaul'a*, что у афазиковъ наблюдается способность смѣшивать различныя понятія. *Finkelnburg* указалъ, что на ряду съ афазіей встрѣчается утрата пониманія и другихъ условныхъ знаковъ, напр., монетъ, нотъ и называлъ этотъ симптомъ—„асимболія“, включая сюда же симптомъ, когда больной терялъ способность цѣлесообразно выполнять свои движенія. *Wernicke* термину „асимболія“ придалъ уже специальное значеніе при расстройствахъ узнаванія, чему *Freud* далъ названіе—„агнозія“. Этотъ послѣдній терминъ *Kussmaul*, *Starr* и *Pick* замѣнили названіемъ „апраксія“ для обозначенія тѣхъ расстройствъ, когда больной неправильно употреблялъ предметы, однако полагали, что правильное употребленіе зависитъ отъ неузнаванія самого предмета. *Meynert* ближе подошелъ къ современной точки зрѣнія, раздѣляя апраксію на сенсорный и моторный типъ, указывая, что при послѣднемъ расстройство происходитъ отъ того, что больной утералъ способность возстановлять въ памяти двигательный образъ самого движенія.

Но началомъ развитія ученія объ апраксіи нужно считать 1900 годъ, когда *Liermann* ⁷⁾ опубликовалъ свой случай правосторонней апраксіи и тѣмъ уничтожилъ всякую мысль о томъ, что причиной апраксіи можетъ быть неузнаваніе.

Почти одновременно появилось изслѣдованіе проф. *В. М. Бехтерева* ⁸⁾, затѣмъ *Pick'a* ⁹⁾, *Kleist'a* ¹⁰⁾ и др. и въ настоящее время можно считать уже установленнымъ, что подъ апраксіей слѣдуетъ понимать „утрату или расстройство способности пользоваться своими движеніями при сохраненной подвижности мышцъ, при отсутствіи расстройствъ координаціи или произвольныхъ движеній.

Проф. *В. М. Бехтеревъ* апраксіей называетъ такое состояніе, „когда, несмотря на отсутствіе паралитическихъ явленій, цѣль дѣйствія нарушается и оно или замѣняется другимъ актомъ двигательнаго характера или же вовсе не выполняется“.

Онъ относитъ сюда слѣдующіе случаи, принадлежащіе къ таѣмъ наз. „идеаторной“ формѣ апраксіи. Напримѣръ:

1) Пациентъ долженъ зажечь свѣчу. Онъ подноситъ къ свѣчѣ спичку, но даетъ ей сгорѣть совсѣмъ или въ концѣ концовъ тушить. Это,—простая утрата представленія о цѣли.

2) Пациентъ чиститъ зубной щеткой усы. Здѣсь движеніе вмѣсто того, чтобы опредѣлиться понятіемъ зубной щетки опредѣляется ближайшимъ понятіемъ щетки для усовъ.

3) Пациентъ долженъ зажечь сигару. Онъ ее узнаетъ,—открываетъ спичечницу, тычетъ въ нее какъ будто считаетъ ее за инструментъ для обрѣзыванія сигаръ; послѣ этого онъ третъ по боковой поверхности спичечницы, какъ будто хочетъ зажечь спичку. Здѣсь дѣло идетъ о смѣшеніи отдѣльных частей сложнаго, но соединеннаго комплекса дѣйствій.

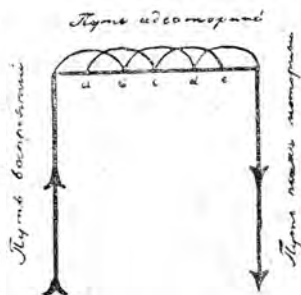
4) Пациентъ чиститъ сапожной щеткой эскорірованное мѣсто руки или, узнавая банку съ ваксой, когда ему предлагаютъ вычистить башмакъ, беретъ послѣдній и начинаетъ чистить по своей туфлѣ башмакомъ. Здѣсь эстетіонное пред-

ставленіе получаетъ перевѣсъ надъ требуемымъ дѣйствіемъ; причиной служитъ тяжелое нарушеніе вниманія.

Приведенные примѣры относятся къ идеаторной апраксії, въ отличіе отъ которой существуетъ двигательная, имѣющая свои признаки.

Чтобы понять ихъ основное различіе мы позволимъ себѣ остановиться нѣсколько подробнѣе, на тѣхъ схемахъ, которыя существуютъ для объясненія этого интереснаго явленія. Въ основу можетъ быть положена схема *Wernicke*. Этой же схемой пользовались, значительно ее усложнивъ, изучающіе апраксію *Liermann*, *Pick*, *Кроль* ¹¹⁾ и др.

Фиг. 1.



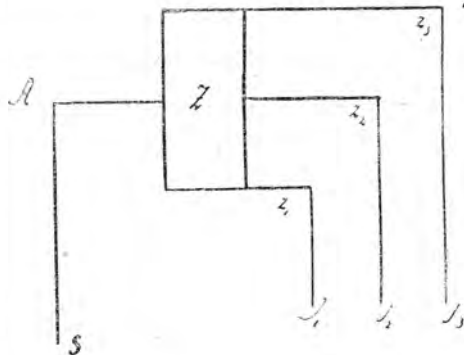
Каждый двигательный произвольный актъ складывается изъ сознанія цѣли и способа ея достиженія. Если мы встрѣчаемъ своего знакомаго и протягиваемъ ему руку, то прежде всего мы его замѣчаемъ, т. е. образъ нашего знакомаго воспринимается зрительнымъ центромъ и въ нашемъ сознаніи является представленіе о знакомомъ. Это представленіе служитъ началомъ новаго ряда представленій, ассоціативно-связанныхъ, результатомъ чего является наше намѣреніе поздороваться. Далѣе психическій процессъ подъ вліяніемъ нашего рѣшенія переходитъ въ актъ двигательнаго характера,—протягиваніе руки, пожиманіе и проч. необходимыя для того движенія (фиг. 1).

Указанный простой примѣръ можетъ быть, конечно, значительно сложнѣе, благодаря сложности процессовъ въ пути воспрятій, въ пути идеации или психомоторномъ, но схема остается одной и той же; усложняется не качественная, но количественная сторона, точнѣе,—въ составъ ея входитъ то большее, то меньшее количество отдѣльных комплексовъ, свя-

занныхъ общимъ намѣреніемъ и направленныхъ къ опредѣленной цѣли.

Такимъ образомъ, каждый изъ актовъ, опредѣляющихъ конечную цѣль нашего намѣренія состоитъ изъ ряда другихъ двигательныхъ актовъ, возможныхъ въ отдѣльности, но не ведущихъ еще къ назначенной въ данномъ случаѣ конечной цѣли. Для того же, чтобы цѣль была достигнута требуется выполненіе ихъ и въ опредѣленномъ порядкѣ и во взаимномъ отношеніи, т. е. наличность двигательныхъ въ собственномъ смыслѣ представленій обуславливаетъ правильность получаемыхъ результатовъ.

Фиг. 2.



Чтобы выразить только что сказанное схематически, *Liermann* слѣдующимъ образомъ развѣтываетъ схему *Wernicke*. „S“—актъ нашихъ воспріятій, „A“—основное представление (*Ausgangsvorstellung*), „Z“—представленіе цѣли дѣйствія (*zweckmässig*). Это послѣднее общее цѣлевое представленіе и состоитъ въ свою очередь изъ цѣлаго ряда частныхъ представленій ($z_1—z_2—z_3$) и каждому изъ нихъ соотвѣтствуетъ опредѣленный иннерваціонный путь ($J_1—J_2—J_3$).

Однако при попыткахъ приложить указанную схему въ клиническимъ случаямъ апраксіи и смежныхъ съ нею явленій приходится ввести въ нее еще новыя понятія. Эта схема

Если мы имѣемъ пораженіе (2) въ томъ мѣстѣ головного мозга, гдѣ проходятъ пути отъ корковыхъ центровъ воспріятій къ областямъ, гдѣ надлежитъ совершаться процессамъ идентификаціи, то мы воспринимаемъ, но не узнаемъ видимого, слышаемого, осязаемого и т. д. Это именно то, что входитъ въ группу агнозій — какова душевная слѣпоты, словесная глухота и пр.

Третій видъ разстройствъ (3) возможенъ тогда, когда пораженіе захватываетъ область между „А“ и „Z“, т. е. основное представленіе вырабатывается, но цѣлевое не можетъ быть воспроизведено потому, что прерванъ путь ассоціативныхъ комбинацій. Сюда относятся психическія разстройства съ нарушеніемъ ассоціативной дѣятельности (сравн. схему 1).

Далѣе, нарушеніе психомоторнаго процесса можетъ наступить тамъ, гдѣ вырабатывается двигательная формула движенія. Больной знаетъ, что ему слѣдуетъ сдѣлать, т. е. представленіе цѣли у него существуетъ, но онъ не знаетъ *какъ* это нужно сдѣлать, ибо двигательная формула, какъ таковая не слагается и больной вмѣсто того, чтобы сдѣлать одно, дѣлаетъ другое или совсѣмъ ничего не дѣлаетъ. Это будетъ „идеаторная апраксія“.

Пятый (5) случай представляетъ „моторную апраксію“. Разстройство движенія здѣсь происходитъ потому, что разстраивается связь двигательнаго представленія съ двигательной центральной иннервацией. Нужно представлять себѣ дѣло такимъ образомъ. У больного существуетъ воспріятіе, онъ вырабатываетъ основное представленіе, у него есть представленіе цѣли, далѣе имъ выработана двигательная формула, но когда онъ пытается соединить эту формулу съ иннервационной областью, то оказывается, что дѣйствіе совершается не таковымъ, на которое онъ рассчитывалъ. При чисто моторной апраксии должно быть совершенно исключено явленіе агнозій, должна существовать цѣлость оптическихъ и кинѣстическихъ

образовъ; лишь при этихъ условіяхъ можно допустить нарушеніе въ области ведущей къ иннерваціонной.

Шестой случай (6) нарушенія допустимъ тогда, когда страдаетъ область самихъ кинѣстетическихъ воспріятій; это т. наз. „душевный параличъ“ (Bruns, Bleuer).

Въ седьмыхъ (7) мы имѣемъ обыкновенный центральный параличъ.

И, наконецъ, въ восьмыхъ (8) — „атаксія“, когда поражается периферическій аппаратъ, несущій къ нашему сознанию кинѣстетическія ощущенія.

Если мы примемъ во вниманіе цѣли, къ которымъ стремится только что представленная схема, то согласимся, что ученіе объ апраксіи дѣлаетъ смѣлую попытку многое въ невропатологіи включить въ свою программу. Въ самомъ дѣлѣ, съ точки зрѣнія схемы будетъ совершенно безразлично чѣмъ и какъ будетъ проявлено растройство движенія: рѣчью, выразительнымъ знакомъ, замѣняющимъ рѣчь, мимическимъ выраженіемъ лица, пластическимъ движеніемъ нашего тѣла или двигательнымъ актомъ, направленнымъ къ достиженію цѣли, — все это можетъ быть включено въ ученіе объ апраксіи. *Dromard* ¹²⁾, недавно посвятившій свою монографію вопросу о мимикѣ у душевно-больныхъ, рассматриваетъ амимию, парамимию и пр., аномаліи эмотивныхъ движеній, какъ явленія апрактическаго характера.

Ограничившись пока этими замѣчаніями, мы приведемъ клиническое описаніе случая, наблюдавшагося нами въ амбулаторіи клиники нервныхъ болѣзней.

Больная А. Л. Д., 32 лѣтъ, замужняя, православная, русская, неграмотная, занимается домашнимъ хозяйствомъ, живетъ вмѣстѣ со своимъ мужемъ въ Одессѣ всего 2 года.

Анамнестическія свѣдѣнія получены отъ самой больной, но тщательно провѣрены со словъ ея мужа.

Отецъ, по словамъ больной, человѣкъ здоровый; въ настоящее время имѣетъ около 60 лѣтъ отъ роду; съ моло-

дыхъ лѣтъ пьетъ водку, временами напивается и допьяна. Мать жива, обладаетъ удовлетворительнымъ здоровьемъ. Дѣдъ со стороны отца былъ человѣкомъ здоровымъ, умеръ 70-ти лѣтъ. Дѣда по матери больная не помнитъ. Бабка съ отцовской стороны страдала какими-то припадками съ потерей сознанія, со стороны матери бабушка умерла и незадолго до смерти проявляла признаки душевнаго расстройства. Братъ и сестра отца и матери здоровы.

Кромѣ больной въ семьѣ ея родителей было 10 ч. дѣтей; въ живыхъ одна сестра и 6 братьевъ. Одинъ изъ братьевъ въ дѣтствѣ страдалъ ночнымъ недержаніемъ мочи и по ночамъ „ходилъ“; у матери былъ 1 выкидышъ и одни роды произошли близнецами.

Больная родилась въ срокъ, по счету второй, въ то время, когда отцу было 30, а матери 20 лѣтъ; беременность ея протекала правильно. Свое дѣтство и юность провела въ деревнѣ, занимаясь хозяйствомъ; перенесла еще въ дѣтствѣ какое-то инфекціонное заболѣваніе, не оставившее никакихъ послѣдствій. Характеромъ всегда обладала веселымъ и, по словамъ мужа, знавшаго ея съ дѣтства, была очень смѣшленной дѣвушкой. 16 лѣтъ она вышла замужъ и только спустя годъ начала менструировать. У больной всего было 5 беременностей, но въ живыхъ только одинъ сынъ. Первая беременность наступила на 19-мъ году,—ребенокъ умеръ отъ недостаточнаго ухода. Второй родился въ срокъ, живъ сейчасъ и здоровъ. Третій родился доношеннымъ, но мертвымъ; четвертый и пятый умирали въ первые мѣсяцы отъ дѣтскихъ поносовъ.

Мужъ больной категорически отрицаетъ у себя лues; физически онъ совершенно здоровъ, очень хорошаго тѣлосложенія и питанія.

Начало заболѣванія совпадаетъ съ восьмымъ мѣсяцемъ первой беременности. По словамъ мужа, днемъ больная почувствовала упорную головную боль, тошноту и головокруженіе, а ночью съ ней случился припадокъ, сопровождавшійся потерей сознанія и судорогами; такихъ припадковъ въ теченіе сутокъ было очень много, одинъ смѣнялся другимъ и сознаніе между ними едва прояснялось. Въ это время больная и произвела на свѣтъ ребенка, родившагося живымъ, но спустя

мѣсяцъ онъ скончался, такъ какъ, въ виду болѣзни матери, за нимъ былъ проявленъ весьма слабый надзоръ и попеченіе.

Послѣ того какъ прекратились припадки, больная не приходила въ полное сознаніе, и въ теченіе приблизительно одной недѣли ничего не видѣла. Зрѣніе возстановилось, но лишь мало по малу она начала ориентироваться въ окружающей обстановкѣ. Въ чемъ собственно проявлялась спутанность сознанія довольно трудно возстановить даже по рассказамъ ея мужа, но есть основаніе думать, что неспособность ориентироваться въ окружающемъ и была причиной этой спутанности. Сначала больная неправильно отвѣчала на вопросы, но потомъ давала правильные отвѣты, оставаясь однако „странной“, не знала напр., „что надо дѣлать“, „куда что положить, гдѣ и что поставить“ и т. д. Ранѣе она была очень не дурной руководящей, а послѣ болѣзни потеряла способность шить и вышивать, даже тогда, когда ей укажутъ, какъ это надо сдѣлать. Но особенно поразилъ окружающихъ слѣдующій фактъ. Послѣ болѣзни больная отправилась въ сосѣднюю деревню къ своей матери, гдѣ она бывала очень часто и дорога куда была ранѣе для нея хорошо знакома. Однако она не попала туда, а очутилась въ сосѣдней деревнѣ. Изъ разспросовъ оказалось, что по пути въ деревню матери дороги расходятся и, дойдя до перепутья, больная не знала, куда слѣдуетъ идти, такъ какъ не могла сообразить, какъ нужно повернуть въ сторону отъ принятаго ею прямого направленія.

Съ тѣхъ поръ больную нельзя было отпускать куда-либо одну, а требовался всегда провожатый, который указывалъ, какое направленіе она должна взять. За 14 лѣтъ болѣзни симптомъ этотъ мало измѣнился къ лучшему,—больная по-прежнему не ориентировается въ окружающей мѣстности.

Въ настоящее время жалобы больной сводятся къ тому, что она, будучи физически здоровымъ человѣкомъ, не можетъ никуда выходить одна, такъ какъ не знаетъ, какъ возвратиться домой, гдѣ она должна повернуть направо, гдѣ налево, какъ войти въ домъ, въ которомъ она живетъ; кромѣ того, она совершенно разучилась совершать ручную работу—шить, вышивать и чувствуетъ, что благодаря всему этому является тяжелой обузой для семьи.

Чтобы подробнѣе изучить особенности указанныхъ симптомовъ, мы подвергли разспросамъ ея мужа, который могъ, конечно, привести намъ цѣлый рядъ фактовъ, указывающихъ, что мы имѣемъ дѣло съ чрезвычайно сложнымъ состояніемъ, со своеобразнымъ нарушеніемъ способности ориентироваться въ пространствахъ.

Такъ, удалось выяснить, что больная можетъ правильно совершать движенія, походка ея нисколько не затруднена, если она совершаетъ движеніе по прямой линіи, но, если ей приходится рѣшать вопросъ, куда слѣдуетъ повернуть направо или налево, то она не въ состояніи рѣшить его, такъ какъ не знаетъ, какъ сдѣлать поворотъ, чтобы вновь идти прямо. Мужъ ея напр., вспоминаетъ, что живя въ Москвѣ, онъ попросилъ однажды жену одну пройти по улицѣ къ назначенной имъ цѣли, объяснивъ предварительно, что сначала она должна идти прямо и, дойдя до перекрестка, свернуть направо или налево, самъ же продолжалъ слѣдить за женою. Она пошла прямо, дошла до мѣста поворота, постояла и вновь двинулась впередъ до тѣхъ поръ, пока не попала въ одинъ изъ московскихъ тупиковъ и остановилась окончательно не зная, что дѣлать дальше. Если ей теперь приходится идти по улицѣ, гдѣ находится ея квартира, то она идетъ прямо до самого дома, но когда подходитъ къ воротамъ, то уже требуется указаніе посторонняго человѣка, если нужно повернуться въ ту или иную сторону, въ противномъ случаѣ она долго будетъ стоять на одномъ мѣстѣ и съ весьма большими затрудненіями рѣшить необходимый шагъ. Въ пространствахъ небольшихъ размѣровъ симптомъ этотъ не выступаетъ столь рѣзко. У себя дома она можетъ ориентироваться относительно сносно, но постоянно путаетъ направление, когда нужно идти, напр. изъ кухни въ ту или другую комнату, хотя ихъ всего двѣ. Если ей нужно, что-либо вынести въ сѣни она несетъ въ противоположномъ направленіи и послѣ долгихъ усилій поправляетъ свою ошибку.

Кромѣ этого она утратила способность производить ручную работу. Она знаетъ что нужно сдѣлать, но не знаетъ, какъ это дѣлается. Такъ во время шитья или вышиванія не умѣетъ закрѣпить узелъ, не знаетъ, какъ провести иглу на другую сторону матеріи; если ей приходится пришить заплату, то она не знаетъ, какъ правильно приладить ее къ

отверстію, а если дать ей розрозненные два куска скроеной матеріи, то она не можетъ сложить и сшить, хотя и знаетъ прекрасно, что изъ этихъ кусковъ должно получиться.

Все это особенно бросается въ глаза, если принять во вниманіе, что до болѣзни она дѣлала вполнѣ правильно и даже больше, такъ какъ, по ея словамъ, имѣла ученицъ, своихъ подругъ, выучивъ ихъ шитью, кройкѣ и различнымъ вышиваніямъ.

Далѣе, въ число болѣзненныхъ явленій мужъ, да и сама больная, включаетъ слѣдующее: она потеряла способность правильно, симметрично и цѣлесообразно размѣщать какіе либо предметы. Если ей приходится приготовить, напримѣръ, чайный столъ, разставивъ посуду, то она сдѣлаетъ это далеко не такъ, какъ принято и какъ она дѣлала раньше,—стаканы поставитъ на мѣстѣ подноса для самовара или въ безпорядкѣ на краю стола и т. п. Благодаря этому она совершенно отказалась производить подобную работу въ присутствіи гостей и всегда поручаетъ дѣлать это или мужу, или кому-либо изъ близкихъ знакомыхъ. Даже, если ей нужно взять стулъ, поставить его къ столу, то стулъ она поставитъ бокомъ такъ, что на немъ неудобно сидѣть. Въ церквѣ, во время службы она часто стоитъ бокомъ къ алтарю и не знаетъ, какъ нужно исправить свое положеніе. Кромѣ всего сказаннаго мужъ добавляетъ, что если по пути больная встрѣчается съ препятствіемъ, напр., канавой, лужей, при чемъ есть возможность обойти это препятствіе, то она приходитъ въ замѣшательство, какъ бы выбираетъ дорогу, но въ концѣ концовъ идетъ впередъ и препятствія не минуетъ.

Вотъ основной характеръ симптомовъ у нашей больной. Сама она не только не отрицаетъ приведеннаго выше, но охотно поясняетъ примѣрами; въ этомъ направленіи ее можно считать даже болтливой,—перебиваетъ мужа, вмѣшиваясь въ бесѣду, однако внимательно слѣдитъ за рассказомъ и не отступаетъ отъ логической послѣдовательности.

Больная была подвергнута тщательному и многократному изслѣдованію, какъ со стороны душевной, такъ и со стороны физической, при чемъ удалось обнаружить, что она

вполнѣ сознательно относится къ своему болѣзненному состоянію. Она понимаетъ, что для окружающихъ является весьма тяжелой обузой, горько плачетъ, сознавая, что не можетъ какъ слѣдуетъ ухаживать за своимъ сыномъ, а мужа заставляетъ краснѣть передъ другими. Сознаніе личности у нея сохранено вполнѣ; она знаетъ, гдѣ находится и кто ее окружаетъ; во времени ориентирована вполнѣ удовлетворительно. Бредовыхъ идей у нея нѣтъ, не было и ранѣе въ теченіе всей ея 14-лѣтней болѣзни. Рѣчь послѣдовательна и логически правильна.

Память прошлаго сохранена удовлетворительно; безъ особеннаго труда она могла сообщить о себѣ анамнестическія свѣдѣнія точно и опредѣленно съ необходимыми подробностями до времени ея заболѣванія; начальный періодъ заболѣванія вспоминается больной съ большимъ трудомъ. По словамъ мужа однако память за послѣднее 14 лѣтъ ухудшилась, хотя онъ не склоненъ отмѣтить прогрессивнаго ухудшенія. Она напр., не рѣдко забываетъ о такихъ вещахъ, которыя казалось бы должна хорошо помнить (приходится ей напоминать, что сегодня день назначенъ для стирки бѣлья и пр. мелочи домашняго хозяйства). Однако дефекты, безъ сомнѣнія существующіе, не обращаютъ на себя особеннаго вниманія окружающихъ и не рѣзко выражены. Въ сферѣ пассивнаго и активнаго вниманія также не наблюдается какихъ-либо рѣзкихъ измѣненій; безъ труда удается поддерживать съ больной довольно продолжительную бесѣду. Соображаетъ больная въ границахъ доступнаго ей пониманія удовлетворительно.

Обращаясь къ характеристикѣ сферы ея чувства, нужно указать, что физическое самочувствіе у нея не нарушено; но, благодаря безпомощности, она не считаетъ себя здоровой; это послѣднее является нерѣдко причиной ея слезъ и удрученнаго настроенія. Больная всегда была человѣкомъ веселымъ и во время болѣзни сохранила эту веселость, однако, говорить мужъ, теперь веселость иная, въ ней какъ бы встрѣчаются слѣды нѣкотораго недомыслія,—шутки не блещутъ остроуміемъ, словоохотливость граничитъ съ назойливостью. Наблюдаются дефекты и въ сферѣ ея моральнаго чувства. Такъ, по словамъ мужа, ея отношеніе къ ребенку заставляетъ желать много лучшаго,—въ этихъ отношеніяхъ нѣтъ теплоты и участія,—все сводится на формальное отношеніе, скорѣе проявляемое

по обычаю, чѣмъ по личной инициативѣ. Отношеніе къ мужу тоже формальное; потребность половой жизни мужъ считаетъ ослабленной.

Въ сферѣ воли приходится отмѣтить пониженіе инициативы, но трудно рѣшить зависитъ ли это отъ основныхъ симптомовъ ея страданія или отъ пониженія интеллекта. Правильнѣе сдѣлать допущеніе, что и то и другое обстоятельство оказываютъ вліяніе на волевую дѣятельность нашей больной.

Такимъ образомъ, на основаніи приведенныхъ данныхъ, мы склонны считать больную за субъекта съ умѣреннымъ пониженіемъ умственныхъ способностей; не можетъ подлежать никакому сомнѣнію, что это пониженіе стоитъ въ прямой связи съ ея болѣзнью, а не является врожденнымъ.

Въ виду своеобразности наблюдаемыхъ у больной симптомовъ, мы старались по возможности приблизиться къ уясненію ихъ путемъ детальныхъ разспросовъ, личнаго наблюденія и опыта.

Первый вопросъ, который намъ представлялось необходимымъ выяснитъ это,—отъ чего происходитъ своеобразное расстройство въ волевыхъ движеніяхъ больной. Можетъ быть зрительныя воспріятія окружающей мѣстности и окружающей обстановки слишкомъ слабо фиксируются въ сознаніи больной, можетъ быть они слишкомъ слабо запоминаются, благодаря чему больная, чувствуя новизну окружающихъ условій, дѣлается неувѣренной, нерѣшительной въ своихъ движеніяхъ и „не знаетъ“, „куда“ нужно идти, чтобы достигнуть цѣли. Но есть полное основаніе думать, что болѣзненный симптомъ происходитъ не отъ этого. Мы попросили больную описать намъ обстановку, въ которой она живетъ, расположеніе комнатъ, что и гдѣ стоитъ въ комнатѣ, какія постройки находятся во дворѣ, описать наружность домовъ, находящихся рядомъ, расположеніе комнатъ у ея знакомыхъ и т. д., касаясь мелкихъ подробностей, спрашивая о формѣ и цвѣтѣ предметовъ; далѣе мы попросили возста-

новить въ памяти мѣстности, въ который она жила ранѣе, и весь полученный матеріаль провѣрили разспросами присутствующаго здѣсь же мужа. Оказывается разсказъ вполне соотвѣтствуетъ дѣйствительности, изъ чего мы должны заключить, что причина указаннаго выше разстойства зависитъ не отъ неузнаванія мѣстности, т. е. воспоминанія о ней сохраняются хорошо. Если можно такъ выразиться, теоретически цѣль дѣйствія достигается, но нарушеніе видимо встрѣчается въ сферѣ практическаго выполненія. Слѣдуетъ однако замѣтить, что больная, передавая намъ описаніе мѣстности съ видимымъ затрудненіемъ обозначала направленіе словами „направо“, „налѣво“ и какъ бы реально хотѣла воспроизвести мѣстоположеніе предмета по ту или другую сторону своего тѣла; это не всегда ей удавалось и мужу приходилось дѣлать поправки.

Намъ лично не разъ приходилось видѣть замѣшательство больной въ то время, когда нужно было сдѣлать поворотъ тѣла въ ту или иную сторону, сообразно съ необходимостью выполнить цѣлевое движеніе путемъ передвиженія всего тѣла въ пространствѣ. Мы умышленно, при посѣщеніяхъ больной клиники, ставили ее въ новыя условія обстановки, давая, однако, одну и ту же задачу: самостоятельно совершить путь обратно по тому же направленію, по которому она шла вмѣстѣ съ нами. Лишь только больная доходила до того мѣста, гдѣ необходимо было сдѣлать поворотъ, она явно затруднялась въ выборѣ направленія, не зная, какъ нужно поступить, чтобы продолжать путь; преодолевъ это препятствіе, она шла прямо до слѣдующаго поворота и т. д. Далѣе мы постарались экспериментально воспроизвести нѣкоторые изъ наблюдающихся у больной симптомовъ. Такъ, воспользовавшись лабораторной посудой, мы попросили разставить ее на столѣ въ томъ порядкѣ, въ какомъ мы уважемъ. Въ сущности пустая работа удавалась ей съ большимъ трудомъ и далеко не совершенно. Располагая банки крестомъ, по

двѣ, по три врядъ и т. д. она очень слабо сообразовалась съ законами симметріи, затрудняясь, куда слѣдуетъ поставить предметъ направо или налево для того, чтобы задача была выполнена. Помимо этого были поставлены опыты для опредѣленія, въ какой мѣрѣ пострадала у нашей больной комбинаторная способность. Мы воспользовались для этого методикой, рекомендуемой Психоневрологическимъ Институтомъ проф. В. М. Бехтерева и приемами, употребляемыми въ Москов. центр. приемномъ покоѣ для душевно-больныхъ прив.-доц. Бернштейномъ. Больной предложены были для складыванія разрѣзанныя картинки. Даже наиболѣе простая задача № 1 оказалось ей не подъ силу, при чемъ обнаружено, что начала она работу безъ предварительнаго ознакомленія съ содержаніемъ картинки и обращала вниманіе главнымъ образомъ на правильность совпаденія разрѣза; однако это именно послѣднее и не удавалось ей,—она не могла положить одинъ отрѣзокъ къ другому параллельно, а ставила ихъ наискось, неправильно.

Кромѣ всего этого мы просили больную при насъ заняться шитьемъ и вышиваніемъ по канвѣ и гладью и могли воочію убѣдиться, что даже человѣкъ совершенно неумѣющій вышивать или шить, могъ бы сдѣлать это съ большимъ успѣхомъ, чѣмъ наша больная ¹⁾).

Напримѣръ, при вышиваніи она не умѣетъ сдѣлать креста на канвѣ потому, что не знаетъ, какъ нужно провести иглу въ правую или лѣвую клетку канвы, чтобы получился крестъ; тоже самое получается и при работѣ гладью. При шитьѣ скроенной матеріи ее затрудняетъ прилаживаніе отдѣльных отрѣзковъ, а кромѣ того и работа иглой, т. е., проведя нитку на обратную сторону матеріи, она уже не можетъ помѣстить

¹⁾ Больная демонстрировалась мною въ одномъ изъ засѣданій Общества Русскихъ Врачей при Император. Новор. Университетѣ. Здѣсь же были продемонстрированы особенности разстройствъ ея движеній.

стѣжекъ на соотвѣтствующемъ мѣстѣ. Все это производитъ впечатлѣніе, что передъ нами работница, у которой впервые въ рукахъ игла.

Особенности разстройствъ цѣлевыхъ движеній убѣждаютъ насъ въ томъ, что у больной пострадали прежде всего пространственныя представленія, при чемъ они оказываются нарушенными не только по отношенію къ движеніямъ въ рукахъ, но и по отношенію къ передвиженіямъ всего тѣла въ пространствахъ.

Физическій осмотръ и изслѣдованіе указали, что больная среднего роста, удовлетворительнаго питанія и тѣлосложенія; подкожный жировой слой развитъ умѣренно, кожные покровы чисты. Со стороны внутреннихъ органовъ нами ничего патологическаго не обнаружено.

23584-38
Активные движенія конечностями совершаются вполне правильно; при пассивныхъ мы не встрѣчаемъ какого либо препятствія, объемъ движеній нормаленъ. Физическая сила умѣренная, но по сравненію той и другой половины тѣла оказывается, что грубая сила при пожиманіи руки ослаблена на правой половинѣ. Больная не лѣвша, но по динамометру правой рукой выжимаетъ 15 дѣленій, лѣвой 17 по нижней скалѣ. Въ ногахъ едва замѣтное ослабленіе силы справа. Въ лицѣ легкая ассиметрія: правая носогубная складка нѣсколько сглажена, лѣвый уголокъ рта при показываніи зубовъ оттягивается энергичнѣе праваго. Языкъ въ сторону не уклоняется. Кромѣ сказаннаго въ остальныхъ черепныхъ нервахъ нарушеній нѣтъ. Зрачки нормальной величины; на свѣтъ и конвергенцію сохраняютъ живую реакцію. Сухожильные рефлексъ съ lig. patellae живые, одинаковы на той и другой ногѣ. Рефлексъ съ biceps et triceps, brachii въ предѣлахъ нормы. Кожные и со слизистыхъ оболочекъ сохранены.

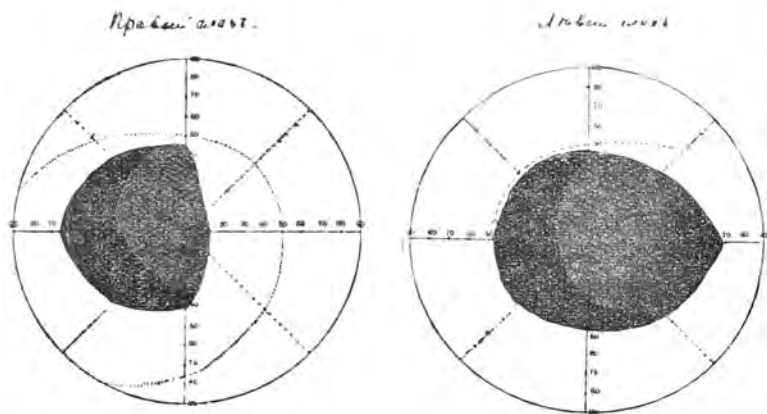
Кожная чувствительность сохранена на всей поверхности тѣла и на всѣ виды. Стереогностическое чувство не разстроено.



Атактическихъ явленій ни въ верхнихъ, ни въ нижнихъ конечностяхъ нѣтъ. Глубокое мышечное чувство сохранено.

Исслѣдованіе органа зрѣнія произведено было прив.-доц. В. П. Филатовымъ, за что считаю долгомъ поблагодарить его. Глазное дно оказалось нормальнымъ, острота зрѣнія тоже, со стороны глазныхъ мышцъ никакихъ уклоненій. Единственная находка, на которую пришлось натолкнуться это при исслѣдованіи поля зрѣнія, а именно,—суженіе поля зрѣнія на правомъ глазу (см. схему фиг. 4). Боясь, что подобная картина дѣло случайности (больная могла давать оши-

Фиг. 4.



бочныя показанія), мы нѣсколько разъ повторяли это исслѣдованіе и результаты получали одни и тѣ же. По мнѣнію специалиста—офтальмолога, результаты исслѣдованія нельзя игнорировать, хотя бы потому, что въ самомъ началѣ заболѣванія у больной наблюдалась кратковременная слѣпота, но чрезвычайно трудно дать объясненіе подобному суженію поля зрѣнія и только на правомъ глазу.

Добавимъ, что при исслѣдованіи мочи не найдено ни бѣлка, ни сахара, соли выпадаютъ въ весьма умѣренномъ количествѣ.

Такимъ образомъ, результаты физическаго изслѣдованія безъ сомнѣнія убѣждаютъ насъ, что у больной есть наличность страданія головного мозга,—у нея легкій *hemiparesis dextra*. Но труднѣе рѣшить вопросъ,—стоитъ онъ въ связи съ остальными симптомами страданія или нѣтъ. Жалобъ на слабость въ правой рукѣ и ногѣ, нужно имѣть въ виду, больная никогда не заявляла. Намъ ее пришлось открыть лишь путемъ объективнаго изслѣдованія. Однако мы беремъ на себя смѣлость заявить, что физическія и душевныя явленія у больной не есть простое совпаденіе, а стоятъ другъ отъ друга въ тѣсной зависимости, и если больная не замѣчала отмѣченной слабости, то только потому, что выражена она очень незначительно.

Желая освѣтить клиническую картину нашего случая подобными же наблюденіями другихъ авторовъ, мы при тщательныхъ разыскахъ въ доступной для насъ литературѣ не нашли вполне аналогичнаго случая, но натолкнулись на нѣчто подобное.

D-r. Rose ¹³⁾ описалъ случай, въ которомъ апрактическія явленія касались мышцъ шеи. Больной не умѣлъ совершать движенія головой въ стороны тогда, когда въ этомъ являлась потребность по его личной инициативѣ.

Съ нашей точки зрѣнія еще большимъ интересомъ можетъ пользоваться случай *H. W. Rhein'a* ¹⁴⁾, недавно описанный въ американской литературѣ.

Дѣло касается больного 55 л., у котораго имѣлось слѣпота центральнаго происхожденія. Интеллектъ былъ вполне сохраненъ, память хорошая. Кромѣ того у него имѣлся парезъ лѣвой руки съ нарушеніями тактильнаго и температурнаго чувства при отсутствіи атактическихъ явленій. Апрактическія явленія выражались тѣмъ, что больной неправильно выполнялъ цѣлевые движенія: вмѣсто того, напр., чтобы послушать тиканіе часовъ и поднести ихъ къ уху, онъ подноситъ ихъ ко рту, чтобы выпить изъ стакана, онъ подно-

силъ его къ подбородку. Но особенно выступалъ рельефно слѣдующій симптомъ, очень близко напоминающій нашъ. Больной потерялъ способность совершать движенія при ходьбѣ въ прямомъ направленіи; когда ему нужно было идти прямо къ цѣли, то вмѣсто этого онъ постоянно шелъ въ сторону. Правда, больной былъ слѣпъ, но своеобразная походка не могла зависеть отъ боязни, такъ какъ онъ не могъ совершить правильнаго движенія и тогда, когда ему указывали, что впереди нѣтъ никакого препятствія. Вотъ сколько нибудь напоминающій нашъ случай, цѣнный еще потому, что *post mortem* больной подвергся вскрытію, о чемъ мы сообщимъ ниже.

Ученіе объ апраксіи являлось бы безпочвеннымъ, если бы патолого-анатомическія изслѣдованія не указывали, что между локализацией и клиническими симптомами существуетъ зависимость. Правда, мы еще не можемъ сказать, что вопросъ этотъ окончательно разрѣшенъ, но и то небольшое, что имѣется до сего времени, позволяетъ говорить объ органической основѣ апраксіи и приблизительно локализовать страданіе. Особенно цѣнными нужно считать случаи одностороннихъ апрагматическихъ разстройствъ, сопровождавшихся вскрытіями. Таковы случаи *Liermann'a* ⁷⁾, *В. М. Бехтерева* ⁸⁾, *Westphal'a*, *Strohmayer'a*.

Въ случаѣ *Liermann'a* наблюдалась апраксія правой стороны. На вскрытіи найдено поврежденіе лѣваго полушарія, при чемъ центральныя извилины оказались окруженными гнѣздами размяченія; два фокуса находились въ лобной доли, темная доля оказалась тоже измѣненной, особенно въ *g. supramarginalis*; поврежденъ былъ *singulus*, разрушено *corpus callosum*, кромѣ *sphlenium*. Кромѣ того два фокуса обнаружены и въ правомъ полушаріи.

Болѣе чистымъ въ патолого-анатомическомъ отношеніи мы должны считать случай правосторонней апраксіи проф. *В. М. Бехтерева*, такъ какъ на вскрытіи обнаруженъ фокусъ въ

области передняго и средняго отдѣла *g. supramarginalis* и въ области верхней части задней центральной извилины.

Въ случаѣ *Westphal'*я наблюдался очагъ размягченія съ правой стороны въ области лобной доли и затылочной.

Въ выше указанномъ нами случаѣ *Rhein'*а на вскрытіи найдены были кисты въ затылочно-темянной доли лѣваго полушарія, перерожденіе бѣлыхъ волоконъ въ правой затылочной, темянной и задней части височной доли.

Локализовать апраксию (подобно тому, какъ локализуется двигательная форма афазіи) чрезвычайно трудно. Но мы не можемъ умолчать о томъ, что проф. *В. М. Бехтерева* „апраксию ставитъ въ тѣсную связь съ пораженіемъ задней центральной извилины и прилежащаго отдѣла *g. supramarginalis*“.

Съ большей опредѣленностью можно говорить о томъ, при пораженіи каковаго полушарія мы чаще встрѣчаемъ явленія апраксіи. Ссылаясь на статистику *Liermann'*а, мы можемъ указать, что изъ 83 гемиплегиковъ было 41 правостороннихъ и изъ нихъ въ 20 случаяхъ наблюдались апрактическія явленія, тогда какъ у остальныхъ 42 ихъ не было. По статистикѣ д-ра *Кроля* ¹¹⁾ изъ 83 гемиплегиковъ имѣли 38 правостороннюю гемиплегию, 40 лѣвостороннюю и 4 двустороннюю локализацию. У лѣвостороннихъ не было апраксіи, у правостороннихъ она встрѣчалась 19 разъ, а съ двусторонними очагами 1 разъ. Если это такъ, то не подлежитъ сомнѣнію, что пораженіе лѣваго полушарія въ преобладающемъ числѣ случаевъ вызываетъ апраксию.

Ученіе объ апраксіи подобно тому, какъ ученіе объ афазіи можно считать строго построеннымъ лишь тогда, когда психологическія схемы, находятъ доказательство въ схемахъ патолого-анатомическихъ, подтверждаемыхъ результатами вскрытій. Вполнѣ естественно, что патолого-анатомъ, предвидя результаты вскрытія на основаніи клиническихъ симптомовъ, имѣетъ основаніе построить схемы возможныхъ пораженій,

Этимъ путемъ легче подойдетъ къ вопросу о локализациі и топической діагностики страданія. На этомъ основана схематизація патолого-анатомическаго характера.

На основаніи всего приведеннаго въ началѣ нашей работы, (см. схему № 3) мы должны допустить, что каждое цѣлесообразное движеніе можетъ совершиться тогда, когда къ центру, завѣдующему этимъ движеніемъ не разрушены пути, по которымъ идутъ, какъ прямые возбужденія, такъ и коррективы этихъ движеній. Такими коррективами можно считать возбужденія, идущія съ различныхъ областей мозга, связанныя съ идеаціей самого движенія. Исходя изъ этого общаго положенія, мы должны предполагать, что разобщеніе двигательной области отъ другихъ областей мозга должно нарушить само движеніе и въ зависимости отъ мѣста нарушенія проявить это особенностью клинической картины.

Фиг. 5.

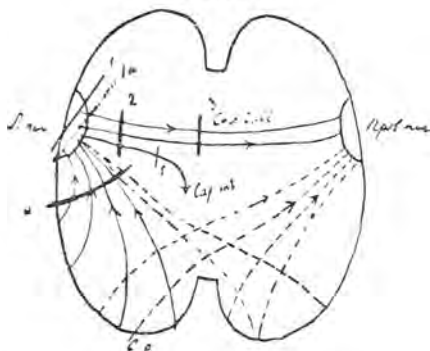


Схема 3-го полушария Никитина

Совершенно не предпрѣшая вопроса, мы слѣдующимъ образомъ должны трактовать схему д-ра М. П. Никитина, не существенно видоизмѣненную нами (схема № 5-й).

Если мы имѣемъ пораженіе строго соотвѣтствующее двигательной зонѣ лѣваго полушарія, то естественно встрѣчаемся съ параличемъ правой половины и возможно съ явленіями коркового раздраженія смежныхъ областей. Но въ этомъ

же случаѣ можетъ наступить „диспраксія“ лѣвой руки потому, что въ процессъ могутъ быть вовлечены волокна, идущія отъ центра правой руки черезъ мозолистое тѣло; наблюдаются случаи, когда дѣло не доходитъ до паралича, а ограничивается легкой слабостью и явленіями напоминающими двигательную апраксию (*Gliedkinetische Apraxie*, иннервационная апраксія по *Kleist*у, корковая по *Heilbronner*у), тогда возможно допустить локализацию ниже, тотчасъ подъ корою. Если поврежденіе находится въ *centrum semiovale*, въ бѣломъ веществѣ подъ корою, то благодаря нарушенію волоконъ проэкціонной системы получается параличъ правой половины, но т. е. одновременно съ этимъ могутъ быть разрушены волокна, идущія черезъ мозолистое тѣло, то и въ лѣвой рукѣ или ногѣ могутъ наступить диспрактическія разстройства.

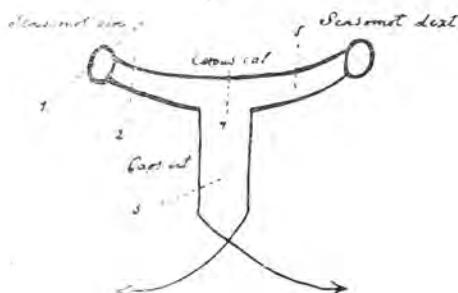
Топическая діагностика бѣлаго вещества въ области мозолистого тѣла основывается на слѣдующихъ данныхъ. Правая рука не испытываетъ разстройствъ въ сферѣ движенія, но диспрактическія разстройства наблюдаются въ лѣвой рукѣ. Изъ этого дѣлаютъ выводъ о преобладающемъ значеніи лѣваго полушарія.

Далѣе поврежденіе можетъ локализоваться въ бѣломъ веществѣ темянной или затылочной доли, тогда двигательная область явится разобщенной отъ указанныхъ территорій мозга, — въ результатѣ апраксія правой и диспраксія лѣвой половины. Наконецъ могутъ быть пораженными пути отъ двигательныхъ зонъ черезъ внутреннюю капсулу. Въ этомъ случаѣ наступаетъ обыкновеннаго параличъ противоположной половины тѣла.

Кромѣ приведенной схемы можно привести схему д-ра *Кроля* (фиг. № 6) въ общихъ чертахъ говорящую то же, что предыдущая схема. Для того же, чтобы объяснить правостороннюю апраксию можетъ служить т. наз. горизонтальная схема

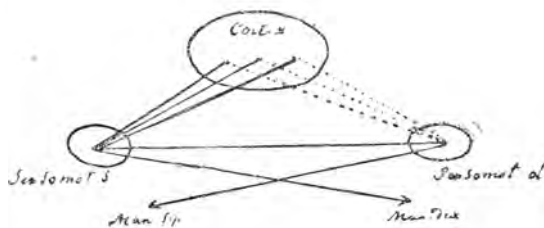
Liermann'а (схем. № 7-й). При поражении въ пунктѣ I. нужно представлять поверхностную локализацию съ потерей кинестетическихъ представлений (*Seelenlähmung* душевный

Фиг. 6.



параличъ *Nothnagel*'я, моторная асимболия *Meunert*'а, картинкальная апраксія *Heilbronner*'а, иннервационная апраксія *Kleist*'а). При поражении во II пунктѣ — моторная апраксія, въ пунктѣ III локализация идеаторной апраксии.

Фиг. 7.



Возвращаясь къ нашему клиническому случаю, намъ необходимо разрѣшить два вопроса, а именно: 1., къ какому виду апраксий мы должны его отнести — къ моторному или идеаторному, а 2., гдѣ, хотя бы приблизительно, слѣдуетъ локализовать поражение.

Д-ръ М. П. Никитинъ⁵⁾ даетъ слѣдующіе отличительные признаки двигательной апраксии. 1., Двигательная апраксія обычно захватываетъ отдѣльные члены тѣла. 2., Двига-

тельная апраксія обнаруживается при простѣйшихъ дѣйствіяхъ. 3., Она обнаруживается и тогда, когда больному предлагается копировать дѣйствіе другого лица, дѣйствіе даже не отличающееся сложностью. Въ отличіе отъ двигательной, моторной, идеаторная характеризуется слѣдующими важнѣйшими признаками: 1., Она проявляется во всей мускулатурѣ тѣла 2., Идеаторная апраксія обнаруживается лишь при болѣе или менѣе сложныхъ движеніяхъ, тогда какъ простѣйшія выполняются вполне правильно. „Когда больного заставить, говоритъ д-ръ *Никитинъ*, производить такіа дѣйствія, выполненіе которыхъ требуетъ въ большей мѣрѣ предварительнаго внутренняго плана, то разстройство тотчасъ же обнаруживается, причемъ оно носитъ особый характеръ, близко напоминающій ошибочныя реакціи, которыя нерѣдко наблюдаются у здоровыхъ людей въ состояніи разсѣянности. 3., Подражаніе несложнымъ дѣйствіямъ другого лица при идеаторной апраксіи является сохраненнымъ.

Въ клинической практикѣ мы вправѣ конечно ожидать и комбинированныхъ случаевъ апраксіи. Въ рамки выше приведенныхъ пунктовъ нельзя уложить и наблюдаемый нами случай.

Можно ли считать, что разстройство движеній у нашей больной проявляется во всей мускулатурѣ, а не въ отдѣльных членахъ. У нея разстроена способность поворачивать тѣло при ходьбѣ въ ту или иную сторону. Однако съ точки зрѣнія механики движеній при поворотахъ тѣла участвуютъ опредѣленныя группы мышцъ, дѣйствующихъ на подобіе обособленнаго органа, правда, болѣе сложно конструированнаго, чѣмъ для сгибанія и разгибанія руки или ноги и т. п., но не проще, чѣмъ для движенія впередъ въ формѣ мѣрнаго шага. Разстройство способности шить и вышивать явленіе конечно сложное, но дѣйствіе принадлежитъ опредѣленному органу.

Что же касается отличія двухъ видовъ апраксій на основаніи простоты или сложности дѣйствія, то и этотъ пунктъ

можетъ быть истолкованъ различно. Сложнымъ дѣйствіемъ нужно считать то, въ составъ котораго входитъ большое количество психо-моторныхъ комплексовъ въ ихъ послѣдовательной зависимости, но дѣйствіе, съ этой точки зрѣнія, можетъ не казаться таковымъ, если путь къ достиженію цѣли является обыденнымъ, привычнымъ, а само дѣйствіе совершается безъ ощутимыхъ усилій нашего активного вниманія. Вышивание, шитье сложны по своему внутреннему механизму, но были обычны для нашей больной, благодаря ея многолѣтнему опыту.

Мы не отрицаемъ, что у больной апрактическія явленія могли носить характеръ „ошибочныхъ реакцій“, но это далеко не правило, т. е. наличность активного вниманія, напр., когда она шла куда либо, зная цѣль своего дѣйствія, или совершала работу, очень слабо помогала справляться съ основными симптомами. Наконецъ, нужно указать, что копировать дѣйствія вообще она могла, но копированіе значительно страдало, если дѣйствіе относилось къ разряду ей утерянныхъ. Такъ, она лучше совершала свой путь, если кто либо указывалъ ей дорогу, идя спереди, но повторить вышивание, шитье, разставить стаканы, какъ ей показано, она была не въ состояніи, — характеръ расстройства оставался одинъ и тотъ же.

На основаніи всего этого мы не можемъ отнести нашъ случай исключительно къ идеаторной апраксіи; правильнѣе намъ кажется трактовать его, какъ смѣшанный, такъ какъ на основаніи клинической картины можно допустить, что наряду съ разлитымъ пораженіемъ головного мозга (обнаруженное нами пониженіе интеллекта) наблюдается явленія фокуснаго пораженія (*Hemiparesis dextra*).

Опираясь на вышеприведенную схему *Liermann'a-Кроля*, мы должны локализовать пораженіе въ пунктахъ 4, 5 и 7. Иначе говоря, у нашей больной сохранены центральные аппараты воспріятій, она узнаетъ то, что воспринимаетъ, основное представленіе вырабатывается, существуетъ наличность

представленія цѣпи, но двигательная формула не слагается (идеаторная фаза), не переходит это формула и въ соответствующее движеніе или переходит въ значительными неправильностями; кинѣстетическія воспріятія видимо сохранены, но существуетъ легкій парезъ правой $1\frac{1}{2}$ тѣла (пункт. 7).

Что касается вопроса объ анатомической локализациі процесса, то естественно, что здѣсь мы должны остановиться на болѣе или менѣе вѣроятныхъ предположеніяхъ.

Правосторонній гемипарезъ говоритъ намъ за пораженіе лѣваго полушарія; убѣждаетъ насъ въ этомъ и наличность апрактическихъ явленій, совпадающая съ вышеприведенными статистическими выводами.

Что же касается болѣе точной топической діагностики, то на основаніи клиническихъ данныхъ возможно локализовать мѣсто пораженіе выше *capsul. interna*, въ *centrum semiovale*, а именно въ той области подкорковаго вещества, гдѣ одновременно могутъ быть поражены и пути ассоціаціоннаго характера къ двигательнымъ областямъ, можетъ быть, комиссуральные въ *corp. callosum* и пути двигательнаго характера въ *caps. interna*. Судя по имѣющимся результатамъ вскрытій, нѣтъ ничего не вѣроятнаго, что и мы допустимъ пораженіе въ смежныхъ областяхъ съ двигательной, въ теменно-затылочномъ участкѣ лѣваго полушарія. Отнюдь не настаивая, а дѣлая лишь предположеніе,—не являются ли отчасти пораженными волокна къ зрительнымъ областямъ затылочной доли лѣваго полушарія. Можетъ быть этимъ обстоятельствомъ объясняется и картина эксцентрическаго суженія поля зрѣнія у нашей больной на правомъ глазу. Поэтому, въ виду клинической сложности нашего случая мы дѣлаемъ только предположенія. Возможно также, что процессъ не ограничился только этой локализацией, а далъ фокусы корковыхъ пораженій и въ иныхъ областяхъ.

Намъ остается сказать нѣсколько словъ о причинѣ пораженія. Нужно признаться, что вопросъ этотъ не является

для насъ яснымъ, хотя мы и предприняли возможные шаги для его выясненія. Анамнезъ заставилъ предположить,—нѣтъ ли у больной *lues'a*. Изъ пяти беременностей у больной въ живыхъ только 1 ребенокъ. Первый, родившійся во время начала заболѣванія, умеръ отъ недостаточнаго ухода. Этому можно довѣрить и на основаніи словъ больной и ея мужа. Второй совершенно здоровъ. Третій родился доношеннымъ, но *мертвымъ*, четвертый и пятый умирали въ дѣтскомъ возрастѣ отъ поносовъ. Такимъ образомъ подозрительно мы должны относиться къ 3-мъ родамъ. Этому можно противопоставить полную и заслуживающую довѣрія искренность мужа больной, отрицающаго у себя и его жены венерическое заболѣваніе.

Но въ анамнезѣ есть обстоятельство, на которое мы должны обратить вниманіе. Больная заявила, что первая беременность и четвертая сопровождалась у нея судорогами и временной слѣпотой, при чемъ пояснила, что 4 роды она провела въ Москвѣ въ Бахрушинской больницѣ.

Узнавъ это, мы обратились съ просьбой прислать намъ копію скорбнаго листа и при любезномъ содѣйствіи г. директора прив.-доц. С. Ф. Чижѣ¹⁾ вскорѣ получили полное подтвержденіе словъ больной.

Изъ исторіи болѣзни (№ 1810, 1906 г.) видно, что роды сопровождалась судорожными припадками, изъ которыхъ одинъ былъ до, а 2 послѣ родовъ, въ мочѣ наблюдался бѣлокъ; первыя роды тоже сопровождалась эклампсіей, о которой сообщала намъ больная.

Невольно возникаетъ предположеніе, что, если не *lues* игралъ роль въ происхожденіи страданія, то не играла ли роль эклампсія, развившаяся на почвѣ уреміи.

¹⁾ Считаю своимъ долгомъ принести самую искреннюю благодарность многоуважаемому С. Ф. Чижѣ за его любезный отвѣтъ.

Вопросъ объ уреміи въ происхожденіи нервныхъ и душевныхъ болѣзней пока разработанъ довольно слабо. Но не подлежитъ сомнѣнію, что головныя боли, рвота, расстройство мыслительной способности, бредъ, деменція, паденіе моральнаго чувства, далѣе амаурызы, retinitis, парезы, спазмы, тетанообразные, эпилептиформные и даже истероподобные припадки должны быть отнесены на счетъ токсичности крови. Этой симптоматологіи можетъ удовлетворить и клиническая картина страданія нашей больной.

Мы уже старались отмѣтить, что между афазіей и апраксіей существуетъ близость,—онѣ родныя сестры одного и того же патолого-анатомическаго процесса. Близость же между афазіей и уреміей, при которой на ряду со спутанностью сознанія наблюдаются и афатическія явленія, можетъ указывать на сосудистыя расстройства, лежащія въ основѣ этихъ симптомовъ. *Rose* ¹⁶⁾ рассматриваетъ афазію, какъ введеніе въ уремію и называетъ ее моно-aphasie въ своемъ случаѣ (*В. И. Семидаловъ*). *Rusmann* ¹⁷⁾ думаетъ, что афазія рецидивирующаго характера можетъ быть единственнымъ симптомомъ уреміи, но „можетъ быть рядомъ съ правосторонней гемиплегіей“. Въ случаяхъ *Vigouraux, Suquellier* ¹⁸⁾ и *Fleury* вмѣстѣ съ аментивной спутанностью наблюдались и расстройства рѣчи. Все это заставляеть *В. И. Семидалова* ¹⁹⁾ сдѣлать выводъ, что „можно говорить о локализованныхъ расстройствахъ рѣчи въ ходѣ уремическаго процесса“. А если это дѣйствительно такъ, то тоже самое можно сказать и по отношенію апраксіи.

По поводу афазій уремическаго происхожденія *Meynert* построилъ гипотезы ангиоспастическаго состоянія сосудовъ, въ зависимости отъ экссудата въ лимфатическихъ пространствахъ. *Pierret* ²⁰⁾ для локализованныхъ симптомовъ тоже настаиваетъ на ангиоспастическѣй теоріи, вполне правильно, по нашему мнѣнію, замѣчая, что отъ спазма до органическаго суженія одинъ шагъ. Не совершился ли и у нашей больной

этотъ шагъ, давъ въ результатъ стойкій симптомокомплексъ вышеописанныхъ болѣзненныхъ явленій?

ЛИТЕРАТУРА.

1. Г. Идельсонъ. Современное состояніе ученія объ афазіи. Невр. Вѣст. 1897 г.
 2. В. Е. Ларионовъ. Обзоръ работъ объ афазіи. Обзор. психiatr. 1898 г.
 3. D. H. Charlton Bastian. Ueber Aphasie und andere Sprachstörungen. Leipzig. 1902.
 4. Feud. Zur Auffassung der Aphasien. 1891
 5. Monakow. Aphasie und Diaschisis. Neur. Centralblatt. 1906 № 22.
 6. Pierre Marie. Revision de la question de l'aphasie. Sem. Medic. 1909 г.
 7. Liepmann. H. Das krankheitsbild der Apraxie («motorischen Asymbole»). Berlin 1900. Онъ-же. Drei aufsätze aus dem Apraxiegebiet. Berlin 1908.
 8. Бехтеревъ. В. М. О локализациі двигательной апраксіи. Обзор. Псих. 1906 г. № 1. Онъ-же. Отчеты научныхъ собраній врачей Сиб. клиники нервн. и душевн. болѣзней за 1902—1903 г. То-же за 1907 г.
 9. Arnold Pick. Studien über motorische Apraxie. Wien und Leipzig. 1905.
 10. Kleist. Ueber Apraxie. Monats. f. Psych. u. Neurol. 1906 г. Онъ-же. Kartikale Apraxie. Journ. f. Psych. 1907.
 11. Кроль М. Б. Современное положеніе вопроса объ апраксіи. Журналъ Корсакова 1908 г. кн. 2.
 12. Dromard. La mimique chez des aliénés. Paris. 1909.
 13. Rose. De l'apraxie des muscles cephaliques. La Sem. Medic. 1809. № 17. Онъ-же De l'apraxie. L'Encéphale 1907 г.
 14. H. W. Rhein. Cas off. prob. Apraxie. Amer. Journ. f. ment. et nerv. 1907.
 15. Никитинъ М. П. Объ апраксіи. Врач. Газет. 1909 № 49—50.
 16. Rose. Aphasia als Einleit. eines uräm. Anfalls. Цит. къ Семидалову.
 17. Цит. по Семидалову.
 18. Vigoureaux et Juquelier. Delire et petit brightisme Arch. d. Neurol. 1903.
 19. В. И. Семидаловъ. Психическія разстройства при уреміи 1903. Соврем. Психiatr. 1907.
 20. Pierret. L'uremie à forme nerveuse. Progr. Medic. 1896 г.
- Подробный литературный указатель см. Felix Rose. De L'Apraxie. L'Encéphale 1907 г. стр. 542. М. П. Никитинъ. Объ апраксіи. Врач. Газета. 1909 № 49—50.

Къ ученію о локализациі и патогенезѣ атетозныхъ движеній (случай геміатетоза съ эпилепсіей).

Н. И. СТАРОКОПЛИЦКАГО.

Орд. Саратовской психіатрической лечебницы.

Вопросъ о происхожденіи и топической діагностикѣ насильственныхъ движеній, каковыми являются чрезвычайно близкія между собой симптомы хорей и атетоза при очаговыхъ сраданіяхъ мозга, не смотря на давнее изученіе его и обширную литературу, ему посвященную,—до сихъ поръ еще не нашель себѣ положительнаго разрѣшенія.

Комбинація атетоза съ эпилептическими приступами въ описываемомъ нами случаѣ получаетъ особый интересъ для даннаго вопроса: по мнѣнію *Freud'a* случаи дѣтскаго паралича съ гемихореей и атетозомъ почти никогда не сочетаются съ эпилепсіей. На этомъ основаніи *Муратовъ*, создавая свою теорію происхожденія атетоза и гемихорей, совершенно отрицаетъ корковую локализацию ихъ, ссылаясь при этомъ и на свой клиническій опытъ, въ которомъ у больныхъ, страдающихъ атетозомъ и хореей, онъ никогда не наблюдалъ эпилептическихъ приступовъ. Однако такіе случаи, хотя и дѣйствительно рѣдки, въ литературѣ приводились, о чемъ будетъ сказано ниже. Теперь же переходимъ къ описанію нашего случая.

Больной крестьянинъ Федоръ С—въ, 23 лѣтъ отъ роду, поступаетъ въ больницу второй разъ по случаю эпилептическихъ приступовъ, сумеречныхъ состояній и бурныхъ приступовъ психическаго возбужденія, во время которыхъ онъ дѣлался опаснымъ для себя и окружающихъ. Анамнестическія данныя, полученныя частью отъ родныхъ, главнымъ же образомъ отъ самого больного, представляются въ слѣдующемъ видѣ: въ роду нѣтъ ни припадочныхъ, ни душевно-больныхъ. Умѣренно пилъ водку. Мать временами злоупотребляла спиртными напитками. Два ея брата настоящіе алкоголики. Отецъ отпа отличался глубокою религіозностью, весь конецъ своей жизни провелъ въ странствованіи по монастырямъ и жизнь свою кончилъ во время этихъ странствованій на Новомъ Афонѣ. У больного есть четыре брата и три сестры. Изъ братьевъ двое алкоголики, допившіеся до состоянія „галаховъ“. Всѣ остальные братья и сестры здоровы. Восьми лѣтъ отъ роду больной былъ сбитъ наѣхавшей на него лошадыю и получилъ сильныя ушибы. Въ томъ же году, хотя точно неизвѣстно черезъ сколько времени, перенесъ инсультъ: утромъ, возвращаясь въ избу съ сѣновала, на которомъ больной спалъ съ отцомъ, онъ вдругъ упалъ среди двора, пораженный внезапнымъ головокруженіемъ. Домой его унесли на рукахъ. Когда больной пришелъ въ себя, то у него оказался параличъ руки и ноги, а послѣ этого, черезъ нѣкоторый промежутокъ времени, длину котораго трудно установить благодаря неопредѣленнымъ указаніямъ больного (отъ 3-хъ дней до нѣсколькихъ недѣль), у него начались въ пороженныхъ конечностяхъ насильственные движенія такого характера, какъ это наблюдается въ данное время. 9-ти лѣтъ больной упалъ съ лошади, на которой ѣхалъ верхомъ, и получилъ вывихъ въ локтевомъ суставѣ лѣвой руки. Вывихъ вправлялся деревенскимъ костоправомъ, и въ результатъ этой терапіи осталось искривленіе руки, вслѣдствіе неправильнаго сращенія сустава. Лѣтъ 15-ти отъ роду (дата не вполне точная, у больного начались судорожные приступы эпилептическаго характера. Кромѣ того, по словамъ больного, у него стали иногда появляться такіа психическія состоянія, когда онъ „ничего не помнитъ и говоритъ зрячину“. Выраженіе „ни чего не помнитъ“, повидимому, слѣдуетъ понимать скорѣе въ смыслѣ „не владѣеть собой“, такъ какъ воспоминанія о такихъ со-

стояніяхъ у него всетаки сохранялось. Въ одинъ изъ подобныхъ приступовъ (приступъ былъ вызванъ ссорой съ отцомъ) больной бросился въ колодезь; колодезь былъ съ выступами, такъ что больной держась за нихъ, продержался въ отвѣсномъ положеніи (?!) около 6-ти часовъ. Черезъ нѣсколько времени онъ повторилъ эту попытку самоубійства. Оба раза былъ извлеченъ невредимымъ. 3-и года тому назадъ больной былъ помѣщенъ въ психіатрическую больницу, вслѣдствіе приступовъ падучей, а также раздражительности своего характера и бѣшеныхъ выходокъ. Пробывъ въ лечебницѣ около 3-хъ недѣль, С—въ былъ выписанъ на попеченіе родныхъ съ пособіемъ отъ Земства. Черезъ два года былъ однако снова помѣщенъ въ лѣчебницу, вслѣдствіе нестерпимаго характера и вѣчныхъ ссоръ, доходящихъ до буйства и угрозъ убить отца топоромъ. *Status praesens*: больной хорошаго тѣлосложенія и питанія. Граница сердца слегка увеличена влѣво, хотя не доходитъ до соска, шумъ въ діастолѣ. Въ лѣвомъ локтевомъ суставѣ застарѣлый, неправильно сросшійся вывихъ, благодаря которому рука искривлена, такъ что когда больной опускаетъ её внизъ ладонной стороною впередъ, она образуетъ открытый къ линіи тѣла уголъ размѣрами около 140° . Въ этой рукѣ бросается въ глаза судорожное сведеніе кисти въ цѣломъ и въ отдѣльныхъ пальцахъ.

При внимательномъ осмотрѣ оказывается, что это сведеніе не остается постояннымъ, но положеніе членовъ все время измѣняется. Благодаря этимъ измѣненіямъ рука въ кисти и пальцахъ принимаетъ самыя причудливыя положенія. Если больному выпрямить насильно пальцы и подвять руку, согнутой въ локтѣ, то можно видѣть, какъ въ пальцахъ начинаются медленные движенія: пальцы въ основныхъ фалангахъ начинаютъ приходить въ состояніе сначала экстензіи, затѣмъ сильной гиперэкстензіи, въ то время какъ другія фаланги совершаютъ движенія въ сторону флексіи—рука принимаетъ характерный когтистый видъ. При этомъ можно наблюдать, что безымянный и мизинецъ флексированы въ двухъ послѣднихъ фалангахъ значительно сильнѣе. Иногда плотно пригибаются къ ладони и впиваются ногтями въ ея поверхность. Одновременно экстензируется вторая фаланга указательнаго и средняго пальца, и пальцы эти остаются сильно согнутыми лишь въ послѣдней фалангѣ—положеніе въ фізіо-

логическомъ состояніи трудно выполнимое, которое удастся лишь очень немногимъ. Время отъ времени и вся кисть начинаетъ сгибаться въ запястномъ сочлененіи, при чемъ сгибаніе идетъ направленіи ulnae, выражено порою очень рѣзко, въ степени недоступной въ состояніи фізіологическомъ. Большой палецъ все время почти находится въ одной плоскости съ остальными, то отходя отъ другихъ пальцевъ, то снова приближаясь къ нимъ. Чтобы привести руку въ болѣе правильное положеніе, больной прибѣгаетъ къ помощи другой руки или быстро съ силой взмахиваетъ кистью: тогда пальцы исправляются съ тѣмъ, чтобы черезъ минуту опять начать прежнія движенія, приводящія къ неестественному и неудобному положенію. Если больной оттянетъ всю руку въ состояніе отведенія и подниметъ до горизонтальнаго уровня, то кромѣ движенія въ пальцахъ, начинается движеніе и всей руки, которая сильно оттягивается назадъ, пока другая рука не выведетъ ее изъ этого положенія. Когда больной одѣвается или хочетъ поднять полу своего халата, кисть вопреки его усиліямъ поворачивается къ тѣлу тыльной стороной, и вся рука начинаетъ тянуться назадъ. Пальцы во время движенія замѣтно дрожатъ, такъ что все движеніе какъ бы складывается изъ мелкихъ дрожательныхъ движеній. Подобныя-же движенія можно видѣть и въ лѣвой ногѣ: обычно движенія эти совершаются въ пальцахъ въ формѣ подошвеннаго сгибанія ихъ и обратнаго выпрямленія, но иногда и вся стопа начинаетъ стягиваться то въ сторону тыльнаго разгибанія, такъ что носокъ, поднимается вверхъ и больной ходитъ, съ силой ступая на пятку, то въ сторону подошвеннаго сгибанія, такъ что получается *pes equinus*. Если присмотрѣться къ лицу, то и здѣсь въ области *facialis* можно наблюдать подобныя движенія. Иногда лицо представляется вполне симметричнымъ, лишь чуть-чуть рѣзче выражена лѣвая носогубная складка, но время отъ времени она начинаетъ углубляться, увеличиваться, лицо стягивается влѣво. Усиліями воли больной можетъ преодолѣть это произвольное стягиваніе и снова придать лицу симметричность, но чрезъ нѣсколько времени стягиваніе обнаруживается опять, особенно если вниманіе больного отвлечено.

При изслѣдованіи нервной системы обнаруживается, что правый зрачекъ нѣсколько шире лѣваго, реакція на свѣтъ

хорошая. Движенія глазъ совершаются правильно, strabismus, нистагмъ отсутствуютъ. Зрѣніе, обоняніе хорошіе. Чувствительность кожи лица не измѣнена. При смѣхѣ при показываніи зубовъ асимметрія лица и скошеніе влѣво выравниваются, при чемъ замѣтно и даже какъ будто нѣкоторое преобладаніе праваго *facialis* (при произвольныхъ движеніяхъ морщины на лбу справа нѣсколько больше выражены, чѣмъ слѣва). Слухъ тонкій на оба уха. Языкъ при высовываніи въ сторону не отклоняется, замѣтно дрожитъ. Свистѣніе, надуваніе щекъ совершается безпрепятственно.

Сухожильные рефлексъ повышены, на лѣвой сторонѣ сильнѣе, чѣмъ на правой. Брюшные и cremasteris скорѣе ниже нормы. На тѣлѣ (спинѣ) рѣзко выраженный красный дермографизмъ при болѣе сильныхъ раздраженіяхъ, при болѣе слабыхъ хорошо видный бѣлый. Первый выступаетъ быстро, держится долго, второй появляется медленнѣе, но держится такъ же долго. При ходьбѣ движенія въ лѣвой ногѣ медленнѣе, совершаются какъ бы съ преодоленіемъ препятствія, стопа иногда ставится чуть не подъ прямымъ угломъ къ линіи движенія, иногда находится въ состояніи то тыльного то подошвеннаго сгибанія. Babinski отсутствуетъ. Общая чувствительность тѣла не обнаруживаетъ совершенно никакихъ измѣненій. Болевая чувствительность вездѣ одинакова, уколы локализируются очень точно. Термическая чувствительность также повсюду нормальна. Не обнаруживаетъ никакихъ измѣненій и стереогностическое чувство, какъ на здоровой, такъ и на больной рукѣ, хотя осязающія движенія пальцевъ затруднены насильственными движеніями въ нихъ. Атаксія нѣтъ. Пассивныя движенія большого пальца лѣвой ноги при закрытыхъ глазахъ опредѣляются съ безошибочной точностью. Симптома Romberg'a нѣтъ. Въ пассивныхъ движеніяхъ лѣвыхъ конечностей, есть небольшая ригидность, не всегда одинаковая и одинаково улавливаемая вслѣдствіе примѣняющихся атетозныхъ сведеній. Мешечная сила кистей рукъ, измѣряемая силомѣромъ, даетъ непостоянные результаты: въ первый разъ въ лѣвой рукѣ 40, въ правой 55. Въ другой разъ въ теченіе того же сеанса изслѣдованіе въ лѣвой—0, въ правой 40. Въ третій того же сеанса (промѣжутки минуты 2—3) въ лѣвой—0, въ правой 35.

Въ четвертый—въ правой еще меньше въ лѣвой—0. Результаты измѣренія окружности конечностей съ помощью ленты:

На 10 сант. ниже нижняго края <i>patellae</i> :	правая нога	36 сант.
	лѣвая	— 34 ¹ / ₂ "
Въ самомъ толстомъ мѣстѣ голени:	правая	— 36 ¹ / ₂ "
	лѣвая	— 35 "
На 10 сант. выше верхняго края <i>patellae</i> :	правая	— 44 "
	лѣвая	— 43 "
Въ самомъ толстомъ мѣстѣ бедра:	правая нога	— 54 "
	лѣвая	— 52 "
Окружность рукъ на 5 сант. ниже <i>olecranon</i> :	правая рука	25 ¹ / ₂ "
	лѣвая	— 24 ¹ / ₂ "
Непосредственно надъ запястьемъ	правая рука	— 18 "
	лѣвая	— 17 сант.

Среди разстройствъ экскреторныхъ заслуживаетъ указанія неправильность потоотдѣленія: здѣсь мы наблюдаемъ увеличенную потливость на пораженной сторонѣ; въ то время, какъ здоровая рука суха, больная временами такъ потна, какъ будто только-что извлечена изъ воды. Въ теченіе болѣзни у больного отмѣчено нѣсколько судорожныхъ приступовъ обычнаго эпилептического типа: быстрая потеря сознанія, приступъ общихъ судорогъ, сонъ послѣ нихъ. Прикусыванія языка не было. 23 іюля было три судорожныхъ эпилептическихъ приступа; 24 іюля еще 5; въ августѣ всего одинъ. Дается смѣсь бромидовъ въ количествѣ 6,0—15,0 *pro die*.

Приступы стали рѣже: одинъ 4 ноября, 2 въ одинъ день 12 февраля, 26 марта—три. Атетозныя движенія въ конечностяхъ и въ лицѣ время отъ времени какъ бы немного затихаютъ, но затѣмъ снова усиливаются.

При впрыскиваніи морфія даже въ очень небольшихъ дозахъ (0,006) наблюдалось—ослабленіе насильственныхъ движеній черезъ 5—10 мин. до ¹/₂ часа послѣ впрыскиванія, что было рѣзко замѣтно самому больному, который съ радостнымъ чувствомъ начиналъ демонстрировать свободу движеній въ рукѣ, двигая пальцами, захватывая чашку, скамейку, ложку съ большою свободой, чего до этого не было.

Дѣйствіе продолжалось всего нѣсколько часовъ (около 6). Въ болѣе слабой степени тоже наблюдалось отъ дѣйствія хлораль—гидрата.

Чтобы закончить изложеніе болѣзни С—ва, слѣдуетъ сказать еще нѣсколько словъ о его психическомъ состояніи. Больной совершенно сознательнъ, правильно во всемъ окружающемъ ориентированъ, связно и толково, хотя м. б. и съ излишними деталями, рассказываетъ о себѣ, своей болѣзни. Въ поведеніи и отношеніи къ другимъ сильно сказываются черты эпилептического характера: больной чрезвычайно раздражителенъ, злобенъ, придирчивъ, требователенъ, сварливъ; постоянно жалуется то на служителей, то на больныхъ, клеветаетъ, преувеличиваетъ всякія наносимыя ему „обиды“. Въ отношеніи къ врачу то вызываяще дерзокъ, грубо и злобно требуетъ „леченія“ руки, такъ чтобы „польза была“, злословитъ, упрекаетъ за то, что онъ „даромъ получаетъ деньги“, не хочетъ лѣжить его „по настоящему“, а только беспокоитъ изслѣдованіями; больной протестуетъ, что его какъ и другихъ сознательныхъ больныхъ, приглашаютъ принимать участіе въ уборкѣ постели, помѣщенія, подговариваетъ товарищей не слушаться, заявлять разныя жалобы и т. д. По словамъ родителей, тѣ же черты несноснаго характера наблюдались и дома, гдѣ С—въ кромѣ того обнаруживалъ сильную наклонность „озоровать“.

27 марта послѣ пориступовъ не спалъ ночь, ходилъ по отдѣленію, настроеніе приподнятое: много говорить, безъ причины смѣется, причины смѣха не объясняетъ, отвѣчая таинственной и невразумительной фразой: „знаю почему, да сказать не все можно“.

28 марта. Всю ночь почти не спалъ, молился богу, разговаривалъ самъ съ собой, кричалъ, отъ обѣда отказался. Бѣлья на себѣ не держитъ. На вопросъ, гдѣ онъ сейчасъ находится, отвѣчаетъ, что въ Царицынѣ; какъ и зачѣмъ попалъ въ Царицынъ,—не знаетъ; не узнаетъ ни врача ни фельдшера.

29 марта. Возвращаясь изъ ватеръ-клозета, больной остановился около койки и началъ мочиться, а когда служитель подошелъ, чтобы взять его и увести въ клозетъ, С—въ ударилъ его ногой въ животъ и кулакомъ по лицу. Ночь ходилъ по отдѣленію, пѣлъ, хлопалъ въ ладоши. Днемъ депрессивенъ,

плачетъ. На вопросъ, о чемъ—отвѣчаетъ: „обо всемъ мірѣ: воевать не надо, людей бить не надо, озоровать народу не надо... заходятъ въ дома, изъ нихъ стрѣляютъ... я этого не видѣлъ, но въ головѣ у меня такъ говоритъ“... На указаніе, что вѣдь, значить, это ему лишь кажется и плакать не о чемъ, совершенно отвѣчаетъ: „о людяхъ плачу... долго я не прощалъ имъ грѣха.. ихъ озорство... надо тише... они думаютъ земли мало, а развѣ мало ея“?... Не знаетъ, какой теперь день, не знаетъ, которая недѣля поста. „Вотъ кота поймаю (въ это время за окномъ кабинета, гдѣ происходилъ разговоръ, проходитъ кошка)—подъ мышку возьму, пойдемъ въ Саратовъ, его пушу въ храмъ Божій, и сами пойдемъ на Государя“. Кошку въ храмъ пустить, чтобы мышей ловила; а на Государя итти, „чтобы онъ всѣхъ благословилъ“. Замѣчательно, что когда наступила эта спутанность сознанія, насильственные движенія замѣтно ослабѣли, стали очень медленны, экскурсіи малы, такъ что при попыткѣ сфотографировать въ кисти не оказалось типичнаго положенія.

Прежде чѣмъ перейти къ оцѣнкѣ клинической картины, скажемъ нѣсколько словъ въ разъясненіе описанныхъ насильственныхъ движеній. Едва ли можно сомнѣваться, что въ нихъ мы имѣемъ дѣло съ атетозомъ. Въ самомъ дѣлѣ, на лицо всѣ признаки атетозныхъ судорогъ: движенія локализируются главнымъ образомъ въ пальцахъ конечностей; происходятъ они спокойно, медленно, какъ фигурально выражаются,—червеобразно; волевое усиліе можетъ прекратить ихъ, прекращаются они и при фиксаціи конечности здоровой рукой или даже просто путемъ прижатія ладони тыльной стороной къ колѣну; наблюдаются, далѣе, при этихъ движеніяхъ и переходящія спастическія контрактуры, придающія кисти причудливыя положенія. При свѣтѣ этого истолкованія становится понятной и судорога лица: лицо скашивается влѣво, но это скошеніе непостоянно,—оно то появляется, то исчезаетъ; волевымъ усиліемъ скошенное лицо можетъ быть моментально исправлено; при активныхъ и мимическихъ движеніяхъ (смѣхъ) скошеніе, также выравнивается, при чемъ замѣтно даже въ такихъ

случаяхъ легкое стягиваніе въ противоположную сторону— по крайней мѣрѣ носогубная складка при этомъ справа становится немножко рѣзче выраженной, чѣмъ слѣва. Такимъ образомъ, скошеніе зависитъ не отъ пареза противоположнаго resp. праваго *facialis*, который, какъ показываютъ мимическія и произвольныя движенія, немного даже сильнѣе своего антагониста, но вслѣдствіе явленій раздраженія въ области лѣваго *facialis*, находящагося въ состояніи легкаго пареза. Непостоянный, но все время мѣняющійся характеръ судорогъ указываетъ, что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ тѣмъ же самымъ явленіемъ, что и въ конечностяхъ; т. е., съ атетозомъ, а объединяя всѣ эти однородныя движенія на одноименной сторонѣ однимъ терминомъ—получаемъ: *геміатетозныхъ*.

Такимъ образомъ вкратцѣ клиническая картина заболѣванія слагается изъ слѣдующихъ данныхъ: 1) Въ анамнезѣ—инсультъ съ послѣдующимъ кратковременнымъ гемиплегическимъ параличемъ конечностей и появленіемъ въ нихъ затѣмъ непроизвольныхъ движеній; 2) Геміатетозный характеръ этихъ движеній при явленіяхъ ригидности, пареза и нѣкоторой атрофіи въ пораженныхъ конечностяхъ; 3) наличность типичныхъ приступовъ падучей болѣзни; 4) полное отсутствіе разстройствъ со стороны чувствительности всѣхъ родовъ, мышечнаго чувства и координаціи движеній. 5) Отсутствіе офтальмоплегическихъ симптомовъ. 6) Ясно выраженный эпилептический характеръ, развившійся вслѣдъ за усиленіемъ и учащеніемъ судорожныхъ припадковъ. Самый яркій и наиболѣе интересный среди этихъ симптомовъ, несомненно, половиностороній атетозъ. Съ тѣхъ поръ, какъ *Hammond* въ 1871 году выдѣлилъ и охарактеризовалъ это своеобразное разстройство двигательной сферы, сообщивъ ему и наименование, вопросъ о происхожденіи его и локализациі породилъ чрезвычайно обильную литературу. И тѣмъ не менѣе до сихъ поръ патогенезъ и топическая діагностика этого явленія составляетъ предметъ далеко незаконченныхъ споровъ. Что ка-

сается прежде всего этиологии даннаго страданія, то самой частой основой его являются гемиплегіи и особенно тѣ, которыя произошли въ дѣтскомъ возрастѣ. Благодаря этому онъ обыкновенно является спутникомъ дѣтскихъ церебральныхъ параличей. Но кромѣ этихъ этиологическихъ моментовъ мы видимъ, что атетозъ присоединяется къ массѣ другихъ страданій, въ томъ числѣ даже такихъ, которыя не имѣютъ постоянной специфической локализаціи въ головномъ мозгу. Нерѣдко поводомъ къ развитію его служатъ мозговые опухоли, сифилисъ мозга.

Sander ¹⁾ наблюдалъ атетозъ въ теченіе прогрессивнаго паралича, гдѣ онъ появился послѣ ряда апоплектиформныхъ инсультовъ. *Pardo* ²⁾ и *Fraenkel* ³⁾ описали въ 6 случаяхъ атетозъ, какъ осложненіе спинной сухотки. *Stein* ⁴⁾ отмѣтилъ его въ одномъ случаѣ *Friedreich*'овской атаксіи. *Wetzel* ⁵⁾ изслѣдовалъ случай, гдѣ атетозъ развился на почвѣ множественнаго неврита. *Bauer* ⁶⁾ видѣлъ въ продолженіе трехъ дней атетозныя движенія у одной роженицы послѣ преждевременныхъ родовъ съ обильнымъ кровотеченіемъ, при чемъ путемъ исключенія всякихъ другихъ причинъ онъ объясняетъ появленіе атетоза, какъ результатъ раздраженія мозга, обусловленный большой кровопотерей. Подобное наблюденіе имѣлъ и *Sarbo*. *Haupt* ⁷⁾ описалъ случай атетоза у мальчика послѣ дифтерита, осложненнаго параличами. *Hunber* ⁸⁾ отмѣтилъ атетозъ у ребенка, страдавшаго туберкулезнымъ менингитомъ (вскрытіе). *Taniguchi* ⁹⁾ описалъ случай пузырьчатой глисты въ корѣ мозга и подъ нею, сопровождавшейся при жизни хореей и атетозомъ. Въ случаѣ *Spillera*, *Tracier*'а и *Van Kaathoven* причиной развитія атетоза была травма.

Наконецъ, въ одномъ случаѣ атетозъ развился на почвѣ суставнаго ревматизма (*Fischer*).

Уже по одному этому разнообразію почвы и этиологическихъ моментовъ, которые давали поводъ къ развитію описываемаго симптома, можно предполагать, что, какъ природа

лежащаго въ основѣ его патологическаго процесса, такъ и мѣсто его не могутъ быть во всѣхъ случаяхъ однѣ и тѣ же. И дѣйствительно, патологическая анатомія этого страданія, скудная вначалѣ, за послѣднее десятилѣтіе обогатилась весьма обширнымъ матеріаломъ, который съ неопровержимостью доказываетъ, какъ разнообразны по существу своему и по расположенію могутъ быть тѣ болѣзненные процессы, которые лежатъ въ основѣ вообще насильственныхъ и въ частности атетозныхъ движеній. Такъ какъ патолого-анатомическія наблюденія прежнихъ авторовъ почти исключительно относились въ явленіямъ очаговой гемихореи, и за недостаткомъ патолого-анатомическаго матеріала, относящагося непосредственно къ атетозу, привлекались къ объясненію этого послѣдняго симптома лишь на основаніи предполагаемаго патогенетическаго и клиническаго тождества обоихъ симптомовъ, съ чѣмъ однако не всѣ авторы согласны, то я не буду его приводить подробно, ссылаясь на работы *Н. М. Попова* ¹⁰⁻¹¹), *Мурамова* ¹²⁻¹³), *Гуднева* ¹⁴⁻¹⁵), гдѣ этотъ матеріалъ подробно указанъ. Упомяну лишь вкратцѣ, что измѣненія этихъ находились чаще всего въ зрительномъ бугрѣ (*Gowers, Kahler, Pick, Charcot, Raymond, Luftschluger* и др., затѣмъ въ *nucleus lentiformis* (*Hammond, Witschell, Combe, Eichhorst, Anton* и др.), въ капсулѣ (*Charcot*), мозговой корѣ (*Поповъ, Boinet, Gaward, Ensald* и др.) въ Варолиевомъ мосту, въ ножкахъ мозга (*Magnon, Bonhofer*), въ четверохаміи. Нѣсколько подробнѣе я остановлюсь на патолого-анатомическихъ данныхъ, относящихся къ случаямъ, преимущественно послѣдняго времени, гдѣ при жизни былъ ясно констатированный атетозъ.

Сюда относится обстоятельно изслѣдованный случай *Мурамова*, гдѣ на вскрытіи и подъ микроскопомъ найдены измѣненія въ наружномъ отдѣлѣ зрительнаго бугра сифилитической природы (*Sander* ¹), наблюдавшій атетозъ въ случаѣ прогрессивнаго паралича, на вскрытіи въ этомъ случаѣ нашелъ атрофію *thalami optici*, съ которой и ставилъ въ связь появленіе

атетоза. *Herz*¹⁶⁻¹⁷⁾ описалъ два случая геміатетоза, изъ которыхъ въ одномъ—старая киста, разрушившая наружную часть зрительнаго бугра, *lamina medullar. med.*, часть внутреннего ядра *thalamі*; кромѣ того, оказалось размягченіе красного ядра и волоконъ, относящихся въ системѣ его, съ атрофіей *brachii cerebellaris* до самаго *nucleus dentatus* мозжечка. Въ другомъ случаѣ онъ наблюдалъ, также на вскрытіи, казеозное гнѣздо въ центральной извилинѣ и кисту въ наружномъ ядрѣ, доходящую до задняго ядра, при чемъ частью поражено среднее ядро съ *lamina medull.* *Nucleus ruber* въ этомъ послѣднемъ случаѣ неповреждено. При жизни—геміатетозъ. *Berger* на вскрытіи изученнаго имъ клинически случая атетоза правой половины лица и правой руки нашелъ въ лѣвомъ чечевичномъ ядрѣ кисту размѣрами съ вишню, наполненную обызвествленнымъ содержимымъ и занимающую почти всю заднюю часть ядра.

На основаніи литературныхъ данныхъ всѣ случаи атетоза съ патолого-анатомической стороны онъ раздѣляетъ на 3 группы: 1) съ отрицательными результатами патолого-анатомическаго изслѣдованія, 2) съ нѣсколькими очагами; 3) съ однимъ очагомъ, который наблюдается, то въ большомъ мозгу, то въ мозговыхъ гангліяхъ, то въ системѣ ножекъ и четверохолмія. Изъ старыхъ авторовъ въ *nuc. lenticularis* находили измѣненія въ изслѣдованныхъ ими случаяхъ атетоза *Cambe* и *Eichhorst* (цитир. по *Бехтереву*—„основы ученія о функціяхъ мозга). *Halmes*²⁰⁾ въ нѣсколькихъ случаяхъ атетоза, изученныхъ имъ клинически, находилъ на вскрытіи поврежденіе красного ядра и его соединеній. Въ упомяномъ случаѣ *Taniguchi*⁹⁾ пузырьчатые глисты въ видѣ кистообразныхъ образованій, локализовались подъ корою второй лобной извилины (болѣе крупная), такая же въ *gyr. hippocampi*, болѣе мелкія въ центральныхъ и паріетальныхъ извилинахъ. *Oppenheim*²⁹⁾ въ собственномъ случаѣ гемиплегіи съ атетозомъ нашелъ кисту въ мозговыхъ оболочкахъ, въ лѣвой теменно-

височной области и кромѣ того очагъ размягченія въ области центральныхъ извилинъ и нижней темянной доли той же стороны вмѣстѣ съ общей атрофіей лѣваго полушарія.

Въ случаѣ *Huntera* ⁸⁾ (ребенокъ, умершій отъ менингита, при жизни атетозъ обѣихъ рукъ) единственнымъ анатомическимъ измѣненіемъ были бугорки мозговой оболочки рядомъ съ общимъ милиарнымъ туберкулезомъ. *Boinet* описалъ совершенно такой же случай туберкулезнаго менингита, гдѣ при жизни кромѣ атетоза была эпилепсія; помимо менингита здѣсь былъ еще поверхностный энцефалитъ главнымъ образомъ двигательной зоны. (Цитир. по статьѣ *Н. М. Попова*—Атетозъ). Въ случаѣ *Haupta* ⁷⁾ у 3 лѣтнаго ребенка, заболѣваго атетозомъ послѣ перенесеннаго дифтерита, при вскрытіи въ корѣ мозга оказались легкія и поверхностныя энцефалитическія измѣненія, гнѣздившіяся къ тому же главнымъ образомъ въ лѣвой темянной долѣ.

Такое разнообразіе данныхъ относительно локализаціи и паталогіи процесса, полученныхъ путемъ патолого-анатомическимъ, еще далѣе усложняется результатами клиническаго наблюденія, относящимися къ тѣмъ случаямъ, гдѣ по разнымъ причинамъ не было секціи, но точно и обстоятельно изученныя явленія клинической картины давали возможность съ большей или меньшей положительностью установить топическую діагностику, а иногда и сущность болѣзненнаго процесса, обусловливающаго атетозныя разстройства двигательной сферы. Такъ *Walli* ²³⁾ въ одномъ своемъ случаѣ и *Zweig* связывали діагностику атетоза своихъ случаевъ съ пораженіемъ пирамидныхъ путей; въ другомъ своемъ случаѣ *Walli* диагностировалъ пораженіе коркового, какъ причину атетоза. Корковымъ пораженіемъ также объясняли въ своихъ случаяхъ атетозныя движенія *Поповъ*, *Рудневъ*, *Bauer*, *Осокинъ* ³⁵⁾. *Kaiser* устанавливалъ болѣе растяжимую діагностику пораженія коркопсихомоторнаго нейрона на одномъ изъ мѣстъ его протяженія. Ближе къ нему подходит и *Lewandowski. Fischer*

связываетъ въ своемъ случаѣ атетозъ съ пораженіемъ чувствительныхъ путей въ области задняго бугра, капсулы и *thalamus opt.* Въ *thalamus* и *regio subthalamica* діагносцируютъ поврежденіе въ своихъ случаяхъ атетоза *Monacow* ²⁵⁾ и *Larbo* ²⁴⁾. Что касается руководствъ по нервнымъ болѣзнямъ, то у *Oppenheim'a* ²⁶⁾ по этому вопросу мы читаемъ: „Гемихорея и геміатетозъ возникаютъ вслѣдствіе прямого или рефлекторнаго раздраженія автоматическихъ двигательныхъ центровъ, расположенныхъ въ *thalamus opt.*, слѣд. 1) вслѣдствіе малыхъ, раздражающе дѣйствующихъ очаговъ бугра въ опредѣленныхъ мѣстахъ. 2) вслѣдствіе очаговъ, которые помѣщаются въ чувствительныхъ волокнахъ, направляющихся къ этимъ центрамъ бугра, въ особенности въ церебеллярно-бугровыхъ *resp. brach. conjunct.* 3) очаги, особенно развившіеся въ дѣтствѣ, надолго устраняющіе двигат. центры коры, могутъ привести къ тому, что бугровые центры достигаютъ чрезмѣрной самостоятельности, приводящей къ атетозу и гемихореѣ. *Даркшевичъ* ²⁶⁾ мѣсто развитія болѣзненнаго процесса, дающаго атетозъ, указываетъ въ корѣ мозга, подкорковыхъ гангліяхъ и *regio subthalamica*. *Lachs* ²⁷⁾ не указываетъ определенной локализаціи атетоза, говоря, что поврежденіе можетъ находиться во всякомъ центрѣ, завыдывающимъ двигательной функціей, такъ какъ атетозъ, по его мнѣнію, лишь степень паралича. *Щербакъ* источникомъ насильственныхъ движеній считаетъ систему зрительнаго бугра.

Вотъ доступныя намъ литературныя данныя касательно локализаціи и патологіи атетозныхъ движеній. Теперь спрашивается, какая изъ этихъ локализацій имѣетъ мѣсто въ нашемъ случаѣ?

Отсутствіе атактическихъ явленій позволяетъ исключить церебеллярное пораженіе. Противъ локализаціи въ мозговой ножкѣ вообще говорятъ отсутствіе офталмо-плегическихъ симптомовъ, а отчасти и пораженій чувствительности. Въ частности противъ пораженія краснаго ядра, заставляетъ выска-

зываются отсутствіе атактическихъ разстройствъ, которыхъ необходимо было бы ожидать въ виду столь тѣснаго соприкосновенія этого ядра съ мозжечкомъ черезъ посредство вступающихъ въ него brachia conjunctivalia (Опыты *Фаворскаго*, наблюденія *Муратова*, мнѣнія *Бехтерева*, *Даркиевича*).

Еще менѣе можно предполагать пораженіе въ области зрительнаго бугра. Le Syndrome thalamique по *Dejerine*'у состоитъ: 1) изъ геміанестезіи, 2) болѣе на анестезированной сторонѣ; 3) легкой гемиплегіи; 4) геміатаксіи съ астереогнозіей; 5) хорео-атетозныхъ движеній ¹⁾. Такими же приблизительно чертами характеризуется бугровый синдромъ у *Roussy*, ²⁸⁾ *Feliffe*, *Harbenberg*'а и др. *Бехтеревъ* къ этому присоединяетъ еще разстройства мимическихъ движеній (смѣхъ), какъ симптомъ, сопутствующій бугровымъ пораженіямъ. У нашего больного нѣтъ ни анестезіи, ни болѣе, ни геміатаксіи съ астереогнозіей, ни разстройства мимики. Далѣе, въ связи съ пораженіемъ nuclei lenticularis наблюдались кромѣ параличей и хорео-атетозныхъ движеній разстройство чувствительныхъ, трофическихъ (контрактуры съ мышечными атрофіями), афазическихъ, артикуляторныхъ—въ нашемъ случаѣ нѣтъ никакихъ разстройствъ подобнаго рода ²⁾. Такимъ образомъ для объясненія его остаются двѣ локалізаціи: въ корѣ мозга и внутренней капсулѣ. Вся симптоматологія случая говоритъ въ пользу коркового происхожденія страданія. И прежде всего наличность эпилептическихъ приступовъ доказываетъ именно эту локалізацію пораженія. Мы уже видѣли, что для отрицанія коркового происхожденія атетоза *Муратовъ* какъ-разъ опирается на мнѣніе *Freud*'а будто атетозъ не наблюдается въ комбинаціи съ эпилепсіей. Между тѣмъ, хотя такого рода наблюденія и не часты, всетаки они бывають, и въ литературѣ мы съ ними время отъ времени встрѣчаемся. Еще въ наблюденіи

¹⁾ Цѣтир. по реф. журн. *Кулакова* 1909 г. стр. 189.

²⁾ *Бехтеревъ*. Основы ученія о функціяхъ мозга стр. 608—610.

Hammond'а атетозъ комбинируется съ эпилепсіей и алкоголизмомъ. *Рудневъ* описываетъ случай атетоза, также въ комбинаціи съ эпилептическими приступами, проявляющимися то въ видѣ *petit mal*, то въ формѣ прокурсивной эпилепсіи. Въ случаяхъ, уже цитированныхъ, *Oppenheim*'а и *Tanigouchi*, атетозъ наблюдался вмѣстѣ съ приступами Джаксоновской эпилепсіи. Въ случаѣ *Pardo* у больного съ атетозомъ наблюдались и судорожные приступы эпилепсіи и эквиваленты. Приступы падучей безъ эквивалентовъ имѣлись въ двухъ случаяхъ атетоза, описанныхъ у *Walli*. У *Sander*'а атетозъ, наблюдавшійся въ теченіе прогрессивнаго паралича, комбинируется съ наступающими поврежденіямъ эпилептиформенными судорогами. Такимъ образомъ случаи, гдѣ атетозъ комбинируется съ эпилепсіей, уже не такъ исключительны. Что касается эпилептическихъ приступовъ, то въ настоящее время едва-ли можно оспаривать, что мѣстомъ развитія ихъ является двигательная область мозговой коры. Старыя мнѣнія *Kustmaul*'я и *Nothnagel*'я, что продолговатый мозгъ и Вар. мостъ являются мѣстомъ заболѣванія при эпилепсіи, въ настоящее время уже почти не находятъ защитниковъ. Экспериментальныя работы *Fritsch*'а, *Hitzig*'а, *Unverricht*'а, *Pitres*'а, а равно и *Бехтерева* клинически доказываютъ, что только мозговая кора служитъ мѣстомъ развитія падучихъ приступовъ (цитир. по *Бехтереву* и *Oppenheim*'у). Лишь въ развитіи тонической фазы нѣкоторое участіе принимаютъ подкорковые центры (*Ziehen*, *Осиновъ*). Даже *Binswanger*—сторонникъ подкорковой теоріи происхожденія падучаго приступа и тотъ говоритъ, что хотя разрядъ энергіи при эпилептическомъ приступѣ прежде всего происходитъ въ подкорковыхъ центрахъ, самое вызывающее разрядъ раздраженіе слѣдуетъ искать въ возбужденіи корковыхъ центровъ. (*Oppenheim* ²¹). Изъ этого слѣдуетъ, что комбинація атетоза съ эпилепсіей говоритъ въ пользу корковаго происхожденія его. Измѣненія психики, какъ наличность специфическихъ чертъ эпилептического характера, сумеречныя

состоянія послѣ эпилептическія и эквиваленты у нашего больного еще болѣе подтверждаютъ это предположеніе. Наоборотъ, присутствіе эпилептическихъ приступовъ говоритъ противъ капсулярной локализациі, какъ на это указываетъ *Oppenheim*, приводящій наблюденіе, что капсулярныя гемиплегіи прекращали на сторонахъ пораженія эпилептич. приступы. Доводы въ пользу коркового происхожденія атетоза у С-ва не исчерпываются присутствіемъ эпилепсіи и психическихъ измѣненій личности. Распредѣленіе лицевыхъ парезовъ, преобладающее, даже почти исключительное, пораженіе нижней вѣтви *facialis* на одноименной съ конечностями сторонѣ, съ намекомъ лишь на ослабленіе верхней, также говоритъ скорѣе всего за корковую локализацию пораженія: пораженіе центрального нейрона *facialis* въ другомъ мѣстѣ, кверху отъ перекреста въ Вароліевомъ мосту, какъ въ ножкѣ, въ капсулѣ, исключается уже приведенными выше соображеніями. Ослабленіе геср. прекращеніе атетозныхъ движеній во время сна также указываютъ на психомоторное геср. корковое происхожденіе ихъ. Затѣмъ, ослабляющее вліяніе на нихъ морфія, — коркового алкалоида и хлоралгидрата, также обнаруживающаго свое дѣйствіе на кору мозга, тоже является аргументомъ въ сторону кортикальной локализациі паталогическаго процесса ¹⁾. Наконецъ, слѣдуетъ припомнить и то дов. общеизвѣстное и подчеркнутое особенно *Oppenheim*'омъ наблюденіе, что большая часть дѣтскихъ параличей локализируются именно въ мозговой корѣ, и лишь очень рѣдко процессъ развивается въ внутренней капсулѣ, гдѣ онъ чаще всего помѣщается у взрослыхъ. Среди остальныхъ симптомовъ заслуживаетъ вниманія еще одинъ, довольно интересный и также говорящій въ пользу корковой локализациі страданія: мы имѣемъ въ виду разстройство потоотдѣленія, проявляющіяся

¹⁾ Нужно замѣтить, что подобное же наблюденіе надъ дѣйствіемъ морфія въ отношеніи атетозныхъ движеній сдѣлано и д-ромъ Рудневымъ.

въ увеличенной потливости пораженной стороны. Поэтому поводу нельзя не вспомнить объ опытахъ *Грибондова* въ *Бехтеревской* клиникѣ, который путемъ раздраженія у кошечъ участковъ коры въ области *gyri sygmoidei* получалъ увеличенное потоотдѣленіе на лапахъ противоположной стороны. Еще болѣе интересно въ этомъ отношеніи наблюденіе самого *Бехтерева*, изслѣдовавшаго въ своей клиникѣ въ 1904 году одного солдата, раненнаго на вылетъ въ волосистую часть головы. Раненіе повлекло за собою параличъ правой руки и ноги, затрудненіе рѣчи и головныя боли. Черезъ 9 дней уже послѣ раненія у больного стала сильно потѣть правая половина тѣла. Усиленное потоотдѣленіе наблюдалось и послѣ ослабленія паралитическихъ явленій. По изслѣдованію мѣста вхожденія и выходенія пули она неминуемо должна была задѣть двигательную сферу мозговой коры. Такимъ образомъ усиленная потливость конечностей на пораженной сторонѣ у нашего больного также приносить свою долю доказательства въ пользу того, что пораженіе относится именно въ этой области мозга, тѣмъ болѣе, что пораженіе спинномозгового и бульбарнаго центра потоотдѣленія исключается отсутствіемъ соотвѣтствующей симптоматики.

Другіе симптомы, какъ атрофія конечностей, сосудистыя разстройства, ригидность съ повышеніемъ рефлексовъ и др. могутъ служить только подтвержденіемъ этого предположенія. Лишь одинъ симптомъ заслуживаетъ нѣкотораго объясненія, такъ какъ на первый взглядъ можетъ представиться немного неожиданнымъ, мы говоримъ о неравномѣрности зрачковъ, съ большимъ размѣромъ зрачка на противоположной сторонѣ, что можетъ навести на мысль о легкомъ перекресткомъ пораженіи *oculomotorius'a*, какъ это наблюдается при очагахъ въ мозговой ножкѣ. Однако, что данный симптомъ не противорѣчитъ коревой локализаци, можно сослаться хотя бы на случай, упоминаемый *ав. Бехтеревымъ*: у одной больной имѣлся сифилитическій гуммозный менингитъ въ области 2 и 3 лобныхъ

извилинь и верхней височной. Кромѣ головныхъ болей и судорогъ въ правой рукѣ и половинѣ лица здѣсь наблюдалось расширение зрачка на противоположной сторонѣ. Далѣе, опыты *Миславскаго, Бехтерева, Браунштейна* показали, что раздраженіе у собакъ передняго и задняго отдѣла сигмовидной извилины и у обезьянъ—задняго отдѣла 2-ой лобной извилины вызываетъ расширение зрачка и выпячиваніе глаза сильнѣе *на противоположной сторонѣ*. Дальнѣйшія изслѣдованія съ перерѣзкой шейнаго *sympathicus'a* и *oculomotorius'a* убѣдили этихъ авторовъ, что вліяніе мозговой коры на зрачекъ сказывается въ двухъ направленіяхъ: или черезъ передачу раздраженія на симпатическій нервъ, или черезъ угнетеніе подкорковаго центра *oculomotorii*. Въ нашемъ случаѣ нелегко рѣшить, который изъ этихъ факторовъ принимаетъ участіе въ возникновеніи зрачковой неравномѣрности, важно только установить, что этотъ симптомъ не только не противорѣчитъ корковой локализациі страданія, но даже позволяетъ локализовать его точнѣе, давая указаніе, что патологическій процессъ распространяется съ центральныхъ извилинъ скорѣе впереди, чѣмъ къзади. Въ пользу этого предположенія говорить и отсутствіе разстройствъ чувствительности.

Что касается природы и характера болѣзненнаго процесса, то установить его безъ секціи крайне трудно: изъ анамнеза видно, что заболѣваніе началось инсультомъ, дѣлающимъ наиболѣе вѣроятной мысль о кровоизліяніи, но какъ пошелъ процессъ дальше, что осталось отъ него въ данное время—киста проявляющая свое частью угнетающее, частью раздражающее дѣйствіе на центры, рубецъ, реактивно-воспалительный процессъ на основаніи клиническихъ данныхъ рѣшить невозможно. Нельзя далѣе съ положительностью сказать, имѣетъ ли мѣсто процессъ по преимуществу въ корѣ или въ мозговой оболочкѣ или же равномѣрно касается и той, и другой.

Считая изложеніе даннаго случая законченнымъ въ смыслѣ его распознаванія, мы думаемъ, что будетъ вполнѣ уместно сказать вкратцѣ о патогенезѣ страданія. Какъ и въ вопросѣ о локализациі атетоза, мы встрѣчаемся здѣсь съ мнѣніями весьма разнообразнаго типа. Въ общемъ всѣ ихъ можно раздѣлить на двѣ большихъ группы: одна группа приурочиваетъ атетозъ, геср. очаговую хорею къ одной определенной мозговой локализациі, что только изъ нея и можетъ исходить это своеобразное разстройство движеній. Другая, группа авторовъ, допуская разнообразіе локализаций въ двигательной сферѣ, выводитъ атетозъ изъ особыхъ патолого-физиологическихъ условій, производящихъ въ одномъ случаѣ параличъ, въ другомъ контрактуры, въ третьемъ хорею, атетозъ и т. д. Нѣкоторые авторы впрочемъ соединяютъ оба патогенетическихъ принципа. Изъ числа первыхъ *Charcot* искалъ объясненія атетоза и гимихореи въ пораженіи особаго, гемихореического пучка (*faisceau l'hémichoree*), который онъ помѣщалъ во внутренней капсулѣ между чувствительными и пирамидными путями. Но существованіе такого пучка ничѣмъ не подтвердилось и мнѣніе *Charcot* сохранило лишь историческій интересъ. *Kahler* и *Pick* хореическій пучекъ замѣнили пирамидными путями на всемъ ихъ протяженіи въ головномъ мозгу, объясняя происхожденіе атетоза наличностью особыхъ свойствъ пораженія. Къ нимъ присоединился *Brissseau*, доказывающій, что полное прерожденіе пирамидныхъ путей вызываетъ стойкія контрактуры, при неполномъ же склерозѣ, когда частью сохранена связь между церебральными и спинномозговыми путями,—происходитъ атетозъ. *Zweig* и отчасти *Valli* все дѣло сводятъ на раздраженіе этихъ путей, гдѣ бы оно не происходило. *Sachs* считаетъ, что ригидность, контрактуры, хорея, атетозъ, парезы, параличи—все это явленія одного порядка и одной природы: дѣло лишь въ степени пораженія и распространенія очага. Доказательствомъ служить, по его мнѣнію, одновременное существованіе при нѣко-

торыхъ диплегіяхъ паралича въ нижнихъ конечностяхъ и атетоза въ верхнихъ. Противъ такой локализаціи проф. *Поповъ* справедливо возражаетъ, что перерожденіе пирамиднаго пути обычное явленіе, между тѣмъ какъ атетозъ бываетъ очень рѣдко. Слѣдовательно, нужны еще какія-то условія.

Весьма остроумной и вѣской является гипотеза *Bonhoefer'a* и *Муратова*. Какъ и предыдущіе авторы, они сторонники опредѣленной локализаціи, но связываютъ ее не съ пирамидными путями, а съ ножками мозжечка (*brach. conjunctiva*). *Bonhoefer* первый въ 1897 году указалъ, что хотя насильственные движенія могутъ наступать при различныхъ локализацихъ въ *thalamus*, *corpor. quadrigemina* и *pons Varolii*, но непремѣннымъ условіемъ является система волоконъ, соединяющая мозжечекъ съ зрительнымъ бугромъ, т. е. *brachia conjunctiva*. *Муратовъ* подтвердилъ это положеніе и развилъ его въ гипотезу. Онъ исходитъ изъ того факта, что выпаденіе изъ функціи полушарія мозжечка вызываетъ ослабленіе мышечнаго тонуса на сторонѣ пораженія; наоборотъ, разрушеніе зрительнаго бугра ведетъ къ повышенію его на противоположной сторонѣ. Такимъ обр. между этими двумя центрами существуетъ антагонизмъ и потому разрушеніе соединительныхъ путей между ними, какими являются *brachia conjunctiva*, ведетъ къ нарушенію тоническаго равновѣсія мышцъ, обусловленнаго совмѣстнымъ дѣйствіемъ центровъ въ нормальномъ состояніи, въ видѣ сложныхъ судорогъ. Гипотеза эта и до сихъ поръ находитъ много сторонниковъ. Ее раздѣляютъ *Holmes*, *Sarbo*, *Herz*.

Несмотря однако на большія преимущества этой теоріи, она тѣмъ не менѣе весьма несвободна отъ многихъ серьезныхъ возраженій. Прежде всего она совершенно не можетъ объяснить тѣхъ многочисленныхъ случаевъ, гдѣ очагъ помѣщался очень далеко отъ *brach. conjunctiva*, и ни они самыя, ни *nucleus ruber*, ни *thalamus*, ни наконецъ мозжечекъ не были поражены, а атетозъ всетаки былъ. Далѣе, гемиплегія,

сопровождѣющіяся перекрестнымъ параличемъ oculomotorii, т. е. съ очагами настолько близкими къ системѣ мозжечковыхъ ножекъ, что онѣ необходимо должны увлекаться въ страданіе, въ большинствѣ случаевъ однако протекають безъ хорей или атетоза. Тѣ же самыя возраженія можно сдѣлать *Berger'у* и *Anton'у*, пытающимся поставить атетозъ въ зависимость отъ выпаденія волоконъ, соединяющихъ чечевичное ядро и зрительный бугоръ: бывають хорей и атетозъ безъ пораженія этихъ центровъ; бывають пораженія ихъ безъ насильственныхъ движеній.

Sander, признавая, что причиной атетоза бываетъ обычно пораженія thalami, не соглашается однако съ теоріей *Von-hocfer'a*—*Муратова*. Онъ думаетъ, что центрально отъ мѣста пораженія происходитъ накопленіе энергіи, которая время отъ времени преодолеваетъ сопротивленіе въ ниже лежащихъ пораженныхъ частяхъ мозга и разрѣшается судорожными движеніями. *Gowers* считаетъ, что хотя атетозъ чаще всего вызывается пораженіями зрительнаго бугра и капсулы, однако центръ тяжести лежитъ не столько въ мѣстѣ, сколько въ характерѣ пораженія: размягченіе мозга вызываетъ, по его мнѣнію, атетозъ, кровоизліяніе—хорею (цитир. по раб. *Н. М. Попова*). Дальнѣйшія изслѣдованія съ данными вскрытій не подтвердили этой догадки. *Monacow* и *Fischer* полагають, что насильственные движенія обусловливаются пораженіемъ чувствительныхъ, а не двигательныхъ путей, при чемъ рефлекторно совершается передача возбужденія на кору мозга, а оттуда на двигательные пути. Мѣсто пораженія чувствительныхъ путей—по *Monacow'у* regio subthalamica, по *Fischer'у*—задняя часть капсулы и thalamus. Мнѣніе это совершенно обезсиливается случаями, гдѣ нѣтъ совсѣмъ разстройствъ чувствительности. Большая группа авторовъ связываетъ происхожденіе атетоза съ психомоторной зоной (*Eulenburg*, *Hammond*, *Грейденбергъ*, строго отличающій гемихорею отъ атетоза и относящій первую къ пораженію пи-

рамидныхъ путей, а послѣдній къ измѣненіямъ мозговой коры). Къ этой группѣ принадлежитъ и проф. *Поповъ*, который еще полагаетъ, что самый процессъ, обусловливающий раздраженіе корковыхъ центровъ и атетозъ, не долженъ необходимо здѣсь помѣщаться: онъ можетъ находиться гдѣ угодно, но во всякомъ случаѣ раздраженіе, вызываемое имъ, должно передаваться нервнымъ клѣткамъ психомоторной зоны. Его мнѣніе раздѣляетъ докторъ *Гудневъ*, изучавшій движенія при атетозѣ на пишущихъ приборахъ и нашедшій, что мелкія дрожательныя движенія, изъ которыхъ какъ бы складывается атетозная судорога, принадлежать къ типу кортикальных дрожаній. И это мнѣніе однако не разрѣшаетъ всѣхъ затрудненій: прежде всего противъ него тѣ наблюденія, гдѣ пораженіе пирамидныхъ путей, подкорковыхъ центровъ даже самой психомоторной зоны не сопровождается насильственными движеніями. Самъ *Н. М. Поповъ* чувствуетъ силу этого возраженія и ссылается на индивидуальное предрасположеніе и неизвѣстныя патологическія условія возбудимости психомоторной сферы. Но въ чемъ заключаются эти особыя условія индивидуальности и патологіи? Отвѣта на это нѣтъ, а слѣдовательно нѣтъ и объясненія патогенеза страданія, а есть лишь ссылка на какой то *X* неизвѣстной природы это возраженіе можно сдѣлать и *Lewadowski*’ому, который увѣряетъ, что локалізація страданія не при чемъ, а все дѣло въ возрастѣ: атетозъ—симптомъ дѣтскихъ параличей, и только особыя фізіологическія условія дѣтскаго возраста создаютъ атетозъ при корковыхъ и капсулярныхъ страданіяхъ. Въ чемъ однако эти условія, и *Lewandowski* ничего сказать не можетъ.

Такимъ образомъ мы видимъ, что ни одна изъ существующихъ гипотезъ не даетъ цѣльнаго и свободнаго отъ возраженій объясненія атетоза. На основаніи всего разобраннаго въ связи съ нашимъ случаемъ научнаго матеріала мы можемъ лишь сказать, что:

1) разнообразіе локалізації пораженія на самыхъ удаленныхъ другъ-отъ-друга участкахъ мозга никакимъ образомъ не даютъ возможности связывать происхожденія атетоза исключительно съ одной какой-либо областью мозга, обладающей якобы специфическимъ значеніемъ въ этомъ направленіи.

2) Объясненіе атетоза, какъ рефлекса съ чувствительныхъ путей, совершенно несостоятельно въ виду наличности случаевъ съ полнымъ отсутствіемъ чувствительныхъ разстройствъ.

3) Возникновеніе атетоза всегда соединено съ разстройствомъ двигательныхъ сферъ, при чемъ безразлично, гдѣ онѣ поражены—въ корѣ, въ подкорковыхъ центрахъ, въ пирамидныхъ путяхъ. Чрезвычайно медленный характеръ движеній въ нашемъ случаѣ сильно сближаетъ ихъ съ контрактурами, которыя также составляютъ преимущественную особенность дѣтскихъ параличей и основываются, повидимому, на неравномѣрности мышечнаго тонуса отдѣльныхъ мускульныхъ группъ вслѣдствіе неодинаковой ихъ иннервации. Пирамидные пути дѣйствуютъ угнетающимъ образомъ на кортико-церебеллярно-спинальные пути, которые посылаютъ импульсы, усиливающіе тонусъ мышцъ. При неравномѣрномъ пораженіи угнетателей для разныхъ мышечныхъ группъ получается неравномѣрность тонуса ихъ, дающая преобладаніе одной группѣ надъ другой. Если разница въ тонусѣ очень велика, получаютъ стойкія контрактуры. При умѣренной или легкой разницѣ происходитъ періодическое стягиваніе въ сторону тѣхъ группъ, угнетатели тонуса которыхъ сильнѣе затронуты. Усиленные импульсы тонизирующихъ проводниковъ вызываютъ стягиваніе въ ихъ сторону, но затѣмъ уже незначительное утомленіе напряженныхъ мышцъ выравниваетъ разность ихъ тонуса, и слѣдуетъ расслабленіе. Тотъ же результатъ получается и тогда, когда болѣе къ слабому тонусу мышцъ посылаются для уравниванія ихъ волевые импульсы, т. е. при произвольныхъ условіяхъ, которыя даютъ возможность исправлять атетозныя сведенія. Разумѣется, все это составляетъ лишь сла-

бую попытку объясненія атетоза, вопросъ о его патогенезѣ пока долженъ считаться открытымъ. Однако, повидимому, это же предположеніе легло въ основу оригинальнаго и интереснаго способа леченія, примѣненнаго *Spieler*'омъ, *Fracier* и *Van-Kaathoven*'омъ въ одномъ случаѣ атетоза. У 19-ти лѣтнаго мужчины, который ребенкомъ получилъ травму, на 2-мъ году развился атетозъ до того сильный, что больной почти не могъ произвольно двигать руками и ногами. Мышцы руки и ноги—атрофированы. Больному была сдѣлана нервная трансплантація такъ, что проксимальный конецъ n. circumflexi, былъ соединенъ съ дистальнымъ концомъ musculocutanei, дистальный конецъ circumflexi—съ проксимальнымъ musculocutanei. Между нервами medianus и ulnaris наложены анастомозы такъ, что дистальный конецъ mediani соединенъ съ проксимальнымъ концомъ ulnaris и наоборотъ. Также были установлены при помощи вѣтвей соединенія между medianus et radialis. Получилось замѣтное улучшеніе, возвратившее больному произвольное владѣніе конечностями. Этотъ фактъ приводитъ вообще къ мысли о хирургическомъ леченіи атетоза. Въ литературѣ на этотъ счетъ очень мало указаній: случай, приводимый у *Oppenheim*'а и оперированный, не далъ хорошихъ результатовъ, въ виду существованія не одного, а нѣсколькихъ очаговъ въ болѣе глубокихъ слояхъ мозга. Другихъ попытокъ хирургическаго леченія я въ литературѣ не нашелъ. Нѣкоторые изслѣдователи (*Муратовъ*) однако напрасно отрицаютъ его совершенно, такъ какъ локалізація, установленная или и якобы недопускающая оперативнаго вмѣшательства (связи между thalamus и cerebellum), является далеко не исключительной при атетозѣ; наоборотъ, бываетъ и поверхностное пораженіе, а слѣдовательно, очаги, обуславливающіе атетозныя движенія, являются доступными для оперативнаго вмѣшательства.

Въ заключеніе настоящей статьи считаю долгомъ выразить свою благодарность директору Саратовской Психіатрической лечебницы д-ру *Рудневу*, обратившему мое вниманіе на этотъ случай и дававшему указанія при разработкѣ его.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) *Sander*. Neurol. Centralblatt № 7, 1897. 2) *Pardo*. Rivista quindic. di Psichiatria I, 19. 1897. 3) *Fraenkel*. Athetose bei tabes dors. Dissert. 4) *Stein*. Berlin. Klinisch. Wochenschrift 1897. № 49. 5) *Wetzel*. Ein fall multipler Neuritis u. Athetose (refer. in Jahresber. Jahrg. 3). 6) *Bauer*. Hemiathetose unter Geburt (Berlin. klin. Wochenschrift 1907) 7) *Haupt*. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheil. XXXIII. 8) *Hunter*. (Lancet 25 March — refer. Jahresbericht u. d. w.). 9) *Taniguchi*. Ein Fall v. Distomumeruranauns mit Jacksonscher Epilepsie, Chorei u. Athetose. Archiv f. Psych. XXXVIII. 10) *Поповъ Н. М.* Гемиплегія, осложн. гемихореей. „Неврол. Вѣст.“ 1899. 11) *Поповъ Н. М.* Атетозъ. „Неврол. Вѣстн.“ 1901. 12) *Муратовъ В. А.* Клинич. лекціи изд. 1899 г. 13) *Муратовъ В. А.* Новыя данныя къ патологіи насильств. движеній. „Медиц. Обзорѣн.“ 1903. 14) *Рудневъ*. О геміатетозѣ. „Невролог. Вѣстн.“. 1901 г. 15) *Онъ-же*. Эпилепсія съ атетозомъ. „Неврол. Вѣстн.“ 1902. 16) *Herz*. Zur Frage d. Athetose bei Thalamuserkrank. (Archiv a. d. Neurol Institut d. Wien. Univ.). 17) *Herz*. Wiener Klin. Wochenschr. 23, 492. 1910. 18) *Berger*. Zur Kenntniss d. Athetose. Jahrb. f. Psych. XXIII. B. 1 и 2. 19) *Eichhorst*. Ueber Athetose. Virchow. Arch. 1894. Bd. 137. 20) *Holmes*. On Certae Tremor in Organic Cerebral lesions. Brain. Part. (citir. Jahresbericht). 21) *Oppenheim*. Lehrbuch d. Nervenkrankheit. Berlin. 1905. 22) *Zweg*. Ein Fall von geheilter Athetose. Wien. klin. Rundsch.

chau 1897. 23) *Valli*. Contributio alla conoscenza dell Syndrome athetot. Rivista critica d. klin. med. n. 27, 1902. refer. Jahresbericht über die. 24) *Sarbo*. Demonstration in. d. Psych. neurol. Section... Nenrol Centrbltt. 1908. 25) *Monacow*. Post-hemiplegische Bewegungsstorungen. Correspond.—Blatt f. Schweizer Aerzt. 1897 (ref. Jahresber.). 26) *Даркиевичъ*. Нервные болѣзни. 27) *Sachs*. Nervenkrankheiten des Kindesalters 28) *Roussy*. Riv. neurolog. 18, 16. 1910 (refer. Jahresber.). 29) *Бехтеревъ*. Учение о функцияхъ мозга. 30) *Fischer*. Athetosis and kindret affections. Philad. med. Journ. Vol. 8. 31) *Рудневъ*. Дрожаніе при нервн. и душ. бол. Диссерт. 32) *Spiller*. Francier, van Kaathoven. The Amerikan. Journ. of the medic. Sciences Vol. CXXXI № 3. (Jahresber.). 33) *Bourneville*. et Maugeret. Sclerose atrophique hemispherique. Archives neurologie № 109 T. XIX. 35) *Bonhoefer*. Monatschr f. Neurol. u. Psych. 1897 Ein Beitrag z. Lokalisation choreat. Beweg. 35) *Осокинъ*. Случай дѣтской диплегіи съ атетозомъ „Неврол. Вѣст.“ 1907 г.



Современная эпидемія школьныхъ самоубійствъ въ Россіи.

Проф. Н. М. ПОПОВА.

(О к о н ч а н і е).

XL. И. З. 15 лѣтъ, ученикъ IV класса гимназіи, 19 декабря 1909 г. выстрѣломъ изъ револьвера лишилъ себя жизни.

Покойный грекъ по происхожденію; семья состоитъ изъ матери и пятерыхъ братьевъ, живетъ въ достаткѣ; братья люди интеллигентные, мать же неграмотна. Этими фактами исчерпываются свѣдѣнія о семьѣ; мы не знаемъ, имѣются ли указанія на патологическую наслѣдственность, или нѣтъ, каково было отношеніе матери и братьевъ къ З. Директоръ гимназіи не сообщилъ даже характеристики покойнаго, ни слова не говоритъ объ его способностяхъ, умственномъ развитіи, жизненныхъ интересахъ.

З. въ числѣ другихъ учениковъ, имѣвшихъ неудовлетворительныя отмѣтки, былъ переспрошенъ преподавателемъ исторіи и получилъ за отвѣтъ двойку, чѣмъ сразу былъ очень взволнованъ. Дома онъ обратилъ на себя общее вниманіе грустнымъ, убитымъ видомъ, а на другой день застрѣлился, оставивъ записку слудующаго содержанія:

«Дорогіе друзья, я не по своей волѣ убиваю себя, а меня довели до этого и еще этотъ человекъ просилъ меня, чтобы я извинился передъ нимъ за оскорбленіе; теперь я извиняюсь своей жизнью передъ нимъ и все это за какія-нибудь несчастныя двѣ двойки въ четверти. Я не могу снести этого оскорбленія, и если бы это за незнаніе, а то вѣдь знаешь и твое знаніе цѣнять такъ низко. Пусть же теперь мое знаніе и незнаніе пойдеть вмѣстѣ.

со мной въ могилу. Цѣлую маму и всѣхъ васъ. Теперь же вы всѣ успокойтесь и довольно съ васъ..

При произведенномъ разслѣдованіи выяснилось, что хотя къ преподавателю исторіи ученики вообще относились хорошо, но онъ отличался очень вспыльчивымъ характеромъ и не всегда могъ удержаться отъ рѣзкаго тона. Такъ, З. жаловался брату, что этотъ преподаватель въ классѣ называлъ его босякомъ, не умѣющимъ сидѣть. Одни изъ учениковъ, слышавшихъ послѣдній отвѣтъ покойнаго, говорили, что оцѣнка его была слишкомъ строга, другіе же утверждали, что двойка явилась результатомъ слишкомъ быстрого испытанія, причемъ ученикъ не успѣлъ обнаружить своихъ знаній. Послѣдней возможности не отрицалъ и самъ преподаватель.

Насколько позволяютъ судить приведенные выше факты, З. отличался впечатлительнымъ, самолюбивымъ характеромъ; подготовка къ послѣднему отвѣту, которому онъ предавалъ почему то рѣшающее значеніе, и волненія, связанныя съ нимъ, должны были, конечно, еще болѣе повысить впечатлительность мальчика, и онъ, считая себя незаслуженно оскорбленнымъ и униженнымъ, не нашелъ иной формы протеста, какъ самоубійство.

XLI. Я. Ч. 20 лѣтъ, слушатель педагогическихъ курсовъ, 26-го декабря 1909 г. скончался, отравившись карболовой кислотой.

Изъ краткихъ свѣдѣній, доставленныхъ по этому дѣлу, видно, что покойный, сынъ дворника, страдалъ душевнымъ расстройствомъ, которое и явилось причиной самоубійства.

XLII. А. Г. ученикъ VI класса гимназіи, 30 декабря 1909 г., покушаясь на самоубійство, пытался выпить сѣрной кислоты.

Причиной попытки, по собраннымъ свѣдѣніямъ, была наслѣдственная психическая неуравновѣшенность, разрывъ съ отцомъ и вызванное послѣднимъ обстоятельствомъ разочарованіе въ жизни.

XLIII. Г. О. 18 лѣтъ, ученикъ VIII класса гимназіи, въ ночь на 8 января 1910 г. выстрѣломъ изъ револьвера лишилъ себя жизни.

О. происходитъ изъ психопатической семьи (отецъ страдалъ душевнымъ разстройствомъ); мать, выйдя замужъ во второй разъ, вела свѣтскую жизнь; на мальчика обращали мало вниманія и онъ росъ одинокимъ, замкнутымъ. Серьезныя недоразумѣнія, происходившія между матерью и ея мужемъ, свидѣтелемъ которыхъ О. приходилось бывать, еще болѣе отдаляли его отъ родныхъ и заставляли глубоко страдать. Обладая отличными способностями, относясь къ занятіямъ съ полной добросовѣстностью, юноша былъ въ гимназіи однимъ изъ лучшихъ учениковъ; къ нему всегда одинаково хорошо относились и учителя и товарищи. Въ теченіе 1909 г. у него развилось общее нервное разстройство въ формѣ черепно-мозговой нейрастеніи, выражавшееся крайне подавленнымъ настроеніемъ и припадками тоски, подъ вліяніемъ которой стала чаще и чаще возникать мысль о самоубійствѣ. Въ декабрѣ 1909 г. О., рѣшившись покончить съ собой, взялъ револьверъ и ушелъ изъ дому, оставивъ записку, гдѣ просилъ никого не винить въ своей смерти. Къ счастью мать случайно встрѣтила его на улицѣ и отобрала оружіе. Мало-помалу болѣзненное состояніе настолько усилилось, что родные, желая по совѣту врачей дать юношѣ отдыхъ, выхлопотали ему разрѣшеніе временно не посѣщать гимназію. Специалистъ-невропатологъ, видѣвшій тогда больного, совѣтовалъ помѣстить его въ санаторію, но такъ какъ подъ вліяніемъ лѣченія настроеніе его значительно улучшилось, то мать не торопилась исполнить этотъ совѣтъ.

Послѣ покойнаго осталось письмо, адресованное его прежнему товарищу по гимназіи, которое довольно отчетливо рисуетъ намъ внутренній міръ самоубійцы; въ немъ есть ясныя указанія прежде всего на его болѣзнь, заставлявшую его глубоко страдать, есть изложеніе философскихъ взглядовъ пессимистической школы, примѣннуть къ которымъ автора принуждало его собственное подавленное настроеніе; наконецъ, мы видимъ здѣсь и темные намеки на многое, что „горой придавило“ его,—этой горой, повидимому, являются условія домашней жизни.

Вотъ это письмо:

М. г. Не знаю, откуда почерпнули Вы свѣдѣнія о моемъ «донкихотствованіи». Но скажу лишь одно: очевидно слухи, дошедшіе до Васъ, были слишкомъ искажены и приувеличены. Я сначала нѣсколько удивился тону письма... но, подумавъ, понялъ. Вы говорите, что я не имѣю права, что у меня только «психическій насморкъ» (счастливое слово), что я не знаю жизни, и въ концѣ концовъ сообщаете результаты Вашихъ собственныхъ размышленій на тему о томъ «какъ прекрасенъ Божій міръ». Глубоко тронутъ Вашимъ собоулѣзнованіемъ и... глубокомысленными совѣтами. Но видите ли, г. Б. кромѣ грусти и печали есть еще и страданіе, которое ведетъ не къ «свѣтлому полудню жизни», а гнететъ, унижаетъ и уничтожаетъ. Вы, очевидно, много грустили, много думали, но никогда не страдали. Вамъ не понравится это слово: страданіе. Не такъ ли? И Вы улыбнетесь и засмѣетесь, оставаясь въ безмятежномъ спокойствіи.—Почему, спросите Вы, это несчастное страданіе?—И Вы по своему правы, недоумѣвая и не понимая и не видя смысла въ безпричинномъ страданіи.

Постараюсь объяснить Вамъ, какъ я смотрю въ данномъ случаѣ на жизнь. Буду кратокъ, надѣюсь примѣровъ не надо. Міръ внѣ насъ сильноѣ нашего «я». Онъ долженъ поглотить индивида, какъ единицу, какъ незамѣтную точку. Если личность активна, она лишь сможетъ найти подходящее мѣсто; если пассивна—слѣдуетъ за «всѣми», не сопротивляясь. Но «я» должно хотѣть и желать слиться съ міромъ. (Здѣсь область подсознательнаго, не управляемаго мышленіемъ). Человѣкъ, не желающій, а потому не могущій согласовать свое «я» съ требующей подчиненія массой, вслѣдствіе ли признанія ея безсмысленности, или своей неприспособленности, гибнетъ, если не физически, то умственно и нравственно. А послѣднее хуже. Посему я согласенъ съ Шопенгауеромъ: «Отдаваясь пассивно иногда бурному, иногда тихому теченію жизни, мы съ мучительной надеждойзираемъ на спасительный призракъ, витающей вокругъ насъ смерти—примирительницы». Не знаю сочтете ли Вы это за нелѣпую бредовую идею, или найдете зерна достаточнаго основанія.... Сознаю, что это недалеко стоитъ отъ «сумасшедшей гордости» Николая Ставрогина (помните «Бѣсы» Достоевскаго). Но пока другого «психического насморка» не переживалъ.

Есть у меня еще многое, что горой придавило меня и не даетъ возможности стать на мѣсто достойное меня.

Отъ души благодарю Васъ за письмо. Признаюсь, я раньше не понималъ Васъ, встрѣчаясь съ Вами въ повседневной жизни: мнѣ казалось, извините, что Вы слишкомъ неискренни во многомъ.. Противорѣчія слышаннаго и виденнаго меня смущали. Но теперь скажу, что радъ встрѣтить въ Васъ человѣка, близкаго мнѣ по душевнымъ переживаніямъ. Да, я тоже теперь одинокъ и, пожалуй въдобавокъ съ неизлѣчимымъ «психическимъ насморкомъ».

Цѣнныя свѣдѣнія, пополняющія характеристику покойнаго, содержитъ также письмо бывшаго товарища О. Этотъ

товарищъ сообщаетъ, что въ младшихъ классахъ гимназіи онъ близко сошелся съ нимъ. Эпоха 1904—5 гг. однако разъединила прежнихъ друзей, такъ какъ О. пересталъ интересоваться наукой, увлекшись крайними политическими учениями, цѣлью которыхъ являлось только разрушеніе. Но видимо эти ученія не удовлетворяли его; онъ сталъ много и бессистемно читать, выбирая по преимуществу книги философскаго содержанія. Въ старшихъ классахъ авторъ письма снова близко сошелся съ О., но встрѣтилъ какъ-бы другого человѣка, истомленнаго болѣзнью, безвольнаго, настроеннаго мрачно и подозрительно. О. тогда зачитывался Ницше и Шопенгауеромъ.

Резюмируя приведенные выше факты, мы видимъ, что самоубійство О. вызвано цѣлой серіей причинъ, между которыми основной слѣдуетъ считать психопатическую наслѣдственность. Явившись на свѣтъ съ неустойчивой психо-нервной организаціей, черезчуръ рѣзко реагируя на всѣ внѣшнія впечатлѣнія, мальчикъ попадаетъ въ тяжелыя семейныя условія: вторичное замужество матери, частыя ея ссоры съ мужемъ, сознаніе полного одиночества въ семьѣ—все это могло только усиливать болѣзненные свойства ума и характера. Поступивъ въ гимназію, онъ первые годы увлекается ученіемъ и чувствуетъ себя видимо лучше, избавившись отъ одиночества и замкнутости. Но наступаетъ эпоха бурнаго общественнаго движенія. Неуравновѣшенный, всегда впадающій въ крайности мальчикъ, конечно, могъ сдѣлаться послѣдователемъ только крайнихъ ученій; ему пришлось, повидимому, вынести тяжелую борьбу съ прежними взглядами, которая разумѣется не могла пройти безслѣдно для неокрѣпшаго, вдобавокъ болѣзненнаго организма. Крайнія ученія не удовлетворили О. и начинается неустанное огищиваніе истины, безпорядочное, бессистемное, безъ руководителя; проглатывается книга за книгой; пессимистическія ученія популярныхъ философовъ волнуютъ душу, болѣе и болѣе расшатывая нервную систему; юноша заболѣваетъ тяжелой черепно-мозговой нейра-

стей, подъ вліяніемъ которой и спѣшить окончить свои дни.

XLIV. М. С. 18 лѣтъ, ученица VI класса гимназіи, 11 января 1910 г. отравилась карболовой кислотой; черезъ нѣсколько часовъ скончалась.

Покойная принадлежитъ къ мало культурной средѣ; ея отецъ, фельдшеръ, обремененный многочисленной семьей, могъ едва сводить концы съ концами, тѣмъ болѣе что старшая дочь, нѣмая, къ труду неспособна; всѣ надежды возлагались на М.; на воспитаніе ея, повидимому, затрачивались всѣ средства. Но дѣвушка не обладала способностями и несмотря на все трудолюбіе и усидчивость училась посредственно. Въ VI-мъ классѣ ее должны были оставить на второй годъ. Такая неудача, повидимому, отразилась тяжело какъ на покойной, такъ и на ея семьѣ. Вполнѣ возможно, что родные позволяли себѣ рѣзкіе упреки, тяжесть которыхъ чувствовалась тѣмъ сильнѣе, что дѣвушка по развитію и образованію стояла выше семьи; у ней уже могли быть интересы мало понятные окружающимъ. Бесѣдуя съ подругами, бывая у нихъ, покойная видѣла иныя условія жизни, иную обстановку; контрастъ съ собственнымъ положеніемъ рѣзко кидался въ глаза и долженъ былъ тяжело отражаться на самочувствіи. Неоднократно говорила она подругамъ, что ей очень не хочется возвращаться изъ гимназіи домой, такъ ей тамъ тяжело. Въ послѣднее время С., повидимому, особенно сильно реагировала на замѣчанія своихъ учителей. Одинъ изъ нихъ упрекнулъ ее однажды въ плохомъ знаніи урока, прибавивъ „обычная Вамъ и большинству класса болѣзнь“. Эта фраза не имѣла никакихъ реальныхъ послѣдствій, однако глубоко ее задѣла; С. жаловалась матери на притѣсненія со стороны учителя. Рѣшившись умерѣть, она наканунѣ исповѣдывалась и причастилась и съ замѣчательнымъ хладнокровіемъ привела въ исполненіе свой планъ. Послѣ нея остались коротенькія записки къ роднымъ:

1. «Братья и сестры, не забывайте священнаго долга къ родителямъ и другъ другу».

2. «Попросите въ газетахъ не печатать (хотя для меня уже безразлично)».

3. «Неудача въ ученіи и отсутствіе смысла въ жизни. Благодарю за все. Простите. Прощайте».

Приведенными выше фактами очень мало выясняется характеристика покойной; глухо упоминается только объ ея слабыхъ способностяхъ, въ которыхъ преподаватели и видѣли причину ея малоуспѣшности. Но быть можетъ матеріальная необеспеченность и неудобства домашней обстановки играли большую роль? Мы не знаемъ основныхъ особенностей ума и характера дѣвушки, какими интересами она жила, какъ она понимала „смыслъ въ жизни“. Съ большой вѣроятностью однако слѣдуетъ допустить, что тяжелыя семейныя условія, ухудшившіяся послѣ неудачи въ школѣ, сдѣлали покойную крайне впечатлительной. Мимолетное замѣчаніе учителя, не отразившись ничѣмъ, между тѣмъ запало въ душу, оскорбило дѣвушку. По аналогіи слѣдуетъ думать, что подобныя непріятности, получаемыя дома, оказывали не менѣе рѣзкое вліяніе. И вотъ мало-по-малу назрѣваетъ мысль, что впереди нѣтъ никакого выхода изъ столь безотраднaго положенія; остается одно—покончить съ собой. „Нѣтъ смысла въ жизни“ пишетъ покойная. Эта фраза указываетъ, что несчастная искала смысла въ жизни, вѣроятно, обращалась съ этой цѣлью къ книгамъ. Но современная литература легче всего могла дать матеріалъ только для отрицательнаго отвѣта.

XLV. О. П. 14 лѣтъ, ученица IV класса гимназій, 21 января 1910 г. отравилась смѣсью уксусной эссенціи и карболовой кислоты; 23 января скончалась.

Покойная принадлежитъ, повидимому, къ психопатической семьѣ: три года тому назадъ застрѣлился ея родной братъ; старшая сестра, будучи еще гимназисткой, вышла замужъ противъ воли родителей. Отецъ велъ неправильный образъ жизни, что тяжело отражалось на всемъ строѣ семьи. П. училась удовлетворительно, никакихъ непріятностей въ школѣ не имѣла. По отзыву близкихъ подругъ это была дѣвушка

эксцентричная; за нѣсколько дней до самоубійства она говорила о томъ, какъ хорошо умереть съ сознаніемъ, что гимназисты понесутъ гробъ, а гимназистки крышку гроба. Въ самый день самоубійства она была въ гимназіи по обыкновенію веселая и живая.

По поводу этого факта можно только сказать, что по всей вѣроятности тутъ дѣло идетъ о невропатическомъ ребенкѣ, болѣзненные свойства котораго усилились благодаря переживаемому возрасту (pubertas).

Въ текущей прессѣ въ настоящее время часто встрѣчаются рассказы о случаяхъ самоубійства среди учащихся. Эти рассказы не могутъ не западать въ душу неуравновѣшенныхъ молодыхъ людей, настроеніе которыхъ подъ вліяніемъ внутреннихъ или внѣшнихъ причинъ и безъ того рѣзко нарушено. Мысль о самоубійствѣ легко пріобрѣтаетъ большую привлекательность, становится болѣе заманчивой. Вліяніе ежедневной печати, повидимому, сказывается и въ данномъ случаѣ.

XLVI. В. Б. 18 лѣтъ, ученица VI класса гимназіи, 24 янв. 1910 г. выстрѣломъ изъ револьвера нанесла себѣ тяжелую рану; 26 янв. скончалась.

Покойная происходитъ изъ психопатической семьи (ея мать страдала душевнымъ разстройствомъ), съ дѣтства отличалась нервною, впечатлительностью; обладала замкнутымъ, не общительнымъ характеромъ; физическое здоровье ея, вообще слабое, значительно ухудшилось послѣ перенесенной годъ тому назадъ тяжелой скарлатины, когда проявились, по свидѣтельству врача, признаки рѣзкаго малокровія; одновременно съ этимъ усилилась ея обычная раздражительность. Въ гимназіи Б. училась все время хорошо, вела себя безукоризненно. Мѣсяца за 3—4 до самоубійства настроеніе покойной сдѣлалось особенно подавленнымъ; неоднократно она высказывала нежеланіе жить. Весь день 24 января она провела съ знакомыми, которыя не замѣтили въ ней ничего особеннаго; вечеромъ съ подругой вышла въ садъ гулять, была спокойна;

попросивъ спутницу отойти на минуту въ сторону, она выстрѣлила въ себя и съ крикомъ упала. Въ карманѣ Б. нашли двѣ лаконическія записки; одна содержала казенную фразу: „прошу никого не винить въ моей смерти,“ другая, адресованная домашнимъ, гласила: „теперь вы будете спокойны. Прощайте“.

Приведенные факты слишкомъ малочисленны, чтобы на основаніи ихъ можно было точно установить причины, вызвавшія самоубійство. Не подлежитъ однако сомнѣнію, что врожденная слабость нервной системы здѣсь сыграла крупную роль; эта слабость подъ вліяніемъ упадка физическаго питанія безспорно должна была усилиться и сдѣлать дѣвушку особенно впечатлительной. Но какія именно впечатлѣнія въ данномъ случаѣ привели къ роковому концу, рѣшить трудно. Нѣкоторый намекъ на нихъ даетъ только записка къ роднымъ: можно догадываться, что существовали семейныя непріятности, которыя вѣроятно и дали послѣдній толчокъ, нарушившій психическое равновѣсіе. Б., умирая, высказывала желаніе жить и раскаивалась въ своемъ поступкѣ; отсюда можно думать, что тяжелое душевное состояніе носило преходящій характеръ, вполне понятный при той неустойчивости нервной системы, какой обыкновенно отличаются лица, принадлежащія къ хопатической семьѣ.

XLVII. Ш. Б. 12. л., ученикъ двухкласснаго училища, 4 февраля 1910 г. съ цѣлю самоубійства выпилъ нашатырнаго спирта; серьезныхъ послѣдствій попытка не имѣла.

Б. жилъ при очень неблагопріятныхъ семейныхъ условіяхъ; мать его, вышедшая въ третій разъ замужъ, не обращала на сына никакого вниманія. Мальчикъ росъ, предоставленный самому себѣ, забросилъ занятія, пристрастился къ различнымъ удовольствіямъ, вродѣ посѣщенія иллюзіоновъ, и часто доставалъ деньги, тайкомъ продавая фруеты изъ магазина отчима. Училище онъ посѣщалъ неаккуратно, постоянно ссорился съ товарищами. Передъ покушеніемъ онъ написалъ записку:

„Въ моей смерти я никого не виную, только Г. Ф. обманщики М. Д. и за которыхъ я взялъ себѣ жизнь“.

Упомянутые въ запискѣ товарищи ранѣе посѣщали Б. дома, но, узнавъ объ его поведеніи, рѣзко упрекали его и не хотѣли болѣе поддерживать знакомства. Вѣроятно подъ вліяніемъ такой размолвки и произошла попытка къ отравленію, которая имѣла мѣсто въ школѣ, на глазахъ у товарищей. По всей вѣроятности она носила чисто демонстративный характеръ.

XLVIII. А. Ч. 18 лѣтъ, ученикъ V класса гимназіи, 5-го февраля 1910 г. отравился напатырнымъ спиртомъ; поправился.

Ч. поступилъ въ гимназію осенью 1909 г. прямо въ V классъ; по отзыву преподавателей онъ обладаетъ ограниченными способностями, но трудолюбивъ, беретъ память; съ товарищами мало сходится, тихъ, замкнутъ. 5 февраля, спрошенный преподавателемъ Закона Божьяго, онъ хорошо отвѣчалъ послѣдній урокъ, но предшествовавшего, заданного повторить, совершенно не зналъ, почему и получилъ отмѣтку три. Обиженный несправедливой, по его мнѣнію, оцѣнкой, Ч. изъ гимназіи зашелъ въ молочную лавку, гдѣ обратилъ на себя вниманіе удрученнымъ состояніемъ, и выпилъ тамъ купленный заранѣе напатырный спиртъ; на вопросы окружающихъ, почему это онъ сдѣлалъ, отвѣчалъ, что ему не даютъ жить. Оправившись послѣ оказаннаго ему пособія, онъ объяснилъ, что товарищъ въ этотъ день отвѣчалъ хуже его и получилъ пять, къ нему же преподаватель отнесся несправедливо, что и вызвало у него чувство обиды, заставившее искать смерти. До того Ч. изучалъ Законъ Божій съ усердіемъ, посѣщалъ церковь и его отвѣты оцѣнивались балломъ не ниже четырехъ.

Въ этомъ фактѣ рѣзко видается въ глаза полное несоотвѣтствіе между причиной и вызваннымъ ею слѣдствіемъ. Ч. учился удовлетворительно, получилъ 5 февраля удовлетворительную отмѣтку; никакихъ непріятныхъ замѣчаній ему не

было сдѣлано и тѣмъ не менѣе сознаніе обиды и несправедливости было такъ сильно, что заставило юношу рѣшиться на самоубійство. Единственное объясненіе такого несоотвѣстія между полученнымъ впечатлѣніемъ и реакціей на него слѣдуетъ искать, повидимому, въ индивидуальныхъ особенностяхъ Ч., въ его чрезмѣрной впечатлительности. Откуда беретъ свое начало подобная впечатлительность, этотъ вопросъ приходится оставить безъ отвѣта за неимѣніемъ къ тому фактического матеріала.

XLIX. Е. З. 16 лѣтъ, ученица VII класса гимназіи, 8 февраля 1910 года сдѣлала попытку отравиться карболовой кислотой; поправилась.

Собранные при разслѣдованіи этого факта свѣдѣнія крайне скудны. Извѣстно только, что покушавшаяся отличнаго поведенія, могла рассчитывать на окончаніе курса, хотя ея успѣхи за послѣднее время значительно понизились. Условія семейной обстановки, личная жизнь дѣвушки совершенно неизвѣстны. Въ оставленной одной изъ подругъ запискѣ З. пишетъ:

«Уничтожь, пожалуйста, всѣ мои письма, не читая. Возьми у Г. мое обручальное кольцо и передай его А. С., конечно. Прощай. Будь счастлива. Причина моей смерти даже для меня непонятна. Просто должно быть до конца притворство, котораго, по выраженію мамы, у меня такъ много во всѣхъ моихъ поступкахъ. Такъ будетъ лучше».

Въ этой запискѣ имѣются, повидимому, намеки на романтическія отношенія и на недоразумѣнія съ матерью. Насколько онѣ имѣли значенія во всемъ событіи, судить трудно.

Л. Л. Ф. 16 лѣтъ, ученикъ V класса гимназіи, 8 февраля 1910 г. съ цѣлью самоубійства отравился какимъ-то ядомъ; поправился.

Причиной покушенія являются семейныя непріятности, вызванныя смертью матери и вторичной женитьбой отца. Подробности событія неизвѣстны, т. е. офиціального разслѣдо-

ванія не было произведено и администрація школы узнала о фактѣ только по частнымъ слухамъ.

LI. А. З. ученикъ VI класса гимназіи, 16 февраля 1910 г. выстрѣломъ изъ револьвера пытался лишить себя жизни. Результатъ попытки—тяжелое поразеніе.

Изъ собранныхъ по этому дѣлу свѣдѣній видно, что З. жилъ при неблагопріятныхъ условіяхъ семейной жизни; между родителями его сложились тяжелыя отношенія; нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ мать хотѣла уѣхать съ вѣмъ то отъ своего мужа; послѣдній ее едва настигъ и удержалъ силой. Въ гимназіи З. первые годы учился прилежно; въ V классѣ прилежаніе его стало ослабѣвать; въ VI долженъ былъ остаться на второй годъ. Въ настоящемъ учебномъ году занятія шли въ общемъ удовлетворительно, только по русскому языку онъ имѣлъ двойку. По характеру своему З.—юноша нѣсколько нервный и впечатлительный, однако всегда державшій себя корректно; никакихъ непріятностей или столкновеній ни съ преподавателями, ни съ товарищами у него не было. Въ день покушенія онъ былъ по виду спокоенъ и даже веселъ. Послѣ покушенія настроеніе З. было очень подавленное; онъ не хотѣлъ говорить съ окружающими, проявлялъ рѣзкую раздражительность. Постепенно психическое состояніе улучшилось; больной выражалъ удовольствіе, когда его посѣщали, охотно вступалъ въ бесѣду, но причинъ, вызвавшихъ покушеніе, или старательно избѣгалъ касаться, или же если и упоминалъ о нихъ, то различнымъ лицамъ опредѣляя ихъ различно. Одному классному наставнику онъ категорически заявилъ: „это мой секретъ и я его никогда и никому не открою.“ Другому лицу онъ сообщилъ, что его побудили къ самоубійству неуспѣшность по русскому языку и пристрастное отношеніе къ нему преподавателя этого предмета.

Такимъ образомъ поводомъ къ самоубійству въ данномъ случаѣ могли явиться, какъ тяжелыя условія домашней обстановки, такъ и неудачи въ школьной жизни. По всей вѣроятности оба фактора вліяли своею совокупностью, но который изъ нихъ оказалъ болѣе рѣзкое дѣйствіе, сказать нельзя:

слишкомъ мало мы имѣемъ данныхъ для выясненія индивидуальныхъ свойствъ ума и характера юноши.

III. А. Ф. 19 лѣтъ, ученица VI класса гимназіи, 28 февраля 1910 г., покушаясь на самоубійство, выстрѣломъ изъ револьвера нанесла себѣ легкую рану въ грудь.

Отца у Ф. нѣтъ; мать мелкая торговка на базарѣ, женщина неграмотная, по характеру неуживчивая и грубая, очень сурово обращается съ дочерью, не останавливается и передъ побоями, не стѣняясь ни возрастомъ дѣвушки, ни мѣстомъ; бывали случаи, когда она била дочь даже на улицѣ. Въ прошломъ году послѣ одной изъ ссоръ съ матерью Ф. пыталась отравиться, но была во время остановлена. Въ гимназіи Ф. отличалась безукоризненнымъ поведеніемъ, училась достаточно хорошо, оказывая особенные успѣхи въ гуманитарныхъ наукахъ; только математическія способности ея были слабы, такъ что въ VI классѣ она должна была остаться на второй годъ. Этотъ фактъ вначалѣ произвелъ на нее очень тяжелое впечатлѣніе, потомъ же она оправилась и училась вполне успѣшно. Съ V-го класса преподаватели и подруги стали замѣчать, что Ф. часто находилась въ очень угнетенномъ настроеніи, съ видимымъ равнодушіемъ относясь ко всему окружающему. Дома она много времени посвящала чтенію классическихъ авторовъ, за которыми проводила цѣлыя ночи, такъ какъ днемъ мать вырывала изъ рукъ ея книгу, если узнавала, что это не учебникъ. Передъ попыткой къ самоубійству Ф. два дня провела со своими знакомыми, которые не замѣтили въ ней ничего особеннаго; только мать и сестры, особенно первая, отмѣчаютъ, что она была слишкомъ грустна, уединялась и крайне неохотно, даже съ раздраженіемъ отвѣчала на вопросы. Передъ самымъ выстрѣломъ она отослала одной изъ своихъ подругъ общую тетрадь, гдѣ вела дневникъ, и записку, въ которой жаловалась, что родные ее притѣсняютъ. Послѣ выстрѣла Ф. объяснила свой поступокъ общимъ недовольствомъ жизнью: „за каждую свѣтлую минуту приходится платить горемъ и разочарованіемъ“. Ходили слухи о какой-то романтической исторіи, но сама дѣвушка категорически ее отрицала, заявивъ, что изъ-за такихъ пустяковъ не стала бы стрѣляться.

Дневникъ Ф. содержитъ много подробностей, ярко характеризующихъ душевное состояніе дѣвушки. Ф. пишетъ, что она влюбилась въ человѣка, съ которымъ вначалѣ даже не была знакома; образъ этого юноши носился постоянно передъ ея глазами, мѣшалъ ей сосредоточить мысли на какой-нибудь книгѣ; она начала являться въ гимназію, не приготовленная къ отвѣту, и получала дурныя отмѣтки. Когда наконецъ Ф. удалось познакомиться съ юношей, она узнала, что ея идеаль относится къ ней дурно, что онъ любитъ другую. Съ этимъ фактомъ Ф., впрочемъ, быстро примиряется, желаетъ счастья соперницѣ, хотя настроеніе ея дѣлается уже болѣе подавленнымъ. Но видимо неудача въ любви не сломила бы дѣвушку, не привела бы ее къ рѣшимости покончить съ собой, если бы не крайне тяжелая домашняя обстановка.

Вотъ нѣсколько выдержекъ изъ дневника Ф.:

«15 декабря. Опять эти непріятности. Онѣ на паряды деньги тратятъ, а я во всѣмъ виновата. Господи, и когда эта мука кончится; эта попытка заставить меня рѣшиться сдѣлать то, что я задумала. Боже мой! Какъ я несчастна! У нихъ непріятности,—я должна быть козломъ отпущенія. За что, за что терпѣть и страдать! Какъ я ихъ ненавижу! Желая имъ всякихъ бѣдъ и золь! Нервы разстроены въ конецъ. Какъ тяжело! Я права, а онѣ обвиняютъ меня въ несуществующихъ на меня расходахъ. Хоть бы скорѣе кончить гимназію и подальше отъ нихъ, какъ можно дальше, иначе едва-ли дотяну годъ. Только надежда избавиться отъ нихъ поддерживаетъ меня, а иначе не одобровать бы мнѣ. А въ самомъ дѣлѣ, стоитъ ли жить? При такой обстановкѣ, при такихъ условіяхъ едва-ли животное способно выжить, а не то человѣкъ. Больно, что не вѣрятъ мнѣ ни въ чемъ, хотя слово лжи никогда не оскверняло мои уста. Напали сегодня: «чего не была въ гимназію»? Говорю, что была, не вѣрятъ. Вѣдь во вторникъ два урока, не вѣрятъ. Что я за несчастная!.. Господи, пошли смерть, спаси меня! А какъ хочется быть любимой, любить, жить со всѣми въ мирѣ! Но развѣ это возможно!..

О, какъ хочется рыдать, кричать, умолять всѣхъ о чемъ то, о чемъ сама не знаю. Какъ хочется счастья, настоящаго счастья, но гдѣ оно, какъ его искать!

7 января 12 ч. ночи. Чего я плачу, не знаю. Что такъ сердце болитъ? Предчувствую несчастье. Такъ надоѣло жить, что молю Бога послать мнѣ смерть. Если еще разъ повторится вчерашній и сегодняшній случай, то я не колеблясь покончу съ собой. Вѣдь это такъ легко сдѣлать и удобно... А какое блаженство лежать и не знать ничего, не слушать ихъ.... Жить не хочу!

12 янв. За последнее время думаю, какая смерть легче, отравиться, застрѣлиться или повѣситься....

Въ моей смерти прошу никого не винить. Надоѣло жить, вѣрнѣе прозябать. Ничего хорошаго не жду въ будущемъ кромѣ страданій. А я уже достаточно страдала. Привѣтствую трехъ друзей, желаю имъ счастья и поменьше того, что перенесла я. Желаю, чтобы ихъ путь былъ устѣянъ розами, но только безъ шиповъ. Прощайте!»

Ф. жила въ крайне неблагопріятной семейной обстановкѣ: матеріальныя лишенія, мать—уличная торговка со всѣми особенностями этого типа, сестры—также видимо недалеко ушедшія отъ матери,—вотъ условія, окружавшія дѣвушну. Ребенкомъ она быть можетъ считала ихъ вполне нормальными; но въ гимназій, сойдясь съ подругами, бывая у нихъ, она познакомилась съ иной жизнью, съ иными взглядами, иными семейными отношеніями. По мѣрѣ того, какъ Ф. росла и развивалась, контрастъ между жизнью, какую она вела, и той, которую видѣла вокругъ и о какой читала, становился все рѣзче, все осязательнѣе. Не даромъ же съ V-го класса въ настроеніи ея замѣчаютъ рѣзкую перемену. Единственныя отрадныя минуты дома она переживала за чтеніемъ, но за нихъ приходилось расплачиваться тяжелой цѣной оскорбленій, даже побоевъ: „за каждую свѣтлую минуту приходится платить горемъ“. Переносить грубое обращеніе матери дѣлалось все труднѣе и труднѣе. Невольно явилась мысль о смерти, какъ объ единственномъ выходѣ изъ тяжелаго положенія. Отсюда—неоднократныя попытки покончить съ собой.

ЛІІІ. Ф. П. 16 лѣтъ, ученикъ IV класса реального училища, 8-го марта 1910 г. повѣсился съ цѣлью самоубійства; былъ вынутъ изъ петли мертвымъ.

Покойный происходитъ изъ достаточной, но мало интеллигентной семьи; родители его, люди простые, очень любили сына, не отказывали ему ни въ чемъ и гордились тѣмъ, что онъ учится въ реальномъ училищѣ. Мальчикъ обладалъ хорошими способностями, оказывалъ въ общемъ удовлетворительные успѣхи, легко исправляя собственными силами двойки, которыя время отъ времени получалъ; характера онъ былъ

веселаго, общительнаго, но обращалъ на себя вниманіе рѣзкими колебаніями настроенія, среди веселыхъ игръ, напри-мѣръ, легко обижался при самомъ ничтожномъ поводѣ. Незадолго до самоубійства преподаватель Закона Божьяго обѣщалъ ему поставить двойку въ четверти за его разговоры съ сосѣдями во время урока. По словамъ товарищей П. первое время отнесся къ этой угрозѣ довольно спокойно, смѣялся надъ ней. Весь день до самоубійства онъ былъ веселъ, какъ въ гимназіи, такъ и дома, вечеромъ игралъ съ дѣтьми, а потомъ, написавъ въ своей комнатѣ нѣсколько записокъ, незамѣтно для домашнихъ вышелъ въ сарай, гдѣ и повѣсился.

Вотъ записки, оставленные имъ:

1. Я умеръ, потому что не могъ переносить ударовъ, даже мелкихъ. Я былъ слабovolенъ. Последнимъ моимъ доканателемъ былъ батюшка, ни за что поставившій двойку въ четверти.

2. Нашему классу. Господа, не поступайте такъ, какъ поступилъ я, это глупо. Но я не могъ, я былъ нравственный уродъ, а съ жизнью надо бороться. Такъ слушайте, господа, примите отъ меня ради моей смерти слѣдующее: сидите тихо на французскомъ и нѣмецкомъ, смотрите же ради *смерти* и если можно отомстите батюшкѣ.

3. Вы мои родители, что посѣяли то и пожнете. Вы не умѣли меня воспитать нравственно, вотъ плоды этого. Берегите Андрея, онъ у насъ не хладнокровенъ. Отецъ люби и уважай всѣхъ равно».

Судя по приведеннымъ даннымъ П. былъ мальчикъ, черезчуръ сильно реагировавшій на получаемыя имъ впечатлѣнія; настроеніе его поэтому представляло рѣзкія колебанія; среди веселой игры онъ легко впадалъ въ аффектъ гнѣва, который настолько не соответствовалъ вызвавшей его причинѣ, что тѣмъ обращалъ на себя вниманіе даже дѣтей. Такого рода врожденные свойства характера могутъ въ значительной степени сглаживаться подъ вліяніемъ соответствующаго воспитанія. П. однако росъ въ средѣ простыхъ людей, которые были въ состояніи заботиться по преимуществу, если не исключительно, лишь о физическомъ развитіи своего сына. Поэтому съ годами болѣзненные свойства ума и характера выступали болѣе и болѣе наглядно; особенной рѣзкости они должны были достигнуть въ періодъ *pubertatis*, когда именно и произошла катастрофа. Любопытны въ этомъ отношеніи

записки, оставленные покойнымъ; въ нихъ, какъ въ зеркалѣ, ярко отражается вся психическая жизнь первнаго ребенка, тяжело переживающаго біологическую фазу своего развитія. Съ одной стороны мы въ нихъ находимъ, какъ предсмертный завѣтъ товарищамъ, наивные, совершенно дѣтскіе совѣты сидѣть тихо на урокахъ нѣмецкаго и французскаго языковъ (преподаватели которыхъ видимо пользовались благосклонностью писавшаго), съ другой — мы встрѣчаемъ наставленія взрослому человѣку своимъ родителямъ, какъ слѣдуетъ воспитывать младшаго брата, указанія на неправильность собственнаго воспитанія, упреки за это П., повидимому, строго относиться къ себѣ, называетъ себя нравственнымъ уродомъ, караетъ за это и въ то же время проситъ товарищей отомстить батюшкѣ — „послѣдному доканателю“. Передъ нами рѣзкая дисгармонія, пестрая смѣсь взаимныхъ противорѣчій, несомнѣмыхъ противоположностей. Подобнаго рода дисгармонію мы обычно можемъ наблюдать въ психической жизни дѣтей, переживающихъ эпоху возмужалости; но у дѣтей съ невропатической конституціей она достигаетъ особенной рѣзкости. На этой почвѣ каждый ничтожный уколъ самолюбія, мелкое нарушеніе интересовъ могутъ оказать глубокое вліяніе, повести къ тяжелымъ послѣдствіямъ. У П. отмѣтка по Закону Божьему была удовлетворительна, но батюшка общалъ вывести двойку въ четверти за дурное поведеніе въ классѣ; этого было достаточно, чтобы обида за несправедливость запала въ душу и въ связи съ подобными же другими вызвала рѣшеніе покончить съ собой.

LIV. А. Б., ученица VII класса гимназіи, 11 марта 1910 г. выпила нашатырнаго спирта; поправилась.

Б. происходитъ изъ недостаточной семьи, аттестована гимназіей, какъ ученица среднихъ способностей и лѣнивая; въ третьей четверти она получила двойку и единицу по геометріи, по которой имѣла ранѣе четыре и три. Отецъ — чело-

вѣкъ очень грубый—по поводу плохихъ отмѣтокъ сказалъ дочери, что убьетъ ее, если та не окончитъ курса. Послѣ этого Б. пыталась отравиться, объяснивъ матери, что предпочитаетъ смерть отъ своей руки, чѣмъ отцовской.

За неимѣніемъ достаточныхъ данныхъ, которыя характеризовали бы психическую личность дѣвушки, высказаться съ желательной опредѣленностью о мотивахъ самоубійства невозможно. Повидимому здѣсь имѣли большое вліяніе какъ плохіе успѣхи въ гимназій, такъ и домашнія непріятности.

LV. Л. С. 17 лѣтъ, ученикъ городского училища, 11 марта 1910 г. кончилъ жизнь самоубійствомъ, застрѣлившись изъ револьвера.

Покойный принадлежалъ къ очень бѣдной семьѣ: его мать—вдова, учительница въ деревнѣ, должна была содержать всѣхъ своихъ дѣтей. Сначала С. учился въ духовномъ училищѣ, затѣмъ перешелъ въ городское. Вездѣ онъ оказывалъ очень плохіе успѣхи, посѣщая школу крайне неаккуратно; долго болѣлъ плевритомъ; всегда отличался хорошимъ поведеніемъ. Въ концѣ февраля мать С. подала прошеніе объ увольненіи сына изъ училища, такъ какъ онъ хотѣлъ поступить въ гимназію.

Въ карманѣ покойнаго нашли записку слѣдующаго содержанія:

«Прошу въ моей смерти никого не винить. Я застрѣлился самъ по своей волѣ и своему желанію. Сильно въ послѣднее время я разочаровался въ жизни. Главная же причина, которая заставила меня наложить руки на себя—это очень плохое матеріальное положеніе моихъ родственниковъ, которые не могли помочь мнѣ и дать на репетитора. Раньше имѣлъ это сдѣлать, но надежда на что то лучшее заставляла меня откладывать это рѣшеніе. Мама моя,—учительница въ деревнѣ и не имѣетъ никакихъ средствъ не только помогать мнѣ, но даже помогать моему брату—студенту и сестрѣ курсисткѣ. Поэтому я рѣшилъ это сдѣлать и облегчить себя и всѣхъ».

Только что приведенное письмо несмотря на всю его кроткость ярко рисуетъ тяжелую драму, какую пришлось пережить несчастному юношѣ. Въ семьѣ С. было очевидно

стремленіе къ знанію и высшему образованію; слѣдую при-
мѣру старшихъ, С. также мечталъ о гимназіи, университетѣ,
но не было денегъ на репетиторовъ, а тутъ еще тяжелая
болѣзнь, унесшая послѣднія силы. Мысль о самоубійствѣ
подкрадывалась уже давно, но юноша все надѣялся на что то
лучшее. Наконецъ онъ убѣдился, что образованіе для него
недоступно; мало того, требуя для себя средствъ, онъ мѣшалъ
брату и сестрѣ. Отсюда выводъ—вычеркнуть себя изъ числа
живущихъ и тѣмъ облегчить участь какъ свою, такъ и своихъ
близкихъ.

LVI. Н. О., ученикъ IV класса гимназіи, 17 марта 1910 г.,
во время перемѣны сдѣлалъ попытку отравиться стрихниномъ;
благодаря медицинскому пособію попытка не повлекла за
собою дурныхъ послѣдствій.

О. мальчикъ очень способный, но нѣсколько лѣнивый;
по характеру это—субъектъ живой, даже жизнерадостный,
но нервный, подчасъ капризный. Успѣхи его выше средних
и только въ послѣдней четверти по географіи онъ получилъ
двойку. Отецъ О., аптекарь, очень строго воспитываетъ сына;
опасаясь дурного вліянія товарищей, онъ даже не пускаетъ
его одного изъ дому, требуетъ серьезныхъ занятій и бываетъ
очень недоволенъ дурными отмѣтками. Наканунѣ покушенія
онъ имѣлъ съ сыномъ объясненіе по поводу предполагаемой
двойки. Самое покушеніе произошло при слѣдующихъ обстоя-
тельствахъ. Въ перемѣну между первымъ и вторымъ уроками
О. пришелъ въ комнату смежную съ учительской и началъ
плакать; на вопросъ инспектора о причинѣ слезъ онъ отвѣ-
тилъ, что ему поставлена изъ географіи въ четверти двойка
и притомъ несправедливо и неожиданно для него, такъ какъ
послѣднимъ удачнымъ отвѣтомъ были заглажены прежніе про-
бѣлы. Узнавъ подробности дѣла отъ преподавателя, инспекторъ
объяснилъ мальчику, что недавняя отмѣтка отнесена къ теку-
щей четверти, но что О. не слѣдуетъ беспокоиться, такъ какъ
его баллы за первые двѣ четверти удовлетворительны, а за
послѣднюю онъ также имѣлъ уже хорошую отмѣтку. Маль-
чикъ повидимому успокоился, но въ слѣдующую перемѣну

инспекторъ снова замѣтилъ его въ той же комнатѣ и также крайне удрученнымъ. На вопросъ, почему не идешь въ классъ О. грубо отвѣтилъ: „не пойду..., мнѣ все равно,“ и поспѣшно началъ власть въ ротъ какую то массу, которую держалъ въ рукахъ. На дальнѣйшіе разспросы онъ сообщилъ, что отравился стрихниномъ, остатки котораго, равно какъ и пирожное, обсыпанное кристаллами яда, онъ немедленно отдалъ. Сейчас же вызванный врачъ сдѣлалъ промываніе желудка, послѣ чего О. успокоился и выразилъ даже желаніе оставаться на дальнѣйшихъ урокахъ.

Изъ приведенныхъ подробностей видно, что въ данномъ случаѣ дѣло идетъ о мальчикѣ крайне нервномъ, боявшемся строгаго отца. Бесѣда съ отцомъ по поводу предполагаемой двойки такъ напугала О., что онъ пришелъ къ мысли отравиться и съ этой цѣлью досталъ изъ аптеки стрихнинъ. Умирать однако ему не хотѣлось; обычный жизнерадостный характеръ взялъ верхъ, и мальчикъ рѣшилъ сдѣлать послѣднюю попытку, пошелъ въ гимназію и тамъ выяснилъ инспектору свое тяжелое положеніе. Реальныхъ послѣдствій эта попытка не принесла и тогда О. принялъ ядъ. Но тутъ рѣшимость оставила его; онъ началъ выплевывать отравленное пирожное, отдалъ ядъ инспектору и охотно подчинился мѣрамъ, какія были предприняты для его спасенія. Повидимому такое отношеніе и дало поводъ какъ отцу, такъ и инспектору заподозрить здѣсь только симуляцію, желаніе напугать окружающихъ и тѣмъ избавиться отъ грозившаго наказанія. Съ такимъ взглядомъ однако врядъ ли можно согласиться. О., какъ сынъ аптекаря, взялъ ядъ съ выборомъ; онъ не могъ не знать, что ничтожнаго количества стрихнина достаточно, чтобы убить человѣка. Если онъ нуждался только въ демонстраціи, ему удобнѣе было ограничиться болѣе невиннымъ средствомъ, при которомъ вся опасность для жизни могла бы быть сведена до минимума. Вѣрнѣе допустить, что впечатлительный мальчикъ имѣлъ серьезное намѣреніе покончить съ собой, но это намѣреніе, противорѣчившее основнымъ чертамъ характера,

не отличалось стойкостью и мальчишья, искренне рѣшившись на самоубійство, такъ же искренне желалъ потомъ, чтобы его спасли отъ смерти.

LVII. И. К. воспитанникъ учительской семинаріи, 22 марта 1910 г., утопился, желая покончить съ жизнью.

К. очень хорошо учился, былъ прекраснаго поведенія, среди товарищей пользовался большимъ вліяніемъ и уваженіемъ, но всегда обращалъ на себя вниманіе грустнымъ видомъ, подавленнымъ настроеніемъ. Окружающіе объясняли такое настроеніе тяжелыми матеріальными условіями, въ которыхъ жила семья К.; на самомъ дѣлѣ однако оно зависѣло отъ его болѣзни: К. съ дѣтства страдалъ усиленнымъ половымъ влеченіемъ, проявлявшемся весьма различными способами и дѣйствовавшимъ на него крайне угнетающимъ образомъ. Лучше всего можно понять тяжелую борьбу, которую пережилъ К., изъ его письма, адресованнаго директору семинаріи; эта борьба надорвала силы юноши и заставила его искать облегченія въ смерти.

Вотъ это письмо:

«Многоуважаемый А. И. ухажу съ искреннимъ чувствомъ глубокой благодарности къ Вамъ за Вашу отеческую, мягкую ласку, которую Вы проявили по отношенію ко мнѣ. Вы слышали крикъ моей изстрадавшейся души, Вы видѣли горькія слезы. О многомъ онѣ говорили Вамъ, но всего онѣ не могли сказать. Вся жизнь моя была страшной мукой и представляла безконечный рядъ оскорбленій, которыя я наносилъ самому себѣ. Съ 5-лѣтняго возраста до 19 лѣтъ я былъ подверженъ этому бессмысленному гадкому пороку—онанизму. Будучи въ дѣтствѣ глубоко религіознымъ, я страдалъ, бичевалъ себя за свои поступки и вмѣстѣ съ тѣмъ повторялъ тѣ же поступки опять и опять. Способы къ удовлетворенію животной потребности были весьма разнообразны. О, мой больной разумъ былъ весьма изобрѣтателенъ въ этомъ отношеніи. Въ дѣтствѣ мнѣ не чуждо было даже скотоложство... Вся эта гадость сильно возмущала мою раздробленную въ клочья душу, но страсть была слишкомъ сильна, и я увѣренъ, что несу наслѣдственное возмездіе, которое такъ неумолимо, беспощадно терзало все мое существо. Я страшно, упорно боролся со своей страстью, но ни къ какимъ хорошимъ результатамъ не могъ прійти, такъ какъ боролся противъ того, чѣмъ я долженъ былъ сдѣлаться въ силу закона необходимости и борьба моя была противоестественной.

Четыре мѣсяца тому назадъ страсть нашла себѣ новый исходъ—развратъ, самый безстыдный, пошлый развратъ. Никакихъ постороннихъ вліяній

рѣшительно не было; я погружался въ развратъ вполне сознательно: весь разумъ, всѣ чувства, вся воля направлялась къ одной цѣли удовлетворить половую похоть. Послѣ преступленія я изнывалъ въ тяжкихъ мукахъ, но что наиболѣе важно, въ моемъ самобичеваніи никогда не было искренняго раскаянія; преступныя мысли, преступныя чувства, какъ червячки, точили мою больную душу и наполняли ее грязью, гноемъ, уничтожая въ ней все хорошее, свѣтлое. Нѣтъ! жить больше ненадо было; я не хотѣлъ превратиться окончательно въ послѣдняго раба страсти, въ самое отвратительное животное, пресмыкающееся, ползающее у ногъ страсти...

Если я уйду отъ жизни, то только лишь потому, что люблю жизнь, но жизнь осмысленную, разумную, имѣющую красоту, силу, а не жизнь ничтожнаго раба, гадкаго животного, для котораго духовной, красивой, разумной жизни не существуетъ. Я счелъ нужнымъ обнаружить причины моего самоубійства именно передъ Вами и надѣюсь, что Вы поймете весь трагизмъ моей души и не пошлете мнѣ вслѣдъ тѣхъ осужденій и укоровъ, которые посыпятся со всѣхъ сторонъ. Такія осужденія и укоры будутъ необдуманными.

Р. С. Успокойте, если сможете, родныхъ; пусть они узнаютъ обо всемъ послѣдними. Уважающій Васъ И. К.

Мы знаемъ, что усиленное половое влеченіе, развившееся въ возрастѣ ранняго дѣтства, обыкновенно указываетъ на глубоко дегенеративную почву, однимъ изъ симптомовъ которой оно является. Съ полнымъ правомъ поэтому можно думать, что въ данномъ случаѣ самоубійство было вызвано болѣзненнымъ состояніемъ.

LVIII. Н. Л. 20 лѣтъ, ученица VII класса гимназіи, въ ночь на 2-ое апрѣля 1910 года отравилась нашатырнымъ спиртомъ; черезъ четыре дня скончалась.

Л. сначала училась въ епархіальномъ училищѣ, отсюда поступила въ гимназію прямо въ пятый классъ. По отзыву гимназическаго врача съ физической стороны она представляла явленія рѣзкаго малокровія; въ психической сферѣ врачъ отмѣтилъ постоянно удрученное настроеніе, стремленіе отдаляться отъ подругъ. Въ VII классѣ Л. училась плохо, такъ что преподаватель русскаго языка предупредилъ ее, что она не будетъ допущена къ экзамену. Это извѣстіе, по мнѣнію подругъ Л. и матери ея, и послужило поводомъ къ самоубійству.

Покойная оставила слѣдующее письмо:

«Дорогіе папочка и мамочка, цѣлую Васъ крѣико, крѣико, прощаюсь съ Вами заочно. Собиралась, кажется, сказать очень много, но приступивъ къ письму—совершенно теряюсь. Простите, что доставила такъ много заботъ и горя, но это послѣднія. Не могу выразить все то, что я пережила, да и къ чему перечислять? Я всегда была несчастной, хотя въ большинствѣ случаевъ это скрывала: собственно говоря я не старалась скрывать, а только не старалась проявлять. Самыя счастливыя минуты въ моей жизни были въ тотъ моментъ, когда я рѣшила умереть; счастливыѣ минутъ я не помню. Папочка, Вы болѣе мужественны, утѣшайте маму. Мамочка, не плачь! Мамочка, если любишь меня не эгоистичной любовью матери, то ты не станешь плакать; утѣшай себя тѣмъ, что я теперь счастлива. Мамочка, прости меня: я не виновата и никто не виноватъ. Я не виновата потому, что, хотя бы въ угоду Вамъ, хотѣла протянуть свое существованіе и П. И. тоже не виноватъ. Мамочка, ну не плачь же, мамочка милая, дорогая, изъ за тебя я только жила. Простите. Папочка, цѣлую всѣхъ крѣико. Такъ гаснетъ маленькая жизнь! Не плачьте же. Умерла потому, что не хочу жить. М. цѣлую тебя крѣико, не плачь, утѣшай маму».

Это письмо ярко обрисовываетъ намъ тяжелое душевное состояніе дѣвушки. Изъ него мы видимъ также, что Л. уже давно боролась съ мыслью о самоубійствѣ и только любовь къ матери препятствовала ей привести свое намѣреніе въ исполненіе. Но какія причины вызвали столь глубокое нарушеніе настроенія? На этотъ вопросъ въ письмѣ мы не находимъ отвѣта. Правда, тутъ есть фраза: „и П. И. (иниціалы учителя русскаго языка) тоже не виноватъ“. Этой фразой ясно указывается, что непосредственнымъ поводомъ явилась неудовлетворительная отмѣтка, которая повлекла за собою оставленіе на второй годъ. Но почему же покойная занималась плохо въ теченіе года, если она такъ чутко реагировала на оцѣнку своихъ успѣховъ? Почему она не могла пробыть лишній годъ въ гимназій, когда извѣстно, что родители ея люди съ достаткомъ? Вѣдь не могла же она бояться рѣзкихъ упрековъ и тяжелыхъ сценъ въ семьѣ; изъ письма видно, какъ любила Л. своихъ родителей и какъ была увѣрена въ ихъ привязанности къ себѣ. Отчего она пишетъ: „я всегда была несчастной... Самыя счастливыя минуты въ моей жизни

были тѣ, когда я рѣшила умереть“.... Точный отвѣтъ на всѣ эти вопросы мы могли бы дать лишь при томъ условіи, если бы намъ была извѣстна психическая личность покойной, ея семейная обстановка и общественныя отношенія.

ЛІХ. Э. С. 14 лѣтъ, ученица V класса гимназіи, 3-го апрѣля 1910 г. выпила карболовой кислоты и вскорѣ скончалась.

Покойная, круглая сирота, жила у своего дяди, на счетъ котораго и воспитывалась. Въ гимназіи училась успѣшно, никакихъ непріятностей въ школѣ не имѣла. Въ день происшествія дядя нашелъ у нея въ столѣ карболовую кислоту и за обѣдомъ спросилъ, зачѣмъ она пріобрѣла ядъ. С. отвѣчала молчаніемъ. Тогда дядя сказалъ: „если ты хочешь отравиться, то уѣзжай отъ насъ сегодня же; я тебя пароходомъ отправлю къ сестрѣ“. Вскорѣ послѣ этого разговора С. вышла во дворъ и тамъ выпила карболовую кислоту, которую снова откуда то достала.

Мы не имѣемъ свѣдѣній ни о личности С., ни объ отношеніи къ ней родныхъ. По всей вѣроятности дядя тяготился своей питомицей и не скрывалъ этого отъ послѣдней; несчастная, не видя иного исхода, рѣшила покончить счеты съ жизнью.

І.Х. Н. К. 17 лѣтъ, ученикъ V класса гимназіи, въ ночь на 4 апрѣля 1910 г. повѣсился съ цѣлью самоубійства; былъ вынутъ изъ петли мертвымъ.

К. происходитъ изъ семьи, отягченной наслѣдственною: дяди по матери кончилъ жизнь самоубійствомъ, двоюродный братъ отца также; родной братъ отца алкоголикъ. По словамъ отца К. былъ мальчикъ веселый, жизнерадостный, съ 1 же апрѣля рѣзко измѣнился, осунулся, ходилъ опустя голову, какъ бы не зная куда дѣваться. Такая переменѣ въ настроеніи совпала съ полученіемъ отъ директора гимназіи извѣстія, что если К. не исправится въ поведеніи, то будетъ уволенъ. Отецъ добавилъ, что дома его сынъ часто жаловался

на учителей, которые относятся къ нему несправедливо, ставятъ дурные баллы даже за удачные отвѣты. 3 апрѣля К. явился на праздникъ древонасажденія, но директоръ, увидя на немъ черные, а не сѣрые брюки, приказалъ удалиться и до вечера не выходить изъ дому. Черезъ нѣсколько времени мальчикъ, надѣвъ пальто, снова пытался принять участіе въ праздникѣ, но также безуспѣшно—надзиратель не позволилъ. Распоряженіе директора было сдѣлано въ присутствіи учениковъ и повидимому въ довольно рѣзкой формѣ. Потерпѣвъ неудачу на одномъ праздникѣ, К. хотѣлъ повеселиться на другомъ—вольно-пожарнаго общества, членомъ котораго состоялъ и которое въ этотъ вечеръ праздновало годовщину своего основанія. Но ему не повезло и тутъ: отецъ, косо смотрѣвшій на увлеченіе сына пожарнымъ дѣломъ, вечеромъ пришелъ за нимъ и увелъ домой, дѣлая по дорогѣ рѣзкія замѣчанія, называя мерзавцемъ, упрекая, что его выгнали изъ гимназіи, грозя прибѣгнуть къ помощи полиціи, чтобы запретить посѣщеніе общества. Вообще отецъ былъ такъ взволнованъ, что сынъ просилъ его не дѣлать скандала на улицѣ. Наканунѣ, т. е. 2 апрѣля К. былъ удаленъ директоромъ изъ гимназіи за то, что читалъ ученикамъ бумагу, которою его отецъ предупреждался о возможномъ удаленіи сына. Директоръ предполагалъ, что эту бумагу мальчикъ тайкомъ взялъ у отца, между тѣмъ она была дана ему намѣренно, дабы, показывая товарищамъ, онъ могъ объяснить, почему долженъ держать себя крайне осторожно. Этотъ фактъ послужилъ причиной объясненія отца съ директоромъ, причемъ первый обѣщалъ взять сына изъ гимназіи послѣ лѣта и просилъ пока не исключать. Ко всему этому отецъ К. добавилъ, что его сынъ очень самолюбивъ и неоднократное удаленіе его изъ гимназіи да притомъ, какъ ему передавали служителя, съ бранью, могло его очень волновать и обижать. Мать К. сообщила, что еще ранѣе, въ мартѣ, ея сынъ однажды пришелъ изъ гимназіи крайне разстроенный и, взявъ ружье, хотѣлъ застрѣлиться, но сестра предупредила несчастье. Онъ тогда объяснилъ, что начальство гимназіи несправедливо обвинило его въ какой то шалости, въ которой онъ совершенно не принималъ участія, не будучи даже въ тотъ день въ классѣ.

Постороннія лица, напр. начальникъ пожарной команды; характеризуютъ покойнаго, какъ мальчика чрезвычайно само-

любиваго, но жизнерадостнаго и всегда веселаго; вечеромъ же 3 апрѣля онъ обращалъ на себя общее вниманіе своимъ подавленнымъ настроеніемъ. Инспекторъ гимназіи аттестуетъ К., какъ ученика неподатливаго на всѣ воздѣйствія школы, своевольнаго, неповорнаго; такія особенности онъ объясняетъ психической ненормальностью, которая въ свою очередь зависѣла отъ неблагопріятной семейной обстановки: между отцомъ и матерью—постоянный разладъ, благодаря чему родители совершенно утратили свой авторитетъ въ глазахъ сына.

Въ кондуитномъ спискѣ, приложенномъ къ дѣлу, мы находимъ рядъ замѣтокъ о поведеніи К., идущихъ въ хронологическомъ порядкѣ за все время его пребыванія въ гимназіи. Эти замѣтки представляются крайне интересными. Онѣ помогаютъ создать истинное представленіе о психической личности погибшаго.

Въ приготовительномъ классѣ К. характеризуется какъ мальчикъ шаловливый, разсѣянный, склонный къ возраженіямъ, но способный къ ученію. Въ первомъ классѣ онъ называется за мелкія шалости въ школѣ и на улицѣ (толкаетъ товарищей, ѣстъ конфеты въ классѣ и т. п.); во второмъ классѣ былъ два раза наказанъ за бѣганье и крикъ во время перемѣны и за самовольный уходъ съ урока; въ третьемъ классѣ—подобнаго же рода школьныя продѣлки. Съ четвертаго класса нарушенія дисциплины учащаются, но продолжаютъ носить обычный дѣтскій характеръ: то К. опаздываетъ на урокъ, то подставляетъ ногу товарищу, то позволяетъ себѣ неумѣстныя и дерзкія замѣчанія. За четвертый классъ въ списокъ занесено всего десять замѣтокъ. Въ пятомъ классѣ замѣтки дѣлаются еще болѣе частыми: К. опаздываетъ на урокъ, не приходитъ во время на молитву, не обращаетъ должнаго замѣчанія на сдѣланные ему выговоры; старается, резонируя, оправдать себя даже и тогда, когда его виновность была очевидна; на урокахъ велъ себя безпозойно; иногда дрался съ товарищами. По словамъ класснаго наставника нѣкоторыя выходки его носили „злостный“ характеръ, напр. нанесеніе побоевъ товарищу.

Учился въ общемъ К. удовлетворительно, но только въ первыхъ трехъ классахъ; начиная съ четвертаго его успѣхи понизились, такъ что въ четвертомъ и пятомъ онъ оставался

по два года; въ 1909—1910 учебномъ году онъ также имѣлъ въ послѣдней четверти четыре двойки.

Интересныя свѣдѣнія о К. даетъ врачъ гимназіи. Онъ говоритъ, что семейныя условія сложились для К. очень неблагоприятно: отецъ и мать не имѣли для него должнаго авторитета и онъ росъ совершенно лишенный нравственной поддержки; такъ какъ родители не обращали должнаго вниманія на развитіе его духовныхъ силъ, то онъ мало по малу какъ бы отдѣлился отъ семьи. По характеру это былъ мальчикъ съ практическимъ умомъ, не имѣвшій склонности къ изученію теоретическихъ наукъ; благодаря крайней живости у него не было усидчивости въ занятіяхъ. Эти условія и были основной причиной его неудачъ въ гимназіи. Постоянныя взысканія и замѣчанія, какія онъ тамъ получалъ, неудовольствія по этому поводу отца, угрозы его—все это, усилившись за послѣднее время, крайне удручало К. и онъ находилъ себѣ отдыхъ только въ пожарномъ обществѣ. А между тѣмъ и начальство гимназіи и отецъ строго запрещали ему принимать участіе въ дѣятельности этого общества; поступая такъ, они руководствовались, съ одной стороны, опасеніемъ, что, занятый другими интересами, К. совершенно заброситъ ученіе, а съ другой—имѣли въ виду и возможность дурного вліянія членовъ этого общества: людей мало образованныхъ, грубыхъ, съ плохой репутаціей. К. приходилось обманывать и школу и семью; тайкомъ по вечерамъ онъ посѣщалъ общество и тѣмъ еще болѣе увеличивалъ пропасть, которая начинала образовываться между несчастнымъ мальчикомъ и его семьей. Въ пожарномъ обществѣ онъ очень привязался къ начальнику его, бывшему брандмейстеру, котораго называлъ отцомъ. Когда этотъ господинъ потерялъ свое мѣсто, К. былъ очень огорченъ, хлопоталъ о немъ, просилъ отца оказать протекцію у городского головы, подписать векселя и т. п. Когда всѣ хлопоты не увѣнчались успѣхомъ, К. открылъ негласную переплетную мастерскую, нанималъ подмастерьевъ и всѣ зарабатываемыя деньги (до сорока руб. въ мѣсяцъ) отдавалъ своему другу.

Этотъ случай самоубійства разслѣдованъ довольно обстоятельно и въ нашемъ распоряженіи имѣется весьма цѣнный фактическій матеріалъ, который позволяетъ съ достаточной

опредѣленностью высказаться о причинахъ, повлекшихъ за собою катастрофу. Прежде всего мы узнаемъ, что К. происходитъ изъ психопатической семьи. Наслѣдственность наложила, видимо, свою руку и на мальчика; это былъ ребенокъ чрезвычайно впечатлительный, живой, съ трудомъ поддававшійся школьной дисциплинѣ, но одаренный извѣстными способностями, могущій учиться, вдобавокъ очень самолюбивый. Въ первыхъ классахъ нарушенія школьнаго порядка отмѣчаются довольно рѣдко, начиная съ четвертаго сразу и рѣзко учащаются. Здѣсь, конечно, даетъ себя чувствовать эпоха *pubertatis*. Мы знаемъ, что психическое развитіе дѣтей въ эту эпоху происходитъ крайне неравномѣрно: прежде всего у нихъ развивается воля, тогда какъ интеллектъ въ собственномъ смыслѣ этого слова значительно отстаетъ. Вотъ почему дѣти, переживающіе *pubertas*, не въ состояніи правильно пользоваться своей волей; вотъ гдѣ скрыта причина, почему школьники четвертаго и пятаго классовъ наиболѣе склонны нарушать требованія дисциплины, представляются наиболѣе трудными въ воспитательномъ отношеніи. Такая особенность развитія наблюдается у самыхъ нормальныхъ дѣтей, но гораздо рѣзче выступаетъ у дѣтей—невропатовъ. Такъ какъ К. принадлежалъ къ послѣдней категоріи, то неудивительно, что, начиная съ четвертаго класса, его кондуитный списокъ пестрѣетъ все болѣе и болѣе. Прочитывая его, однако мы убѣждаемся, что проступки мальчика и въ этомъ періодѣ жизни носятъ обычный дѣтскій характеръ; самой „злостной“ выходкой можно назвать развѣ побои, нанесенные товарищу—фактъ очень и очень частый. Тѣмъ не менѣе изъ этого же кондуитнаго списка, а также изъ показаній, имѣющихся въ дѣлѣ, мы видимъ, что начальство гимназіи начинаетъ относиться къ мальчику съ постепенно возрастающей нетерпимостью, въ послѣднее время перешедшей въ ожесточеніе. Это обстоятельство по всей вѣроятности находитъ себѣ объясненіе въ склонности К. къ резонированію, на которую все чаще и чаще указываютъ отмѣтки

въ кондунтѣ. К., попадаясь въ какой-нибудь продѣлкѣ, пытался вывернуться, прибѣгалъ ко лжи, старался уловить начальство въ противорѣчіяхъ, позволяя по отношенію къ нему „неумѣстныя замѣчанія“ и дерзости. Такого рода резонированіе, стремленіе скрыть сущность дѣла подъ внѣшней формой и остаться кажущимся побѣдителемъ въ спорѣ — черта характерная для дегенеранта; она ясно указываетъ, что К. дѣйствительно не избѣгнулъ вліянія наслѣдственности. Изъ кондунтнаго списка мы видимъ также, что начальство гимназіи, не зная, что предпринять съ К., въ послѣднее время стало обращаться къ содѣйствію его отца и наконецъ отправило ему извѣстный ультиматумъ. Мальчикъ, исполняя совѣтъ отца, въ гимназіи прочелъ эту бумагу другимъ ученикамъ. Директоръ въ рѣзкой формѣ въ присутствіи товарищей приказалъ мальчику идти домой. Самолюбіе К. было, конечно, оскорблено такимъ отношеніемъ, тѣмъ болѣе что онъ считалъ себя совершенно не виноватымъ. Отцу снова пришлось объясняться съ директоромъ. Это объясненіе носило вѣроятно очень непріятный характеръ, если отецъ умолялъ потерпѣть и пока не исключать сына, а директоръ заявилъ, что не можетъ дать необходимой для перевода аттестаціи. Оно разумѣется, было передано мальчику и могло только усилить его тяжелое душевное состояніе. На другой день новая непріятность, также совершенно неожиданная: К. явился на праздникъ древонасажденія не въ тѣхъ брюкахъ, какія полагались по сезону. Директоръ снова рѣзко приказалъ ему удалиться и оставаться дома до вечера. Если директоръ такъ высоко ставилъ соблюденіе формы, то первая половина приказанія еще понятна, зато вторая является по меньшей мѣрѣ странной и показываетъ только, что подъ вліяніемъ раздраженія чувство мѣры было уже совершенно утрачено. Потрясенный случившимся, возвращается К. домой и здѣсь первая его мысль, а какъ отнесется къ этому отецъ. Неизвѣстно, желаніе ли принять участіе въ школьномъ праздникѣ, или страхъ объясненія съ

отцомъ заставили мальчика сдѣлать послѣднюю попытку, но онъ надѣваетъ пальто (вѣроятно нужнаго цвѣта брюкъ у него не было) и идетъ опять къ своимъ товарищамъ. Надзиратель однако снова отсылаетъ его домой. Если бы кто-либо изъ членовъ семьи могъ оказать теперь нравственную поддержку К., успокоить его, то повсей вѣроятности при живомъ характерѣ покойнаго катастрофа была бы предупреждена. Къ сожалѣнію мальчикъ росъ въ семьѣ одинокимъ. Какъ это случилось, сказать трудно; мы знаемъ только, что семья жила не дружно. Родители потеряли весь авторитетъ въ глазахъ сына. Если мальчикъ и слушался отца, то лишь подъ вліяніемъ страха наказанія, да и то на короткое время. Въ семьѣ К. нельзя было искать опоры, оставалось одно—обратиться къ любимому пожарному обществу, которое въ тотъ день какъ разъ праздновало годовщину основанія. Къ этому обществу мальчика тянула сначала просто живость характера, позднѣе же онъ сердечно полюбилъ его начальника, котораго характеризуютъ, какъ человѣка не высокой нравственности, но который тѣмъ не менѣе успѣлъ привязать къ себѣ К. К. исполнялъ всѣ приказанія своего новаго „папы“, помогалъ ему деньгами, словомъ, представилъ несомнѣнныя доказательства, что онъ былъ мальчикъ съ любящей душой и не его вина, если объектомъ его привязанности былъ не кто-либо изъ членовъ семьи или педагогическаго персонала. 3-го апрѣля весь вечеръ мальчикъ провелъ въ подготовкѣ къ празднику, усиленно хлопоталъ, но обращалъ на себя вниманіе всѣхъ своимъ необычнымъ удрученнымъ видомъ. Поздно вечеромъ отецъ, предполагая, что сынъ въ пожарномъ обществѣ, отправился туда и увелъ его домой. По дорогѣ происходитъ тяжелая сцена. К. умоляетъ отца: „не дѣлай здѣсь скандала, подожди доятаго мая—все будетъ по другому“. Нужно замѣтить, что еще ранѣе, когда покойный убѣдился, что надъ нимъ со всѣхъ сторонъ нависли тучи, въ головѣ его сталъ вырабатываться какой-то планъ, созрѣвать какая-то мысль о возможности

благопріятнаго для всѣхъ исхода. Объ этомъ онъ говорилъ съ дядей еще въ мартѣ, обѣщая, что 5 мая скажетъ что-то очень важное; то же повторялъ онъ и отцу, то же говорилъ потомъ и сестрѣ за нѣсколько часовъ до самоубійства. Видимо мальчику не хотѣлось умирать; онъ боролся съ нахлынувшими на него неудачами, но событія послѣднихъ двухъ дней, тяжелыя оскорбленія, полученныя имъ какъ въ гимназій, такъ и дома окончательно лишили его всякой энергіи и, потерявъ вѣру въ лучшій исходъ, онъ рѣшается прекратить свои дни. Такимъ образомъ анализъ фактовъ приводитъ къ заключенію, что К. болѣзненно-нервный мальчикъ прибѣгнулъ къ самоубійству подѣ влияніемъ нетактичнаго обращенія съ нимъ какъ дома, такъ и въ особенности въ школѣ.

LXI. Л. Л. 18 лѣтъ, ученица VI класса гимназій, 4 мая 1910 г., покушаясь на самоубійство, выпила іодной настойки; поправилась.

Л. происходитъ изъ интеллигентной, достаточной семьи; мать отличается крайней нервностью. Сама Л. обладаетъ слабымъ физическимъ здоровьемъ, почему не могла учиться въ городѣ, гдѣ живутъ ея родные; по характеру это—дѣвушка гордая, самолюбивая, замкнутая. Лица педагогическаго персонала отзываются о ней, какъ объ ученицѣ среднихъ способностей, недостаточно прилежной, избѣгающей серьезнаго чтенія. Совершенно иначе смотритъ на нее врачъ гимназій. По его мнѣнію наука дается Л. съ трудомъ, такъ какъ способности ея плохи, но занимается она довольно много, ежедневно пять-шесть часовъ, не обращая вниманія на упорныя головныя боли. Въ виду того, что за послѣдніе годы по нѣкоторымъ предметамъ Л. имѣла 4 и даже 5, можно думать, что слова врача объ усидчивыхъ занятіяхъ дѣвушки болѣе соотвѣтствуютъ дѣйствительности. Но несмотря на такія занятія по русскому языку она получила неудовлетворительныя отмѣтки. Вѣроятно это обстоятельство вліяло на нее удручающимъ образомъ и еще на Пасхѣ, прочитывая газеты, она обращала особенное вниманіе на описанія самоубійствъ; тогда

же ею была сдѣлана попытка отравиться мышьякомъ. Возвращалась въ гимназію Л. крайне неохотно. Здѣсь дѣла ея не поправились и она была предупреждена, что получить годовую двойку по русскому языку. Весь день четвертаго мая Л. была повиду совершенно покойна и весела, отвѣчала уроки, никакихъ непріятностей не имѣла, ничѣмъ особеннымъ не обратила на себя вниманіе; придя домой, она весело бѣгала съ подругами вечеромъ по саду, а послѣ ужина вышла во дворъ и тамъ выпила три унца іодной настойки. Подававшему ей помощь врачу она сообщила, что не можетъ жить, такъ какъ неуспѣшно учится по русскому языку и боится быть недопущенной къ экзамену.

Такимъ образомъ изъ обстоятельствъ дѣла видно, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ передъ собою дѣвушку нервную, съ болѣзненными свойствами характера; не обладая большими способностями, она должна была работать много, поскольку позволяли головные боли, и тѣмъ не менѣе успѣхи были неудовлетворительны; ея гордость и самолюбіе не могли примириться съ неудачей и она предпочла смерть, къ которой подготавливалась постепенно, вполне хладнокровно и обдуманно.

LXII. X. Г. 16 лѣтъ, ученица V класса гимназіи, 13 мая 1910 г. покушалась отравиться уксусной эссенціей; была во время остановлена.

Г., узнавъ въ гимназіи, что по малоуспѣшности оставлена на второй годъ, стала плакать, кричать, заявила, что отравится, что у нея въ карманѣ ядъ, и просила подругъ передать два письма—одно отцу, другое пріятельницѣ. Дѣйствительно, въ карманѣ платья оказалась стеклянка съ уксусной эссенціей. Такъ какъ у Г. развилось истерическое состояніе, то былъ вызванъ врачъ, а затѣмъ отецъ, который и увезъ ее домой. При объясненіи съ начальницей родители заявили, что во время не обратили должнаго вниманія на плохіе успѣхи дочери, а когда узнали, что ее оставить на второй годъ, угрожали, что совсѣмъ откажутся отъ нея.

За отсутствіемъ свѣдѣній о характерѣ Г. и объ отношеніи къ ней семьи трудно высказаться съ положительностью объ ея поступкѣхъ; нельзя даже сказать, насколько серьезно было ея намѣреніе покончить съ собою.

LXIII. П. Б. 12 лѣтъ, ученикъ городского училища, 16 мая 1910 г. кончилъ жизнь самоубійствомъ, повѣсившись на веревкѣхъ.

По отзыву преподавателей Б. отличался крайне слабыми способностями, учился плохо, почему и былъ оставленъ въ классѣ на второй годъ. Извѣстіе о своей неудачѣ онъ принялъ, повидимому, спокойно, но не такъ отнеслись къ этому его родные; послѣ одной изъ ссоръ мать даже не хотѣла давать ему ѣсть; мальчикъ ушелъ изъ дому и вскорѣ былъ найденъ повѣсившимся въ сараѣ. Отецъ, очень сурово относившійся къ сыну, между прочимъ сообщилъ, что тупоуміе послѣдняго развилось вслѣдствіе какой-то болѣзни, перенесенной имъ въ первые годы жизни.

У насъ нѣтъ данныхъ для полной характеристики Б., почему и трудно съ положительностью высказаться о мотивахъ самоубійства. Повидимому однако школьная неудача повлекла за собою семейныя непріятности, которыя и вызвали катастрофу. По заявленію учителя „умственные способности Б. были такъ притуплены, что заниматься съ нимъ было крайне тяжело“. Въ два года онъ едва выучился читать, а въ первый годъ не могъ даже узнавать предметы, нарисованные на картинкахъ и въ учебникахъ. Если все это дѣйствительно такъ, то Б. былъ ребенокъ отсталый въ умственномъ отношеніи и школа, назначенная для нормальныхъ дѣтей, конечно, была не для него.

LXIV. М. М., 19 лѣтъ, ученица VII класса гимназіи, 22 мая 1910 г. сдѣлала попытку отравиться нашатырнымъ спиртомъ.

М. происходитъ изъ невропатической семьи: отецъ—человѣкъ раздражительный, который наводитъ страхъ на всю семью; старшая сестра страдаетъ какими то судорожными припадками, сопровождающимися потерей сознанія. Сама М. съ дѣтства отличается весьма вспыльчивымъ характеромъ и крайней впечатлительностью; по свидѣтельству врача у нея замѣчаются ясныя признаки истерическаго невроза; умственныя способности ея слабы, такъ что несмотря на упорный трудъ ученіе ей не давалось. Въ VII классѣ она была оставлена на второй годъ; въ текущемъ году успѣхи ея были лучше, хотя также не вполне удовлетворительны; за годъ она имѣла двойку по арифметикѣ, а на письменныхъ испытаніяхъ получила дурные баллы по алгебрѣ и геометріи. Тѣмъ не менѣе педагогическій совѣтъ принялъ во вниманіе ея трудолюбіе и счелъ возможнымъ допустить къ устнымъ экзаменамъ. На экзаменѣ по географіи она отвѣчала плохо и, предполагая, что ей поставлена двойка, выпила нашатырный спиртъ, принесенный подругой, которая страдала головной болью и всегда имѣла его при себѣ.

Основной чертой истерическаго характера является крайняя неустойчивость психическаго равновѣсія. М., и ранѣе проявлявшая черты истеріи, утомленная экзаменаціоннымъ трудомъ и волненіями, не вынесла новой неудачи, которую считала рѣшающей, схватила первый попавшійся подъ руку ядъ и выпила тутъ же среди подругъ. Очевидно мы имѣемъ здѣсь дѣло съ проявленіемъ истерическаго невроза.

LXV. Д. А. 18 лѣтъ, ученикъ VI класса гимназіи, 27 мая 1910 г. выстрѣломъ изъ револьвера лишилъ себя жизни.

А. происходитъ изъ бѣдной семьи, содержалъ себя и родныхъ уроками; въ гимназіи учился хорошо, отличался примѣрнымъ поведеніемъ. Директоръ аттестуетъ его, какъ юношу честнаго, самолюбиваго, но очень вспыльчиваго. Всѣ товарищи любили его за искренность и сердечныя отношенія къ нимъ. Давая зъ теченіе трехъ лѣтъ уроки въ одной семьѣ младшей дочери, А. близко сошелся и, какъ говорили, вступилъ въ связь со старшей сестрой своей ученицы. Въ послѣд-

нее время онъ увлекся и своей ученицей, отношенія къ которой носили впрочемъ чисто платоническій характеръ. Это увлеченіе было замѣчено матерью покойнаго, которая, видя, что сынъ слишкомъ много времени проводить съ дѣвушкой, боялась какъ за успѣхи его въ гимназіи, такъ и за судьбу остальныхъ уроковъ, почему настойчиво уговаривала его прекратить опасное знакомство. Юноша далъ слово матери, но оказался не въ силахъ его сдержать. Въ тоже время ученица А. замѣтила интимность его съ своей старшей сестрой и видимо упрекала въ неискреннемъ отношеніи. Послѣ одного изъ такихъ непріятныхъ разговоровъ А., возвратившись домой, застрѣлился.

Причиной самоубійства въ данномъ случаѣ, очевидно, является тяжелое душевное состояніе юноши, вызванное его двойнымъ романомъ.

LXVI. В. Г. 16 лѣтъ, ученикъ IV класса гимназіи, 5 іюня 1910 г. отравился карболовой кислотой и вскорѣ скончался.

Г. изъ интеллигентной семьи; обладая слабыми способностями, онъ учился плохо, такъ что едва переходилъ изъ класса въ классъ. Въ четвертомъ классѣ Г. получилъ 2 годовыя двойки по русскому и латинскому языкамъ, но все же былъ допущенъ къ испытаніямъ; на экзаменѣ по нѣмецкому языку отвѣчалъ плохо. Полагая, что получилъ два и поэтому не будетъ переведенъ въ слѣдующій классъ, Г. не справлялся даже объ отмѣткѣ (на самомъ дѣлѣ ему была поставлена тройка), а на другой день у себя на квартирѣ выпилъ карболовой кислоты и скончался. Въ комнатѣ покойнаго было найдено письмо къ отцу слѣдующаго содержанія:

«Дорогой папа. Я долженъ былъ поступить такъ, иного исхода не было. Согласно твоему письму, въ которомъ ты пишешь, что съ цензомъ четырехъ классовъ нельзя жить хорошо, а только бѣдствовать, а такъ какъ мнѣ выдадутъ свидѣтельство только за три класса, то и подавно нельзя жить. Остаться на второй годъ тоже не могу, потому что ты не позволишь (зная твой характеръ), да я и самъ ни за что въ свѣтѣ не остался бы. Что же выходить: на второй годъ остаться, чтобы продолжать ученіе невозможно, бросить гимназію, чтобы голодать, перспектива не важная. Остается одно:

истребить себя, какъ никому ненужный элементъ. Я такъ и сдѣлалъ. Не помниай меня лихомъ. Моя послѣдняя просьба, это не обижай маму, я ее страшно люблю. Исполняя мою просьбу, ты сбросишь большую тяжесть съ моего сердца и на томъ свѣтѣ. Нинѣ ты постарайся, дай ей возможность получить прекрасное образованіе, дабы жила въ довольствѣ, если не въ счастіи. Изъ такого положенія я могъ выйти слѣдующимъ образомъ: за недѣлю до экзаменовъ нужно было подать прошеніе объ увольненія и съ просьбой выдать свидѣтельство за четыре класса, тогда я могъ бы перейти въ другую гимназію, но я боялся объ этомъ сообщить тебѣ, да и кромѣ того я не ожидалъ, что мои дѣла такъ плохи. По русскому я имѣлъ три тройки за четвертую четверть, но вдругъ въ послѣдній день передъ роспускомъ я по двумъ диктовкамъ получаю двѣ двойки и за четверть выставляють два. Я смѣло могъ держать экзамень по рускому. По латыни я былъ слабъ. По нѣмецкому я отвѣтилъ, какъ мнѣ кажется, удовлетворительно. По крайней мѣрѣ грамматику я зналъ. Другимъ за такой отвѣтъ ставятъ три, а мнѣ два. Еще было кое какъ, но двойка по нѣмецкому меня сразила. Вотъ какъ обстояли мои дѣла. Не забудь мою просьбу. Я страшно люблю пѣніе, потому прошу тебя, когда меня будутъ хоронить возьми хоръ городского училища. Объ этомъ мѣрѣ, который покидаю, я не жалѣю. Желаю тебѣ жить долго и счастливо. Обо мнѣ не грустите, забудьте. Маму ты успокаивай, а то она будетъ очень печалиться и плакать. Еще разъ будьте счастливы и здоровы. Послѣднее прощаніе моимъ знакомымъ.

Гимназическій врачъ сообщилъ, что покойный неоднократно обращался къ нему за совѣтомъ, жалуясь на общую слабость, легкую утомляемость, раздражительность и бессоницу; въ послѣдній годъ онъ чувствовалъ себя особенно плохо, указывая на ослабленіе памяти, апатію и частыя головныя боли. Врачъ отмѣтилъ рѣзкое малокровіе, поставилъ діагнозъ „неврастенія“ и совѣтывалъ отдыхъ на три, четыре мѣсяца и лѣченіе, но матеріальныя и семейныя условія не позволили Г. выполнить такой совѣтъ.

Показанія врача и записка, оставленная покойнымъ, съ достаточной опредѣленностью выясняютъ намъ причины самоубійства. Г. страдалъ общимъ нервнымъ расстройствомъ въ формѣ нейрастеніи. Неизвѣстно, развилось ли это страданіе на почвѣ наслѣдственности (что чаще всего имѣетъ мѣсто у дѣтей) или же оно было приобрѣтено самимъ Г. благодаря тяжелымъ условіямъ семейной жизни, но какова бы происхожденія оно ни было, его симптомы рѣзко ухудшились въ гим-

написала два письма. Въ одномъ, адресованномъ отцу, она пишетъ, что потеряла надежду на лучшую жизнь, проситъ не винить мать, что она отпустила ее, такъ какъ и дома она не отказалась бы отъ мысли о самоубійствѣ. Проситъ не винить В. (женихъ П.), заявляетъ, что умираетъ чистая, какъ голубь, и уходя въ лучший міръ, будетъ заботиться тамъ о родныхъ, будетъ заступницей за нихъ передъ Всевышнимъ. Второе письмо къ начальницѣ, судя по внѣшности, написанное непосредственно передъ смертью слѣдующаго содержанія:

Дорогая и милая С. О.! Находясь въ чужомъ городѣ среди чужихъ людей Вы были для меня не начальницей, а добрый и хорошей матерью, каждое Ваше слово дѣйствовало для меня, какъ лѣкарство и давало найти въ жизни прямого человѣка. Теперь С. О., когда я считаюсь уже ученицей 7 класса, я рѣшила уйти отъ этого міра, хотя меня мучитъ тяжелое сомнѣніе. Не обязана ли я изъ любви къ дорогимъ родителямъ терпѣть и влечить бремя жизни, не смотря на то, что я должна отказаться отъ самой дорогой мечты? Не должна ли я посвятить эту жизнь имъ изъ чувства благодарности? Не совершаю ли я преступленіе, рѣшаясь покинуть ихъ? Не обманываю ли я ихъ довѣріе, лишая ихъ того, что дороже жизни, распоряжаясь самовольно своей судьбой? Существуетъ ли вообще право распоряжаться собой? Пустая фраза, подобная другимъ пустымъ словамъ и предразсудкамъ! Я страдаю отъ сомнѣнія, я страдаю отъ того, что возможность положить конецъ страданьямъ является сама по себѣ мучительной пыткой. Последнія силы меня покидаютъ. Я не въ состояніи больше притворяться. Имѣютъ ли родители право требовать жизнь своего ребенка, когда эта жизнь превращается въ вѣчное и неизлѣчимое страданіе? Развѣ грѣхъ, если я....

Во мнѣ нѣтъ силъ больше бороться. Я покончила со всѣми своими надеждами, желаніями. Все во мнѣ умерло, осталось лишь сознаніе полной безграничной пустоты. Безумно вѣрить въ счастье, созданное изъ обломковъ, построенное на топкомъ болотѣ. Последний конечный исходъ стоитъ передо мною ясно и опредѣленно, внутри я слышу голосъ говоривши мнѣ умри и ты избавишься отъ всей жизненной грязи. Милая С. О., мнѣ такъ не хотѣлось бы, чтобы Вы меня осуждали въ томъ, что я оставила этотъ міръ. Я не могу больше жить. Причину моей смерти я не пишу, зачѣмъ чтобы кто-нибудь смѣялся надо мной. Дорогая незабвенная начальница, одна большая просьба у меня къ Вамъ: не старайтесь, если будетъ возможность меня спасти, не допустить, ибо жизнь не имѣетъ никакого значенія. Телеграфируйте въ Т. С. Д. П. «пріѣзжайте Соня больна». Прости милая С. О., что умираю у Васъ въ домѣ. Мнѣ пріятно умерѣть тамъ, гдѣ воспитывалась 3 года. О какъ не хотѣлось бы, чтобы меня атомировали. Если у Васъ будетъ возможность постараться, чтобы мое тѣло не было разрѣзано на куски, но это моя послѣдняя мольба къ Вамъ. Объ одномъ, что я жалѣю, это то, что я передъ смертью не увижу дорогихъ мнѣ лицъ.

назиі, гдѣ вслѣдствіе слабыхъ способностей мальчику пришлось слишкомъ много работать и вдобавокъ волноваться по поводу плохихъ отмѣтокъ. Усиливавшееся страданіе въ свою очередь еще болѣе понизило трудоспособность; неудовлетворительныя отмѣтки сдѣлались болѣе частымъ явленіемъ и Г. грозила перспектива остаться на второй годъ. Мальчикъ имѣлъ основаніе думать, что отецъ на это не согласится, и въ то же время твердо вѣрилъ ему, что безъ гимназическаго диплома жить сколько нибудь сносно нельзя. Обстоятельства, въ какихъ находился Г., были такимъ образомъ крайне затруднительны для всякаго въ его положеніи, а онъ, какъ нейрастеникъ, видѣлъ ихъ въ еще болѣе мрачномъ свѣтѣ. У него невольно явилась мысль о самоубійствѣ, какъ объ единственномъ возможномъ для него выходѣ.

LXVII. С. П. 19 лѣтъ, ученица VI-го класса гимназіи, 27 августа 1910 г. съ цѣлью лишить себя жизни выпила карболовой кислоты и вскорѣ скончалась.

Покойная, дочь состоятельныхъ родителей, поступила въ гимназію прямо въ четвертый классъ; обладая, повидимому, слабыми способностями, она училась плохо, такъ что переходила изъ класса въ классъ только съ переекзаменовками; поведеніе была безукоризненнаго, но часто пропускала уроки по болѣзни. Въ послѣдніе годы какъ дома, такъ и въ классѣ у нея нерѣдко случались продолжительныя истерическіе припадки, сопровождавшіеся потерей сознанія; вмѣстѣ съ этимъ окружающіе стали замѣчать у нея крайнюю мнительность и какое то возбужденное состояніе. При переходѣ въ VII классъ П. была назначена переекзаменовка, почему она рано вернулась въ городъ съ дачи и стала усиленно заниматься. 26 августа начальница гимназіи встрѣтила ее весело и довольно: въ этотъ день она благополучно сдала экзаменъ. Утромъ 27 августа П. съ истерическимъ крикомъ вбѣжала въ комнату начальницы, выпила принесенную съ собой карболовую кислоту и упала на полъ: ее немедленно отправили въ больницу, гдѣ она и скончалась. Передъ покушеніемъ дѣвушка

Зачѣмъ больше писать? Прощайте моя милая и незабвенная С. О. Пора покончить со своей жизнью. Цѣлую Васъ безчисленное множество разъ Ваша ученица С. П. Дорогая С. О., успокойте мою мать и моего отца. Я въ полномъ сознаніи умираю. Я знаю, что нанесу тяжелый ударъ своимъ дорогимъ родителямъ, но ничего не могу собой дѣлать.....

Мнѣ кажется, что тамъ далеко, далеко отъ земли есть что-то безконечно хорошее и тамъ я буду лучше и счастливѣе».....

Разслѣдованіе не установило точно повода къ самоубійству; о немъ можно лишь догадываться. П., какъ истерическій субъектъ, сильно реагировавшая на всѣ внѣшнія впечатлѣнія, въ послѣднее время имѣла какія то непріятности, быть можетъ связанныя съ ея сердечнымъ увлеченіемъ. Усиленные занятія передъ экзаменами, переэкзаменовка и волненія, соединенныя съ нею, конечно, еще болѣе расшатали психическое равновѣсіе. Повидимому уже послѣ экзамена покойная испытала, какое-то новое потрясеніе, которое, попавъ на подготовленную почву, и явилось непосредственнымъ поводомъ къ самоубійству.

LXVIII. А. К. 20 лѣтъ, ученица VIII класса гимназіи, 15 октября 1910 года отравилась кокаиномъ; скончалась.

Покойная, дочь народнаго учителя, аттестуется начальствомъ гимназіи, какъ ученица способная, трудолюбивая, въ высшей степени серьезно относившаяся къ своимъ обязанностямъ. По окончаніи курса съ серебряной медалью она поступила въ VIII классъ, гдѣ продолжала работать съ прежнимъ усердіемъ. Но матеріальное положеніе ея семьи было крайне затруднительно. Отецъ разошелся съ матерью, которая уѣхала отъ него вмѣстѣ съ дѣтьми; кое-какъ перебиваясь сама, она не могла высылать денегъ дочери; хлопоты о стипендіи кончились неудачей. Въ виду этого мать предложила К. выйти изъ гимназіи и возвратиться къ ней, чтобы потомъ получить мѣсто начальной учительницы. Оставить мысль о дальнѣйшемъ образованіи однако для К. было слишкомъ тяжело и она предпочла умереть.

LXIX. В. К. 18 лѣтъ, воспитанникъ учительской семинаріи, въ ночь на 26 октября 1910 г. кончилъ жизнь самоубійствомъ, повѣсившись на веревкѣ.

К. родился въ бѣдной полуинтеллигентной семьѣ; съ дѣтства онъ отличался страннымъ характеромъ, не сходился ни съ кѣмъ изъ домашнихъ, жестоко обращался съ младшимъ братомъ, не выносилъ никакихъ замѣчаній со стороны старшихъ, часто отвѣчая на нихъ угрозами лишить себя жизни. Благодаря своеволію, строптивости и узкому эгоизму онъ не уживался подолгу въ школѣ, мѣняя одну за другой. Отецъ, видя, что съ такими свойствами сыну трудно выносить жизнь въ интернатѣ, опредѣлилъ его въ учительскую семинарію. Здѣсь К. чувствовалъ себя значительно лучше, довольно усердно занимался и оказывалъ настолько хорошіе успѣхи, что въ послѣднее время ему была назначена казенная стипендія. Начальство семинаріи, относившееся къ К. вполне хорошо, отмѣчаетъ только, какъ его отличительныя особенности, быстрыя смѣны настроенія и крайнюю замкнутость, которая не оставляла его даже въ кругу товарищей. Впрочемъ иногда и на него нападали минуты относительной откровенности и тогда онъ нерѣдко говорилъ о безцѣльности жизни вообще, увѣряя, что когда-нибудь покончить счеты съ жизнью, нисколько не жалѣя ни о чемъ. По словамъ отца половую жизнь К. началъ очень рано; еще въ деревнѣ, гдѣ жили его родные, онъ вступалъ постоянно въ связи съ дѣвушками и умѣлъ скрывать ихъ такъ ловко, что онѣ обнаруживались только въ случаѣ беременности. Родители, особенно мать, рѣзко упрекали сына за дурное поведеніе, но эти упреки только раздражали его. Въ послѣдній годъ К. также вступилъ въ связи съ одной молодой особой, которая вскорѣ сдѣлалась беременной. Когда мать ея замѣтила положеніе дочери, то заявила объ этомъ директору семинаріи, желая, чтобы онъ обязалъ К. обезпечить будущаго ребенка. К. конечно зналъ объ этомъ, но ничѣмъ не обнаружилъ переживаемой имъ тревоги и только вечеромъ 26 октября его мрачный видъ невольно кинулся въ глаза квартирному хозяину. Въ такомъ настроеніи, не сказавъ никому ни одного слова, К. вышелъ изъ дому, а короткое время спустя былъ найденъ уже мертвымъ, висѣщимъ на деревѣ въ саду семинаріи.

Послѣ покойнаго найдено было его письмо къ родителямъ слѣдующаго содержанія:

«Дорогіе папа и мама! Давно я храню въ себѣ мысль о самоубійствѣ. Она не давала и не даетъ мнѣ покоя. Нечаянно я кой-кому ее и высказывалъ въ различной формѣ, будучи въ извѣстномъ только мнѣ самому настроеніи. Такъ, я говорилъ съ близкими товарищами, но они или принимали за шутку, или же старались перевести разговоръ на другую тему. Мысль эта уже давно созрѣла, и я ждалъ только удобной минуты для осуществленія одной. Эта минута наступила.

Если Вы любите меня, то перевезите мной трупъ въ Пригаровку. И это все: больше тратить никакихъ я на себя не требую! Мнѣ очень хотѣлось побывать на послѣдокъ дней въ Пригаровкѣ и тамъ умереть, да душевное горе не пустило,

Прощайте! Прощайте! Прощайте!»

Приведенное описаніе довольно ярко рисуетъ намъ типъ дегенеративнаго характера; грубый эгоизмъ, жестокость, неуживчивость, раннее усиленное развитіе полового влеченія, крайнія колебанія въ настроеніи съ преобладаніемъ подавленнаго—всѣ эти черты мы обычно встрѣчаемъ у невропатическихъ субъектовъ. Психическое равновѣсіе у нихъ можетъ нарушаться чрезвычайно легко; иногда бываетъ достаточно незначительнаго повода, чтобы возникла мысль о самоубійствѣ, безъ особенной борьбы побѣждающая инстинктъ самосохраненія. Обстоятельства послѣднихъ дней жизни сложились для К. крайне неблагопріятно: онъ видимо дорожилъ семинаріей; желая уничтожить матеріальную зависимость отъ семьи, съ которой не ладилъ, онъ заручился уже стипендіей, какъ вдругъ раскрылся его романъ, который конечно могъ повлечь за собою удаленіе изъ школы, т. е. крушеніе всѣхъ его плановъ. Этого онъ не могъ вынести и самоубійство нашелъ для себя наиболѣе благопріятной развязкой.

LXX. Ф. В. 16 лѣтъ, ученикъ VII класса гимназіи, 31 октября 1910 года выстрѣломъ изъ револьвера нанесъ себѣ тяжелое пораненіе, отъ котораго 7 ноября скончался.

В. сынъ интеллигентныхъ, достаточныхъ родителей, росъ и воспитывался въ семьѣ при самыхъ благопріятныхъ условіяхъ; обладая способностями выше среднихъ, онъ учился въ общемъ удовлетворительно, особенно въ послѣднемъ классѣ; по характеру это былъ мальчикъ живой, жизнерадостный, отличавшійся прямою и честностью. За нѣсколько мѣсяцевъ до самоубійства В. познакомился съ молодой дѣвушкой, въ которую вскорѣ страстно влюбился. Эта особа, подъ вліяніемъ флирта и чтенія современныхъ романовъ преждевременно развившая въ себѣ чувственность, не замедлила разбудить ее и въ юношѣ. Испытывая новыя ощущенія, В. началъ ревновать свою невѣсту къ окружающимъ. Отсюда рядъ недоразумѣній и ссоръ, одна изъ которыхъ и закончилась катастрофой.

Изъ изложеннаго видно, что покушеніе на самоубійство было вызвано сильнымъ душевнымъ волненіемъ, какое переживалъ В. благодаря страстной любви.

III.

Съ перваго взгляда казалось бы, что приведенные выше семьдесятъ случаевъ—число само по себѣ слишкомъ незначительное, чтобы опираться на него, статистику могъ сдѣлать сколько-нибудь опредѣленные выводы. Но не слѣдуетъ забывать, что въ нашу казуистику вошли всѣ безъ исключенія случаи самоубійства и попытокъ къ нему, имѣвшіе мѣсто въ теченіе двухъ съ половиною лѣтъ въ одномъ обширномъ учебномъ округѣ. Никакого выбора здѣсь не было. Вотъ почему эти случаи являются полнымъ и вѣрнымъ выраженіемъ дѣйствительнаго положенія дѣла въ извѣстной полосѣ Россіи. Но трудно, конечно, думать, что мотивы, которые заставляютъ учащихся этого округа наложить на себя руку, были совершенно иные, чѣмъ въ другихъ округахъ. Различіе между отдѣльными областями въ данномъ отношеніи можетъ состоять развѣ лишь въ преобладаніи мотивовъ одной категоріи надъ другой

въ зависимости отъ мѣстныхъ условій. Анализъ нашихъ случаевъ поэтому представляетъ существенный интересъ для рѣшенія поставленнаго нами общаго вопроса о причинахъ все возрастающаго увеличенія числа самоубійствъ въ Россіи у дѣтей школьнаго возраста. Къ этому анализу мы теперь и обратимся.

Въ трехъ изъ нашихъ случаевъ причины самоубійства остались совершенно неизвѣстными. Отбросивъ ихъ, мы будемъ имѣть 67 случаевъ, которые такимъ образомъ должны подлежать нашему разсмотрѣнію. Даже при поверхностномъ знакомствѣ съ приведеннымъ выше описаніемъ ихъ не трудно замѣтить, что особенно часто въ немъ упоминается о наслѣдственности. Въ 17 случаяхъ имѣются вполнѣ опредѣленные указанія, что родственники самоубійцы страдали тяжелыми нервными или душевными болѣзнями. Въ 16 случаяхъ такихъ указаній нѣтъ, тѣмъ не менѣе патологическая наслѣдственность вѣ всякаго сомнѣнія; въ двухъ случаяхъ она выразилась въ формѣ рѣзкой дегенераціи (V и LXIX); въ остальныхъ, какъ врожденная общая нервность (I, VII, VIII, XII, XXVI, XXIX, LIII и LVI) или какъ болѣе опредѣленный неврозъ (LXVII—истерія, XXVIII и LXVI—неврастенія) или, наконецъ, какъ душевное заболѣваніе (XLI). Итого, слѣдовательно, въ 33 случаяхъ была на лицо несомнѣнная патологическая наслѣдственность. Если добавить сюда, что хотя въ остальныхъ 34 случаяхъ и не упомянуто о наслѣдственности, но это еще далеко не значитъ, что ея не было во всѣхъ нихъ на самомъ дѣлѣ—она могла остаться неизвѣстной; если принять это во вниманіе, то мы будемъ имѣть наслѣдственность болѣе, чѣмъ въ половинѣ всѣхъ нашихъ случаевъ самоубійства. Противорѣчитъ ли этотъ выводъ тому, что мы находимъ въ литературѣ вопроса?

Baer въ цитированной выше работѣ, говоря о школьныхъ самоубійствахъ и касаясь причинъ, которыя ихъ вызвали, приводитъ весьма интересную таблицу. Въ Пруссіи за періодъ

времени съ 1883 по 1888 г. произошло 289 самоубійствъ у дѣтей школьнаго возраста; по мотивамъ они распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

Боязнъ экзаменовъ и неудачные экзамены—17.

Иныя причины, связанныя съ посѣщеніемъ школы—14.

Ссора съ родителями и учителями—2.

Болѣзненное самолюбіе—19.

Боязнъ наказанія—70.

Суровое обращеніе—13.

Досада, гнѣвъ, печаль—8.

Душевная болѣзнь—26.

Физическія страданія—3.

Религіозная мечтательность—2.

Несчастливая любовь—5.

Нравственная распущенность—7.

Пресыщеніе жизнью—6.

Игры—7.

Иныя причины—4.

Неизвѣстный поводъ—86.

Въ этой таблицѣ приняты въ расчетъ уже развившіяся душевныя страданія. О наслѣдственномъ предрасположеніи прямо здѣсь не упоминается; но зато есть рубрики, которыя весьма опредѣленно указываютъ на его наличность. Болѣзненное самолюбіе, религіозная мечтательность, нравственная распущенность, пресыщеніе жизнью, какъ мотивы самоубійства, могутъ наблюдаться, конечно, только у психопатическихъ дѣтей, которыя въ громадномъ большинствѣ случаевъ получаютъ свои патологическія свойства по наслѣдству. Въ итогѣ мы будемъ имѣть, слѣдовательно, шестьдесятъ случаевъ самоубійства, гдѣ наслѣдственность играла рѣшающую роль—процентъ, какъ видимъ, довольно значительный.

Профессоръ *Eulenburg*,⁶⁾ разсматривая 1152 случая школьных самоубійствъ, происшедшихъ въ періодъ времени съ 1880 по 1903 г., въ 336 случаяхъ нашелъ, какъ причину, страхъ наказанія, въ 70—душевное заболѣваніе, въ 18—любовь, въ 51—патологическую наслѣдственность, въ 69—понуужденіе со стороны родителей получить высшее образованіе, къ которому дѣти не были способны. Во многихъ случаяхъ видную роль играли незначительныя причины: досада, отказъ товарищей отъ совмѣстныхъ игръ. 68 учениковъ были очень даровиты, но слабость характера, злоупотребленіе алкоголемъ и нравственные дефекты довели до самоубійства. Незначительная часть пришла къ роковому исходу благодаря дурному выбору книгъ для чтенія (сочиненія Зола, Ницше, Шопенгауэра). *Eulenburg* нашелъ наслѣдственность только въ 51 случаѣ. Если сюда присоединить всѣ 70 случаевъ душевнаго заболѣванія, то мы будемъ имѣть 121 случай самоубійства, гдѣ наслѣдственныя вліянія констатировались съ несомнѣнной положительностью. Но просматривая таблицу *Eulenburg*'а, не трудно убѣдиться, что эти вліянія, быть можетъ только слабѣе выраженныя, должны давать о себѣ знать и въ другихъ рубрикахъ. Такъ, неспособность дѣтей къ ученію очень нерѣдко является однимъ изъ симптомовъ дегенераціи. Незначительные поводы вродѣ досады могутъ вести къ самоубійству только субъектовъ съ неустойчивой психо-нервной организаціей, каковая у дѣтей чаще всего получается по наслѣдству. Наслѣдственность мы можемъ также искать между тѣми 68 лицами, которыя отличались слабостью характера и нравственными дефектами. Отсюда ясно, что цифру 121 необходимо значительно увеличить.

Проф. *Хлопинъ* (ор. cit.) 432 случая самоубійства и покушенія на него распредѣляетъ по вызвавшимъ ихъ мотивамъ слѣдующимъ образомъ:

⁶⁾ *W. Spart. Der Selbstmord. 1909.*

Нервные и душевные болѣзни—27,4%.

Невыясненные причины—22,3%.

Школьные причины—18,9%.

Семейные причины—12,1%.

Несчастливая любовь 8,8%.

Школьно-семейные причины—5,5%.

Разные причины—2,9%.

Тѣлесные болѣзни—2,2%.

Для правильнаго пониманія этой таблицы слѣдуетъ помнить, что проф. Хлопинъ имѣлъ дѣло съ крайне мало разработаннымъ матеріаломъ, какимъ до недавняго времени являлись только оффиціальныя донесенія начальниковъ учебныхъ заведеній. Лучшее доказательство этому—высокій процентъ невыясненныхъ причинъ, почти четвертая часть всѣхъ случаевъ.

Душевные и нервные заболѣванія дѣтей, развиваясь въ громадномъ большинствѣ случаевъ на наслѣдственной почвѣ, служатъ, конечно, рѣзкимъ выраженіемъ послѣдней. Но эта почва можетъ достигать и меньшей степени развитія, проявляясь тогда рядомъ психическихъ особенностей, которыя по своему характеру весьма благопріятствуютъ, какъ возникновенію мысли о самоубійствѣ, какъ и приведенію ея въ исполненіе: болѣзненная впечатлительность, крайняя неустойчивость психическаго равновѣсія, отсталость въ умственномъ развитіи, нравственные дефекты—всѣ эти и подобныя имъ черты могутъ играть очень видную роль, какъ основные мотивы самоубійства, при наличности которыхъ достаточно незначительнаго внѣшняго повода, чтобы оно совершилось. Трудно сомнѣваться, что среди случаевъ, которые проф. Хлопинъ объясняетъ мотивами чисто школьными или семейными, а тѣмъ болѣе среди случаевъ невыясненныхъ извѣстная часть должна быть поставлена въ тѣсную связь съ наслѣдственностью. Какъ велика такая доля—сказать, конечно, нельзя, но во всякомъ

случаѣ процентъ, приводимый проф. Хлопинымъ, слѣдуетъ значительно повысить.

Изъ всего сказаннаго выше видно, что различные авторы, интересовавшіеся причинами дѣтскихъ самоубійствъ, единогласно указываютъ на важное значеніе наслѣдственности. Ваер даже категорически заявляетъ: „большая часть самоубійствъ въ дѣтскомъ возрастѣ совершается психически-больными дѣтьми или по крайней мѣрѣ такими, которыя расположены къ психическимъ заболѣваніямъ“. Да иного трудно было ожидать уже а priori. У вполне нормальныхъ дѣтей инстинктъ самосохраненія слишкомъ силенъ, а переживаемыя дѣтьми невзгоды слишкомъ незначительны, чтобы онѣ могъ быть затушенъ.

Кромѣ наслѣдственности среди мотивовъ самоубійства въ нашей вазуистикѣ наиболѣе часто упоминается о вліяніи школы, именно въ 32 случаяхъ.

Школа приводитъ дѣтей къ рѣшимости покончить съ собой весьма различнымъ образомъ. Въ трехъ случаяхъ (XXII, XXXIX, LX) непосредственнымъ толчкомъ явились столкновения съ администраціей школы. Во всѣхъ нихъ дѣло идетъ о психопатическихъ субъектахъ, которые въ силу своихъ болѣзненныхъ свойствъ стали во враждебныя отношенія къ педагогическому персоналу. Эти свойства между тѣмъ не были поняты надлежащимъ образомъ; къ дѣтямъ относились, какъ къ субъектамъ испорченнымъ, капризнымъ, въ одномъ случаѣ (LX) даже съ очевиднымъ озлобленіемъ. Неудивительно, что при такихъ условіяхъ достаточно было сравнительно незначительнаго повода, чтобы разразилась катастрофа.

Гораздо чаще однако поводомъ къ самоубійству являются неудовлетворительные успѣхи въ занятіяхъ. Плохія отмѣтки въ году, неудачи на экзаменахъ, оставленія на второй годъ отмѣчаются въ 29 случаяхъ, какъ одинъ изъ главныхъ мотивовъ (а иногда и единственный), заставившій дѣтей стремиться

къ смерти. Вотъ почему на этой сторонѣ вопроса мы позволимъ себѣ остановиться нѣсколько долѣе.

Всѣмъ извѣстна грустная истина, что въ нашей школѣ мало педагоговъ, хотя и много учителей. Благодаря ненормальнымъ условіямъ, въ которыя поставлена преподавательская коллегія, въ нее поступаютъ очень часто люди безъ всякаго призванія къ избранной ими спеціальности, просто въ силу горькой необходимости. Нѣтъ ничего удивительнаго, что такія лица, сами не интересуясь наукой, не въ состояніи заинтересовать ею и своихъ учениковъ. Отсюда плохіе успѣхи послѣднихъ, отсюда необходимость въ особыхъ педагогическихъ приѣмахъ, которые могли бы поднять ихъ успѣшность. И самымъ излюбленнымъ изъ этихъ приѣмовъ является система плохихъ отмѣтокъ, достигшая столь пышнаго расцвѣта въ нашей современной школѣ. Дурной отмѣткѣ педагоги приписываютъ двоякое значеніе: съ одной стороны, она можетъ дѣйствовать на самолюбіе ученика, съ другой—является мѣрой наказанія. Что касается перваго, то какъ показываетъ дѣйствительность, лишь въ рѣдкихъ случаяхъ плохая отмѣтка задѣваетъ самолюбіе ребенка, стимулируетъ его въ дальнѣйшей работѣ. На этомъ основаніи мы не часто встрѣчаемъ самоубійства, вызванныя оскорбленнымъ самолюбіемъ, обидой за несправедливо поставленную двойку. Если въ нашей казуистикѣ и находятся случаи такого рода (XL, XLVIII и LXI), то не слѣдуетъ забывать, что это случаи весьма не ясные и что въ нихъ имѣются вѣскія данныя заподозрить патологическія свойства ума и характера дѣтей.

Та же дѣйствительность учить, что взглядъ на дурныя отмѣтки, какъ на мѣру наказанія, не менѣе ошибоченъ. Дѣти очень быстро свыкаются съ ними и переносятъ стоически, безпечно забывая, къ какимъ послѣдствіямъ въ дальнѣйшемъ могутъ вести всѣ эти единицы и двойки. Но совершенно иное отношеніе обыкновенно встрѣчаетъ дурная отмѣтка въ семьѣ ребенка; она зачастую вызываетъ здѣсь паническій ужасъ;

около нея вращаются всѣ интересы; члены семьи сердятся на ребенка, насмѣхаются надъ нимъ, дразнятъ его, чтобы заставить наперечъ всѣ умственные силы, не обращая иногда вниманія, хватаетъ ли этихъ силъ для полученія желательнаго образованія. Многіе родители глубоко убѣждены, что ихъ дѣти въ состояніи прожить сколько-нибудь сносно только при томъ условіи, если они пройдутъ среднюю и высшую школу. Умственные способности, индивидуальныя особенности при этомъ рѣзко игнорируются; не обращается должнаго вниманія даже на физическое здоровье. Дѣтямъ всѣми силами стараются внушить такое же убѣжденіе и иногда вполне удачно. Вспомните трогательно наивныя слова ребенка—самоубійцы (LXVI), который писалъ передъ смертью своему отцу: „ты мнѣ говорилъ, что и со свидѣтельствомъ за четыре класса жить очень плохо, а меня не перевели въ четвертый; значить жить и совсѣмъ нельзя; лучше умереть теперь“. Въ тѣхъ случаяхъ, когда одни убѣжденія оказываются недостаточными, родные часто прибѣгаютъ къ различнаго рода наказаніямъ до побоевъ и даже угрозъ убить включительно. При этихъ условіяхъ понятно, почему въ нашей казуистикѣ такъ часто упоминается страхъ наказанія за плохія отмѣтки; въ десяти случаяхъ (X, XI, XXIX, XXVII, XXXVI, XXXVII, XXXVIII, LIV, LVI, XLIII) этотъ страхъ фигурируетъ на первомъ мѣстѣ, во многихъ другихъ онъ ясно читается между строками.

Особенно важную роль въ жизни школьника играютъ отмѣтки, полученныя на экзаменахъ: съ ними связываются крупныя непріятности въ семьѣ, потеря цѣлаго года, а иногда и лишеніе дальнѣйшаго образованія. Экзаменаціонная неудача, нерѣдко неожиданная или не вполне заслуженная, сопровождаемая сильнымъ душевнымъ волненіемъ, производитъ тяжелый шокъ на нервную систему, который можетъ разрѣшиться самоубійствомъ. Подобные факты станутъ намъ болѣе понят-

ными, если мы припомнимъ, какое громадное вліяніе оказываютъ экзамены на весь организмъ учащагося.

Игнатъевъ ⁷⁾ нашелъ, что семьдесятъ девять процентовъ всѣхъ учениковъ во время экзаменовъ теряютъ въ вѣсѣ и что въ среднемъ эта потеря у каждаго 1516 grm. Онъ приходитъ поэтому къ заключенію, что при данныхъ условіяхъ экзамены по ихъ вліянію на юношескій организмъ можно сравнивать съ тяжелой болѣзнью, которая имѣетъ своимъ послѣдствіемъ значительное нарушеніе питанія, при чемъ, конечно, не остается пощаженнымъ органъ, съ наибольшимъ напряженіемъ работающій въ экзаменаціонный періодъ—головной мозгъ.

Докторъ *Козинцевъ* ⁸⁾, опираясь на обширный матеріалъ, также нашелъ, что три четверти всѣхъ дѣтей во время экзаменовъ теряютъ въ вѣсѣ и что особенно большихъ размѣровъ эта потеря достигаетъ у учащихся старшихъ классовъ. Оба наблюдателя единогласно указываютъ на сильное нервное возбужденіе, въ какое дѣти часто приходятъ вслѣдствіе экзаменовъ; это возбужденіе лишаетъ ихъ сна и аппетита и выражается то въ формѣ страха, то общаго безпокойства, то болѣзненно подавленнаго или повышеннаго настроенія и чрезвычайно опасно для здоровья учащихся.

Таковы результаты, къ которымъ пришли русскіе авторы. Но подобную же картину рисуетъ намъ *dr. Andreae* ⁹⁾: впечатлительныя дѣти страдаютъ отъ общаго безпокойства, которое дѣлаетъ ихъ глубоко несчастными; болѣзненно расходившаяся фантазія въ каждой нерѣшенной задачѣ видитъ призракъ наступающаго экзамена; пессимистически настроенный ребенокъ рисуетъ свое будущее самыми черными красками.

⁷⁾ Der Einfluss des Examina auf das Körpergewicht. Zeitschrift f. Schulgesundheitspflege. 1898.

⁸⁾ Ibid. 1899. S. 205.

⁹⁾ Zeitschrift f. Schulgesundheitspflege. 1899. S. 416.

Наши случаи довольно ясно подтверждаютъ только что приведенную характеристику вліянія экзаменовъ. Въ семи случаяхъ (II, V, XXIX, XXX, LXIV, LXVII, LXVI) разслѣдованіе установило, что неудача на экзаменѣ явилась непосредственнымъ поводомъ къ самоубійству; въ пяти случаяхъ (I, III, XXIV, XLIV, LXII) эту роль играло оставленіе на второй годъ.

Однимъ изъ частныхъ мотивовъ, заставляющихъ дѣтей прибѣгнуть къ самоубійству, являются также неблагопріятныя условія семейной жизни.

Изъ нашихъ случаевъ эти условія упоминаются въ 21 и по своему характеру представляютъ значительное разнообразіе. Иногда семейная обстановка тяжело вліяетъ на дѣтей своей моральной стороной: при разладѣ между родителями безпризорныя дѣти, являясь свидѣтелями непріятныхъ сценъ, чувствуютъ себя глубоко одинокими; авторитетъ отца и матери въ ихъ глазахъ быстро падаетъ; нерѣдко безъ достаточнаго непосредственнаго повода развивается крайне удрученное настроеніе. Въ еще болѣе тяжеломъ положеніи могутъ оказываться учащіеся, которые происходятъ изъ бѣдной, мало культурной семьи. По мѣрѣ ихъ развитія между ними и семьей развертывается болѣе и болѣе глубокая пропасть; грубое обращеніе, рѣзкости со стороны родныхъ причиняютъ имъ невыносимыя страданія; настроеніе становится крайне подавленнымъ и на этой почвѣ достаточно какого-нибудь подчасъ незначительнаго повода, чтобы явилась мысль о самоубійствѣ. Типичными примѣрами такого рода являются случаи XLIV и LVII.

Въ случаяхъ второй категоріи мы имѣемъ дѣло съ жестокимъ обращеніемъ, съ побоями, какимъ дѣти подвергались въ семьѣ. (Подобное обращеніе, конечно, характеризуетъ одновременно и нравственную атмосферу, въ какой жили самоубійцы). Таковы случаи X и XXXIV. Въ пяти случаяхъ непосредственнымъ поводомъ къ лишенію жизни были повиди-

мому ссоры съ старшими членами семьи, большею частью съ тѣми, въ матеріальной зависимости отъ которыхъ дѣти находились.

Матеріальныя лишенія, страхъ за необеспеченное будущее, невозможность по бѣдности получить дальнѣйшее образованіе въ шести случаяхъ упоминаются на ряду съ другими мотивами самоубійства; въ случаяхъ VI и LV эти мотивы являются основными.

Любовь и связанныя съ нею душевныя волненія занимаютъ видное мѣсто среди поводовъ къ самоубійству въ шести случаяхъ, а въ двухъ (LXV и LXX) это даже единственные, которые установило разслѣдованіе.

Въ трехъ случаяхъ наряду съ другими мотивами играли также большую роль физическія заболѣванія. Душевная болѣзнь въ двухъ случаяхъ явилась единственной причиной самоубійства.

Но кромѣ всѣхъ перечисленныхъ выше мы должны остановить особое вниманіе еще на двухъ факторахъ, оказавшихъ несомнѣнное вліяніе на увеличеніе числа школьныхъ самоубійствъ за послѣднее время.

Эти факторы—современная литература и подражаніе.

Основные черты современной литературы, по крайней мѣрѣ въ трудахъ ея наиболѣе популярныхъ представителей,—глубоко отрицательное отношеніе къ окружающему и крайній пессимизмъ. Нервныя впечатлительныя дѣти, еще лишенные возможности правильно понять и спокойно отнестись къ прочитанному, знакомясь съ произведеніями новѣйшихъ авторовъ, быстро и всецѣло подпадаютъ вліянію послѣднихъ; настроеніе ихъ становится болѣе и болѣе удрученнымъ и на этомъ фонѣ какая-нибудь незначительная случайность легко пріобрѣтаетъ яркую окраску, получаетъ рѣшающее значеніе. Фактическій матеріалъ, которымъ мы располагаемъ, далеко не отличается желательной полнотой и тѣмъ не менѣе въ шести случаяхъ (XIV, XV, XXV, XXXII, XXXIII и XLIII)

вліяніе литературы устанавливается категорически; въ рядѣ другихъ (напр. XLI и XLIV) оно сквозитъ довольно ясно, хотя прямо о немъ и не упоминается ни слова. Но современная пресса оказываетъ неблагоприятное вліяніе на дѣтей еще другой стороной.

Въ ежедневной печати мы теперь часто встрѣчаемъ подробныя описанія школьных самоубійствъ. Газетные репортеры, руководимые быть можетъ самыми лучшими побужденіями, не упуская изъ виду и мельчайшихъ деталей, даютъ читателю обстоятельную характеристику условій, при какихъ произошло самоубійство, останавливаются на возможныхъ мотивахъ его, описываютъ картину похоронъ, приводятъ рѣчи, говорятъ о цвѣтахъ, усыпавшихъ гробъ, объ общемъ сочувствіи, слезахъ. Школьные самоубійства близко затрагиваютъ интересы каждаго; на описаніи ихъ съ большимъ интересомъ останавливаются взрослые, ихъ жадно прочитываютъ и дѣти. Передъ глазами учащихся разворачивается соблазнительная перспектива разомъ избавиться отъ единицъ, двоекъ и другихъ огорченій, сдѣлаться хоть на время героемъ, предметомъ всеобщаго вниманія и почета. „Мой гробъ понесутъ гимназисты, а крышку гроба гимназистки“ мечтаетъ несчастная дѣвочка, задумавъ лишить себя жизни (случай XLV). Гимназистка, недовольная собой и своими отмѣтками, усердно отыскиваетъ въ газетахъ описаніе самоубійствъ, видимо или желая познакомиться съ ихъ способомъ, или, что вѣрнѣе, стараясь чужимъ примѣромъ подкрѣпить свою нерѣшительность (случай XLI).

Но здѣсь намъ пришлось коснуться второго фактора—вліянія примѣра. Этотъ примѣръ, конечно, сильнѣе дѣйствуетъ, если совершается на глазахъ, или если дѣти лично знали самоубійцу и были знакомы со всѣми условіями и подробностями событія. С. Д. (случ. VII) выстрѣломъ изъ револьвера лишилъ себя жизни; В. К. (случай VIII), его товарищъ по гимназіи, черезъ недѣлю сдѣлалъ также попытку застрѣ-

литься. А. Д. (случай XIV) неоднократно пытался выпить ядъ. Его товарищъ, слѣдившій за нимъ все время съ цѣлью предупредить эти попытки, черезъ пять дней лишилъ себя жизни (случай XV). Въ пяти случаяхъ самоубійству учащаго предшествовало самоубійство одного изъ членовъ его семьи (III, XII, XXV, XXXIII, XLV). Всѣ эти и подобные имъ факты живо свидѣлствуютъ, какую роль играетъ тутъ подражаніе. Они даютъ право говорить объ извѣстной заразительности самоубійства, о наклонности его при благопріятныхъ условіяхъ принимать эпидемическій характеръ. „Si l'imitation est, comme on l'a dit, une source originale et particulièrement féconde de phénomènes sociaux, c'est surtout à propos du suicide qu'elle doit témoigner de son pouvoir, puisque il n'est pas de fait sur lequel elle ait plus d'empire“, говоритъ *Emile Durkheim* въ своемъ произведеніи, посвященномъ вопросу о самоубійствѣ (*Le suicide* 1897). Такое утвержденіе особенно справедливо, когда рѣчь идетъ о дѣтахъ, субъектахъ легко поддающихся чужому вліянію въ силу недостаточнаго еще развитія интеллекта, съ одной стороны, неокрѣпшей силы воли—съ другой.

Мы не будемъ останавливаться на анализѣ остальныхъ мотивовъ самоубійства, упоминаемыхъ въ предшествовавшемъ изложеніи—они носятъ слишкомъ единичный характеръ—и заканчивая свое изслѣдованіе, попытаемся въ короткихъ строкахъ формулировать основные выводы, къ которымъ оно насъ привело.

Наслѣдственная нервность, неблагопріятныя условія школьной обстановки и семейной жизни—вотъ главнѣйшіе факторы, вызывающіе школьныя самоубійства и дѣйствующіе чаще всего совмѣстно; остальные изъ перечисленныхъ выше отступаютъ передъ ними далеко на задній планъ. Но было бы грубой ошибкой думать, что разслѣдованіе, произведенное въ каждомъ изъ нашихъ случаевъ, точно установило всѣ мотивы безъ исключенія. Если чаще всего упоминалось о семьѣ и о школѣ,

то быть можетъ только потому, что ихъ дѣйствіе легче подмѣтить. Мы должны имѣть въ виду по крайней мѣрѣ еще одинъ важный факторъ—вліяніе общественной жизни. Въ отдѣльныхъ случаяхъ этотъ факторъ даже довольно ясно замѣтенъ, но въ весьма немногихъ; въ другихъ онъ только чувствуется, хотя его и трудно констатировать. Да иного трудно было бы и ждать. Вѣдь учащіеся составляютъ часть общества; они живутъ не только въ семьѣ и школѣ, но читаютъ, слышатъ, видятъ и дѣлаютъ соотвѣтственно своимъ силамъ извѣстные выводы изъ получаемыхъ ими впечатлѣній. Тѣ или другія явленія общественной жизни, то или другое настроеніе общества живо отражаются на нихъ, иногда рѣзче, чѣмъ на взрослыхъ. Статистика учитъ, что въ послѣдніе годы процентъ взрослыхъ самоубійцъ повышается съ поразительной быстротой. Существуютъ, слѣдовательно, условія, благоприятствующія такому печальному явленію. Эти условія неминуемо должны въ большей или меньшей степени оказывать свое вліяніе и на учащихся. Изъдѣсь то повидимому мы должны главнымъ образомъ искать объясненія тому факту, что самоубійства въ современной школѣ приняли столь грозный, временами прямо эпидемическій характеръ.



Изъ клиники нервныхъ болѣзней Императорскаго
Казанскаго Университета.

Примѣненіе остеопластической краніотоміи въ двухъ случаяхъ парціальной эпилепсіи¹⁾.

Ординатора клиники Е. Н. АРХАНГЕЛЬСКОЙ.

Пользуясь любезнымъ предложеніемъ директора клиники проф. Л. О. Даркшевича, я хочу представить Обществу двухъ больныхъ. Они заслуживаютъ вниманія главнымъ образомъ съ точки зрѣнія хирургическаго вмѣшательства въ область невропатологіи. Это—довольно типичное проявленіе парціальной эпилепсіи, гдѣ было примѣнено удаленіе участка коры съ цѣлью устранить вліяніе предполагаемаго источника ея раздраженія.

I случ. Больная, дворянка, А. М. А. 24 лѣтъ. Анамнезъ ея слѣдующій: родилась она здоровымъ ребенкомъ, развивалась, повидимому, нормально. Со стороны родственниковъ матери цѣлое поколѣніе является алкоголиками: какъ отецъ ея матери, такъ и всѣ его сыновья пили очень много. Мать тоже пила по временамъ, кромѣ того страдала мигренями, (есть свѣдѣнія о томъ, что у нея была кособокость), умерла она отъ какой-то женской болѣзни. 2 брата и сестра больной здоровы, еще 2

¹⁾ Сообщено въ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 6 апрѣля 1911 г., гдѣ были продемонстрированы оба больные.

брата умерли отъ случайныхъ причинъ. Отецъ здоровъ, въ молодыхъ годахъ тоже пилъ порядочно, но потомъ бросилъ. Lues въ семьѣ отрицается. 5-ти лѣтъ дѣвочка перенесла скарлатину въ тяжелой формѣ, послѣ которой нѣсколько мѣсяцевъ были носовые кровотечения.

Года 2 спустя послѣ этого у нея стало появляться по временамъ трясеніе въ правой рукѣ. 8-ми лѣтъ отъ роду 1-ый припадокъ съ потерей сознанія, съ пѣной у рта и судорогами. Отмѣчаются еще 2—3 припадка за этотъ годъ. Далѣе, послѣ перерыва почти въ годъ, припадки снова появляются и, видимо, становятся все чаще. 10-ти лѣтъ больная поступаетъ въ Институтъ. Припадки происходятъ ночью, иногда по нѣскольку въ теченіе одной ночи, на утро больная просыпается разслабленная, съ небольшой головной болью, но всетаки въ состояніи заниматься.

Способности ея, по словамъ больной, не ослабѣвали нисколько. О припадкахъ она сохраняетъ воспоминаніе, замѣчаетъ, что они начинаются обычно въ видѣ ощущенія жженія въ правой рукѣ, переходящаго въ судороги, а далѣе она теряетъ сознаніе.

Иногда до появленія припадковъ чувствовалось онемѣніе во всей рукѣ или зудъ. Постепенно у больной выработалась привычка при такихъ явленіяхъ крѣпко сжимать лѣвой рукой середину плеча правой, при чемъ ей казалось, что она въ состояніи такимъ образомъ предупредить припадокъ.

Несмотря на припадки, въ Институтѣ пробыла 4 года. Принимала препараты брома, іода. Въ 1901 г. ей произведенъ курсъ ртутнаго лѣченія, но безрезультатно: количество припадковъ то какъ будто нѣсколько уменьшалось, то учащалось вновь.

Въ 1902 г. б. поступила впервые въ Казанскую нервную клинику, гдѣ пробыла съ 21/1 до 18/ш.

Припадки за это время наблюдались съ 24 янв. по 5-февр., далѣе 8-февр. 9, одиночные припадки, съ 5 по 9 марта опять приступъ припадковъ, потомъ одиночный припадокъ 17 марта, въ промежуткахъ еще иногда судороги въ правой рукѣ, явленія *petit mal*. При изслѣдованіи больной въ журналѣ 1902 г. отмѣчается слѣд.: въ лицѣ слабый парезъ нижней вѣтви п. *facialis* справа. Ослабленіе силы въ правой рукѣ и правой ногѣ, разстройство координаціи въ рукѣ

наклонность къ гиперэкстензіи во всѣхъ суставахъ. Разстройство болевой чувствительности въ видѣ незначительнаго пониженія ея на правой сторонѣ въ нижней части туловища и ногѣ и гиперестезія въ верхней части плеча и отчасти въ лопаточной области. Отмѣчено далѣе похуданіе мускулатуры съ правой стороны туловища, недоразвитіе костнаго скелета и сколиозъ, обращенный выпуклостью вправо.

Б. выписывается изъ клиники (черезъ 2 мѣс.) и въ теченіе 4 лѣтъ живетъ дома, а въ 1904 г. поступаетъ въ пріютъ для неизлечимо больныхъ женщинъ въ г. Казани. Припадки по словамъ больной за это время продолжаютъ недѣли по 2 съ перерывомъ также недѣли въ 2.

Въ 1909 г. постепенно увеличивается слабость въ правой рукѣ (замѣтная при производствѣ разныхъ мелкихъ работъ), въ связи съ сведеніемъ въ локтѣ и кисти. Медленно это сведеніе растетъ вплоть до образованія контрактуры. Лѣтомъ 1910 г. А. уже совсѣмъ не въ состояніи что бы то ни было дѣлать этой рукой. 2 декабря она поступаетъ въ нашу клинику.

Обще впечатлѣніе отъ больной таково, что она — преждевременно разслабленный человекъ. Движенія ея медленны, вялы, какъ у міастеника. Рѣчь также медлительная, тихая, невнятная, съ остановками, какъ будто б. не сразу соображаетъ необходимое для выраженія ея мысли слово (брадилалия). Она апатична, вяло реагируетъ на все окружающее. Любитъ однако читать и читаетъ вслухъ лучше, чѣмъ говорить, прекрасно пишетъ лѣвой рукой и подъ диктовку, и самостоятельно. Все понимаетъ и правильно разсуждаетъ. Можно отмѣтить только общую подавленность психики, безъ какихъ-либо видимыхъ разстройствъ ея. Часто ее мучатъ безпокойные сны, иногда устрашающаго содержанія, отъ которыхъ въ ужасѣ она просыпается. Нѣсколько разъ бывали галлюцинаціи. По временамъ она испытываетъ какое-то безотчетное состояніе, ее „какъ будто уноситъ куда то“, пока она не сообразитъ, гдѣ находится и что ей нужно дѣлать. Эти моменты безотчетности (*petit mal*) наблюдались нами въ клиникѣ.

Чаще однако у больной крупныя припадки, появляющіеся обычно ночью, въ видѣ цѣлой серіи на протяженіи 1—2 недѣль.

Такой періодъ припадковъ наблюдался въ клиникѣ съ 5/хп по 18/хп каждую ночь (или одиночные припадки или до 3—4 и болѣе), далѣе наступилъ перерывъ въ 9 дней, опять 4 дня (съ 31 до 3 янв.) припадки, перерывъ съ 8-го до 11-го опять припадки. Съ 11/1 до операціи, произведенной 22 янв., припадковъ не было.

Привожу мое собственное наблюденіе большого припадка 11 дек. въ 1 ч. 20 мин. ночи.

Въ началѣ припадка громкій, дикій крикъ. Дальше судороги въ правой рукѣ и въ правой ногѣ тонического характера. Одновременно клонико-тоническія судороги въ правой половинѣ лица, ритмично дергаетъ правый глазъ. Лицо страшно блѣдно, съ синеватымъ оттѣнкомъ, сильно искажено перекошено въ лѣво. Въ лѣвой рукѣ клоническія судороги. Тѣло трясется, какъ въ сильнѣйшемъ ознобѣ (на всей правой половинѣ гусиная кожа). Во время припадка непроизвольное мочеиспусканіе, пѣны изо рта нѣтъ, языкъ не прикушенъ.

Въ правой рукѣ продолжительная тоническая судорога, когда лѣвая уже совсѣмъ расслаблена. Зрачки широко открыты, не реагируютъ на свѣтъ.

Крикъ только въ началѣ, далѣе шумное дыханіе перешедшее въ храпъ. Дыханіе около 30 въ мин. п. около 140; судороги продолжаются мин. 5. Послѣ расслабленія мускулатуры сознаніе однако не возвращается: взглядъ неподвижный, точно остолбенѣлый. Прерываемое дыханіе и какое-то клокотаніе въ горлѣ создаютъ впечатлѣніе агоніи.

Послѣ припадка больная не засыпаетъ. Состояніе оглушенія продолжается долго.

На другой день больная помнитъ о припадкѣ, говоря, что всегда просыпается до его начала, ощущая сильное безпокойство и непріятный зудъ въ рукѣ, переходящій въ судороги.

Кромѣ этихъ ночныхъ припадковъ и явленій *petit mal*, у больной наблюдаются еще припадки безъ потери сознанія, проявляющіеся въ видѣ тонической судороги сгибателей правой руки, иногда сопровождающіеся судорогами въ правой ногѣ и правой половинѣ лица, при чѣмъ голова обычно отводится влѣво.

Въ періодъ припадковъ б. сильно худѣетъ. Лицо кажется осунувшемся, въ высшей степени утомленнымъ.

Головныхъ [болей обычно нѣтъ, но ходить она въ это время не въ состояніи отъ чрезмѣрной слабости.

Посмотримъ теперь, что даетъ въ цѣломъ изслѣдованіе ея нервной системы.

Изъ черепно-мозговыхъ нервовъ уклоненіе отъ нормы представляетъ только п. *facialis* справа: наблюдается незначительный парезъ нижней вѣтви, отчасти п. *acussorius Willisii*, также справа; меньшей объемъ поднятія плеча, чѣмъ слѣва, благодаря слабости m. *cucullaris*.

Правая рука постоянно согнута въ локтѣ и въ кисти до прямого угла, при чемъ движенія въ большомъ пальцѣ и указательномъ свободны, остальные три почти лишены движеній, пригнуты къ ладони и въ такомъ положеніи фиксированы.

Поднятіе руки вверхъ свободно совершается до горизонтальнаго уровня, далѣе—затрудненіе, вслѣдствіе боли въ наружной сторонѣ плеча. Въ локтѣ разгибаніе возможно лишь до прямого угла, въ кисти—разгибаніе идетъ до выпрямленія ея, не дальше. Въ правой ногѣ есть ослабленіе движеній въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ сравнительно съ лѣвой, нѣсколько ограничены движенія стопы; остальные сохранены. Обѣ ноги въ спокойномъ состояніи нѣсколько приведены вкнутри (*pes varus*). Со стороны рефлекторныхъ движеній уклоненій отъ нормы нѣтъ. Далѣе, тонусъ мускулатуры на правой сторонѣ, въ области сгибателей плеча, предплечья, пальцевъ сильно повышенъ, до образованія контрактуры. Сильный спазмъ мышцъ на спинѣ справа, особенно въ области лопатки. Въ локтѣ и пальцахъ лѣвой руки наблюдается пассивно гиперэкстензія до образованія прямого угла пальцевъ съ кистью.

Со стороны чувствительности наблюдается разстройство только *болевой*: на предплечьи и на ногѣ справа незначительное пониженіе, въ верхней части плеча гиперестезія, постепенно возрастающая кверху и распространяющаяся въ области верхней части лопатки до границы волосъ сзади. Локалізація ощущеній уколовъ на всей правой половинѣ тѣла также ошибочна.

Мышечное чувство не нарушено. Астереогноза нѣтъ. Мышцы правой руки отрафированы сравнительно съ лѣвой, при чемъ питаніе ихъ нарушено главнымъ образомъ въ разгибателя предплечья и кисти, далѣе на всей вообще правой половинѣ туловища, чѣмъ должно быть и обуславливается рѣзкая деформация грудной клѣтки: правое плечо стоитъ значительно выше лѣваго, справа спереди грудная клѣтка уплощена, сзади выпукла, слѣва—уплощеніе сзади и выпуклость спереди. Позвоночникъ искривленъ рѣзко выпуклостью вправо до нижняго уровня лопатокъ, въ верхней части какъ бы втянутъ внутрь, почти достигаетъ внутренняго угла лопатки. Въ ниже-грудной и поясничной части сколіозъ сильно влѣво, образуется так. обр. фигура буквы S. Крыло лѣвой лопатки отстаетъ отъ грудной клѣтки настолько, что легко почти всѣми пальцами руки зайти подъ нее и ошупать углубленіе подъ ней. Справа нижній край ея почти не обрисовывается и крѣпко соединенъ съ ребрами, переходя незамѣтно въ ихъ выпуклость на этой сторонѣ. Фарадическая возбудимость мышцъ оказалась нормальной и равномерной съ обѣихъ сторонъ.

Грудныя железы развиты слабо (справа замѣтно меньше). Кожа очень тонка, нѣжна, подкожный жировой слой развитъ очень плохо. Дермографизмъ довольно рѣзкій. Измѣреніе груди на уровнѣ 3-го ребра отъ позвоночника до sternum справа=37 с. слѣва=41 с. окружность правой руки на 15 сант. выше локтя 21 с.—лѣвой руки на томъ же уровнѣ 23 с. длина рукъ одинакова; окружность правой руки на уровнѣ 5 сант. отъ epicondylae верхъ=13 $\frac{1}{2}$ сант., лѣвой=14 $\frac{1}{2}$ с. Со стороны зрѣнія есть только периферическія явленія: б. жалуется на рѣзъ въ глазахъ отъ сильнаго свѣта, носить консервы. Глазное дно нормально. Поле зрѣнія также не представляетъ уклоненій. Слухъ и друг. органы высшихъ чувствъ безъ измѣненій. Сердце, легкія норм. Моча безъ бѣлка и сахара.

Оцѣнивая всѣ эти данныя, мы можемъ отмѣтить въ главнѣйшемъ слѣдующее: парезъ всей правой половины тѣла, контрактура правой руки, незначительное разстройство чувствительности на ней, рѣзкая деформация грудной клѣтки и отсталость въ развитіи правой половины тѣла вообще сравнительно съ лѣвой, наконецъ, ясно установленное за время клиниче-

скихъ наблюданій начало въ видѣ судорожныхъ подергиваній въ правой рукѣ, распространяющихся затѣмъ и на другія области.

Итакъ, по клинической картинѣ это несомнѣнный случай Djakson'овской эпилепсіи. Кортиковое раздраженіе, начавшись съ опредѣленнаго центра, быстро распространяется на сосѣдніе, а далѣе переходитъ и на другую сторону, выражаясь судорогами на периферіи. Возможно, что это раздраженіе имѣетъ своимъ источникомъ ту инфекцію, въ данномъ случаѣ скарлатинозную, которая предшествовала появленію припадковъ и которая вызвала въ соотвѣтствующемъ отдѣлѣ головного мозга особое состояніе, въ видѣ хроническаго энцефалита. Въ виду неблагопріятной наслѣдственности м. б. головной мозгъ, какъ разъ представляя наиболѣе слабое сопротивленіе всякому раздраженію и наиболѣе интенсивно воспринималъ инфекцію.

Какъ начался этотъ процессъ, насколько онъ простирается въ ширину, выяснить съ точностью невозможно.

Можно только съ увѣренностью сказать, что онъ не можетъ быть рѣзко выраженнымъ анатомически, въ видѣ явленной грубой деструкціи головного мозга. Нѣтъ никакихъ признаковъ, говорящихъ за повышеніе внутри—черепного давленія, характеризующаго новообразованіе.

Въ анамнезѣ нѣтъ и травматическаго момента, нѣтъ и lues'a. Остается наиболѣе вѣрнымъ предположеніе о какомъ-то инфекціонномъ процессѣ, поразившемъ избирательно клѣтки двигательной зоны и распространившемся м. б. далѣе за ея предѣлы, процессѣ, могущемъ не обнаруживаться никакими видимыми на глазъ измѣненіями, какъ сплошь и рядомъ наблюдается на вскрытіяхъ. Что касается роста процесса, на это указываетъ съ несомнѣнностью сравненіе состоянія больной съ тѣмъ, кот. наблюдалось въ 1902 г. Неизбѣжный выводъ изъ этого сопоставленія: усиленіе клиническихъ явленій, благодаря распространенію и усиленію процесса и въ

глубину, и по поверхности. Симптомы раздраженія въ видѣ частыхъ судорогъ, начинающихся въ рукѣ явленія пареза и контрактуры въ ней заставляютъ локализовать мѣсто пораженія глав. образомъ въ корковомъ центрѣ руки.

Въ виду того, что всѣ терапевтическія мѣропріятія въ данномъ случаѣ оставались безрезультатны, рѣшено было предпринять оперативное вмѣшательство—удаленіе источника раздраженія, который предполагался въ центрѣ руки. Съ 12-го до 20-го января—періодъ свободный отъ припадковъ. Этимъ промежуткомъ воспользовались для производства операціи, которая въ виду слабости больной предполагалась по двухмоментному способу.

Операція произведена въ нашей клиникѣ д-ромъ А. В. Вишневымъ 22 янв.

Больная приготовлена къ операціи обычномъ порядкомъ. послѣ ванны наложена асептическая повязка на голову. Моется передъ операціей мыломъ и спиртомъ. За 15 мин. до хлороформа введенъ 1 шприцъ морфія (0,01). До вскрытія черепа голова перетягивается резиновымъ бинтомъ отъ нижней части лба до затылка. Далѣе на лѣвой сторонѣ черепа начерчивается лоскутъ по двумъ вертикальнымъ линіямъ (первая—отъ середины разстоянія между наружнымъ угломъ глазницы и слуховымъ проходомъ, вторая—отъ задняго края основанія сосцевиднаго отростка. Вверху эти линіи соединены, нѣсколько не доходя до сагитального шва. Лоскутъ съ нижнимъ основаніемъ образованъ ручнымъ инструментальнымъ наборомъ *Doyle*'а и щипцами *Dalgrain*'а. По основанію надпиленъ пилой *Гилли*. Лоскутъ отвернуть внизъ въ связи съ кожей и мышцами, обнаруженная твердая мозговая оболочка оказалась въ нормальномъ состояніи, не кровоточить. Далѣе лоскутъ уложенъ обратно и подшитъ узловыми швами. Наложена крахмальная марлевая повязка.

Во время операціи припадокъ клоническихъ судорогъ въ лѣвой рукѣ, очень продолжительный.

Больная долго не приходитъ въ себя и до вечера въ сонливомъ состояніи. Пульсъ 90—96 очень слабый. Говорить

слабымъ голосомъ, очень блѣдна, вначалѣ съ синюшнымъ оттѣнкомъ слизистыхъ оболочекъ.

Къ вечеру глаза нѣсколько оживляются. Есть тошнота и нѣсколько разъ рвота.

Послѣ операціи наблюдается нѣкоторое общее ослабленіе, большая, чѣмъ всегда блѣдность лица, слабость пульса.

Сдѣлано вливаніе солевого раствора.—На другой день явленія контрактуры представляются ослабѣвшими, рука легче отводится отъ туловища и экскурсія этого движенія является большей, (какъ будто уже одно вскрытіе черепа создало облегченіе наблюдавшихся раньше симптомовъ). Черезъ 5 дней сняты швы. Заживленіе *per primam*.

Самочувствіе больной все время прекрасное. У нея есть какая-то увѣренность въ поправленіи.

Такъ продолжается до 3-го февраля, когда появляются впервые легкіе судороги въ рукѣ, какъ предвѣстникъ припадковъ (на 12-й день послѣ операціи).

Въ слѣдующую ночь подрядъ 10 припадковъ, потомъ уже днемъ продолжительный припадокъ съ сильнымъ приведеніемъ правой руки (вмѣсто тупого угла разгибаніе возможно теперь только до прямого).

Пульсъ около 120. Б. долго не приходитъ въ сознаніе (дольше, чѣмъ бывало раньше), поворачиваетъ лицо на подушкѣ, вскрикиваетъ и хрипитъ. Лицо и руки сильно ціанотичны. Въ лѣвой рукѣ мелкое дрожаніе и сведеніе ея, когда правая сторона уже спокойна. Мышцы лѣвой руки долго остаются ригидными. Б. въ состояніи какой-то протраціи. Возникаетъ мысль о *status epilepticus*. 2-й моментъ операціи отложенъ въ виду сильнаго ослабленія больной. Ночью опять 7 припадковъ, но далѣе ихъ число постоянно убываетъ въ каждую слѣдующую ночь, сойдя на нѣтъ 9-го числа.

10 февраля произведенъ II й моментъ операціи: лоскутъ удалось отдѣлать тупымъ инструментомъ. При откидываніи лоскутъ выхватывается въ трехъ мѣстахъ зажимами *Krause* (*Klauenzange Krause*), чтобы фиксировать его мягкія части на соотвѣтствующихъ мѣстахъ кости и тѣмъ предупредить ихъ смѣщеніе; сгустки крови, покрывавшіе твердую мозговую оболочку, удалены острой ложкой. Послѣ обкалыванія сосудовъ вскрывается твердая мозговая оболочка въ видѣ лоскута соотвѣтственнаго костному, но только меньшихъ размѣровъ.

и далѣе произведено раздраженіе униполярнымъ электродомъ *Krause* въ томъ мѣстѣ передней центральной извилины, гдѣ теоретически предполагался центръ руки. Какъ извѣстно, раздраженіе коркового слоя въ области двигательной зоны даетъ одиночное сокращеніе соотвѣтствующей мышцы или группы мышцъ. Въ данномъ случаѣ при раздраженіи центра руки получился цѣлый рядъ судорожныхъ сокращеній въ правой рукѣ, указывающій на такъ называемую „эпилептогенную зону“. Такимъ способомъ обнаруженъ источникъ раздраженія, который послѣ обкалыванія артерій удаленъ въ размѣрѣ около 5 копѣечной монеты и толщиной около $\frac{1}{2}$ сант.

Опять раздраженіе произведено униполярнымъ электродомъ въ области эксцизии—сокращенія руки не послѣдовало, тогда какъ раздраженіе окружающихъ центровъ каждый разъ вызывало соотвѣтствующую одиночную реакцію на периферіи. Твердая мозговая оболочка уложена на мѣсто и зажита отдѣльными узловыми швами, какъ и косто-пластическій лоскутъ. Наложена крахмальная повязка.

Послѣ операціи пульсъ нѣсколько слабъ по наполненію, около 80. Во время раздраженія центровъ особенно замѣтны были колебанія и его ослабленіе. Сдѣлано вливаніе физиолог. солевого раствора.

Послѣ операціи б. долго въ состояніи оглушенія. Вяло реагируетъ даже на боль при вливаніи раствора NaCl (сдѣлано нѣсколько разъ). Явленія на 2-й день послѣ операціи:

Больная почти ничего не въ состояніи сказать, слаб. выговариваетъ слова: пить, да.... (моторная афазія); понимаетъ все, что ей говорятъ, но долго соображаетъ прежде, чѣмъ выполнить то, что отъ нея требуютъ. Полный параличъ правой руки. Парезъ нижней вѣтви *facialis* справа выраженъ сильнѣе, чѣмъ до операціи. На правой ногѣ слабо выраженъ симптомъ *Babinski*. Языкъ чуть отклоняется вправо. Правый зрачокъ чуть шире лѣваго.

Черезъ 2 дня возстанавливаются движенія въ плечевомъ и локтевомъ суставахъ (слабо, но въ тѣхъ же размѣрахъ, какъ и до операціи). Разстройство чувствительности то же, что и до операціи.

Отмѣченные выше симптомы послѣ операціоннаго травматизма исчезаютъ въ разные сроки въ теченіе приблизительно 2-хъ недѣль.

За это же время наблюдаются кратковременныя судороги въ правой рукѣ: на 3-й день послѣ операціи, на 15-й, 21-й и 24-й; на 40-й день больная неожиданно пожаловалась на головокруженіе, мельканіе передъ глазами, затѣмъ начались клоническія размашистыя движенія лѣвой руки въ видѣ сгибанія и разгибанія въ локтѣ и въ пальцахъ, общія подергиванія въ плечѣ. Больше нигдѣ въ тѣлѣ никакихъ движеній не было. Это продолжалось около $\frac{1}{2}$ часа, а черезъ $\frac{1}{2}$ часа опять повторилось на такой же промежутокъ времени. Б. сознанія не теряетъ, все время разговариваетъ, немного возбуждена.

Это повторилось втеченіе послѣднихъ дней нѣсколько разъ, при чемъ одинъ разъ трясеніе въ лѣвой рукѣ сопровождалось общимъ приподыманіемъ всего туловища на постели.

Замѣчено, что эти судороги иногда начинались, благодаря внезапному испугу, слерживаніе ихъ насильственно или отвлеченіе вниманія больной на которое время прекращало эти движенія. Остается еще сказать о тѣхъ болѣе стойкихъ явленіяхъ, кот. установились послѣ операціи:

Общее состояніе замѣтно рѣзко улучшилось. Самочувствіе больной радостное, вначалѣ почти торжествующее. Она совсѣмъ иначе реагируетъ на всѣ окружающія проявленія жизни. Получился какъ-будто новый импульсъ, какого не было раньше.

Б. сама говоритъ, что на ней лежалъ гнетъ, придавливающій ея умъ; все она дѣлала въ полусознаніи. То, что для нея было безотчетнымъ, ясно представляется ей теперь, какъ скованность мозга, отъ которой она освободилась послѣ операціи.

Это какъ будто подтверждается и объективно, помимо ея жизнерадостнаго настроенія, между прочимъ рѣзкимъ улучшеніемъ ея рѣчи: исчезла монотонность, невнятность, рѣчь стала живая, почти безъ затрудненій въ выраженіи своихъ мыслей. Лицо имѣетъ гораздо болѣе осмысленное выраженіе (о чемъ заявляли мнѣ даже нѣкоторые изъ интеллигентныхъ больныхъ). относительно спастическихъ явленій слѣдуетъ отмѣтить уменьшеніе ригидности въ локтевомъ суставѣ и въ пальцахъ, хотя возвращенія къ нормѣ въ смыслѣ полного расслабленія контрактуры не получилось. Парезъ нижней вѣтви *facialis* справа почти исчезъ. Больная постоянно прибываетъ въ вѣсѣ. Но

что самое цѣнное—это отсутствіе припадковъ. Послѣднія ея судороги по характеру и вызывающимъ ихъ причинамъ не похожи на эпилептоидныя, и мы болѣе склонны признавать ихъ за проявленіе общаго невроза. Кратковременныя судороги въ правой рукѣ тоническаго характера, наблюдавшіяся всего 4 раза въ разные сроки послѣ операціи, не могутъ и сравниваться съ бывшими раньше, вызывавшими глубокое помраченіе сознанія и создавшими впечатлѣніе агоніальнаго у нея состоянія

Если считаться съ тѣмъ, что хоть частично удаленъ агентъ, вызывающій періодически раздраженіе центровъ головного мозга и угнетающій въ цѣломъ психику больной, этого уже достаточно, чтобъ привѣтствовать успѣхъ операціи хотя бы на протяженіи еще только 2-хъ мѣсяцевъ съ момента ея совершенія ¹⁾.

*Случай II-*й также парціальной эпилепсіи, нѣсколько другого рода отчасти потому, что касается пожилого чловека, у котораго пораженіе мозга, выражающееся припадками, развивается не въ періодъ сформированія организма и потому не даетъ такихъ рѣзкихъ измѣненій въ его строеніи, какъ наблюдалось въ I-мъ случаѣ, во вторыхъ процессъ, который вызвалъ пораженіе мозга, дѣйствуетъ еще сравнительно, какъ свѣжій, недавно развившійся и не успѣвшій достигнуть той интенсивности, какъ въ I-мъ случаѣ, наконецъ, здѣсь наблюдается пораженіе правой стороны мозга, а не лѣвой, что очевидно имѣетъ значеніе для сопровождающихъ явленій. Больной, крестьянинъ, И. Ел. пріѣхалъ въ клинику, изъ с. Кривозерно Чистопольскаго уѣзда съ определенной просьбой сдѣлать ему операцію, т. е. онъ слышалъ объ одной женщинѣ, которая избавилась, отъ припадковъ.

Онъ рассказываетъ, что припадокъ постигаетъ его совершенно неожиданно, при чемъ онъ падаетъ иногда лицомъ

¹⁾ Благодаря неоднократному посѣщенію больной клинической амбулаторіи до 9 мая 1911 г., можно было убѣдиться, что она находится въ цвѣтущемъ состояніи, припадковъ ни одного не было, явленія общаго невроза сгладились.

внизъ, ничего не сознавая. Опасеніе задохнуться совершенно случайно въ такомъ неловкомъ положеніи побуждаетъ его согласиться на всѣ рѣшительныя мѣры для избавленія отъ припадковъ.

26 январ. 1911 г. больной былъ принятъ въ клинику. Анамнезъ его очень не сложенъ. Ему 50 лѣтъ. До настоящаго заболѣванія былъ совершенно здоровъ. Со стороны наслѣдственности ничего особеннаго не отмѣчается. Туберкулеза не было. Венерическія болѣзни онъ отрицаетъ. Пилъ онъ, видимо, порядочно, хотя по его словамъ только въ мѣру: „никогда не былъ пьянъ по недѣлѣ, а дня 2—3 и то лишь въ торжественные моменты своей жизни“.

Теперь онъ вдовъ. Имѣлъ 6 родившихся въ срокъ дѣтей, изъ которыхъ двое живы и здоровы до сихъ поръ, остальные умерли, повидимому, отъ случайныхъ причинъ.

Изъ дальнѣйшихъ разспросовъ больного выяснилось, что припадками онъ страдаетъ 4-й годъ.

Онъ рассказываетъ, что наканунѣ I-аго припадка долго работалъ въ лѣсу: было холодно, дулъ сильный вѣтеръ, а онъ чувствовалъ сильную испарину и когда ѣхалъ домой, растегнулся и снялъ шапку. Прійдя домой, скоро легъ спать, и въ эту ночь съ нимъ былъ I-й припадокъ. Спавшій съ нимъ рядомъ сынъ проснулся отъ судорогъ отца и сообщилъ матери, что съ отцемъ что-то неладно. Въ присутствіи жены судороги еще продолжались мин. 3—4.

Вслѣдъ за этимъ больной замѣтилъ у себя лихорадочное состояніе продолжавшееся около недѣли.

Въ теченіе перваго $\frac{1}{2}$ года припадки случались по нѣскольку разъ въ недѣлю, затѣмъ былъ свободный промежутокъ около 4-хъ мѣсяцевъ, а далѣе они снова появляются и дѣлаются все чаще.

Съ этого же времени появляются головныя боли, не сильныя, но всетаки почти постоянно заставляющія больного чувствовать себя „какъ въ угарѣ“, по его собственному выраженію. При этомъ обычно бывали еще непріятныя ощущенія въ области лѣвой щеки, особенно подъ глазомъ: ее жжетъ точно крапивой, а по временамъ начинаетъ дергать. Онъ замѣчаетъ далѣе, что, когда припадки часты, онъ не теряетъ сознанія и чувствуетъ подергиваніе лѣвой половины лица,

лѣвой руки и потомъ лѣвой ноги, голову отгибаетъ внизъ и влѣво.

Часто бываетъ только исключительное подергиваніе въ области п. *facialis* слѣва, тоже сопровождающееся ощущеніемъ сильнаго жженія въ ней.

При полной потерѣ сознанія картина припадка, которую передаетъ больной со словъ окружающихъ, заключается въ сильныхъ общихъ судорогахъ всего тѣла съ прикусываніемъ языка, пѣной изо рта, иногда непроизвольнымъ мочеиспусканіемъ.

На основанія объективнаго изслѣдованія больного отмѣчается небольшая асиметрія лица, большая сглаженность лѣвой носогубной складки, парезъ *facialis sin.* и отчасти п. *trig sin.*, т. е. челюсть слѣва нѣсколько соскакиваетъ при закрываніи рта и *musc. masseter sin.* напрягается слабѣе, чѣмъ справа. Есть намекъ на *paresis p. hypoglossi* (легкое отклоненіе языка влѣво при высованіи). Произвольныя движенія головы, туловища, верхнихъ и нижнихъ конечностей въ предѣлахъ нормы. Сила рукъ по динамометру: правой = 40 *kilo*, лѣвой = 35.

Координація движеній не разстроена, рѣчь не измѣнена. Есть небольшой *tremor digitorum et palpebrarum*. Рефлексы сухожильные, кожные и со слизистыхъ оболочекъ нормальны. С. *Babinski*'аго отсутствуетъ. Зрачковая реакція норм. Тазовые органы въ порядкѣ. Въ области чувствительности обнаруживается легкое пониженіе *болевой* чувств. въ лѣвой рукѣ, нѣсколько сильнѣе это пониженіе въ лѣвой половинѣ лица, (гдѣ понижено и тактильное чувство). Остальные виды чувствительности вездѣ сохранены. Поколачиваніе по черепу неболезненно. Высшіе органы чувствъ въ порядкѣ. Глазное дно нормально. Довольно сильно выраженъ периферическій *артеріосклерозъ*. Электровозбудимость мускулатуры нормальна.

Итакъ изъ всѣхъ отклоненій отъ нормы можно отмѣтить только легкій парезъ п. *facialis*, *trigemini* и *hypoglossi sin.* и незначительное разстройство чувствительности на лѣвой рукѣ и въ лѣвой щекѣ.

Въ клиникѣ больному произведена люмбальная пункция, давшая слѣдующіе результаты: лимфадитозъ 6,5 (т. е. не повышенный) р. Nonne положительная, давленіе жидкости

нормально. Wassermann'a отрицательная и въ крови, и въ цереброспинальной жидкости.

Въ клиникѣ наблюдались припадки и парціального, и общаго характера (въ общей сложности 5 припадковъ), при чемъ подтвердилось заявленіе больного о томъ, что припадокъ начинается съ подергиваній въ щекѣ.

Распознаваніе даннаго случая ставилось на основаніи этихъ периферическихъ проявленій припадковъ, какъ симптомовъ пораженія мозговой коры.

Районъ пораженія предполагался нѣсколькѣ иной, чѣмъ въ I-мъ случаѣ: наличность парестезій заставляла думать, что возможнымъ источникомъ раздраженія въ корѣ является не только центръ п. *facialis* и руки въ передней центральной извилинѣ, но отчасти и прилегающая къ нимъ область задней центральной извилины.

Что касается до характера процесса, по видимому, онъ такъ же, какъ и впервомъ случаѣ, не грубо анатомическаго характера. т. е. нѣтъ данныхъ, которыя указывали бы на послѣдній.

Въ виду строго установленной локализациі процесса, рѣшено было произвести операцію. Противопоказаній не было.

Въ виду крѣпкаго сложенія больного, расчлененія на 2 момента рѣшено было не производить (какъ въ I-мъ случаѣ), и вслѣдъ за вскрытіемъ полости черепа произвести эксцизію соотвѣствующихъ центровъ.

Я не описываю подробнаго хода операціи, въ виду ея полного тождества съ операціей въ I-мъ случаѣ.

Упомяну лишь о нѣкоторыхъ особенностяхъ при ея производствѣ. Такъ при вскрытіи твердой мозговой оболочки, мягкая представилась нѣсколько мутноватой, видимо отъ хроническаго и воспалительнаго состоянія.

Раздраженіе униполярнымъ электродомъ *Krause* предполагаемаго центра лѣвой руки вызвало въ послѣдней клоническія судороги при 85 mm. разстояніе катушекъ фарадиче-

скаго аппарата. Вызвать сокращенія въ области п. *facialis* при той же силѣ тока не удалось. Въ виду этого при удаленіи центра руки захвачена нижележащая область, лишь теоретически соотвѣтствующая послѣднему центру и далѣе прилегающая къ нимъ область въ задней центральной извилинѣ. Операция закончена обычнымъ порядкомъ; черезъ верхне-заднее отверстіе лоскута введенъ газовый выпускникъ.

Б. сильно ослабѣлъ послѣ операции: п. около 130, лицо ціанотично. Состояніе полусознательное. Вливаніе солевого раствора однако подняло силы.

На слѣдующій день обнаруживаются такія явленія: полный параличъ лѣвой руки и нижней вѣтви п. *facialis*, парезъ лѣвой ноги (органиченіе движеній, повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, с. *Babinski*'аго), довольно частыя подергиванія въ нижней и средней вѣтви п. *facialis*. Рѣчь слабая, но сохранена.

Чувствительность *болевая* разстроена рѣзче, чѣмъ до операции, въ области руки и лѣвой половины лица разстроено мышечное чувство въ рукѣ и полный астереогнозъ ея. Такія рѣзкія явленія, отъ сильнаго раздраженія коры послѣ операции, наблюдались, 5 дней, пока не вынутъ тампонъ и не сняты швы. Послѣ удаленія тампона самочувствіе сразу улучшилось. Явленія коркового пораженія стали убывать.

Какъ и въ первомъ случаѣ, мы наблюдаемъ здѣсь симптомы выпаденія, постепенно выравнивающіеся. М. б. въ виду большого травматизма мозговой коры (вслѣдствіе большей эксцизии и большого кровоизліянія изъ мягкой обложки) восстановленія ея функций происходитъ однако не такъ скоро.

На 10-й день послѣ операции впервые появляются движенія въ плечевомъ и локтевомъ суставахъ парализованной руки, постепенно улучшающіеся въ дальнѣйшемъ.

На 13-й день наблюдаются слабыя судороги въ нижней вѣтви п. *facialis* и въ лѣвой рукѣ (2 й разъ послѣ операции).

Самочувствіе хорошее. Головной боли нѣтъ. Общая слабость исчезла. Припадковъ съ потерей сознанія ни одного не было. Теперь къ концу мѣсяца сохраняется рядъ такихъ явленій: неполнота объема движеній въ лѣвой рукѣ, проявляющаяся особенно въ пальцахъ, повышеніе тонуса мускулатуры плеча, болѣе живые рефлексы на лѣвой рукѣ и на лѣвой ногѣ.

Выдѣляются особенно стойкія явленія: потеря мышечнаго

чувства и астереогнозъ лѣвой руки: больной, напр., приподнимаетъ обѣими руками скамейку или стулъ, лѣвая рука при этомъ помогаетъ правой, но больной не чувствуетъ, захваченнаго ею предмета: нуженъ непременно контроль глазъ, чтобъ направить ее на предметъ, нужно слѣдить за ея дѣйствіями, иначе пальцы цѣпляются неправильно и предметъ выскальзываетъ.

Въ послѣднее время послѣ операціи б. сталъ ощущать постоянный холодъ въ лѣвой рукѣ отъ пальцевъ до локтя, т. е. ему приходится закладывать ее за бортъ халата, чтобъ согрѣть. На взглядъ она представляется болѣе цианотичной, чѣмъ правая; и кожная t° кажется нѣсколько ниже правой. Эти послѣднія явленія—дефекты послѣоперационныя.

Сопоставляя эти два оперированныхъ случая парціаль-ной эпилепсіи, можно отмѣтить много тонкихъ особенностей въ картинѣ послѣоперационнаго теченія болѣзни въ томъ и другомъ случаѣ.

На первый взглядъ кажется, что въ I-мъ случаѣ, гдѣ вся картина припадковъ тяжелѣе, гдѣ процессъ мозговой уродуетъ организмъ во многомъ неисправимымъ уже образомъ, операція приноситъ всетаки особенно благопріятные результаты, сглаживая многіе недочеты дооперационныхъ явленій, тогда какъ во II-мъ случаѣ, гдѣ организмъ уже болѣе стоекъ и не такъ поддается измѣненіямъ, тѣмъ не менѣе оперативное вмѣшательство, устраняя дѣйствительно припадки, вызываетъ однако новыя изъязны, правда такого рода, съ которыми примиряется больной, но отсутствующіе въ I-мъ случаѣ.

Чѣмъ это вызвано, отвѣтить на это довольно трудно теперь, м. б. имѣетъ значеніе еще недостаточное количество времени послѣоперационнаго наблюденія (особенно для II-го случая), когда многое еще не успѣло выправиться только благодаря большому дефекту мозга (между прочимъ можетъ быть здѣсь играть роль и эксцизія въ области задней центральной извилины) можетъ быть имѣло значеніе и то обстоятельство, что въ I-мъ случаѣ было пораженіе лѣваго полу-

шарія, пораженіе, вызывавшее угнетеніе окружающихъ центровъ и психики больной (въ частности затрудненіе рѣчи), благодаря чему эффектъ отъ операціи, устранившей это угнетающее вліяніе, обрисовался яснѣе.

Что касается до успѣшности операціи въ ея основной цѣли, устраненіи припадковъ, невозможно пока говорить о достиженіи ея въ смыслѣ полного устраненія ихъ на будущее время. Другіе оперированные случаи, извѣстные изъ литературы не допускаютъ такой свѣтлой прогностики.

Можно рассчитывать однако на то, что ослаблено всетаки то болѣзнетворное начало, которое порождало эти припадки а гарантіей этого, повидиму, является, отсутствіе этихъ припадковъ у нашихъ больныхъ до настоящаго времени.¹⁾

¹⁾ Приношу свою искреннюю благодарность профессору Л. О. Даркшевичу и ассистенту В. П. Перушину за предоставленіе мнѣ этихъ случаевъ для наблюденія и руководство при ихъ клиническомъ изученіи.

О галлюцинаціяхъ и псевдогаллюцинаціяхъ.

Психолого-критическое изслѣдованіе.

В. И. РУДНЕВА.

Б. приватъ-доцента Новороссійскаго Университета,

директора Саратовской психіатрической лечебницы.

(О к о н ч а н і е).

Изъ этихъ примѣровъ видно, что субъективность можетъ соединяться съ объективностью, и какъ нужно считать данное явленіе, напр. у *Мопассана*, за галлюцинацію или за псевдогаллюцинацію съ точки зрѣнія *Кандинскаго*. Конечно, приходится считать ее галлюцинаціей, какъ и самъ *Мопассанъ* признаетъ, такъ какъ при зрительныхъ псевдогаллюцинаціяхъ больные, какъ они сами выражаются, видятъ не обычно зрѣніемъ, а какъ бы умственными очами, слѣдовательно, псевдогаллюцинаціями необходимо будетъ считать явленія, близко стоящія къ образамъ фантазіи, когда больные не испытываютъ тѣхъ обычныхъ периферическихъ ощущеній, какъ при галлюцинаціяхъ, при которыхъ субъектъ, хотя и можетъ считать субъективнымъ данное явленіе, но испытываетъ одинаковое ощущеніе, какъ и при периферическихъ раздраженіяхъ.

Если удастся провести рѣзкую разницу между зрительными галлюцинаціями и псевдогаллюцинаціями, то не такъ легко это сдѣлать между такими явленіями въ области слуха.

По *Кандинскому* здѣсь различіемъ служатъ также объективность галлюцинацій и субъективность псевдогаллюцинацій.

Нашъ больной также иногда находится въ положеніи *Мопассана*, сознаетъ, что онъ страдаетъ галлюцинаціями, что онъ слышитъ свои собственные мысли, внушенные микрофону, но онъ ихъ слышитъ наружнымъ ухомъ, какъ если-бы кто-нибудь кричалъ ихъ ему издали. Здѣсь также субъективность соединяется съ объективностью, но эти явленія необходимо считать галлюцинаціями слуха на основаніи того, что слуховое ощущеніе у больного такое же, какъ если бы онъ извнѣ получалъ слуховыя впечатлѣнія.

Такимъ образомъ, субъективность какого-нибудь явленія не говоритъ еще въ пользу псевдогаллюцинацій и этотъ признакъ необходимо отвергнуть при опредѣленіи псевдогаллюцинацій, какъ встрѣчающійся и при галлюцинаціяхъ. Тѣмъ не менѣе всетаки галлюцинаціи отличаются отъ псевдогаллюцинацій другимъ признакомъ: отнесеніемъ во внѣшнее пространство воспринимаемыхъ предметовъ, такъ какъ это бываетъ при периферическихъ раздраженіяхъ. При галлюцинаціяхъ зрѣнія больной испытываетъ такое же ощущеніе, какъ если бы онъ получалъ отъ дѣйствительнаго субъекта, или при галлюцинаціяхъ слуха онъ также слышитъ, какъ если бы ему кто-нибудь говорилъ со стороны. Онъ относитъ въ пространство свои зрительныя и слуховыя ощущенія, тогда какъ при псевдогаллюцинаціяхъ, если наступаетъ эта проеція въ пространство, то это пространство не есть дѣйствительное, а умственное, такъ какъ умственный образъ также можетъ быть отнесенъ или проецированъ нами въ пространство.

У нашего больного кромѣ галлюцинацій наблюдаются еще псевдогаллюцинаціи, это тѣ явленія, которыя онъ называетъ „происходящими изъ натуры“, внутренними голосами, при которыхъ у него существуетъ ощущеніе работы, происходящей внутри мозга. Работа эта можетъ и объективироваться, больной можетъ слышать результатъ ея наружнымъ ухомъ.

У нашего больного кромѣ слуховыхъ галлюцинацій и псевдогаллюцинацій наблюдается еще своеобразное явленіе рефлекторное, которое заключается въ томъ, что при слышаніи имъ какого-нибудь слова у него псевдогаллюцинаторно слышится другое слово или цѣлая фраза. Это онъ называетъ также „выхожденіемъ словъ изъ натуры“.

Въ литературѣ я не встрѣтилъ указаній на подобныя явленія при галлюцинаціяхъ и псевдогаллюцинаціяхъ. Они обусловлены появленіемъ слуховыхъ ассоціацій при слышаніи словъ, но въ то время, какъ у здороваго человѣка эти ассоціаціи носятъ мысленный характеръ, у больного онѣ очень живы, слышатся въ его головѣ. Въ началѣ эти слова повторялись „микрофономъ“, такъ что онъ слышалъ ихъ и наружнымъ ухомъ, но потомъ это повтореніе исчезло, и больной слышитъ ихъ только въ головѣ. У него наблюдаются также и обычныя ассоціаціи, какъ у здороваго человѣка, и онъ отличаетъ ихъ отъ первыхъ, называя ихъ здоровыми мыслями, а первыя мысли больными.

Эти рефлекторныя явленія у б-ого необходимо отличать отъ описанныхъ фантомей или апперцептивныхъ воспоминаній *Kahlbaum*'а ¹⁾, а также отъ произвольнаго говоренія б-ыхъ, когда они произносятъ вслухъ свои мысли. Здѣсь у нашего б-ого явленіе происходитъ рефлекторно, и онъ совершенно не знаетъ, какое слово появится у него въ мозгу,

¹⁾ *Kahlbaum*. die Sinnesdelirien. Allg. Zeitschr. f. Psych. XXIII.

когда онъ услышитъ какое-нибудь названіе. Въ данномъ случаѣ происходитъ обнаруженіе бессознательной работы мозга и ея объективированіе. Далѣе, то обстоятельство, что эти рефлексорныя явленія вначалѣ казались галлюцинаціями, а потомъ исключительно стали носить псевдогаллюцинаторный характеръ, указываетъ на то, что переходъ галлюцинаціи въ псевдогаллюцинацію всегда возможенъ.

При анализѣ галлюцинацій и псевдогаллюцинацій я прихожу къ слѣдующимъ заключеніямъ: какъ тѣ, такъ и другія могутъ быть и субъективны, и субъективно-объективны, при этомъ второй признакъ долженъ стоять позади главнаго опредѣленія, а именно, можно различать:

1) галлюцинаціи объективныя,

— объективно-субъективныя;

2) псевдогаллюцинаціи субъективныя,

— субъективно-объективныя.

[Терминъ „субъективно-объективный“ не долженъ приводить въ смущеніе, ибо еще философы доказали, что самосознаніе есть именно состояніе, когда субъектъ дѣлается для себя объектомъ и терминъ—„субъективно-объективный“ въ философіи (*Фихте, Шеллинга, Гегеля*) встрѣчается весьма часто].

При первой чистой формѣ галлюцинаціи, обычно и вначалѣ преобладающей, больной испытываетъ такое же впечатлѣніе, какъ и при периферическихъ раздраженіяхъ, и убѣжденъ въ объективномъ существованіи предмета галлюцинаціи.

При второй формѣ онъ испытываетъ такое же впечатлѣніе, но можетъ не вѣрить въ объективное существованіе даннаго явленія, а наоборотъ, путемъ умозаключенія знаетъ, что это самообманъ, что это только образъ, а не дѣйстви-

тельность, тѣмъ не менѣе онъ не можетъ отдѣлаться отъ этой иллюзіи объективности, которая подобно трансцендентальной иллюзіи (*Канта* ¹⁾) его дразнить.

При псевдогаллюцинаціяхъ, представляющихъ также двѣ формы, при первой б-ой не испытываетъ такого же впечатлѣнія, какъ обычныхъ периферическихъ раздраженій (или при галлюцинаціяхъ, что одно и то же), не вѣритъ въ объективное существованіе даннаго явленія, а наоборотъ, считаетъ его собственной фантазіей, выдумкой, образомъ, но гораздо болѣе живымъ, чѣмъ тѣ образы, которые свойственны вообще воображенію человѣка (разница въ живости и степени образовъ).

При второй формѣ, хотя б-ной и увѣренъ, что образъ есть произведеніе его собственнаго ума, т. е., не дѣйствительный предметъ, а фантастиченъ, содержится у него въ головѣ, но проэцированный въ пространство, онъ можетъ имѣть характеръ или подобіе дѣйствительности.

Все дѣло въ отношеніи больного къ происходящимъ съ нимъ явленіямъ. Это отношеніе однако можетъ иногда измѣняться. Еще *Тэнз* ²⁾ указалъ на то, что „нерѣдко больные, сначала болѣе или менѣе долго вѣрившіе, что ихъ видѣнія суть лишь видѣнія, кончаютъ тѣмъ, что приписываютъ имъ реальное бытіе“.

На этомъ отношеніи больныхъ слѣдуетъ остановиться, оно очень интересно у нашего б-ого.

Въ началѣ своей болѣзни онъ имѣлъ чистыя галлюцинаціи, совершенно объективныя, и такое впечатлѣніе онъ производилъ на наблюдавшихъ его врачей. Внѣшній, объек-

¹⁾ *Кантъ*. Критика чистаго разума. Р. П. 1902 г.

²⁾ *Тэнз*. Объ умѣ и познаніи Р. П. 1894 г.

тивный характеръ этихъ галлюцинацій былъ настолько ясно выраженъ, что б-ой тщательно, но безуспѣшно доискивался источника или виновника слышимыхъ имъ голосовъ, онъ выбѣгалъ изъ своей квартиры, взбирался на холмъ, думая, что ему кричали спрятавшіеся крестьяне, но конечно, никого не видѣлъ. Бывая въ обществѣ незнакомыхъ себѣ лицъ, онъ увѣренъ былъ, что это они говорятъ по его адресу, или даже эти слова произносятъ его собесѣдники. Съ теченіемъ времени однако измѣнилось отношеніе б-ого къ голосамъ: онъ сталъ ихъ слышать или прямо въ ухо, какъ будто кто-то стоялъ около него и кричалъ, или издали. Будучи въ психіатрической больницѣ, онъ сообщилъ о своихъ голосахъ другому б-ому, и тотъ убѣдилъ его въ томъ, что эти голоса идутъ изъ фонографа, тогда нашъ больной повѣрилъ этому объясненію, измѣнилъ свое отношеніе къ слышимымъ имъ голосамъ, находя въ нихъ собственныя мысли и слова, внушенныя микрофону. Здѣсь уже галлюцинація стала переходить въ псевдогаллюцинацію.

Хотя и не всѣ слова, произносимыя микрофономъ, б-ой считаетъ принадлежащими себѣ, своими мыслями или фактами, извѣстными ему раньше, но многое изъ словъ онъ узнаетъ, какъ свое собственное. Неизвѣстныя же ему выраженія б-ой не считаетъ своими, а всецѣло исходящими отъ микрофона, выдумками его.

Иногда бываетъ даже такъ, что вначалѣ, когда б-ой слышитъ какую-нибудь фразу, онъ считаетъ ее принадлежащей микрофону (т. е. галлюцинаціей), но потомъ черезъ нѣкоторое время онъ припоминаетъ, что она принадлежитъ ему, что это его собственная мысль (псевдогаллюцинація); отношеніе б-ого къ голосамъ постоянно колеблется и находится въ зависимости отъ его памяти, слѣдовательно, оно слишкомъ субъективно и часто ошибочно, такъ можно ли на него полагаться, а между тѣмъ изъ отношенія субъекта къ происхо-

дящимъ съ нимъ явленіямъ дѣлается различіе между галлюцинаціями и псевдогаллюцинаціями.

Правда, это отношеніе въ слуховыхъ обманахъ не такъ ясно, какъ при зрительныхъ псевдогаллюцинаціяхъ, которыя болѣе рельефны и колоритны, и б-ые бывають убѣждены, что эти образы они видятъ не своими тѣлесными очами, а духовными, и что они существуютъ только въ ихъ воображеніи, т. е. совершенно субъективны. Хорошій примѣръ такой псевдогаллюцинаціи приводитъ *Кандинскій*, когда б-му представился левъ, который положилъ на него свои лапы. Хотя б-ой почувствовалъ прикосновеніе этихъ лапъ, произведшее на него значительное ощущеніе, но однако онъ нисколько не испугался, такъ какъ сознавалъ, что это продуктъ фантазіи. Совсѣмъ дѣло другое было бы, разсуждаетъ К., если бы это была галлюцинація, тогда несомнѣнно у б-го долженъ былъ бы получиться испугъ. Издѣсь все дѣло въ извѣстномъ отношеніи б-ого къ представившемуся ему образу, и въ ясномъ сознаніи той обстановки, среди которой онъ находился (ограничитель образа по *Тэню*). Это сознаніе было настолько сильно, что подавляло дѣйствіе псевдогаллюцинаціи и не позволяло ей сдѣлаться объективной, т. е. перейти въ галлюцинацію. Дѣло другое, если бы б-ой находился въ такомъ мѣстѣ, гдѣ бы можно было встрѣтить льва, тогда навѣрное онъ бы испугался и принялъ образъ за дѣйствительность.

Психологъ *Тэнз*, разсуждая о томъ, почему мы не принимаемъ нашихъ образовъ за галлюцинаціи, указалъ на то, что масса остальныхъ впечатлѣній, воспринимаемыхъ нами обычно, держатъ насъ въ извѣстномъ состояніи разумнаго бодрствованія, равновѣсія, благодаря исправительнымъ ощущеніямъ, вѣчнымъ поправкамъ, уравниванію однихъ образовъ другими. Лишь только оно прекращается вслѣдствіе гипертрофіи или атрофіи одного ихъ элементовъ, насъ постигаетъ полное или частичное помѣшательство“.

Если у больного отсутствует это ограниченіе, псевдогаллюцинація у него должна превратиться въ галлюцинацію такъ же, какъ напр. у того же больного, увидѣвшаго льва, прикосновеніе его лапъ, оставившее яркое чувство, принимается *Кандинскимъ* за галлюциннацію осязанія.

Тотъ же самый процессъ въ зависимости отъ состоянія сосѣднихъ областей мозга будетъ или галлюцинаціей, или псевдогаллюцинаціей; это обстоятельство указываетъ, что онъ одинаковъ въ томъ и другомъ случаѣ.

Кандинскій не предполагалъ возможности перехода галлюцинацій въ псевдогаллюцинаціи, но вкратцѣ въ своемъ XX заключеніи упомянулъ о возможности перехода псевдогаллюцинацій въ галлюцинаціи. Во всякомъ случаѣ, разъ возможенъ переходъ одного явленія въ другое, то можно сдѣлать заключеніе о весьма близкомъ родствѣ этихъ двухъ психическихъ процессовъ. Можетъ быть это только различныя степени одного и того же процесса; въ такому заключенію приходитъ психологъ *Джемсъ*, называя псевдогаллюцинацію „слабою степенью галлюцинаціи“.

Что касается яркости псевдогаллюцинаціи, ея пластичности, колоритности и прочихъ качествъ, въ сравненіи съ галлюцинаціей, то это зависитъ отъ того, что галлюцинація сопровождается душевнымъ волненіемъ (эмоціей), препятствующимъ б-ому замѣтить мельчайшія подробности. На этой эмоціи слѣдуетъ остановиться подробнѣе.

Эмоція при галлюцинаціяхъ.

Эмоція всегда сопровождаетъ галлюцинацію; она производитъ захватъ личности и ведетъ въ полнѣйшему сосредоточенію вниманія на галлюцинаціи, что способствуетъ въ свою очередь, какъ объективности послѣдней, такъ и мѣшаетъ хла-

днокровно обсудить данное явление, отнести къ нему критически, и наоборотъ, отсутствіе эмоціи при псевдогаллюцинаціи позволяетъ б-ому спокойно слѣдить, напр., за рядомъ проходящихъ передъ его „умственными очами“ картинъ, и даже появленія льва, положившаго свои лапы на плечи ему, нисколько его не испугаетъ.

Псевдогаллюцинаторный образъ совершенно противоположенъ галлюцинаторному по соему вліянію на б-ого.

Тогда какъ при галлюцинаціи б-ой можетъ испытывать различныя чувства, смотря по характеру ея, т. е. чувства страха, ужаса, радости, печали и т. д., при псевдогаллюцинаціи обнаруживается безразличное состояніе совершенно не заинтересованнаго зрителя. Т. обр. при опредѣленіи галлюцинаціи непременно необходимо включить въ нее эмотивный элементъ, степень котораго можетъ быть различна: въ началѣ коэффиціентъ волненія можетъ быть очень значителенъ, со времени же, когда б-ые привыкаютъ къ галлюцинаціямъ, душевное волненіе можетъ выражаться слабо, но едва ли оно вообще когда-либо отсутствуетъ совершенно: въ низшихъ степеняхъ волненіе это выражается въ раздраженіи, въ непріятномъ чувствѣ, вызываемомъ у б-ыхъ галлюцинаціей, въ высшихъ же это непріятное чувство пріобрѣтаетъ даже характеръ болѣзненности, какъ у нашего б-аго, который въ теченіе 15 лѣтъ испытываетъ положительно мученія во время галлюцинацій.

Что эмоція имѣетъ огромное значеніе не только въ самой галлюцинаціи, но отчасти даже предрасполагаетъ субъекта къ появленію обмановъ ума, извѣстно даже специалистамъ по психіатріи. Великій знатокъ человѣческой души О. М. Достоевскій ¹⁾ въ повѣсти „Двойникъ“, изображая душев-

¹⁾ Достоевскій. Полное собраніе соч изд. 1906 г.

ное состояніе героя во время галлюцинаціи, подробно описывает ту эмоцію, которую испыталъ галлюцинантъ:

„Ощущеніе внутреннее было такъ неожиданно, такъ сильно, что онъ даже вздрогнулъ всѣмъ тѣломъ и отскочилъ въ сторону, онъ почувствовалъ тогда неизъяснимое безпокойство..... какое то новое ощущеніе, тоска не тоска, страхъ не страхъ, лихорадочный трепетъ пробѣжалъ по жиламъ его. Минута было невыносимо неприятная; онъ разглядѣлъ и вскрикнулъ отъ изумленія и ужаса... у него задрожали всѣ жилки, колѣни его подогнулись, ослабли, и онъ со стономъ присѣлъ на тротуарную тумбочку, онъ узналъ этого человѣка, голосъ у него замеръ въ горлѣ, дыханіе порвалось, голова закружилась, волосы стали на головѣ дыбомъ, и отъ ужаса онъ лишился чувствъ“.

У параноиковъ весьма часто приходится наблюдать различные аффекты и въ особенности аффектъ гнѣва. Разстройства въ сферѣ душевнаго чувства у параноиковъ весьма рѣзки, у нихъ наблюдается иногда поразительная жестокость (*Корсаковъ*).

Галлюцинаціи могутъ привести въ ужасъ, печаль, радость субъекта именно потому, что онѣ сопровождаются эмоціей, и въ ней то, собственно, и вся суть дѣла. Если нѣтъ этой эмоціи, дающей плоть и кровь образу, то онъ будетъ совсѣмъ другимъ, онъ будетъ псевдогаллюцинаціей, и больной можетъ спокойно его созерцать „духовными“ очами.

Обратно, если къ псевдогаллюцинаціи присоединится эмоція, то она можетъ перевести ее въ галлюцинацію. Я возьму примѣръ у того же *Кандинскаго*, который какъ бы предчувствовалъ значеніе эмоцій: „отдѣльныя псевдогаллюцинаціи трансформируются въ настоящія галлюцинаціи; первыя остаются невинными продувками автоматической дѣятельности воображенія, тогда какъ галлюцинаціи суть дѣйствительные призраки, видимые уже не умственнымъ, а тѣлеснымъ зрѣніемъ, вслѣдствіе чего появленіе ихъ сопровождается особен-

нымъ, непріятнымъ чувствомъ, хорошо характеризующимся выраженіемъ „становится жутко“. Изъ этого примѣра мы видимъ, что псевдогаллюцинаціи суть продукты воображенія, а во вторыхъ *появленіе эмоціи переводитъ псевдогаллюцинацію въ галлюцинацію*. Можетъ быть, мнѣ возразятъ, что не эмоція является первично, а образъ, будучи ужаснымъ, вызываетъ эту эмоцію, тогда я сошлюсь на выше указанный примѣръ появленія псевдогаллюцинаторно льва, и этотъ образъ самъ по себѣ эмоціи не вызываетъ. Я убѣжденъ, что эмоція является или раньше, или одновременно съ образомъ.

Больныхъ галлюцинантовъ такъ трудно разубѣдить именно потому, что ихъ галлюцинаціи сопровождаются эмоціями. Эмоціи являются фактомъ, на которомъ основаны и вслѣдствіе котораго зарождаются галлюцинаціи. Но кромѣ эмоцій необходимо имѣть въ виду еще измѣненіе умственной сферы б-ого, измѣненіе сознанія, отношеніе субъекта къ своимъ образамъ.

При отсутствіи эмоціи сознаніе можетъ правильно отнестись къ образу. Какое имѣетъ отношеніе сознаніе къ образу, можно видѣть изъ примѣра псевдогаллюцинаціи, которую описываетъ *Кандинскій* у б-ого П. Онъ имѣлъ псевдогаллюцинаторно образъ льва, который положилъ ему на плечи свои лапы. Хотя зрительное воспріятіе или, вѣрнѣе, образъ льва имѣлъ всѣ признаки дѣйствительности, но б-ой не считалъ его дѣйствительностью, а былъ увѣренъ, что это его фантазія и что онъ видитъ этого льва „какъ бы духовными очами“; будь у субъекта эмоція, было бы другое отношеніе сознанія, этотъ образъ сошелъ бы за дѣйствительность, но данное сознаніе не могло согласиться съ этимъ, оно увѣрено и знаетъ и дѣйствительно не ошибается, что это самообманъ, что это только кажется. Сознаніе справилось со зрительными качествами, которыми обладалъ образъ, ихъ яркость не подавляла сознанія, оно явилось хозяиномъ и не дало себя обмануть, хотя образъ былъ настолько ярокъ, что подобенъ

дѣйствительности. Сознаніе критически отнеслось къ образу, оно знало, что въ дѣйствительности передъ очами не находилось живого льва. Но если сознаніе справилось со зрительнымъ образомъ, то совсѣмъ въ иномъ отношеніи оно очутилось при оцѣнкѣ другихъ явленій, а именно, б-ой П. живо почувствовалъ прикосновеніе лапъ льва въ формѣ довольно болѣзненнаго мѣстнаго давленія (галлюцинація кожного чувства, добавляетъ *Кандинскій*).

Это послѣднее *Кандинскій* уже не считаетъ псевдогаллюцинаціей, а галлюцинаціей, почему же? а потому думаю я, что сознаніе не могло устранить эмотивнаго элемента—боли, оно могло доказать, что хотя эта боль существуетъ, но нѣтъ внѣшней причины для нея, т. е. льва. Все это наводитъ меня на слѣдующія размышленія.

О причинахъ объективности галлюцинацій и субъективности псевдогаллюцинацій.

Какъ галлюцинаціи, такъ и псевдогаллюцинаціи по существу представляютъ не что иное, какъ образы, которые въ одномъ случаѣ имѣютъ характеръ объективности, дѣйствительности, въ другомъ субъективности, фантазіи. Спрашивается, какими причинами обусловлено то, что субъектъ одинаковыя по существу явленія столь рѣзко отличаетъ, считая въ одномъ случаѣ объективными, въ другомъ субъективными, Чтобы рѣшить этотъ вопросъ, необходимо изслѣдовать какъ природу самихъ образовъ, такъ и тѣ условія, при которыхъ они кажутся дѣйствительностью или подобіемъ ея (воображеніемъ).

Тэнъ, въ своей книгѣ, „объ умѣ и познаніи“ очень подробно останавливается на этомъ вопросѣ, и хотя онъ не выдѣляетъ псевдогаллюцинацій, но выводы его приложимы къ тѣмъ и другимъ. Онъ полагаетъ, что все дѣло заключается въ энергіи спеціальнаго ограничителя образовъ; если эта

энергія сильна, то образъ узнается, какъ нѣчто внутреннее, если же воображаемый предметъ поглощаетъ вниманіе, то образъ становится внѣшнимъ. Я не буду вдаваться въ болѣе подробное развитіе доказательствъ, приводимыхъ *Тэнномъ*, въ пользу его соображеній, останавлиюсь только на томъ, что для него „галлюцинація есть проекція во внѣ“ простого умственного образа. Однако намъ извѣстно, что проекція во внѣ свойственна и псевдогаллюцинаціи, а потому наша задача заключается въ томъ, чтобы объяснить, почему въ одномъ случаѣ, не смотря на существованіе проекціи во внѣ субъектъ считаетъ эти образы своими, а въ другомъ онъ относится къ нимъ такъ же, какъ если бы онъ непосредственно воспринималъ ихъ своими чувствами, какъ находящіеся внѣ его.

Въ какихъ случаяхъ вообще мы считаемъ субъективными, принадлежащими себѣ, своими ощущенія?

Обыкновенно раздраженіе периферическихъ окончаній чувствительныхъ нервовъ: болевыхъ, осязательныхъ, температурныхъ, вкусовыхъ, обонятельныхъ сопровождается основными, характерными чувствами, принадлежности данному лицу, и составляющими фонъ личности. Если человѣкъ теряетъ эти чувства, то его личность можетъ совершенно измѣниться.

Прекрасные примѣры этого находятся въ соч. *Ribot*¹⁾. „Болѣзни личности“. Субъекты, потерявшіе чувствительность кожи въ одной половинѣ тѣла, не считаютъ ее принадлежащей себѣ и, вотъ что удивительно, *объективируютъ* ее.

Изъ внѣшнихъ чувствъ: зрѣніе и слухъ отличаются отъ другихъ тѣмъ, что раздраженіе соответствующихъ нервовъ и центровъ не сопровождается такими же ощущеніями, какъ раздраженіе болевыхъ осязательныхъ и температурныхъ нервовъ, а имѣетъ характеръ объективности, въ особенности при

¹⁾ *Ribot*. Болѣзни личности Р. П. 1886 г.

зрѣніи. Видя какіе-нибудь предметы, мы ихъ объективируемъ, тоже происходитъ и со слухомъ, но въ менѣе рѣзкой формѣ. Объективировать значитъ относить въ пространство отъ себя.

Наиболѣе рѣзкое объективированіе происходитъ при зрѣніи, какъ мы сказали. Но здѣсь необходимо замѣтить, что самъ по себѣ *зрительный нервъ*, какъ показали наблюденія надъ слѣпорожденными, у которыхъ зрѣніе было возвращено послѣ операціи, доставляетъ человѣку *только ощущеніе различныхъ цвѣтовъ*, т. е., въ различной степени соединеній свѣта и темноты. Съ теченіемъ времени глазъ, присоединяя осязательныя и мышечныя ощущенія отъ предметовъ, постепенно научается опредѣлять разстоянія, форму предметовъ и создаетъ понятіе о пространствѣ, куда онъ можетъ относить, объективировать предметы. Т. обр. *объективированіе есть сложный процессъ*, который могъ получиться только при содѣйствіи нѣсколькихъ чувствъ, вотъ почему одно чувство, напр., болевое или осязательное, температурное не могутъ способствовать образованію понятія о пространствѣ и объективировать предметъ. Они обязательно сопровождаются чувствомъ субъективности.

Со слухомъ дѣло обстоитъ такъ, что постепенно организмъ привыкаетъ объективировать слуховыя впечатлѣнія, въ началѣ же да и въ послѣдствіи, впрочемъ, затруднительно бываетъ опредѣлить, какъ направленіе звука такъ иногда трудно рѣшить вопросъ, слышимъ ли мы дѣйствительно звукъ или это только представляется намъ (*Спенсеръ*)¹⁾. Итакъ, уже самый процессъ зрѣнія у взрослого и отчасти слуха имѣетъ тенденцію къ объективированію, этимъ и объясняется частота галлюцинацій въ области зрѣнія и слуха. Однако, при сравненіи умственныхъ образовъ съ реальными впечат-

¹⁾ *Спенсеръ*. Основанія психологіи Р. П. 1876 г.

лѣніями получается огромная разница, и человѣкъ всегда различаетъ фантазію отъ дѣйствительности.

Полагають, что при галлюцинаціяхъ объективность происходитъ вслѣдствіе того, что наступаетъ обратное раздраженіе центростремительныхъ нервовъ. Думаютъ, что если периферическое раздраженіе нерва влечетъ за собой, какъ послѣдствіе, чувство объективности предмета, то слѣдовательно, при всякомъ объективированіи долженъ происходить тотъ же самый процессъ, т. е. возбужденіе периферическихъ нервовъ, центральныхъ узловъ и корковыхъ центровъ. Такое мнѣніе высказываютъ *Schüle* ¹⁾, *K. Ebing* ²⁾ и *Tamburini* ³⁾, но всѣ они, мнѣ кажется, неправы даже съ формальной, логической стороны. Если какое-нибудь воспріятіе обычно происходитъ при извѣстныхъ условіяхъ, то изъ этого нисколько не слѣдуетъ, что тѣже условія необходимы при галлюцинаціяхъ. Если бы объективность зависѣла отъ условій периферическаго раздраженія, то не было бы галлюцинацій. Объективность можетъ существовать какъ разъ при обратныхъ условіяхъ, напр., при совершенномъ отсутствіи периферическихъ раздраженій, напр. у лицъ, потерявшихъ чувствительность какой нибудь половины тѣла (примѣры у *Ribot*), у ампутированныхъ субъектовъ объективированіе несуществующихъ конечностей.

Наступленіе галлюцинацій при условіяхъ, исключаящихъ периферическое раздраженіе, (напр. у слѣпыхъ прогрессивныхъ паралитиковъ, съ атрофіями п. optici), указываетъ на то, что процессъ галлюцинаціи не требуетъ непременно того же состоянія периферической нервной системы, какое было при периферическомъ раздраженіи. Мнѣ кажется, что

¹⁾ *Schüle*. Handbuch der Geisteskrankheit. 1880.

²⁾ *K. Ebing*. Psychiatrie 1890 г.

³⁾ *Tamburini*. La theorie des hallucinations. Rev. scientif 1881.

здѣсь все зависитъ отъ извѣстнаго состоянія самого кортикальнаго (ассоціативнаго) центра, состоянія, зависящаго въ нѣкоторой степени отъ окружающихъ областей. Последнее обстоятельство въ особенности понятно во время сна субъекта. Если взять сновидѣніе, то его вполне можно считать галлюцинаціей, которая исключительно зависитъ отъ суженія сознанія, наступающаго вслѣдствіе недѣятельности окружающихъ ассоціативный центръ областей. Нѣтъ постороннихъ вліяній, нѣтъ корригированія (противовѣса какъ говоритъ *Тэнъ*), и поэтому психическій процессъ объективируется. Во снѣ человѣкъ можетъ имѣть одно какое-нибудь представленіе, всецѣло ему подчиниться и считать его дѣйствительностью, объективировать не только то, что онъ воспринимаетъ, но и то, чего онъ не воспринимаетъ периферически.

При нормальныхъ условіяхъ у насъ сразу дѣйствуютъ нѣсколько чувствъ, которыя вступая въ антагонизмъ, борются другъ съ другомъ, и мы воспринимаемъ, объективируемъ наиболѣе то, на что обращено наше вниманіе. Выражаясь фیزیологически: тотъ нервный процессъ, который подчиняетъ себѣ всѣ остальные, дѣлается преобладающимъ и объективированнымъ.

Рѣшая вопросъ, благодаря чему явленія и воспріятія дѣлаются объективными, *Кантъ* ¹⁾ пришелъ къ заключенію, что это зависитъ отъ дѣятельности чистаго сознанія: „эмпирическое сознаніе такъ же измѣнчиво и разнообразно, какъ человѣческіе индивидуумы; чистое сознаніе тождественно, неизмѣнно и потому одно и то же въ каждомъ. Что представляетъ и соединяетъ это сознаніе, имѣетъ поэтому значеніе для всѣхъ, т. е. имѣетъ характеръ всеобщаго или необходимаго или объективнаго значенія. Только черезъ него и явля-

¹⁾ *Кантъ. Критика чистаго разума. Р. II. 1902 г.*

ется объективность въ нашихъ явленіяхъ и воспріятіяхъ, т. е. они дѣлаются объектами и сужденіями опыта“.

„Разстройство чистаго сознанія или, что то же, чистаго разсудка отзывается на всей дѣятельности мозга, отсюда понятна слабость умозаключенія—сталь другой разсудокъ“.

Съ точки зрѣнія *Канта* объективированіе есть чисто психическій процессъ, зависящій исключительно отъ внутреннихъ, а не отъ внѣшнихъ условій.

Фихте ¹⁾ былъ убѣжденъ, что „всякая реальность создается только способностью воображенія“.

О патогенезѣ галлюцинацій и псевдогаллюцинацій.

При рѣшеніи вопроса о патогенезѣ галлюцинацій естественно было начать съ мозга.

Эскироль ¹⁾ полагалъ, что источникомъ галлюцинацій является головной мозгъ.

Гризингеръ ²⁾ высказалъ мысль, что галлюцинаціи имѣютъ своимъ мѣстомъ головной мозгъ тамъ, гдѣ находятся окончанія чувствующихъ нервовъ.

Камбаумъ ³⁾ также для объясненія галлюцинацій считалъ необходимымъ допустить особую область мозговой коры.

Гагенъ ⁴⁾ думалъ, что для появленія галлюцинацій необходимо участіе чувственного мозга.

Мейнертъ ⁵⁾ считалъ необходимымъ участіе субкортикальных центровъ.

Въ вопросѣ о патогенезѣ галлюцинацій наблюдалась извѣстнаго рода послѣдовательность, соотвѣтственно тѣмъ

¹⁾ *Фихте*. Куно-Фишеръ. Р. П. 1909 г. стр. 358.

²⁾ *Esquirol*. Des maladies mentales 1838.

³⁾ *Griesinger*. Душевные болѣзни Р. П. 1866.

³⁾ и ⁴⁾ *Kahlbaum*, *Hagen* l. c.

⁵⁾ *Мейнертъ*. Психіатрія Р. П. 1890,

свѣдѣніямъ, которыми располагали авторы. Установивъ локализацию, необходимо было привести въ пользу ея соотвѣтствующія соображенія.

Kraftt-Ebing ¹⁾ высказалъ убѣжденіе, что мѣстомъ происхожденія галлюцинацій можетъ быть чувственный корковый центръ, что вытекаетъ изъ слѣдующаго:

1) Галлюцинаторные процессы исчезаютъ, коль скоро чувственный центръ въ мозговой корѣ разрушенъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ произошла и утрата воспоминательныхъ образовъ.

2) Возможность галлюцинированія сохраняется и при полномъ разрушеніи, атрофіи периферическаго концевика ряда даннаго органа чувствъ.

Хотя *K. Ebing* считалъ мѣстомъ происхожденія галлюцинацій чувственный корковый центръ, но онъ думалъ, что этотъ центръ, будучи гиперестезированъ, возбуждается „возникающими въ данный моментъ представленіями путемъ сочетанія образовъ и идей“. Гиперестезія чувственного центра существуетъ на протяженіи отъ центра къ периферіи. Говоря о корковомъ чувственномъ центрѣ, *K. Ebing* помѣщаетъ въ немъ и воспоминательные образы, что не соотвѣтствуетъ послѣднимъ научнымъ даннымъ, о чемъ будетъ сказано далѣе.

Tamburini ²⁾ придерживается мнѣнія, что болѣзненное раздраженіе чувственныхъ корковыхъ центровъ служитъ причиной галлюцинацій. Раздраженіе въ эти центры можетъ притти съ периферіи или возникнуть въ нихъ самихъ. *Tamburini* однако допускаетъ, что и центры отвлеченныхъ представленій (*centri dell' ideazioni*) могутъ быть источникомъ галлюцинацій, и можно т. обр. различать три рода корковыхъ галлюцинацій въ зависимости отъ ихъ причины.

¹⁾ *Kraftt-Ebing*. Учебникъ психіатріи Р. П. 1897 г.

²⁾ *Tamburini*. La theorie des hallucinations. 1881 г.

Въ своей монографіи *Кандинскій* ¹⁾ подвергъ критикѣ существовавшія до него воззрѣнія относительно патогенеза, механизма галлюцинацій и псевдогаллюцинацій и на основаніи изученія своего клиническаго матеріала и сопоставленія литературныхъ данныхъ пришелъ къ нѣкоторымъ выводамъ (XX), изъ которыхъ для насъ представляютъ интересъ только нѣкоторые, а именно, XVII: „псевдогаллюцинаціи имѣютъ мѣстомъ своего происхожденія чувственные центры мозговой коры и предполагаютъ собою или общее состояніе ненормально-повышенной возбудимости этихъ центровъ или даже существованіе въ послѣднихъ самостоятельнаго мѣстнаго раздраженія (автоматическое парціальное возбужденіе); (XX) слуховыя галлюцинаціи при многихъ формахъ хронической паранойи суть псевдогаллюцинаціи, превратившіяся въ настоящія галлюцинаціи черезъ вліянія раздраженія въ субкортикальномъ центрѣ слуха“.

Въ частности, *Кандинскій* не соглашается съ кортикальной теоріей происхожденія галлюцинацій, какъ она изложена *Tamburini*.

Мы заранѣе скажемъ относительно работы *Кандинскаго*, что его клиническое наблюденіе псевдогаллюцинацій и указаніе на живой характеръ ихъ совершенно правильно; это бросается въ глаза всякому, наблюдавшему параноиковъ, страдающихъ псевдогаллюцинаціями, и странно, почему такихъ случаевъ не встрѣтилъ *Baillarger*; что же касается объясненій *Кандинскимъ* псевдогаллюцинацій, патогенеза ихъ и привлеченія субкортикальныхъ центровъ, играющихъ по его мнѣнію весьма важную роль въ объективации галлюцинацій, то съ этимъ мнѣніемъ совершенно нельзя согласиться. Дѣло объясняется весьма просто: принадлежа по своимъ воззрѣніямъ, подобно нѣкоторымъ старымъ психіатрамъ, къ повлонникамъ *Мей-*

¹⁾ *Кандинскій*. О псевдогаллюцинаціяхъ 1890.

нерта, который придавалъ особое значеніе субкортикальнымъ процессамъ (въ сущности почти неизвѣстнымъ никому), а также ссылаясь на *Шредеръ-ванъ-деръ-Колька*, будто бы доказавшаго важность роли субкортикальныхъ чувственныхъ центровъ въ процессѣ объективнаго воспріятія, а также на физиологическіе эксперименты на животныхъ, лишенныхъ полушарій, но тѣмъ не менѣе сохраняющихъ извѣстныя психическія отправленія (что представляетъ еще мало данныхъ для сужденія о психикѣ человѣка), а также не предполагая возможности открытія особыхъ высшихъ ассоціативныхъ центровъ, *Кандинскій*, какъ намъ кажется, не имѣлъ данныхъ стать на правильную точку зрѣнія. Что касается псевдогаллюцинацій, то *Кандинскій*, какъ первый, правильно опредѣлившій ихъ, признаетъ причиной ихъ также раздраженіе мозговой коры, а именно чувственныхъ центровъ ея, такъ какъ псевдогаллюцинаціи носятъ по его мнѣнію рѣзкій чувственный характеръ. Вотъ этотъ именно чувственный характеръ псевдогаллюцинацій показался вполне достаточнымъ *Кандинскому*, чтобы сразу рѣшить дѣло о причинѣ этихъ явленій, т. е. о раздраженіи чувственныхъ центровъ мозговой коры. Дѣйствительно, это такъ понятно: явленіе кажется чувственнымъ, слѣдовательно, причиной его служить чувственный центръ. *Кандинскій* не достаточно оцѣнилъ воззрѣнія *Tamburini*, который полагалъ, что причиной галлюцинацій можетъ быть и центръ отвлеченнаго представленія, т. е. не раздраженіе уже чувственнаго центра.

Конечно, если бы въ мозговой корѣ были только одни чувственные центры, то нечего было бы и разсуждать, но вѣдь, въ ней находятся и болѣе высшіе центры, т. е. центры понятій.

Относительно же того, расположены ли высшіе центры или центры понятій въ мозгу отдѣльно отъ корковыхъ чувственныхъ центровъ, или же сами понятія вырабатываются и локализируются въ тѣхъ же самыхъ чувственныхъ цент-

рахъ существуетъ два мнѣнія. Одни авторы полагаютъ, что ощущенія и образы (воспоминанія), располагаются въ тѣхъ же самыхъ клѣткахъ, а другіе, какъ *Ziehen* ¹⁾, думаютъ, что для этого существуютъ иныя области. Онъ указываетъ на то, что „по старому мнѣнію, *Шредеръ-ванъ-деръ-Колька*, котораго придерживается и школа *Мейнерта*, ощущеніе запечатлѣвается не въ корѣ, или по крайней мѣрѣ не только въ корѣ, но исключительно или отчасти въ четыреххолміи.

Первое мнѣніе вовсе не согласуется съ новѣйшими патологическими наблюденіями, второе же только съ трудомъ“.

Новѣйшія же мнѣнія по этому вопросу заключаются въ слѣдующемъ: относительно зрительнаго центра „кромѣ несомнѣнно доказаннаго у человѣка особаго центра для зрительнаго воспріятія на внутренней поверхности затылочной доли въ области *f. calcarina*, имѣются какъ клиническіе, такъ и патолого-анатомическіе факты въ пользу существованія еще другого центра въ корѣ наружной части затылочной доли, который въ соотвѣтствіи съ данными эксперимента, очевидно, долженъ играть роль психочувственного зрительнаго центра или центра зрительныхъ представленій. Что касается слухового центра, то словесный центръ помѣщается въ задней половинѣ первой височной извилины. Кромѣ центра словеснаго воспріятія по сосѣдству съ нимъ въ корѣ несомнѣнно имѣются области, въ которыхъ продукты слуховаго воспріятія сохраняются въ видѣ слѣдовъ или отпечатковъ..... Эта область слуховыхъ представленій расположена на 2 и 3 височныхъ извилинахъ“ (*Бехтеревъ*) ²⁾.

Flechsig локализируетъ психическія отправленія въ трехъ ассоціаціонныхъ центрахъ: переднемъ, среднемъ и заднемъ. Эти центры, обособляясь отъ чувстводвигательныхъ, не имѣютъ

¹⁾ *Ziehen*. Физиологическая психологія, лекціи. Р. П. 1893 г.

²⁾ *Бехтеревъ*. Основы ученія о фундаментахъ мозга 1907.

проводниковыхъ волоконъ, а только ассоціаціонные и не падаются въ прямой связи съ подкорковыми образованиями. Вотъ эти именно центры понятій и являются причиной появленія галлюцинацій и псевдогаллюцинацій, а также и нормальныхъ образовъ, потому что въ этихъ центрахъ заключены представленія.

Изучая галлюцинаціи и псевдогаллюцинаціи, я убѣдился въ томъ, что онѣ по своему составу являются весьма сложными продуктами психическихъ процессовъ, которые требуютъ участія высшихъ психическихъ способностей, какъ то—памяти, воображенія, мышленія, умозаключенія и пр., которыя во всякомъ случаѣ не могутъ быть результатомъ дѣятельности чувствительныхъ корковыхъ центровъ, а требуютъ дѣятельности болѣе высшихъ—психическихъ. Въ пользу того, что галлюцинаціи и псевдогаллюцинаціи суть продукты дѣятельности ассоціативныхъ центровъ, говоритъ сложность ихъ: цѣлыя фразы, воспоминанія, критика поступковъ и дѣйствій, умозаключенія, самовнушеніе, бесѣды, которыя ведетъ больной и пр. Онѣ представляютъ весьма сложный продуктъ психической дѣятельности, которую никакимъ образомъ нельзя объяснить исключительно дѣятельностью чувственныхъ центровъ, роль которыхъ совсѣмъ иная, а именно, быть посредниками между внѣшнимъ и внутреннимъ міромъ человѣка.

У здоровыхъ субъектовъ отсутствіе дѣятельности корковыхъ чувственныхъ центровъ не препятствуетъ яркости образовъ фантазіи, являющихся продуктомъ дѣятельности исключительно психическихъ центровъ. Извѣстно, напр., что *Бетховенъ* „ставшій совершенно глухимъ, написалъ многія изъ своихъ великихъ твореній, ему были присущи сочетанія звуковъ и тембровъ, которымъ мы удивляемся въ нихъ теперь“ (*Тэнъ*).

Психологи объясняютъ это изумительной обширностью и ясностью воображенія, которое иногда бываетъ поразительно развито у художниковъ, музыкантовъ. Всѣмъ извѣстенъ слу-

чай, когда *Моцартъ*, прослушавъ 2 раза *miserere* Сикстинской капеллы, написалъ его, возвратившись домой. Все это доказываетъ, что яркіе образы не нуждаются непременно въ возбужденіи чувственнаго коркового центра.

*Ziehen*¹⁾ очень остроумно указываетъ на то, что „въ представленіи живость, отличительный признакъ каждаго ощущенія, вовсе не бываетъ“, т. е., корковый чувственный центр въ представленіи не участвуетъ обязательно.

Послѣ того, какъ составилось въ наукѣ мнѣніе о пораженіи чувственныхъ центровъ при галлюцинаціяхъ, естественно стали думать, что при нихъ существуетъ именно гиперестезія этихъ центровъ. Такое мнѣніе понятно, но оно не имѣетъ за собой никакихъ доказательствъ, это простое предположеніе. Съ такимъ же правомъ можно было бы сдѣлать и два другихъ предположенія: 1) чувственный центръ совсѣмъ не участвуетъ въ галлюцинаціяхъ; 2) чувственный центръ не гиперестезированъ, а наоборотъ, анестезированъ (и какъ результатъ этого—гиперестезія психическаго центра).

Прежде всего зададимъ себѣ вопросъ, дѣйствительно ли галлюцинація или псевдогаллюцинація чувственны. Остановимся сначала на послѣдней. Уже заявленіе псевдогаллюцинантовъ о видѣніи „духовными“ очами, о слышаніи „внутреннимъ“ ухомъ подрываютъ кредитъ чувственности этихъ явленій. Впрочемъ, авторы признаютъ, что псевдогаллюцинаціи стоятъ весьма близко къ образамъ фантазіи, и даже больными они признаются какъ образы фантазіи. Гдѣ же тутъ чувственность?

Яркіе образы фантазіи интеллектуальны, а не чувственны. Псевдогаллюцинаторные образы по *Кандинскому* могутъ

¹⁾ *Ziehen*. Физиологическая психологія Р. П. 1893.

быть даже болѣе яркими, чѣмъ галлюцинаціи, и если они не чувственны, то тѣмъ болѣе не чувственны и образы галлюцинацій. Послѣдніе при первомъ появленіи могутъ быть настолько не ясны, что больной въ началѣ даже не можетъ разобратся въ нихъ („почудилось или показалось“), и только съ теченіемъ времени галлюцинаторный образъ становится „рельефнымъ“, какъ выразилась наша больная, но тогда уже онъ ей самой кажется „образнымъ представленіемъ“, а не чувственнымъ явленіемъ.

При галлюцинаціяхъ страдаютъ не чувственные центры, а психическіе, это есть душевная болѣзнь, послѣдствіемъ которой являются галлюцинаціи.

Второе предположеніе, которое можно сдѣлать относительно анестезіи чувственныхъ центровъ, имѣетъ за собой слѣдующіе факты, точно установленные опытомъ:

1) При истеріи извѣстно явленіе т. наз. *anaesthesiae dolorosae*, гдѣ участки кожи совершенно не чувствительны, однако субъективно весьма болѣзненны; эта боль у истеричныхъ, какъ извѣстно, психогеннаго происхожденія и можетъ пройти подъ влияніемъ внушенія и, какъ доказалъ *Sollier*¹⁾, посредствомъ внушенія, что данный участокъ кожи чувствуетъ, т. е. возвращенія чувствительности анестезированной области. Тогда восстанавливается нарушенное отношеніе между чувственными и психическими центрами, анестезія и гиперестезія исчезаютъ, и центры приходятъ въ норму; 2) при совершенныхъ потеряхъ чувствительности (пораженія чувственныхъ областей), какъ мною уже было сказано раньше, субъекты не считаютъ анестезированную напр. половину тѣла своей и даже объективируютъ ее. И здѣсь также вслѣдствіе взаимнаго нарушенія отношенія чувственныхъ и психическихъ центровъ происходитъ гиперестезія психическихъ центровъ вслѣдствіе

¹⁾ *Sollier. Genèse et nature de l'hysterie. 1897 г.*

анестезіи чувственныхъ; 3) самое интересное однако доказательство, существующее и заявляющее о себѣ ежедневно, есть сонъ. Почти всѣ авторы считаютъ сновидѣнія кортикальными галлюцинаціями, а потому я не буду еще разъ входить въ доказательство этого, а разсмотрю это явленіе съ физиологической стороны. Едва ли подлежитъ сомнѣнію, что чувственные центры во снѣ, какъ выражаются, отдыхаютъ, недѣятельны, анестезированы, находятся въ естественномъ наркозѣ, тогда какъ психическая дѣятельность обыкновенно продолжается и психическіе центры, не сдерживаемые и не корригируемые чувственными, создаютъ роскошные образы фантазіи, принимаемые спящимъ субъектомъ за дѣйствительность. Конечно, никто не станетъ объяснять сновидѣнія или кортикальныя галлюцинаціи гиперестезіей чувственныхъ центровъ, пребывающихъ во снѣ; 4) какъ думаетъ *Pick*, при анестезіи чувственного слуховаго центра (при глухотѣ, наступающей внезапно), у душевно-больныхъ можетъ развиваться усиленная дѣятельность двигательнаго центра словъ, получается логоррея.

Такимъ образомъ, предположеніе объ анестезіи чувственного центра при галлюцинаціяхъ имѣетъ за собой значительныя доказательства.

У душевно-больныхъ отмѣчены страданія органовъ чувствъ при галлюцинаціяхъ, напр. болѣзни уха при слуховыхъ, глаза при зрительныхъ. Всѣ эти страданія, вѣдь, не обязательно должны обуславливать гиперестезію, а скорѣе анестезію чувственного центра и гиперестезію психическаго. У нашего больного еще при поступленіи его въ больницу 15 лѣтъ тому назадъ замѣчено было наблюдавшимъ его врачомъ неясное воспріятіе слуховыхъ впечатлѣній, какъ будто нѣкоторое притупленіе слуха. Да и теперь можно у него констатировать то же самое. Что же касается жалобъ больного, что у него гудить въ ушахъ отъ голосовъ, которые онъ слышитъ, то это гудѣніе не есть результатъ гиперестезіи его чувственного

слухового центра, а есть психическое самочувствіе, всегда сопровождаемое эмоціей неприятнаго чувства.

У больного обнаруживается анестезія, т. е. нечувствительность къ своимъ же собственнымъ мыслямъ, являющимся у него произвольно, онъ проэцируетъ ихъ и приписываетъ микрофону; у него наблюдается самообнаруживаніе мыслей, онъ слишкомъ ярки и подобно образу, локализованному въ мозгу у здороваго человѣка при впечатлѣніи, проэцируются однако во внѣшнее пространство. Проф. *Корсаковъ*¹⁾ опредѣлялъ галлюцинацію какъ психическій процессъ проэцирующийся во внѣшній міръ и одѣтый въ сенсоріальную оболочку. Можно добавить, что это интеллектуальный процессъ, настоящій или бывшій, сохраняющийся въ подсознательной сферѣ и проэцирующийся во внѣшній міръ и одѣтый въ сенсоріальную оболочку.

Механизмъ галлюцинацій и псевдогаллюцинацій.

*Krafft-Ebing*²⁾ полагалъ, что при галлюцинаціи необходимо функціональное, сопутственное возбужденіе (совозбужденіе) чувственнаго пути на всемъ протяженіи отъ центра къ периферіи. При чувственномъ воспріятіи имѣется дѣло съ центростремительнымъ процессомъ, а при галлюцинаціи съ центробѣжнымъ. Оба процесса сходны въ томъ, что по закону эксцентрической проекціи или воспріятія причина возбужденія въ обоихъ случаяхъ относится сознаніемъ на периферію чувственнаго пути во внѣшнее пространство.

Почему, собственно, галлюцинація должна быть центробѣжнымъ процессомъ?

¹⁾ *Корсаковъ*. Психологія. 1893.

²⁾ *К. Ebing*. Учебникъ психіатріи Р. П. 1897 г.

Защитники этого мнѣнія ссылаются на то, что она является обьективированной, т. е. при галлюцинаціи долженъ происходить такой же процессъ, какъ и при обычныхъ условіяхъ воспріятія предметовъ, которые обьективируются.

Какъ получается эта обьективация?

Она не есть, какъ думалъ *Krafft-Ebing*, выраженіе эксцентрической проекціи, а есть дѣло образовавшейся привычки обьективировать получаемыя впечатлѣнія. Эта привычка сильна въ образахъ зрѣнія и менѣе выражена въ слуховыхъ, еще менѣе въ болевыхъ, осязательныхъ, обонятельныхъ и т. д. Наблюденія надъ слѣдпорожденными достаточно выяснили этотъ вопросъ, и я не буду здѣсь его снова повторять.

Spenser ¹⁾ очень подробно говоритъ объ этомъ въ „основахъ психологіи“ въ главѣ о воспріятіи пространства и указываетъ, что первоначально „звукъ познается, какъ чистое ощущеніе“, только опытъ научаетъ насъ, что мы слышимъ посредствомъ ушей. Обонятельныя ощущенія не сопровождаются первоначально никакою мыслью о положеніи, то же относится къ вкусовымъ ощущеніямъ.

Всякое зрительное и слуховое впечатлѣніе мы обьективируемъ, т. е. относимъ въ пространство въ силу привычки, происхожденіе которой нами забыто, а въ сущности, вѣдь, образъ находится въ нашемъ мозгу.

Еще *Беркли* когда-то говорилъ „мы лишь созерцаемъ свои собственныя идеи“.

Внѣшнее воспріятіе есть истинная галлюцинація по *Тэню*. Не отъ наружныхъ условій зависитъ обьективация, а отъ внутреннихъ такъ же, какъ напр. при иллюзіи чувствъ ошибка зависитъ отъ появленія образовъ.

Слѣдовательно, все зависитъ отъ того, въ какомъ состояніи находится умъ, имѣющій дѣло съ образами. Образъ, по-

¹⁾ *Spenser*. Основы психологіи Р. П. 1876 г.

добно зародышу, заключаетъ въ себѣ всѣ тѣ условія, при которыхъ онъ образовался, и самопроизвольное возникновеніе его не требуетъ никакого периферическаго (центробѣжнаго) процесса, такъ какъ въ этомъ нѣтъ никакой необходимости. Все же это дѣло во: 1) въ яркости этого образа, 2) въ отношеніи его къ памяти. Если этотъ образъ пріобрѣтаетъ такую же яркость, какая бываетъ при впечатлѣніи вслѣдствіе периферическаго раздраженія, то получается псевдогаллюцинація; если этотъ образъ не имѣетъ никакого отношенія къ другимъ подобнымъ образамъ, если онъ не пробудитъ никакой ассоціаціи¹⁾ съ другими образами, то онъ явится одинокимъ, чуждымъ для обладателя его, а потому онъ относится во внѣ, въ пространство, будетъ объективированъ, и получится галлюцинація. Насколько сама по себѣ яркость образа имѣетъ значеніе въ процессѣ объективированія, доказываетъ случай художника, который, обладая прекраснымъ зрительнымъ воображеніемъ, могъ по своему желанію вообразить какое-нибудь отсутствующее лицо, посадить его на кресло и рисовать съ него портретъ.

Этотъ случай представляетъ замѣчательный примѣръ перехода образа въ псевдогаллюцинацію, и даже со временемъ въ галлюцинацію, когда художникъ потерялъ различіе между фантазіей и дѣйствительностью; субъективный образъ перешелъ въ объективный, художникъ сошелъ съ ума.

Все это показываетъ, какъ справедливо думаетъ Тэнъ, близкое родство образа и галлюцинаціи, а мы прибавимъ—и псевдогаллюцинаціи.

Кандинскій доказываетъ, что псевдогаллюцинаціи не обладаютъ характеромъ объективности, но субъективны. Въ сущ-

¹⁾ В. В. Селецкій отмѣчаетъ отсутствіе ассоціацій (ощущеній) и измѣненіе содержанія представленій при галлюцинаціяхъ, но затрудняется сказать, что изъ этихъ двухъ явленій причина и что слѣдствіе (журналъ Корсакова 1908.—стр. 936).

ности это не совсѣмъ точно: псевдогаллюцинаціи также могутъ обьективироваться, онѣ проэцируются въ пространство, а галлюцинаціи могутъ быть субъективны, такъ что не обьективность или субъективность служатъ отличіемъ ихъ другъ отъ друга, а какъ мы сказали раньше, отношеніе больного, который въ одномъ случаѣ считаетъ эти образы продуктомъ собственной фантазіи, а въ другомъ думаетъ, что онѣ существуютъ независимо отъ него.

Brière-de-Boismont ¹⁾ старался запечатлѣть въ себѣ фигуру одного изъ своихъ друзей; „образъ кажется ему внѣшнимъ, находящимся передъ нимъ, въ направленіи зрительнаго луча. Образъ воздушный и иного свойства, чѣмъ обьективное ощущеніе, но точно очерченъ и окрашенъ и за исключеніемъ этого различія въ природѣ, обладаетъ всѣми признаками, принадлежащими ощущенію, испытанному въ присутствіи дѣйствительной особы“.

У нашего больного происходитъ обьективированіе собственныхъ воспоминаній, не говоря уже о тѣхъ образахъ, которые появляются у него непроизвольно. Обьективированіе происходитъ и тогда, когда больной не припоминаетъ, а безсознательно, напр., умозаключаетъ. Короче сказать, обьективированіе у него замѣчается при всѣхъ непроизвольныхъ процессахъ, совершающихся автоматически, тогда какъ при произвольномъ мышленіи обьективированія не происходитъ, но стоитъ ему только призадуматься и предоставить мозгу совершать автоматическую работу, какъ появляются галлюцинаціи и псевдогаллюцинаціи.

Такимъ образомъ, произвольное мышленіе, сопровождаемое вниманіемъ, не имѣетъ тенденціи къ обьективированію, тогда какъ непроизвольно, автоматически появляющіяся мысли обьективируются.

¹⁾ *Brière de Boismont*. Цит. по Тэню.

Процессъ припоминанія, будучи волевымъ, также не вызываетъ объективированія, но если онъ совершается произвольно, то получается псевдогаллюцинація.

Объективное явленіе, какъ галлюцинація, свободно можетъ перейти въ субъективное, разъ только больной будетъ убѣжденъ, что онъ слышитъ или видитъ то, что ему принадлежитъ. Этимъ объясняется переходъ у больныхъ галлюцинацій въ псевдогаллюцинаціи. Вначалѣ обыкновенно больные, не разобравшись въ своихъ чувствахъ, принимаютъ свои образы за галлюцинаціи, а потомъ уже постепенно на основаніи ложныхъ бредовыхъ идей измѣняютъ свое отношеніе къ слышимымъ имъ голосамъ; они даже употребляютъ терминъ „галлюцинація“. Въ этомъ отношеніи они сами себя гипнотизируютъ и подъ вліяніемъ внушенія, какъ и нашъ больной, создаютъ свое отношеніе къ происходящимъ съ ними явленіямъ. Въ самомъ дѣлѣ, параноикъ, страдающій слуховыми галлюцинаціями, можетъ свободно придти къ заключенію, что враги посредствомъ токовъ передаютъ ему мысли, дѣлаютъ ему мысленное внушеніе, и тогда прежнюю галлюцинацію онъ будетъ считать субъективной, т. е. происходящей у него внутри. Насколько самовнушеніе и внушеніе играютъ большую роль, служитъ нашъ больной, который отдаетъ приказъ микрофону и не смотря на то, что онъ убѣжденъ въ объективности голосовъ, подчиняется собственному внушенію и получаетъ сокращеніе галлюцинаторной фразы.

При рѣшеніи вопроса о томъ, въ какомъ состояніи находятся центры при галлюцинаціяхъ, необходимо имѣть въ виду изслѣдованія послѣдняго времени, касающіяся взаимоотношенія центровъ другъ къ другу: вопросъ объ антагонизмѣ центровъ здѣсь непременно долженъ быть принятъ во вниманіе, такъ какъ правильное пониманіе этого закона можетъ способствовать выясненію условій, при которыхъ происходятъ галлюцинаціи. Въ виду того, что въ мозговой корѣ существуютъ чувственные и ассоціативные центры, необходимо

обсудить вопросъ объ ихъ отношеніи другъ къ другу. Ученіе о взаимномъ вліяніи центровъ еще ново, слишкомъ мало еще фактовъ открыто для его утвержденія, но всетаки и тѣ немногочисленные данныя, которыя извѣстны, чрезвычайно важны, и съ ними необходимо считаться.

Если мы согласимся съ новѣйшимъ мнѣніемъ относительно того, что въ корѣ мозга кромѣ чувственныхъ центровъ есть еще и психическіе, то мы непременно должны разсмотрѣть вопросъ объ ихъ отношеніи другъ къ другу, а также отмежевать каждому центру его дѣятельность и рассмотреть тѣ условія, при которыхъ каждый изъ нихъ можетъ самостоятельно работать. Остановимся прежде всего на чувственныхъ корковыхъ центрахъ. Ихъ дѣятельность заключается въ томъ, чтобы быть посредниками между внѣшнимъ и внутреннимъ міромъ человѣка. Въ этихъ центрахъ, какъ въ зеркалѣ, отражается внѣшній міръ, но, руководясь ими одними, живое существо только воспринимаетъ чувственный міръ, но не познаетъ его. Еще *Gobbs* въ свое время утверждалъ, что „нѣтъ ни одной идеи въ человѣческомъ умѣ, которая сначала не была бы порождена всецѣло или отчасти органами чувствъ (*nihil est in intellectu, quod non prius fuerit in sensu*). *Лейбницъ* добавилъ къ этому не менѣе знаменитое выраженіе „*nisi ipse intellectus*“.

Кантъ въ своемъ гениальномъ произведеніи „Критика чистаго разума“, разсуждая объ отношеніи разсудка къ предметамъ вообще, указалъ на ошибочность мнѣнія „будто бы внѣшнія чувства не только даютъ намъ впечатлѣнія, но и соединяютъ ихъ вмѣстѣ и даютъ намъ образы предметовъ. Но для этого, несомнѣнно, кромѣ восприимчивости къ впечатлѣніямъ, должно быть и еще нѣчто, именно функція ихъ синтеза“. Эту функцію по *Канту* выполняетъ воображеніе.

Такимъ образомъ, недостаточно работы однихъ чувственныхъ корковыхъ центровъ, необходима высшая дѣятельность, благодаря которой возникаютъ образы предметовъ. Къ разрѣ-

шенію вопроса, гдѣ же въ мозгу это происходитъ, можно было приступить только въ недавнее время, послѣ открытій *Broca*, *Fritsch'a* и *Hitzig'a*, указавшихъ на существованіе отдѣльныхъ центровъ въ мозговой корѣ. Исслѣдованія *Goltz'a*, *Munk'a* въ достаточной степени выяснили вопросъ о существованіи въ мозговой корѣ специально чувственныхъ центровъ, имѣющихъ опредѣленную локализацию. *Flechsig* создалъ ученіе объ ассоціативныхъ центрахъ, въ которыхъ происходитъ высшая психическая дѣятельность. Хотя ученіе *Flechsig'a* было подвергнуто критикѣ *Monakow'ымъ* и *Bianchi*, но и они всетаки полагаютъ, что для психической дѣятельности существуютъ особые элементы въ мозговой корѣ.

Ассоціативные центры не имѣютъ непосредственной связи съ периферіей, а соединены только съ чувственными центрами, и, конечно, между тѣми и другими должны существовать извѣстныя отношенія: когда преобладаетъ дѣятельность однихъ центровъ, ослабляется дѣятельность другихъ и наоборотъ. Извѣстно, что трудно размышлять, когда внѣшніе предметы занимаютъ вниманіе субъекта, они отвлекаютъ его отъ умственной работы, т. е., дѣятельность корковыхъ центровъ задерживаетъ работу психическихъ (ассоціативныхъ). Съ другой стороны, люди, желающіе погрузиться въ умственную работу, ищутъ уединенія, избѣгаютъ всѣхъ внѣшнихъ раздраженій, закрываютъ, такъ сказать, свои глаза и уши, и тогда могутъ свободно размышлять. Человѣкъ, погруженный въ умственную работу, можетъ также не замѣчать внѣшнихъ раздраженій, какъ напр. *Архимедъ*, не слышавшій грома осадныхъ орудій. Дѣятельность ассоціативныхъ центровъ подавляетъ работу корковыхъ, чувственныхъ.

Изслѣдуя дрожаніе ¹⁾ при нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ, я экспериментально, графически могъ вполне убѣдиться

¹⁾ Рудневъ. О дрожаніи при нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ. Диссертация 1905 г. Вопросы нервно-психической медицины 1905 г.

во взаимномъ вліянні центровъ другъ-на-друга. Явленія антагонизма, иррадіаціи, наркоза центровъ сказались особыми картинами.

Эти отношенія центровъ очень рельефно обнаруживаются во снѣ человѣка. Такъ какъ въ это время корковые центры не получаютъ обычныхъ раздраженій, то именно во снѣ развивается ничѣмъ не сдерживаемая дѣятельность ассоціативныхъ центровъ, развиваются самые роскошные образы фантазіи, самые невѣроятные, которымъ однако спящій субъектъ придаетъ значеніе объективности, онъ галлюцинируетъ. На этомъ состояніи необходимо остановиться, такъ какъ здѣсь естественно существуютъ условія для появленія галлюцинацій и, слѣдовательно, ознакомившись и изучивши ихъ, мы можемъ отчасти понять тѣ условія, которыя необходимы въ бодрственномъ состояніи, чтобы вызвать галлюцинаціи. Передъ сномъ *Тэнз*¹⁾ испытывалъ, что „зданія, пейзажи, дѣйствительныя фигуры медленно идутъ мимо, иногда останавливаются, получая несравненную отчетливость формъ и полноту существованія“.

Такимъ образомъ, можно думать, что отчетливость формъ, столь характерная для псевдогаллюцинацій, наступаетъ въ образахъ, когда прекращаются внѣшнія впечатлѣнія, т. е., центры мозговые предоставлены самимъ себѣ.

„Яркій образъ, который кажется внѣшнимъ предметомъ, есть только усилившееся продолженіе слабого образа, который за минуту былъ признаваемъ внутреннимъ“. Образъ превратился въ полную галлюцинацію, которая можетъ обратиться въ простой образъ при пробужденіи. Двойкій переходъ по *Тэнзу*¹⁾. При высшей степени вниманія и автоматизма галлюцинація полна, и потеря этихъ двухъ признаковъ разрушаетъ ее. Обыкновенныя сновидѣнія *Кандинскій*²⁾, называя галлюци-

¹⁾ *Тэнз*. Объ умѣ и познаніи. Р. П. 1894 г.

²⁾ *Кандинскій*. О псевдогаллюцинаціяхъ. I. с.

націями, главнымъ условіемъ для этого считаетъ помраченіе или затемнѣніе сознанія. Но, вѣдь, это ничего не объясняетъ. Дѣло другое сказать, что во снѣ, когда совершенно почти превращается дѣятельность корковыхъ чувственныхъ центровъ, тогда наступаетъ самостоятельная (автоматическая) дѣятельность ассоціативныхъ центровъ, и такъ какъ появившіеся интеллектуальные образы не встрѣчаютъ препятствія для своего развитія и ничѣмъ не сдерживаются, то и получается галлюцинація, со свойственной ей объективностью: человекъ считаетъ во снѣ всѣ свои образы дѣйствительностью.

О воображеніи больного.

У больного отмѣчено отсутствіе слухового воображенія; это обстоятельство оказываетъ вліяніе на нѣкоторые психическіе процессы. Можетъ быть, оно даже служитъ одной изъ причинъ существованія у него слуховыхъ разстройствъ. Прежде всего замѣчаемъ у него особенность въ характерѣ слухового мышленія: онъ не можетъ, напр. „тихо мыслить“, или тихо правильно назвать предметъ, а долженъ дѣлать это громко. Слуховые образы словъ у него не появляются, какъ у здороваго человека, вслѣдствіе отсутствія слухового воображенія, а потому онъ не можетъ тихо мыслить. Онъ не можетъ также тихо читать газету или книгу, а долженъ дѣлать это громко, въ противномъ случаѣ у него появляются другія мысли, препятствующія чтенію. Разстройство слухового механизма выражается также въ рефлекторномъ слышаніи какого-нибудь слова или фразы, когда ему произносятъ вслухъ, или онъ самъ говоритъ нѣкоторые слова.

Потеря больными какого-либо воображенія (зрительнаго, слухового) сильно отражается на ихъ психической жизни. Хорошо извѣстенъ часто цитируемый случай *Bernard'a*, когда больной потерялъ зрительное воображеніе; это интереснымъ образомъ отразилось у него на слуховыхъ образахъ, которыми

онъ принужденъ былъ пользоваться, чтобы поддержать свою память. Слова и фразы, припоминаемые имъ, звучали, какъ эхо въ его ушахъ, что составляло для него новое ощущеніе; чтобы запомнить слова, онъ долженъ былъ ихъ громко повторять нѣсколько разъ, и когда потомъ ихъ припоминалъ, то каждому слову предшествовало соответствующее впечатлѣніе внутреннего уха „(псевдогаллюцинація)?“. Я наблюдалъ и описалъ случай афазіи ¹⁾, когда пациентъ потерялъ воображеніе, онъ имѣлъ одновременно явленія частичной словесной глухоты, повторялъ неправильно сказанныя слова, которые не вызывали у него слуховыхъ образовъ.

О памяти больного.

У нашего больного, какъ и у всѣхъ параноиковъ, хорошая память; подобнаго рода больные припоминаютъ точно давнопрошедшія событія съ мельчайшими подробностями, хотя иногда прошли уже десятки лѣтъ. Это невольно бросается въ глаза при ихъ изслѣдованіи. Быть можетъ, такое обостреніе памяти играетъ роль у нашего больного въ происхожденіи его галлюцинацій, которыя являются иногда точными копіями его прежнихъ познаній или событій. Его галлюцинаціи суть нѣчто иное, какъ появляющіеся непроизвольно или по желанію образы воспоминаній; правда, не всѣ ихъ онъ признаетъ принадлежащими себѣ, но невозможно требовать, чтобы онъ все помнилъ.

Признавъ у больного *обостреніе механизма завѣдующаго воспоминаніями*, можно понять происхожденіе у него галлюцинацій.

Механизмъ, завѣдующій воспоминаніями, есть у каждаго человѣка, и при желаніи припомнить что-нибудь забытое лю-

¹⁾ Рудневъ. О потерѣ воображенія въ случай афазіи. Казанскій медицинскій журналъ за 1902 г.

дямъ извѣстно, что лучше всего бываетъ предоставить работу самому мозгу. Да и самъ больной „ждетъ, когда микрофонъ скажетъ“. Все сводится у больного на болѣзнь памяти, но не въ томъ смыслѣ, какъ обычно разумѣются болѣзни памяти, въ смыслѣ амнезій всякаго рода, а наоборотъ здѣсь приходится наблюдать *гипермнезию, но безсознательныя*.

Въ виду того, что память играетъ огромную роль при всѣхъ психическихъ процессахъ, ея разстройство въ ту или другую сторону должно отразиться на нихъ. Въ нормальномъ состояніи всякое воспріятіе оставляетъ послѣ себя слѣдъ, который появляется при новомъ воспріятіи этого же предмета (узнаваніе) и при воображеніи его. Память работаетъ при всякомъ психическомъ процессѣ.

Образы памяти тѣмъ удивительны, что они сохраняются въ подсознательной сферѣ и всплываютъ по мѣрѣ необходимости или же самостоятельно въ силу какихъ-то намъ неизвѣстныхъ причинъ, которыя мы стараемся объяснить разстройствами кровообращенія, питанія и пр. Въ нормальномъ состояніи эти образы б. ч. появляются при произвольномъ вызовѣ ихъ, и только въ рѣдкихъ случаяхъ они появляются непроизвольно и при этомъ имѣютъ навязчивый характеръ. Совсѣмъ иное дѣло при патологическихъ условіяхъ; здѣсь непроизвольное появленіе ихъ составляетъ правило, а навязчивый характеръ ихъ выступаетъ съ особенной силой, кромѣ того измѣняется колоритъ образовъ: они пріобрѣтаютъ слишкомъ живой характеръ, вслѣдствіе чего объективируются, считаются находящимися во внѣ, въ пространствѣ, и результатомъ этого является, какъ появленіе галлюцинацій и псевдогаллюцинацій, такъ и образованіе бредовыхъ идей различнаго характера.

Въ виду того, что образы появляются непроизвольно, они подчиняются законамъ безсознательной дѣятельности и носятъ печать автоматизма.

Необходимо замѣтить, что здоровое состояніе организма отличается отъ болѣзненнаго тѣмъ, что въ первомъ случаѣ всѣ сознательные процессы протекаютъ произвольно подѣ постояннымъ контролемъ сознанія (ума), тогда какъ во второмъ случаѣ отсутствуетъ этотъ контроль, и наступаетъ автоматическая дѣятельность.

Уже давно авторами указано, что нормальный человѣкъ во снѣ, когда мозгъ работаетъ совершенно автоматически, переживаетъ состоянія весьма сходныя съ душевной болѣзью; во снѣ сознаніе суживается, самопроизвольно появляющіеся образы неимѣютъ никакихъ ограниченій, не исправляются, принимаются за дѣйствительность. Нѣкоторые авторы сравниваютъ ихъ съ галлюцинаціями, стараясь отыскать тѣже условія и при душевныхъ болѣзняхъ.

Автоматизмъ мышленія у больного.

Мышленіе больного, въ виду наличности у него обмановъ слуха, совершается особымъ образомъ. Оно какъ будто совершенно обнажено, и тѣ бессознательные процессы, которые у здороваго человѣка совершаются подѣ порогомъ сознанія, у него выступаютъ наружу. Здоровый человѣкъ не замѣчаетъ того процесса, который совершается у него въ головѣ, когда онъ думаетъ или воспринимаетъ что-нибудь, какъ совершается его умозаключеніе, тогда какъ больной обреченъ на то, чтобы замѣчать эту *подсознательную работу*. У больного автоматически не только можетъ проявиться какое-нибудь слово, но также автоматизмъ можетъ проявиться, когда онъ самъ произноситъ вслухъ какое-нибудь слово; онъ продѣлываетъ надъ собой это операцію и получаетъ галлюцинаторные отвѣты, въ половинѣ случаевъ однообразные, иногда различные.

Этотъ процессъ въ его мозгу есть, конечно, результатъ непроизвольной ассоціаціи; здѣсь особенно выступаетъ не-

произвольность и автоматичность работы мозга. Въ этой особенностях больного мозга получить отвѣтъ (не точное эхо) сказывается разстройство рефлекторной мозговой дѣятельности, и оно можетъ быть понято, какъ обнаруженная безсознательная работа мозга.

Всякая мысль, вступающая въ поле сознанія человѣка, есть нервный процессъ, интензивность котораго очень велика въ сравненіи съ другими, въ это время подавленными, но находящимися въ извѣстномъ напряженіи и при случаѣ являющимися о себѣ, непрощенно врываясь въ потокъ сознательнаго мышленія.

Какъ замѣчаетъ современный психологъ *Липпс*¹⁾, строящій свои выводы на фізіологическихъ основахъ, всякій процессъ сознательный, присваивая себѣ энергію, отнимаетъ ее отъ другихъ, какъ бы затопляя всѣ остальные. Этого затопленія мы не замѣчаемъ, а чувствуемъ только результатъ; мысль, въ которую мы погружены, для насъ ясна, и только она одна преобладаетъ въ нашемъ умѣ. Совсѣмъ иное дѣло у больного. Погрузившись въ чтеніе газеты, онъ, казалось, долженъ былъ бы держать въ головѣ ея содержаніе, а на самомъ дѣлѣ при чтеніи газеты у него появляются ряды мыслей, событія, происшедшія съ нимъ уже давно, и вотъ они, ничѣмъ не останавливаемыя, должны пройти у него черезъ голову. У него въ мозгу борются два теченія: одно произвольное, другое непроизвольное. Произвольно онъ читаетъ слова, мысли, не имѣющія отношенія къ его непроизвольнымъ, навязчивымъ, самостоятельнымъ, умственнымъ процессамъ. Оба теченія обладаютъ достаточной энергіей и не могутъ подавить одинъ другой, хотя второй процессъ, непроизвольный, мѣшаетъ первому настолько, что больной оставляетъ чтеніе газеты, чтобы дать возможность появившимся у него мыслямъ исчезнуть или, какъ онъ выражается, „выговориться“. Надо замѣтить,

¹⁾ *Липпс*. Психологія. Р. П. 1908 г.

что подобное состояніе является у него при чтеніи газеты про себя, если же онъ читаетъ ее вслухъ, то навязчивыя мысли его не беспокоятъ, и развѣ только на нѣсколько мгновений какая-нибудь посторонняя мысль промелькнетъ у него въ головѣ. Съ фізіологической стороны это понятно. Въ первомъ случаѣ больной при чтеніи про себя газеты дѣйствуетъ зрительнымъ центромъ словъ, тогда какъ во второмъ случаѣ, кромѣ зрѣнія, работаетъ еще слуховой центръ рѣчи, который участвуетъ у него въ происхожденіи галлюцинацій, такъ какъ онъ слышитъ слова. При произвольной дѣятельности его не выступаетъ непроизвольная работа его, тогда какъ при чтеніи про себя центръ можетъ работать самостоятельно.

Автоматизмъ галлюцинацій.

По мнѣнію *Tamburini* для галлюцинацій нужно автоматическое возбужденіе клѣтокъ мозговой коры. Изъ сопоставленія всѣхъ галлюцинацій у нашего больного, можно притти къ заключенію, что всѣ онѣ являются результатомъ бессознательной дѣятельности, которая протекаетъ настолько ясно, что сама себя выдаетъ. Можно т. обр. наблюдать бессознательную автоматическую дѣятельность мозга и судить о ней по галлюцинаціямъ у душевно-больныхъ.

Исторія сна и сумасшествія, по мнѣнію *Тэна*, даетъ ключъ къ исторіи бодрственнаго состоянія и здороваго ума.

Нашъ больной, какъ сказано раньше, цѣлый день слышитъ голосъ микрофона, который по его выраженію плететъ ему все время различныя фразы, которыя мы перечислили раньше, записавъ ихъ въ томъ порядкѣ, какъ онѣ появлялись. Просматривая ихъ снова и сравнивая между собой, можно отмѣтить, на что обратилъ вниманіе и самъ больной, нѣкоторую словесную стереотипію, напр., часто встрѣчается слово „когда“. Больной опредѣляетъ такъ: это микрофонъ говорить на слово „когда“. Еще чаще встрѣчается слово

„что же“ въ видѣ начала вопросительнаго предложенія.

Микрофонъ задаетъ вопросы. Такъ какъ въ рядѣ этихъ фразъ особенно выразилась автоматическая бессознательная работа мозга, то необходимо выяснить, подчинялась ли она какому-либо закону или же была совершенно безпорядочна, и каковы были ея причины.

Прежде всего можно замѣтить, что нѣкоторыя фразы галлюцинаторныя являются *характеристикой собственнаго состоянія* больного, *самоопыткой*. Когда, напр., онъ разсмѣялся, то сію же секунду послышался голосъ: „Итакъ ты смѣшишь“. Когда больной сидѣлъ въ позѣ, пригорюнившись, то получилъ замѣчаніе: „что же ты журишься, когда сидишь“. Поднявъ руку вверхъ, перемѣнивъ свое положеніе, услышалъ: „это не то, что прежде“. Прислушивался къ голосамъ и получилъ отвѣтъ: „что же ты слышишь“ или „не прислушайся, и такъ услышишь“. Во время крика сосѣда голосъ сказалъ: „что же кричить“. Продолжалъ прислушиваться къ голосамъ и получилъ напоминаніе: „что же ты повторилъ, когда я сказалъ“. Послѣ жалобы, что микрофонъ диктуетъ слова, получилъ отвѣтъ „не ясно говорю, вру“; говорилъ о диктовкѣ и черезъ нѣсколько секундъ услышалъ: „когда диктуемъ“. Такъ какъ съ утра больной чувствуетъ боль въ спинѣ, то по его мнѣнію, микрофонъ изображаетъ его чувства. Напр: „что ты плачешь и боль и слабъ“ или „что же плечо, когда спина“ „что же за боль, что же плечъ, что же ты кривился, что же ты блѣдный, что же въ плечѣ“.

Кромѣ характеристики собственнаго состоянія больного, голосъ иногда произносилъ фразы, которыя больной раньше цѣликомъ воспринялъ отъ своихъ сосѣдей или же самъ говорилъ или же слышалъ, какъ галлюцинаціи, или думалъ объ этихъ словахъ раньше.

Но иногда встрѣчаются такія фразы, или слова, происхожденіе которыхъ больной не можетъ объяснить. Что касается послѣдовательной связи между фразами, которыя слы-

шить больной, то этой связи не удастся отыскать, за исключеніемъ 2—3, гдѣ можно еще замѣтить связь (богъ, духовенство, кругъ, круглая), всѣ остальные совершенно лишены ея; связь между фразами можетъ быть и существуетъ, но ее трудно подмѣтить.

Безсознательная дѣятельность мозга, выражающаяся въ галлюцинаціяхъ и носящая характеръ автоматизма у моего больного, очень напоминаетъ автоматическое мышленіе при кататонической формѣ преждевременнаго слабоумія. Изслѣдуя мышленіе ¹⁾ у одного изъ такихъ больныхъ, и записавъ его рассказъ, я убѣдился въ томъ, что его мысли не имѣли никакой видимой связи между собой, какъ и слова, а появлялись совершенно автоматически. Однако хотя фразы, слышимыя больнымъ, не имѣютъ взаимной связи между собой, но они связаны непосредственно съ мыслительной дѣятельностью самого же больного и являются продуктомъ безсознательныхъ умозаключеній. Источникомъ же ихъ являются иногда *чувственные состоянія* больного, вызывающія непроизвольную дѣятельность мозга. Если обратимся къ психологіи здороваго субъекта, то замѣтимъ, что весьма часто появленіе извѣстныхъ мыслей связано именно съ возникновеніемъ опредѣленныхъ чувствъ. Это обнаруживается и во снѣ.

При анализѣ различныхъ формъ галлюцинацій у моего больного, я могъ распределить ихъ на слѣдующія группы:

1) Галлюцинаціи, какъ проекціи собственныхъ мыслей.

Изъ рассказовъ больного видно, что галлюцинаціи у него являются результатомъ *припоминанія* чего-либо забы-

¹⁾ Рудневъ. Кататоническая форма преждевременнаго слабоумія. Психологическое изслѣдованіе. Отчетъ Одесской психіатрич. б—цы за 1908 г. Приложение I—LXVI.

таго. Пуская въ ходъ бессознательный механизмъ припоминанія, больной тотчасъ же, сію секунду или черезъ нѣсколько времени дѣйствительно припоминаетъ то, что онъ хотѣлъ припомнить, но въ виду того, что это всплывшее на поверхность сознанія воспоминаніе является весьма яркимъ, оно принимается у него форму галлюцинаціи. Онъ слышитъ это слово въ своемъ ухѣ такъ, какъ бы его произнесъ микрофонъ, онъ увѣренъ, что это слово ему подсказалъ („крикнулъ“) микрофонъ. Т. обр. виновникомъ галлюцинаціи является разстроенный механизмъ припоминанія, онъ слишкомъ громокъ. Въ то время, какъ у здороваго человѣка при аналогичныхъ условіяхъ фамилія, которую онъ припоминаетъ, является въ видѣ слухового (идейнаго по *K. Ebing'y*) образа слова, сопровождаемаго иногда слабымъ слуховымъ ощущеніемъ у нѣкоторыхъ, у больного этотъ образъ имѣетъ характеръ дѣятельности.

Здѣсь вполне подтверждается мнѣніе *Тэна*, что мы мыслимъ образами и, стоитъ только образамъ получить дальнѣйшій ростъ, образуется галлюцинація. Далѣе, что слуховой образъ есть явленіе, зависящее исключительно отъ ассоціативныхъ центровъ, доказательствомъ служить то, что галлюцинація совершенно соотвѣтствуетъ прошедшей дѣятельности, она есть именно точное и вѣрное воспоминаніе больного, и если бы микрофонъ произнесъ другую фамилію, то какъ выражается больной, онъ не принялъ бы этой фамиліи; микрофонъ говоритъ только то, что требуетъ самъ больной, т. е. то, что дѣйствительно соотвѣтствуетъ объекту воспоминанія. Больной признаетъ или узнаетъ свое собственное въ галлюцинаціи, т. е. фамилія, сказанная микрофономъ,—та самая, которую ему необходимо припомнить.

При этомъ у больного существуетъ полная увѣренность, что это сказалъ микрофонъ („жду, когда микрофонъ скажетъ“), а не онъ самъ припомнилъ: у него отсутствуетъ то чувство собственнаго припоминанія, которое существуетъ у

здорового человѣка, хотя онъ и признаетъ, что фамилія та самая, которую онъ долженъ былъ бы припомнить.

Здѣсь получается нѣкоторая *диссоціація* въ элементахъ, составляющихъ у больного личность: онъ потерялъ способность чувствовать свою же собственную мысль (непроизвольную). Произвольное мышленіе онъ однако считаетъ своимъ.

Эта потеря способности чувствовать относится не ко всѣмъ мыслямъ больного, а только къ нѣкоторымъ, и тогда онѣ пріобрѣтаютъ у него характеръ галлюцинацій.

Среди болѣзней личности, какъ извѣстно, встрѣчаются случаи, когда больные, теряющіе чувствительность какого-либо члена, половины тѣла или общей поверхности кожи, воображаютъ, что эта нечувствительная часть принадлежитъ кому-либо другому; больные проицируютъ т. обр. нечувствительныя части въ пространство отъ себя. *Буильо* ¹⁾ описываетъ субъектовъ, которые „утративъ чувствительность тѣла, воображаютъ, что рядомъ съ ними лежитъ другое лицо или даже трупъ“. Все это примѣры „двойственной физической личности“ (*Ribot*). Эти и другіе случаи, когда „я перестаетъ признавать извѣстныя состоянія сознанія своими, когда оно *объективируетъ* ихъ, ставитъ внѣ себя и которымъ въ заключеніе приписываетъ особое, независимое отъ себя существованіе“ *Ribot* ²⁾ считаетъ примѣрами аліенацій, т. е. отчужденій.

Мой больной, потерявъ чувство принадлежности себѣ появляющейся у него непроизвольно мысли, приписываетъ ей независимое существованіе и увѣренъ, что она идетъ отъ микрофона, находящагося внѣ его, въ Университетѣ. Больной объективировалъ и поставилъ существованіе этой мысли внѣ себя.

¹⁾ *Буильо*. Цит. по *Ribot* «болѣзни личности».

²⁾ *Ribot*. Болѣзни личности. Р. П. 1886 г.

Итакъ, на первомъ планѣ можно поставить галлюцинаціи, какъ результатъ воспоминанія больного желательнаго, но у него наблюдается онѣ и какъ результатъ вообще воспоминанія. Хотя онѣ потерялъ чувство принадлежности мысли себѣ, но путемъ умозаключенія онѣ приходитъ къ заключенію, что это всетаки принадлежитъ ему, это его мысль.

2) Галлюцинаціи, какъ отзвуки мысли.

На второмъ планѣ можно поставить галлюцинаціи, которыя представляютъ собственно явленія „двойного мышленія“, сущность котораго заключается въ галлюцинаторномъ созвучіи мыслей больного: непосредственно за возникшимъ представленіемъ слѣдуетъ отчетливое слуховое ощущеніе задуманнаго слова.

Напр., когда больной, подумавъ объ иконѣ, слышитъ голосъ „икона“. Зрительный образъ вызываетъ слуховой.

Галлюцинація по *Тэню* есть нить нашей умственной жизни, хотя и кажется чѣмъ-то чудовищнымъ.

3) Галлюцинація, какъ результатъ умозаключенія: а) бессознательнаго и б) сознательнаго.

а) Смотря на какой-нибудь предметъ (перцепируя), больной въ слуховой галлюцинаціи имѣетъ окончаніе психическаго процесса своего (умозаключеніе, какъ результатъ перцепціи по мнѣнію *Binet*), который у здороваго человѣка совершается бессознательно, у больного же бессознательная работа приобретаетъ слишкомъ ясный характеръ, переходитъ черезъ порогъ сознанія и дѣлается для него не только замѣтной, но даже тягостной;

б) умозаключеніе, составленное больнымъ раньше можетъ проявиться въ видѣ слуховой галлюцинаціи, хотя смыслъ можетъ быть измѣненъ.

4) Галлюцинаціи, какъ результатъ напряженности мышленія.

Напряженіе мышленія у больного вызываетъ галлюцинацію столь принудительную, что онъ долженъ исполнить ея требованіе, напр., слыша „а за“ (плечами что?), онъ долженъ посмотрѣть, что находится за плечами, разгладить складку на простынѣ, и тогда онъ слышитъ окончаніе галлюцинаціи: „итакъ ты указалъ“, какъ утвержденіе или окончаніе всего психическаго процесса.

5) Галлюцинація, какъ результатъ непроизвольно появляющихся ассоціацій, усвоенныхъ прежде.

Иногда больной слышитъ цѣлый рядъ ассоціацій, напр., нѣсколько буквъ французской азбуки: „a, b, c, d, f“; или рядъ опредѣленныхъ, повторяющихся фразъ: молитвы, пословицы, изрѣченія изъ библіи, стихи или фразы, сказанныя другими больными.

6) Галлюцинація, какъ результатъ аутогипноза.

Слова, которыя слышитъ больной, онъ считаетъ гипнозомъ оказывающимъ на него парализующее дѣйствіе, тѣмъ не менѣе онъ можетъ по своему желанію или требованію укоротить произносимое слово, отдавая приказаніе объ этомъ, т. е., оказывая вліяніе или гипнозъ на самого себя. Все это показываетъ, что въ этомъ случаѣ имѣется дѣло собственно съ внушенными галлюцинаціями, больной самъ себя гипнотизируетъ, произнося приказаніе]о сокращеніи слова (аналогія съ истеричными).

7) Галлюцинація, какъ результатъ интерпретаціи.

Больной по временамъ слышитъ, какъ голосъ переводитъ его мысли или объясняетъ, напр., „verrückt—сумасшедшій; die Magd—служанка“.

8) Галлюцинація, какъ продолженіе разговора, веденнаго раньше.

Иной разъ галлюцинація является, какъ повтореніе разговора. Напр., больной говоритъ: „я объяснилъ вамъ вчера, что на окнахъ черезчуръ темно,—или черезчуръ свѣтло, и вотъ сегодня я слышу повтореніе нашего вчерашняго разговора микрофономъ. Онъ мнѣ говоритъ сегодня: „черезчуръ свѣтло на дворѣ, черезчуръ темно, необыкновенно свѣтло“. Отъ этихъ назойливыхъ фразъ я принужденъ куда-нибудь уйти. Или я слышу фразу: „ты виновенъ, Иисуса Христа распялъ“. Это былъ раньше разговоръ съ сосѣдомъ“.

Когда мною въ свое время закончено было изслѣдованіе больного, и были сдѣланы вышеупомянутые выводы, въ литературѣ одновременно появилась работа пр.-доц. *Kurt Goldstein'a* ¹⁾, касающаяся теоріи галлюцинацій; такъ его работа представляетъ т. сказать, полѣднее слово науки касательно заинтересовавшаго меня вопроса, то я позволю себѣ немного на ней остановиться въ виду ея психологическаго интереса, а также моего несогласія съ выводами автора. Во-первыхъ, *Goldstein* считаетъ, какъ и прежніе наблюдатели, галлюцинацію результатомъ возбужденія чувственнаго центра (гипе-

¹⁾ *K. Goldstein. Zur Theorie der Hallucinationen. Arch. f. Psychiatrie* 1908, 44 B. 2 и 3 H.

рестезія). Это мнѣніе не ново, и какъ сказано раньше, оно не имѣетъ за собой никакихъ доказательствъ, а есть простое предположеніе.

Далѣе, *Goldstein* говоритъ, что дѣйствительное воспріятіе (*Wahrnehmung*) и образъ воспоминанія (*Erinnerungsbild*) съ психологической точки зрѣнія являются состоящими изъ чувственного и не чувственного элемента, и какъ отдѣльныя психическія явленія принципиально не отличимы другъ отъ друга.

Психологія однако этого вовсе не говоритъ; наоборотъ, она старается тщательно выяснитъ тѣ принципиальныя различія, которыя существуютъ между воспріятіемъ и образомъ воспоминанія. Какъ прежніе философы рѣзко отличали чувственность (способность воспріятія) и воображеніе и полагали, что она,—чувственность не создаетъ образа (*Kant*)¹⁾, такъ и современные психологи (*Ziehen*)²⁾ подчеркиваютъ, что въ представленіи вовсе не бываетъ живости, какъ отличительнаго признака ощущенія. *Goldstein* полагаетъ, что отъ реального воспріятія галлюцинація отличается отсутствіемъ внѣшнихъ причинъ, но въ качествѣ субъективнаго психическаго переживанія галлюцинація неотличима отъ дѣйствительнаго реального воспріятія. Это также не совсѣмъ вѣрно: эмотивный элементъ, свойственный галлюцинаціи, накладываетъ особый отпечатокъ на психическое переживаніе субъекта, да кромѣ того, иногда галлюцинанты и чувствуютъ, и сознаютъ, что ихъ галлюцинаціи не суть реальныя воспріятія, а субъективны. По *Goldstein*'у галлюцинація отличается отъ представленія высшими степенями чувственной живости, но и это не всегда бываетъ, галлюцинація можетъ быть очень не ясна, а псевдогаллюцинація можетъ быть болѣе чувствenna, чѣмъ

¹⁾ *Kant*. Критика чистаго разума. Р. II. 1902.

²⁾ *Ziehen*. Физіологическая психологія Р. II. 1893.

галлюцинація, однако больной прекрасно сознаетъ ея субъективность и считаетъ ее образомъ фантазіи, т. е. представлениемъ.

Въ заключеніе, остановлюсь на діагнозѣ моего случая: больной Ш. въ теченіе 15-лѣтняго пребыванія въ Одесской психіатрической б-цѣ, страдая слуховыми галлюцинаціями и бредомъ преслѣдованія, считался все время параноикомъ (paranoia).

Этотъ діагнозъ остается за нимъ и на будущее время. Такъ какъ ученіе о параноѣ теперь, какъ извѣстно, подвергается коренной переработкѣ, и старанія авторовъ клонятся къ тому, чтобы или свести ее къ преждевременному слабоумію или къ маниакальнодепрессивному психозу, то съ сугубой осторожностью приходится ставить этотъ діагнозъ и пересмотрѣть всѣ случаи, за которыми числится это названіе.

Конечно, выдѣленіе параноидныхъ формъ *dementiae praecoxis*, параноидныхъ формъ *paralysis progress.* должно значительно уменьшить процентъ параноиковъ, но все это, мнѣ кажется, едва ли будетъ въ состояніи уничтожить параною.

Продолжительное наблюденіе больныхъ въ теченіе многихъ лѣтъ и психическое изслѣдованіе каждой формы установить соотвѣтствующіе критеріи для отличія ихъ. По крайней мѣрѣ, на основаніи собственнаго наблюденія параноидныхъ формъ прогрессивнаго паралича¹⁾ и въ особенности преждевременнаго слабоумія, я долженъ сказать, что параноидный характеръ этихъ формъ обусловленъ исключительно слабоуміемъ, въ виду этого и всѣ психическіе процессы, а также и параноидный ихъ оттѣнокъ обусловлены главнымъ образомъ слабостью мыслительной дѣятельности, тогда какъ настоящіе параноики, какъ это было замѣчено еще старыми

¹⁾ Рудневъ. О параноидныхъ формахъ прогрессивнаго паралича. Отчетъ Одесской псих. б.—цн за 1906 г.

авторами, опытными наблюдателями и клиницистами, весьма долгое время (десятки лѣтъ) сохраняютъ свой интеллектъ. Изъ новѣйшихъ психіатровъ *Salgo*¹⁾, считая главнымъ симптомомъ параной *галлюцинаціи*, указываетъ, что у нѣкоторыхъ больныхъ наблюдаются ремиссіи, во время которыхъ они могутъ казаться нормальными въ психическомъ отношеніи.

*Specht*²⁾, причисляя сутяжническую параной, которая по мнѣнію школы *Kraepelin*'а представляетъ чистую картину медленно развивающагося параноическаго бреда, безъ исхода въ слабоуміе, на основаніи типичности маниакальныхъ и меланхолическихъ состояній, къ маниакально-депрессивному психозу, не считается съ мнѣніемъ старыхъ авторовъ, признававшихъ въ параноѣ не болѣзнь чувствъ, а болѣзнь ума. Съ другой стороны *Urstein*³⁾ на основаніи изученія 641 случая *dementiae praecox* нашелъ, что симптомы маниакально-депрессивнаго психоза встрѣчаются при преждевременномъ слабоуміи. Т. обр. зачисленіе случаевъ параной, въ которыхъ сохраняется въ теченіе десятковъ лѣтъ интеллектъ, въ группу *dementiae* нелогично.

Изъ всего вышесказаннаго можно сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) галлюцинаціи представляютъ не обманы чувствъ, а обманы ума:

2) галлюцинаціи суть явленія не чувственные, а интеллектуальные;

3) по составу своему онѣ не элементарны, а сложны;

¹⁾ *Salgo*. Параноя. Междунар. конгрессъ въ Будапештѣ реф. проф. Чижа въ Обзор. Псих. 1909.

²⁾ *Specht*. Ueber die klinische Kardinaltrage der Paranoia. Centr. f. Nerv. 1908 № 22.

³⁾ *Urstein*. Die dementiae praecox und ihre Stellung Zum. man. depr. Irresein. 1909 г. Реф. въ жур. Корсакова за 1910 г.

4) мѣстомъ происхожденія ихъ служатъ не чувственные центры, а психическіе;

5) по механизму своему онѣ навязчивы, произвольны, автоматичны;

6) механизмъ ихъ тождественъ съ механизмомъ памяти;

7) при галлюцинаціяхъ существуетъ особое отношеніе чувственныхъ центровъ къ психическимъ;

8) явленія антагонизма центровъ должны быть приняты во вниманіе при обсужденіи патогенеза и механизма галлюцинацій;

9) эмотивный элементъ неизмѣнно сопровождаетъ галлюцинацію, отсутствіе его характерно для псевдогаллюцинацій;

10) объективность галлюцинаціи можетъ соединяться съ субъективностью ея;

11) объективация есть сложный процессъ, свойственный по преимуществу зрѣнію и слуху; этимъ объясняется частота соотвѣтствующихъ галлюцинацій;

12) состояніе воображенія у галлюцинантовъ имѣетъ извѣстное отношеніе къ ихъ галлюцинаціямъ;

13) память у галлюцинантовъ есть главный источникъ галлюцинацій;

14) галлюцинаціи представляютъ обнаруженную подсознательную работу мозга;

15) діагнозъ паранойи подтверждается въ тѣхъ случаяхъ, когда галлюцинанты съ бредомъ преслѣдованія сохраняютъ интеллектъ въ теченіе десятковъ лѣтъ;

16) параноидныя формы прогрессивнаго паралича и dementia praecox, характеризуются слабоуміемъ въ построеніи бреда въ отличіе отъ паранойи, при которой бредъ является систематизированнымъ.

Изъ психо-физиологической лабораторіи Императорскаго Казанскаго Университета (проф. В. П. Осиповъ).

Сохраненіе мозговъ по видоизмѣненному способу Kaiserling'a.

И. Д. БАКЛУШИНСКАГО.

Предлагаемая для сохраненія анатомическихъ препаратовъ консервирующія жидкости имѣютъ тотъ недостатокъ, что въ нихъ органы или совершенно обезцвѣчиваются, или же принимаютъ другую окраску, отличающуюся отъ первоначальной. Чаще всего для сохраненія препаратовъ употребляется спиртъ. Преимущество его предъ другими жидкостями то, что препараты, сохраняемые въ немъ, большею частью годны для микроскопическаго изслѣдованія. Но спиртъ извлекая изъ препаратовъ красящее начало крови, обезцвѣчиваетъ ихъ, лишая возможности демонстрировать на препаратѣ патологическіе процессы, при которыхъ происходятъ цвѣтвые измѣненія. Этотъ недостатокъ устраняется при сохраненіи препаратовъ въ солевомъ растворѣ формалина, съ послѣдующей обработкой ихъ въ спиртѣ и растворѣ глицерина и спирта въ водѣ.

Способъ этотъ былъ предложенъ въ 1896 году одновременно *Мельниковымъ-Разведенковымъ* и *Kaiserling'омъ*. Сущность предлагаемыхъ обоимъ авторами способовъ одна и та же, разница только въ деталяхъ. *Kaiserling* для предварительной обработки препарата предлагаетъ жидкость, состоящую изъ 75 частей продажнаго формалина, 3 част. *Kalii aceticі* и 1-ой части *kalii nitricі* на 100 частей воды. *Мельниковъ-Разведенковъ* рекомендуетъ 10% растворъ формалина. Въ этой жидкости происходитъ, такъ сказать, предварительная обработка препарата, при чемъ препаратъ принимаетъ буроватый, кро-

веносные сосуды бурый цвѣтъ, который объясняется переходомъ гемоглобина крови, подъ вліяніемъ формалина, въ метгемоглобинъ. Второй актъ приготовленія препаратовъ заключается въ восстановленіи первоначальной окраски препарата, въ превращеніи метгемоглобина пигментъ, имѣющій одинаковую окраску съ гемоглобиномъ; для этого препаратъ заключается въ спиртъ, по *Kaiserling*'у въ 95⁰/₀-й, по *Мельникову* — сначала въ 60⁰/₀, потомъ въ 95⁰/₀-й. Третій актъ состоитъ въ перенесеніи препарата въ консервирующую жидкость, состоящую изъ равныхъ частей глицерина и спирта и 30 частей (на 100 ч. смѣси) *kalii acetici*. Послѣ 1—2 дней препаратъ переносится въ глицеринъ, разведенный пополамъ водою, и спиртъ (1 : 10).

Въ психо-физиологической лабораторіи нашего Университета сохраненіе мозговъ по изложенному способу введено въ прошломъ году, при чемъ жидкости для этого готовятся по способу, *Kaiserling*'а, видоизмѣненному пат.-анат. инстит. И. В. М. Академіи и употребляемому въ пат.-анатомическомъ инстит. нашего Университета. Сущность измѣненія сводится къ тому, что третья жидкость не употребляется, а препаратъ послѣ спирта прямо переносится въ глицеринъ, разведенный на половину водою и спиртомъ (до 12, 5⁰/₀). Это значительно удешевляетъ стоимость препарата.

Мозгъ, несмачиваемый водою, заключается въ жидкость, состоящую изъ 2000₀ воды, 500₀ продажнаго формалина, 60₀ *Kalii acet.* 20₀ *Kal nigris*. Въ этой жидкости мозгъ находится четыре дня, при чемъ поверхность его принимаетъ буровато-сѣрый цвѣтъ, кровеносные сосуды дѣлаются бурыми. Послѣ этого мозгъ переносится въ спиртъ. Спиртъ сначала употреблялся чистый (95⁰/₀), потомъ стали употреблять денатурированный (формалиномъ). Впечатлѣніе получается такое, что дѣйствуютъ одинаково и тотъ, и другой. Въ спиртѣ препаратъ держится до перемѣны сѣро-бурого цвѣта препарата въ первоначальный, при чемъ всѣ артеріи, особенно мелкія

развѣтвленія ихъ, принимаютъ красивый красный цвѣтъ, вены сохраняютъ свой темный оттѣнокъ. Въ спиртѣ препаратъ приходится держать 30—40 минутъ, въ денатурированномъ—около часа. Потомъ препаратъ переносится въ жидкость, состоящую изъ 1000 частей глицерина, 1000 ч. воды и 250—спирта. Въ этой жидкости препаратъ сохраняется. Если препаратъ держать въ ней очень долго, то онъ нѣсколько измѣняетъ цвѣтъ, становится желтоватымъ, кровеносные сосуды нѣсколько темнѣютъ. Лучше всего держать препаратъ въ ней дней 8—10. Въ эту жидкость кладется дезинфецирующее вещество, напр., кристаллы тимола.

Дальнѣйшее сохраненіе препарата производится по способу, предложенному д-ромъ *Шоромъ*. Препаратъ вынимается изъ жидкости, осушивается, обволакивается тонкимъ слоемъ желатины и заключается въ герметически закрытую банку на ватѣ, пропитаной формалиномъ. Въ такомъ видѣ у насъ въ лабораторіи есть препараты, которые уже около 1 года сохраняютъ свой первоначальный видъ. Недостатокъ только тотъ, что они имѣютъ видъ муляжа, желатина даетъ отблескъ, но чѣмъ тоньше ея слой, тѣмъ отблескъ меньше, и мозгъ больше имѣетъ естественный видъ.

Второй недостатокъ—это сравнительная дороговизна способа. Но если употреблять денатурированный спиртъ, какъ это практикуется въ нашей лабораторіи, то способъ значительно удешевляется. Въ общемъ, каждый препаратъ обходится около 2 р. 40 к., но если принять во вниманіе, что 1-я жидкость можетъ служить для обработки 2—3 препаратовъ, спиртъ тоже свободно можно употреблять для 2-хъ мозговъ, то способъ еще значительно удешевляется. Третья жидкость также можетъ обслуживать нѣсколько препаратовъ.

Что касается сущности тѣхъ процессовъ, которые происходятъ отъ дѣйствія на препаратъ предлагаемыхъ жидкостей, то ни *Мельниковъ-Разведенковъ*, ни *Kaiserling* не даютъ объясненія сущности тѣхъ измѣненій, которыя происходятъ въ

цвѣтъ препарата. Д-ръ *П. А. Минаковъ* въ своей статьѣ. „О дѣйствіи на кровь и гемоглобинъ формалина и алкоголя“ (Мед. Обзор. 97 г. стр. 145) объясняетъ тѣ химическіе процессы, которые происходятъ въ препаратѣ отъ дѣйствія жидкостей. Подъ вліяніемъ формалина, гемоглобинъ крови переходитъ въ мегемоглобинъ, обуславливающий бурую окраску препарата послѣ формалина. Послѣдній подъ вліяніемъ спирта, переходитъ въ очень стойкій нейтральный гематинъ, по цвѣту довольно близкій къ гемоглобину. При этомъ, по наблюденію *Минакова*, крѣпкіе (выше 10%) растворы формалина, при продолжительномъ дѣйствіи на препаратъ, переводятъ гемоглобинъ въ кислый гематинъ, который при длительномъ дѣйствіи спирта извлекается и препаратъ обезцвѣчивается. Этимъ *Минаковъ* объясняетъ неудачи въ приготовленіи препаратовъ по предлагаемымъ способамъ.

ЛИТЕРАТУРА.

1. *Мельниковъ-Разведенковъ* „Замѣтка о приготовленіи и сохраненіи патолого-анатомическихъ препаратовъ“ (Мед. Обзор. 96 г. стр. 82).

2. „Новый способъ приготовленія анатомическихъ препаратовъ“ (Ibidem стр. 472).

3. „О приготовленіи анатомическихъ препаратовъ посредствомъ обработки ихъ формалиномъ, спиртомъ и глицериномъ съ уксусно-кислою солью“ (Медиц. Обзор. 97 г. стр. 133).

4. *C. Kaiserling* ! „Ueber die Conservirung von Sammlungspräparaten mit Erhaltung der natürlichen Farben (Berlin. Klin. Wochn. 96, № 35 s. 775).

5. Д-ръ *Минаковъ* „О дѣйствія на кровь и гемоглобинъ формалина и алкоголя“ (Мед. Обзор., 97, стр. 145).

6) Д-ръ *Т. В. Шоръ*. „Къ техникѣ обработки и сохраненія музейныхъ препаратовъ“. (Рус. Врачъ, 1910 г. № 49).

Изъ клиники нервныхъ болѣзней Императорскаго
Казанскаго Университета.

Къ учению о міопатіи

(прогрессирующая мышечная дистрофія со сведеніями
мускулатуры).

Ассистента клиники В. П. ПЕРВУШИНА.

За послѣднее время ученіе о первичной мышечной сухоткѣ обогатилось нѣсколькими новыми фактами, позволяющими расширить наши свѣдѣнія въ отношеніи симптоматологіи этой формы, а вмѣстѣ съ тѣмъ и въ отношеніи ея патогенеза. Здѣсь я имѣю въ виду, во-1-хъ, распространеніе чуть не на всю мускулатуру міопатика особаго состоянія ея, наблюдаемаго обыкновенно лишь въ очень ограниченномъ количествѣ мышцъ, а именно—псевдоконтрактуръ или мышечныхъ сведеній; далѣе, во-2-хъ, куда относятся своеобразныя разстройства въ питаніи костяка и измѣненія въ остальныхъ частяхъ организма при міопатіи.

Въ виду сравнительной новизны и интереса этихъ фактовъ, я позволю себѣ привести здѣсь клиническое описаніе трехъ случаевъ „міопатіи со сведеніями“, наблюдавшихся за послѣднее время въ клиникѣ и ярко иллюстрирующихъ эту интересную разновидность міопатіи. Всѣ эти случаи удивительно стереотипны по своему клиническому проявленію и

аналогичны таковымъ же, уже описаннымъ въ литературѣ; два первыхъ представляются небезъинтересными еще и въ томъ отношеніи, что наследственность и фамильность здѣсь проявились въ высшей степени рельефно.

Эти два больныхъ ¹⁾—братъ и сестра—Іосифъ К—нъ 22 л. и Софія К—нъ 21 г., еврей, родомъ изъ Минской губ.

Ихъ семейный анамнезъ представляетъ большой интересъ. Дѣдъ и бабка (по матери) отличались прекраснымъ здоровьемъ и обладали крѣпкимъ тѣлосложеніемъ, дѣдъ же—и огромной мускулистой силой; онъ умеръ 96 лѣтъ отъ роду (отъ сумасшествія), не имѣя даже сѣдыхъ волосъ. Братъ и сестры матери живы до сихъ поръ и отличаются хорошимъ здоровьемъ и крѣпкимъ сложеніемъ; лишь одна изъ тетокъ была „золотушной“.—*Мать* росла здоровымъ ребенкомъ; въ дѣтствѣ разъ упала съ лѣстницы, стала немогать немного и съ этимъ обстоятельствомъ связывали то, что у нея постепенно и незамѣтно начало развиваться небольшое похуданіе и стягиваніе правой ноги и легкое сведеніе обѣихъ рукъ въ локтевыхъ сочлененіяхъ; движенія ея рукъ были недостаточно свободны, а правой стопой всей она не могла установиться на полу: ноги были укорочены, пятка не доходила до пола сантиметра на два, и для того, чтобы тверже держаться, мать вкладывала внутрь ботинка подъ пятку добавочный каблучекъ въ 1—2 см. толщиной. Въ общемъ она была довольно здоровой и крѣпкой женщиной, носила тяжести, поднималась съ ребенкомъ по лѣстницѣ, „никогда не хворала“, однако—не могла быстро ходить, въ лѣстницу шла съ затрудненіемъ, поднималась на ноги съ полу съ трудомъ. Умерла она 15 л. тому назадъ—40 лѣтъ отъ роду (отъ холеры?).

Дѣдъ и бабка по отцу отличались также хорошимъ здоровьемъ, но имѣли „узкую кость“; дѣдъ умеръ старикомъ, бабка жива, ей свыше 80 л., она еще совершенно бодрая, здоровая, безъ сѣдыхъ волосъ; дяди и тетки по отцу также были здоровые крѣпкіе люди и вообще въ роду не было осо-

¹⁾ Демонстрированы мною въ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 23 декабря 1909 г.

бенно больныхъ или калѣкъ (кроме матери нашихъ пациентовъ). Отецъ—здоровый человѣкъ (также какъ и его родители—„съ узкой, нѣсколько неразвитой костью“) и при своихъ 65 годахъ еще совершенно бодрый; не пьетъ. Въ настоящее время отецъ женатъ вторымъ бракомъ и отъ второй жены имѣетъ одного сына, вполне здороваго, 13-ти лѣтъ.

Зато отъ перваго брака съ матерью нашихъ пациентовъ было 8 дѣтей, изъ которыхъ пятеро, и въ томъ числѣ наши оба пациента, представляли рядъ въ высшей степени характерныхъ, своеобразныхъ болѣзненныхъ явленій „міопатіи со сведеніями“, трое же остальныхъ дѣтей (1-й, 3-й и 8-ой по порядку рожденія) такихъ явленій не обнаруживали. Эти трое послѣднихъ (три брата) умерли—самый старшій и самый младшій въ младенческомъ возрастѣ (возможно, что и у нихъ развилась бы картина міопатіи въ болѣе позднемъ возрастѣ), а 3-й умеръ 27-ми лѣтъ отъ дифтеріи; онъ одинъ изъ всѣхъ братьевъ былъ на военной службѣ и физически былъ вполне здоровымъ, крѣпкимъ.

Въ общемъ получается слѣдующее соотношеніе членовъ семьи:

- { Отецъ 65 л., здоровъ. Отъ второго брака сынъ 13 л., здоровъ*
{ Мать, умерла 40 л.—явленія міопатіи со свед. мышцъ.
 1 ребенокъ (сынъ) умеръ въ младенческомъ возрастѣ.
 2 ребенокъ (дочь) 32 л.—рѣзкія явленія міопатіи со свед.
 3 ребенокъ (сынъ) умеръ 27 л., безъ явленій міопатіи.
 4 ребенокъ (сынъ)—рѣзкія явленія міопатіи со сведеніями.
 5 ребенокъ (сынъ)—рѣзкія явленія міопатіи со сведен.
 6 реб. (сынъ Іосифъ 22 л.) } были въ Каз. нерв. клиникѣ
 7 реб. (дочь Софія, 21 г.) } съ рѣз. явл. міопатіи со свед.
 8 ребенокъ (сынъ), умеръ въ младенческомъ возрастѣ.

У пятерыхъ дѣтей (2-й, 4-й, 5-й, 6-й и 7-й ребенокъ въ семьѣ; изъ нихъ 2-й и 7-й дочери, остальные трое—сыновья) болѣзненные явленія начинали обнаруживаться съ дѣтскаго возраста—лѣтъ съ 6—9—и выливались въ одинаковыя, очень близкія формы, а именно:

1. Дочь (2-й ребенокъ въ семьѣ) была вполне здорова до 6 л.; съ этого времени появилась слабость, стягиваніе рукъ и ногъ, затрудненіе при вставаніи съ полу, подъемѣ

на лѣстницу; ходить могла еще по многу. На 10-мъ году у нея уже было выпячиваніе праваго бока (сколіозъ?), *genu valgum*, приподнятіе надплечій, сильнѣе праваго, что сохранилось и впослѣдствіи. Слабость и стягиваніе конечностей съ 13 ти лѣтъ усиливалось все больше и больше. На 27-мъ году перенесла втеченіе нѣсколькихъ дней легкое простудное заболѣваніе, вслѣдъ за чѣмъ повидимому слабость еще больше усилилась (родные приписывали это примѣненію спермина подъ кожу), развивалось ожирѣніе, станъ сгибался впередъ, сведенія усиливались. Съ конца 1908 г. иногда страдаетъ болями, порой довольно сильными, въ лѣвой ногѣ, рукахъ (ревматическаго происхожденія?). Теперь ей 32 г.; она очень полная, съ большимъ животомъ. Очень мало ѣсть, ходить съ большимъ трудомъ (кое какъ пройдетъ аршина три, опираясь на палку); съ полу подняться не можетъ; если упадетъ, то у нея сильно трясутся ноги и послѣ того она не можетъ стоять; руки съ трудомъ поднимаетъ до горизонта; руки стянуты въ локтѣ дугой, также сведены ладони и пальцы, такъ что при сближеніи ладоней руки соприкасаются между собой лишь пальцами; также сведены и ноги въ колѣнахъ. Въ общемъ правыя конечности сведены больше лѣвыхъ.

2. *Сынъ* (4-й ребенокъ въ семьѣ) началъ сильно худѣть и слабѣть съ очень раннихъ лѣтъ; развилось постепенно стягиваніе рукъ и правой ноги, такъ что къ 10 годамъ онъ уже ходилъ съ тростью, а лѣтъ съ 11—12 съ костылемъ (опирается правой рукой). Теперь ему 27 л.; онъ необыкновенно худъ—однѣ кости и кожа, кости скелета сильно развиты въ длину, но отличаются тонкостью. Лѣвая нога довольно сильная, не искривлена и опирается всей стопой о полъ; правая нога лѣтъ съ 11—15 искривлена (сведеніе) въ стопѣ, очень слаба (почему приходится пользоваться костылемъ), правая же стопа имѣетъ довольно правильный видъ; съ полу можетъ встать безъ посторонней помощи, хотя съ трудомъ. Руки у него сильно стянуты и худы, особенно правая (онъ лѣвшій), поднимаются до головы съ трудомъ, назадъ не сгибаются, кисти сведены дугообразно. Въ общемъ онъ довольно бодрый, работаетъ, очень рѣдко хвораетъ. Мастурбировалъ.

3. *Сынъ* (5-й ребенокъ въ семьѣ)—очень малокровный и очень слабый, съ тонкими костями скелета, за послѣднее время страдаетъ головными болями, болью въ груди; 4 года назадъ тому перенесъ брюшной тифъ и съ тѣхъ поръ у него часто апатія, тоска. У него также сведены конечности (правыя больше), но въ общемъ менѣе сильно, чѣмъ у предыдущаго брата, руки можетъ завести назадъ; надплечья, какъ и у остальныхъ, приподняты вверхъ; сведенія голеней и стопъ выражены очень сильно и пальцы ногъ сильно разошлись; также сведены и пальцы рукъ. При ходьбѣ одышка, ходить много не можетъ (не болѣе квартала), при усталости у него подвертываются стопы и онъ падаетъ иногда. Онъ можетъ подняться съ пола, если опереться обо что-нибудь правой рукой. Мастурбировалъ.

4. *Сынъ* (6-й ребенокъ по счету) *Иосифъ*, находившійся въ Казанской нервной клиникѣ, 22-хъ лѣтъ, холостъ; онъ родился благополучно, крѣпче всѣхъ братьевъ и сестеръ. На 8-мъ году перенесъ дифтеритъ, на 17-мъ году—инфлюенцу; съ дѣтства былъ очень худой, хотя крѣпкій; повидимому, болѣзненныхъ явленія (похуданіе, сведенія) начались уже лѣтъ съ 6—7 и постепенно усиливались, причемъ правая нога была поражена раньше и сильнѣе лѣвой; лѣтъ въ 12—13 онъ еще свободно катался на конькахъ; въ то время ноги и руки у него были уже немного сведены, причемъ болѣзненные явленія были выражены также сильнѣе на правыхъ конечностяхъ; лѣтъ съ 14-ти пересталъ бѣгать бѣгомъ; руки назадъ давно уже не можетъ заводитъ, пальцы ихъ замѣтно сведены, надплечья приподняты болѣе, чѣмъ у другихъ членовъ семьи; кости скелета узкія; онъ можетъ съ трудомъ носить тяжести до 15—20 ф.; ходить, поднимается съ полу и идетъ въ лѣстницу (правой ногой впередъ) легче другихъ—словомъ сила и подвижность у него сохранились больше, чѣмъ у прочихъ членовъ семьи. На ровномъ мѣстѣ съ вытянутыми ногами сидѣть не можетъ (какъ и другіе). Послѣдніе два года страдаетъ болями въ животѣ и съ тѣхъ поръ сталъ замѣтно слабѣть; эти боли не прекратились, держась преимущественно въ правой половинѣ живота; боли въ животѣ бывали и въ раннемъ дѣтствѣ—лѣтъ съ 6, но рѣдко; затѣмъ въ теченіе

ряда лѣтъ онѣ не повторялись и лишь послѣдніе два года возобновились. Онанизмъ между 12—14 годами.

Іосифъ К—нъ находился въ клиникѣ съ 11 ноября 1909 г. по 26 февр. 1910 г.; состояніе его здоровья за это



Рис. 1. *Іосифъ К.* (замѣтно приподнятіе надплечій, сведеніе рукъ; пятки не касаются пола; похуданіе мускулатуры).

время почти не измѣнилось и въ существенномъ было таково (см. рис. 1).

Аппетитъ довольно хорошій; стулъ ежедневно или черезъ 1—2 дня; иногда тошнота, отрыжка, урчанье въ животѣ;

кашля, сердцебіеній нѣтъ; голова не кружится, иногда болитъ по нѣскольку дней подрядъ, сонъ часто плохой и недостаточный. Мочеиспусканіе не разстроено (довольно частое); моча бѣлая, сахара и цилиндровъ не содержитъ, выдѣляется въ количествѣ 1200—1500 сс. въ сутки, уд. в. въ среднемъ 1.015. Обычныя жалобы—на боли въ животѣ главнымъ образомъ справа, постоянныя и упорныя, иногда довольно сильныя; онѣ распространяются на правый бокъ и взадъ на спину—справа. Иногда бываютъ боли въ области реберныхъ хрящей 2—5 реберъ справа, иногда подлѣ лопатки правой и позвоночника (уступаютъ аспирину и примѣненію раздражающихъ веществъ). Какихъ-либо ненормальныхъ ощущеній въ конечностяхъ (боли, парестезіи) нѣтъ; лишь послѣ продолжительной ходьбы бываетъ несильная боль въ колѣнахъ и очень рѣдко ломота въ ахилловомъ сухожиліи.

Больной—довольно бодрый подвижной человѣкъ, занимается въ качествѣ часовыхъ дѣлъ мастера и довольно много работаетъ. Не пьетъ, не курить, венерич. болѣзней не имѣлъ.

Со стороны внутреннихъ органовъ замѣтныхъ уклоненій нѣтъ. Психическія отправления не нарушены. Пульсъ 72 въ 1 минуту.

Ростъ ниже средняго, сложеніе слабое; худъ, блѣдновать; подкожная жировая кѣлѣчка выражена вообще слабо; дермографизмъ красный; lichen scrophulosorum (спина, задняя поверхность плечъ и передняя бедеръ); на разгибательной поверхности локтей, колѣнъ и на сѣдалищѣ кожа суха и шелушится. Щитовидная железа не увеличена; лимфатич. железы особенностей не представляютъ; въ пальцахъ рукъ при ихъ вытягиваніи незначительное трясеніе; чувствительная сфера не затронута; координація движеній, глотаніе, жеваніе, рѣчь, отправления тазовыхъ органовъ—не нарушены; бываютъ довольно часто поллюціи. При давленіи на конечностяхъ (мягкія части, нервные стволы, мышцы, сухожилія, кости и суставы) болѣзненности не обнаруживается.

При осмотрѣ бросается въ глаза рядъ особенностей во внѣшнемъ видѣ больного: *надплечья* замѣтно приподняты, подтянуты постоянно вверхъ (больше правое), плечи слегка выстоятъ впередъ и чуть отведены отъ туловища (сильнѣе справа), предплечья согнуты замѣтно въ локтѣ, справа подъ

угломъ въ 120° , слѣва—въ 130° , пальцы нѣсколько согнуты; лопатки нѣсколько приподняты вверхъ (правая чуть больше) и отодвинуты въ стороны; рѣзкій *лордозъ* въ ниже-грудномъ и поясничномъ отдѣлахъ, не исчезающій и при лежаніи на спинѣ; легкій сколіозъ средне-грудного отдѣла позвоночника влѣво, поясничного—вправо; животъ и нижній отдѣлъ грудной кѣтки выпяченъ замѣтно впередъ; голени согнуты нѣсколько въ колѣнныхъ суставахъ.

Довольно сильно измѣнены *стопы*: сводъ ненормально высокій; стопы выгнуты нѣсколько внутрь и находятся въ положеніи сильного подошвеннаго сгибанія, три среднихъ пальца обычно въ положеніи подошвеннаго сгибанія; пальцы широко раздвинуты, передняя часть стопы ненормально широка сравнительно съ задней.

При *стояніи* пятки приподняты отъ полу—правая на 3 сnt., лѣвая на 1 сnt. и больной опирается исключительно на переднія части стопъ и пальцы; послѣдніе при этомъ расходятся еще болѣе (веерообразно), а самое стояніе обазывается неустойчивымъ (замѣтны сокращенія отдѣльныхъ мышцъ и мышечныхъ группъ при стремленіи сохранить равновѣсіе). При *ходьбѣ* рѣзко выступаетъ тыльное разгибаніе большихъ пальцевъ ногъ, лѣвая пятка касается пола лишь въ моментъ наступанія, правая же совсѣмъ не касается пола; походка утиная—туловище отклоняется то вправо, то влѣво, медленная, шагъ коротокъ. Со сдвинутыми ногами стоять свободно, на одной ногѣ устоять трудно (въ обуви лучше, чѣмъ босому). Бѣгъ невозможенъ (вмѣсто него—неправильная, ускоренная ходьба). Подъемъ по крутой лѣстницѣ возможенъ лишь при помощи рукъ (идетъ впередъ лѣвой ногой); тоже и при вставаніи съ колѣнъ; при вставаніи съ колѣнъ своеобразный приемъ: поставивъ правую голень вертикально, больной опирается руками на самый нижній отдѣлъ бедра, съ большимъ усиліемъ разгибаетъ (выпрямляетъ) бедро, поднимая туловище, и такимъ образомъ, постепенно выпрямляясь, встаетъ. Ходить больному легче, чѣмъ стоять; можетъ пройти верстъ десять заразъ, при чемъ сначала ходьба затруднительна, а потомъ больной „разойдется“ и идетъ легче; при неровности пола, дороги спотыкается и даже падаетъ. Временами, по его словамъ, появляется внезапная слабость, подкашиваются ноги и онъ падаетъ. Поворачиваніе на постели затруднительно и

происходитъ съ помощью рукъ, также какъ и переходъ изъ лежачаго положенія въ сидячее. Сидѣть на постели съ вытянутыми ногами не можетъ, а долженъ ихъ опустить на полъ. На колѣни опускается съ трудомъ, едва не падая.

Область *пассивныхъ движеній* въ конечностяхъ замѣтно ограничена; это существенно вліяетъ на активную ихъ подвижность; въ большинствѣ случаевъ объемъ активныхъ движеній соотвѣтствуетъ объему движеній пассивныхъ.

Въ сферѣ *произвольныхъ движеній* въ области черепныхъ двигательныхъ нервовъ можно лишь отмѣтить очень слабыя паретическія явленія въ мускулатурѣ правой половины лица. Надплечья приподняты, правое надплечье стоитъ и поднимается немного выше лѣваго; линіи боковой поверхности шеи и надплечья составляютъ справа 100° , слѣва 105° ; сила ихъ достаточна; повороты головы вправо и влѣво ослаблены (объемъ удовл.); движенія головы взадъ достаточны по объему, въ стороны и впередъ нѣсколько ограничены, всѣ движенія головы ослаблены (что больше замѣтно при движеніи впередъ и въ стороны). Пассивныя движенія ограничены въ тѣхъ же предѣлахъ.

Подвижность активная и пассивная верхнихъ конечностей въ плечевыхъ суставахъ почти достаточна, лишь заведеніе рукъ взадъ нѣсколько ограничено (больше справа); сила замѣтно понижена. Сгибаніе предплечій нѣсколько ограничено—до угла въ 60° справа и 50° слѣва, разгибаніе—еще болѣе (до $\angle 125^{\circ}$ справа и до $\angle 130^{\circ}$ слѣва); ограниченіе справа выражено сильнѣе. Пронація ограничена немного, супинація сильнѣе; объемъ активныхъ и пассивныхъ движеній одинаковъ, сила—понижена (сгибаніе обладаетъ меньшей силой, чѣмъ разгибаніе). Разгибаніе кистей достаточно по объему, немного ослаблено по силѣ; сгибаніе, приведеніе и отведеніе нѣсколько ограничены (акт. и пасс.) и ослаблены. Пальцы сжимаетъ въ кулакъ (съ силой 15 kilo справа и 16 kilo слѣва); приведеніе пальцевъ удовл., отведеніе и разгибаніе нѣсколько ограничено; при полусогнутой кисти разгибаніе пальцевъ достигаетъ нормы.

Типъ дыханія брюшной; при усиленномъ вдохѣ экскурсіи правой стороны грудной клѣтки нѣсколько больше. Лопатки подтянуты вверхъ и нѣсколько отодвинуты въ сторону отъ средней линіи; ихъ сближеніе—очень ограничено. Дви-

женія туловища нѣсколько ограничены, особенно вадъ; сила понижена. Напряжение брюшного пресса достаточно. Сгибаніе и отведеніе бедеръ ограничено (актив. и пассив.); ихъ движенія ослаблены (справа движенія разстроены посильнѣе). Разгибаніе голеней неполное (акт. и пасс.), сила движеній понижена. Движенія въ голеностопныхъ суставахъ ограничены, особенно сильно разгибаніе и отведеніе (акт. и пасс.); подошвенное сгибаніе и приведеніе обладаютъ достаточной силой; разгибаніе и отведеніе—очень ослаблены. На правой ногѣ эти уклоненія выражены сильнѣе. Сгибаніе пальцевъ ногъ почти удовлетворительно (большого пальца—ограничено, главнымъ образомъ въ концевой фалангѣ); разгибаніе малыхъ пальцевъ очень ограничено (особенно концевыхъ фалангъ), большого—почти достаточно; сила—ослаблена (особ. 2—5 пп.).

Рефлексы съ сухожилій мышцъ верхнихъ конечностей не вызываются, колѣнные—очень слабо, ахилловы—живо, лопаточные—отсутствуютъ; *механическая возбудимость мышцъ при ударѣ молоткомъ нигдѣ не обнаруживается*. Тонусъ мышцъ верхнихъ и нижнихъ конечностей въ предѣлахъ, допускаемыхъ пассивной подвижностью, нѣсколько пониженъ. Брюшной рефлексъ слабъ, на m. cremaster—очень слабый; при тактильномъ раздраженіи подошвы происходитъ по большей части сильное тыльное разгибаніе большого пальца и быстрое возвращеніе его въ обычному положенію; это движеніе иногда сопровождается отведеніемъ и сгибаніемъ остальныхъ пальцевъ. Рефлексы со слизистыхъ оболочекъ и состояніе тазовыхъ органовъ нормальны; со стороны зрачковъ отмѣчается лишь легкое расширеніе лѣваго зрачка.

Со стороны *костей и суставовъ* рѣзкихъ уклоненій незамѣтно; отмѣчается лишь ощущеніе хруста въ плечевыхъ суставахъ и въ болѣе легкой степени—въ колѣнныхъ (при движеніяхъ). На рентгеновскихъ снимкахъ можно отмѣтить утонченіе діафизовъ костей плеча, предплечья и бедра.

Мускулатура туловища и конечностей представляется вездѣ похудѣвшей, что выражено сильнѣе въ области плечевого и тазового поясовъ и въ центральныхъ по преимуществу отдѣлахъ конечностей; явленій псевдогипертрофіи нигдѣ не замѣтно, также какъ и фибриллярныхъ сокращеній мышцъ. Степень похуданія мышцъ довольно значительна, но далеко не максимальна. Наощупъ мышцы представляются значительно

болѣе обычнаго плотными, неподатливыми, неэластичными; это замѣтно въ особенности въ *mm. cusallares*, сгибателяхъ предплечья, сгибателяхъ и разгибателяхъ кисти, на мышцахъ бедеръ и голеней (главнымъ образомъ икроножныхъ), отчасти—въ мышцахъ живота, спины. Помимо того, въ большинствѣ мышцъ замѣчается своеобразная особенность—ихъ укороченіе, сведеніе, преимущественно въ сгибателяхъ; благодаря этому пассивная подвижность различныхъ частей тѣла, а соотвѣтственно этому и активныя движенія, какъ было выше установлено, оказываются болѣе или менѣе значительно нарушенными. Сказанное касается главнымъ образомъ разгибанія (напр., разгибаніе голеней, предплечій, въ особенности стопъ), но и сгибательныя пассивныя движенія оказываются большею частью ограниченными (въ колѣнныхъ, локтевыхъ суставахъ). При производствѣ пассивнаго движенія сухожилія сведенныхъ—укороченныхъ мышцъ рѣзко напрягаются, рельефно вырисовываясь подъ кожей. Съ другой стороны, въ соотвѣствующихъ предѣлахъ подвижность конечности совершенно свободна. Подобное состояніе укороченія рѣзко выражено и въ *mm. cusallares*.

Всѣ мышцы, доступныя изслѣдованію, реагируютъ на оба вида тока довольно живо (мѣстами нѣсколько вялѣе обычнаго) при сохраненіи нормальной формулы электровозбудимости; $K > A_n$, мѣстами—имѣется количественное пониженіе электровозбудимости (короткій и длинный разгибатели пальцевъ на ногахъ—при 50—30 *mm.* фарад. токъ). Фарад. электровозбудимость въ мышцахъ лица 100—105 *mm.*, въ мускулатурѣ рукъ 100—95—85—80; на ногахъ—85—80—75—60.

Гистологическое изслѣдованіе вусочковъ мышцъ, извлеченныхъ при биопсіи (*m. tibialis ant.*, *m. extens. dig. comm. long. sin.*), обнаружило: увеличеніе числа мышечныхъ ядеръ, разращеніе интерстиціальной ткани межпучковой и межволоконцевой съ присутствіемъ ткани фиброзной; мѣстами мышечное волокно какъ бы непосредственно продолжается въ фиброзное; мѣстами дѣленіе мышечныхъ волоконъ по длинѣ, поперечная исчерченность сохранена; наряду съ атрофированными волокнами имѣются и гипертрофированныя.

Мышцы, суставы, кости, нервные стволы неболѣзненны. Животъ при давленіи болѣзненъ, главнымъ образомъ справа

(особое напряженіе брюшныхъ мышцъ и ихъ плотность сильно затрудняютъ изслѣдованіе живота). Специалисты высказывались за существованіе хроническаго аппендицита.

За время пребыванія въ клиникѣ больному примѣнялось: ванны, массажъ и фарадизація конечностей, общая франкенизація; боржомъ, болеутоляющія, снотворныя; кромѣ того, ему вводился подкожно глицеро-фосфорнокислый натръ (40 inj.?), а послѣ него—введено подкожно 20 ампулъ по 2,0 фибролизина (послѣдній препаратъ вызывалъ минутъ черезъ 15—20 послѣ инъекціи ощущеніе запаха лука, глаза точно раздражались какъ бы отъ выдѣляемыхъ имъ газовъ, иногда появлялась головная боль на нѣсколько часовъ и сонливость).

За пребываніе въ клиникѣ состояніе больного почти не измѣнилось; какъ будто сведеніе икроножныхъ мышцъ стало послабѣе прежняго.

5. *Дочь—Софія К—на*, 21 г., дѣвушка, окончила курсъ прогимназіи и занимается уроками; она также находилась въ клиникѣ нервныхъ болѣзней (ноябрь 1909—мартъ 1911 г.). До 5—6 лѣтнаго возраста была, повидимому, здорова: много и легко бѣгала, лазила, прыгала, поднималась легко по лѣстницѣ; однако, вставаніе съ пола, повидимому, у нея представляло нѣкоторыя затрудненія и происходило не быстро. Постепенно стала развиваться общая слабость и на 7-мъ году чуть замѣтно стянуло правую ногу; къ 9-и годамъ правая нога была стянута—укорочена на 1 см., а затѣмъ позднѣе, годамъ къ 11-и, стянуло и лѣвую ногу; вмѣстѣ съ тѣмъ стигивало и руки, раньше правую (правую руку съ 11 л., а лѣвую—съ 12—13 л.); сведеніе въ пальцахъ и кистяхъ рукъ начало обнаруживаться лишь за послѣдніе года и притомъ больше въ правой рукѣ. Вмѣстѣ со слабостью конечностей и общей слабостью развивалось и похуданіе мускулатуры; съ 11 лѣтъ бѣгать уже не могла.

Болевыхъ или какихъ-либо иныхъ ощущеній стойкаго характера въ конечностяхъ и туловищѣ не испытывала. Въ дѣтствѣ страдала „глистами“, лѣтъ 8 перенесла дифтеритъ; на 14-мъ году перенесла какое-то легочное заболѣваніе; на 14-мъ и 17-мъ году при паденіи съ высоты нѣсколькихъ аршинъ два раза сильно ушибла себѣ голову (съ этимъ больная связываетъ развившееся у нея „ослабленіе памяти“);

лѣтъ съ 17-ти иногда бываютъ головныя боли, очень сильныя, съ гиперестезіей кожи головы. Кромѣ того, у больной были 3 раза припадки (на 14-омъ и 16-мъ году), при чемъ наблюдалось—головокруженіе, дурнота, разъ потеря сознанія и судороги, очень сильныя боли въ животѣ (истерическіе припадки?). Пребываніе въ душномъ жаркомъ помѣщеніи (баня) очень тягостно (дурнота, падаетъ безъ сознанія). Регулы съ 11 л., не особенно правильны, черезъ $3\frac{1}{2}$ —4—5 недѣль, по 4 дня, съ болью внизу живота, не обильны.

Больная небольшого роста, худощавая съ хорошо, но не чрезмѣрно развитымъ подкожнымъ жировымъ слоемъ, хорошо выглядить. Вѣсъ тѣла 2 п. 30 ф. Со стороны внутреннихъ органовъ и мочи какихъ либо замѣтныхъ уклоненій не обнаружено; уд. в. мочи 1011—1015; сут. колич. мочи 1000—1400 сс. t° нормальна; аппетитъ, сонъ, отправленія желудка, актъ мочеиспусканія, рѣчь, глотаніе, жеваніе, чувствительная сфера, питаніе кожныхъ покрововъ, костей и суставовъ—особенностей не представляютъ. Со стороны психики—никакихъ уклоненій. Немного прощупывается *gl. thyreoidea (isthmus)*. Голова не кружится, обыкновенно не болитъ (болитъ рѣдко и иногда довольно сильно); сердцебиенія и одышка бываютъ лишь при утомительныхъ движеніяхъ (подъемъ въ гору, по лѣстницѣ). Пульсъ 76—86—90 въ 1'. Стулъ иногда съ клизмой.

Больная находилась въ клиникѣ съ 11 ноября 1909 г. по 9 марта 1910 г.; за это время въ ея состояніи существенныхъ измѣненій не произошло; поэтому данныя *status praesentis* относятся ко всему времени наблюденія за больной.

За это время иногда появлялись болевые ощущенія въ разныхъ частяхъ тѣла—между лопатокъ, надъ ключицами, въ боковыхъ частяхъ грудной клѣтки, въ голеняхъ, подколенныхъ ямкахъ, правой стопѣ; боли эти длились не долго, черезъ нѣсколько часовъ или дней проходили подъ вліяніемъ препаратовъ салициловой кислоты и наружныхъ раздражающихъ веществъ; ихъ появленіе можно было связывать съ случайными моментами (охлажденіе).

При осмотрѣ *кожные покровы* представляются нормальной окраски, кожа суха, на конечностяхъ—*lichen scrophulosorum*. Со стороны *костей* можно отмѣтить нѣкоторое истонченіе ихъ на верхнихъ конечностяхъ; на рентгеновскихъ сним-

кахъ кости предплечья и плеча довольно тонки; компактный слой утонченъ. На тылъ правой кисти ganglion.

Далѣе, осмотръ обнаруживаетъ нѣкоторыя особенности въ положеніи и соотношеніи частей *тѣла*: надплечья немного приподняты постоянно вверхъ, линіи боковой поверхности шеи и надплечья образуютъ справа $\angle 90^\circ$, слѣва — $\angle 116^\circ$; лопатки приподняты вверхъ и немного отошли отъ средней линіи; плечи слегка выстоятъ впередъ, предплечья обычно слегка согнуты въ локтѣ (уголъ съ плечомъ до 145° справа и до 150° — слѣва); въ нижне-грудномъ и поясничномъ отдѣлѣ позвоночника значительно выраженный лордозъ; онъ не исчезаетъ, а только немного уменьшается при лежаніи на спинѣ; голени слегка согнуты въ колѣнахъ. При покоѣ (лежа, сидя) стопы находятся въ положеніи сильнаго подошвеннаго сгибанія и отчасти приведенія (*pes equino-varus*), такъ что переднія поверхности голеней и стопъ почти совпадаютъ (справа выражено сильнѣе). Стопы въ передней части необычно широки, пальцы раздвинуты — отведены — другъ отъ друга больше обычнаго; ихъ основныя фаланги слегка тыльно разогнуты, конечныя фаланги подошвенно согнуты; большіе пальцы ногъ расположены прямо. При стоянціи ноги касаются пола лишь передней частью стопы (глав. обр. ея наружнымъ краемъ, гдѣ кожа огрубѣла) и пальцами, пятки же приподняты и не касаются пола (правая на 6 снт., лѣвая на $3\frac{1}{2}$ снт.); тоже остается и при ходбѣ. Ради компенсаціи этого недостатка больная пользуется ботинками съ большими каблуками наружными и внутренними; безъ обуви стоять и сохранять устойчивое положеніе трудно, въ обуви же — легче, причемъ б. стоитъ, опираясь глав. образомъ на лѣвую ногу (см. рис. 2).

Мышклатура конечностей и верхней части туловища представляется замѣтно, но не сильно похудѣвшей; похуданіе сильнѣе въ центральныхъ отдѣлахъ конечностей и въ области плечевого и тазового пояса; похуданіе отчасти маскируется присутствіемъ жировой подкожной кѣлѣчатки. Мышцы наощупь довольно плотны, неэластичны, кажутся подъ кожей точно сильно напряженными (гл. обр. *mm. cucillares*, икроножныя, предплечій, *biceps*), при давленіи онѣ неболѣзненны (лишь на икроножныхъ ощущается не особенно сильная болѣзненность при давленіи). Всѣ мышцы реагируютъ живо на фарадическій и гальваническій токъ, вездѣ $K > An.$; лишь

мѣстами электровозбудимость количественно немного понижена.

При производствѣ *пассивныхъ движеній* во многихъ сегментахъ конечностей, по достиженіи извѣстнаго тахітм'а, движеніе становится далѣе невозможнымъ вслѣдствіе сильнаго пассивнаго напряженія растягиваемой мышцы; послѣдняя представляется укороченной сравнительно съ нормой, стянутой и такое состояніе мышцы служить препятствіемъ къ выполненію

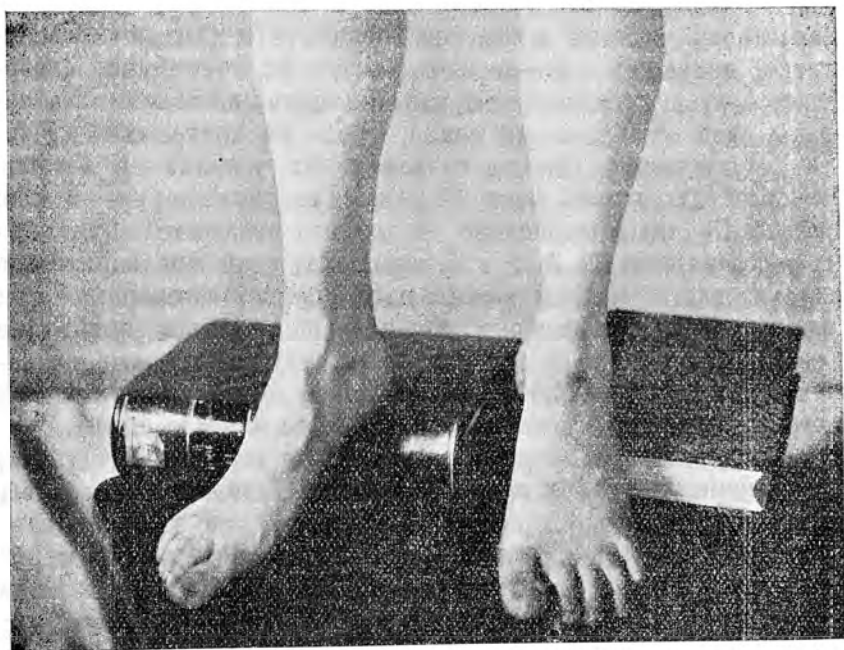


Рис. 2. Ноги Софьи К. при стояніи (пятки не касаются пола).

пассивнаго движенія въ нормальныхъ предѣлахъ. Это особенно замѣтно въ мышцахъ: *cuscularis*, *biceps*, икроножныхъ, разгибателяхъ бедра, слабѣе въ сгибателяхъ пальцевъ и кистей, разгибателяхъ предплечья, сгибателяхъ голени.

Это же состояніе мышцъ ограничиваетъ соотвѣтствующимъ образомъ и *активные движенія*. Что касается до послѣднихъ, то со стороны черепныхъ нервовъ уклоненій не усматривается; можно отмѣтить лишь незначительное ослаб-

леніе движеній въ области мускулатуры, иннервируемой нижней вѣтвью п. *facialis d.*

Движенія головы замѣтно ослаблены, а нѣкоторыя и ограничены немного (вправо, влѣво, назадъ); поднятіе надплечій также немного ослаблено.—Движенія плечъ очень ослаблены, а назадъ, кромѣ того, и ограничены не сильно (активно и пассивно); движенія предплечій (активно и пассивно) ограничены (справа нѣсколько больше): супинація, сгибаніе 50° — 55°) и больше—разгибаніе ($\angle 145^{\circ}$ справа, 15° слѣва), сила ихъ ослаблена очень (особенно разгибанія). Въ лучезапястномъ суставѣ нѣсколько ограничены (активно и пассивно) приведеніе, отведеніе и разгибаніе; послѣднее совершается лучше, если предварительно пальцы сложены въ кулакъ; сила ослаблена, но менѣе, чѣмъ въ локтевыхъ и плечевыхъ суставахъ. Пальцы складываются въ кулакъ правильно съ силой для правой руки 12 kilo, для лѣвой руки—9 kilo; разгибаніе также ослаблено и немного ограничено (активно и пассивно)—въ 2, 3, 4 и 5 пальцахъ; если предварительно согнуть кисть, пальцы разгибаются лучше, наоборотъ—при разогнутой кисти разгибаніе пальцевъ еще меньше (вслѣдствіе большого напряженія флексоровъ пальцевъ). Приведеніе и отведеніе пальцевъ значительно ослаблены, а отведеніе, кромѣ того, и ограничено немного (замѣтнѣе въ 4-мъ пальцѣ).

Типъ дыханія грудной; дыхательныя движенія неглубоки; напряженіе брюшного пресса понижено; движенія туловища немного ослаблены.

Лежа, можетъ поднимать вытянутую ногу лишь на 30° надъ постелью; ногу, согнутую въ колѣнѣ, поднимаетъ выше (до 90°); приведеніе и отведеніе бедеръ ограничено немного; сила движеній бедра очень понижена. Пассивная подвижность бедеръ ограничена немного менѣе активной.—Сгибаніе и разгибаніе голени немного ограничено, что выражено больше справа (активно и пассивно) и ослаблено (менѣе, чѣмъ на бедрахъ). Подошвенное сгибаніе стопъ по объему и силѣ удовлетворительно, тыльное разгибаніе стопъ (активно и пассивно) очень ограничено и ослаблено; приведеніе и особенно отведеніе нѣсколько ограничены (активно и пассивно) и ослаблены. Пальцы большіе расположены прямо, малые согнуты; сгибаніе малыхъ пальцевъ вполнѣ возможно, разгибаніе происходитъ лишь слабо и недостаточно въ основныхъ фалангахъ (двѣ

крайнія не разгибаются вовсе); большіе пальцы сгибаются недостаточно и слабо въ концевыхъ фалангахъ, разгибаются лучше.

Бѣгать больная не можетъ; ходить медленно, перекачивая туловище то на правую, то на лѣвую ногу; пройти можетъ не торопясь нѣсколько верстъ; при болѣе быстрой ходьбѣ скоро утомляется, появляется одышка и сердцебіеніе. Поднимается по лѣстницѣ съ большимъ трудомъ, придерживаясь правой рукой за перила, а лѣвой опираясь на лѣвое колѣно; спускаться съ лѣстницы легче. Стоитъ довольно свободно (въ обуви), опираясь главнымъ образомъ на лѣвую ногу. Подняться съ пола—и то съ большимъ трудомъ—можетъ лишь тогда, если можно опереться локтемъ правой руки на подставку вышиной съ аршинъ; подняться сама безъ помощи рукъ совсѣмъ не въ состояніи. Поворачивается на постели также съ помощью рукъ, медленно; лежа больная не можетъ сѣсть прямо даже и съ помощью рукъ; чтобы сѣсть въ постели, она предварительно опускаетъ ноги на полъ, съ трудомъ поднимается съ помощью рукъ и садится. Сидѣнье съ вытянутыми ногами на постели невозможно (валиться взадъ)—въ силу препятствій со стороны сведеній мышечныхъ въ области тазобедр. и колѣннаго суставовъ.

Для характеристики произвольныхъ движеній больной какъ и ея брата слѣдуетъ указать еще на быстро наступающую утомляемость пострадавшей мускулатуры; это обнаруживается даже въ жевательныхъ мышцахъ нашей больной: въ нихъ при жеваніи довольно скоро появляется ощущеніе усталости, такъ что приходится прекращать жеваніе.

Рефлексы съ сухожилій мышцъ верхнихъ конечностей не вызываются, колѣнные очень ослаблены, ахилловы вызываются очень живо; рефлексы съ слизистыхъ оболочекъ, съ роговицы, зрачковые, функція тазовыхъ органовъ не нарушены; тонусъ мышцъ нѣсколько пониженъ; *механическая прямая возбудимость мышцъ отсутствуетъ*. При тактильномъ раздраженіи подошвы получается нѣрѣдко тыльное разгибаніе большого пальца, довольно быстро же и опадающее.

Въ клиникѣ больная пользовалась ваннами, массажемъ, фарадизаціей, впрыскиваніемъ глицерофосфорновислаго натра, а также инъекціями фибролизина (по 2,0 черезъ 1—2 дня). Сколько-нибудь существенныхъ измѣненій за 4 мѣсяца въ

ея состояніи не произошло, также какъ и у ея брата. Интересно отмѣтить, что черезъ нѣсколько минутъ послѣ инъекціи фибролизина у больной появлялась головная боль, длившаяся нѣсколько часовъ или даже втеченіе сутокъ; кромѣ того, минутъ черезъ 10—15 появлялось ощущеніе запаха лука и жженіе слизистой оболочки глазъ.

Резюме. Оба случая носятъ на себѣ рѣзко выраженные черты наследственнаго и фамильнаго заболѣванія: какъ у матери, такъ и у двухъ дочерей и трехъ сыновей (въ томъ числѣ оба наши больные) клиническая картина вылилась въ однѣ и тѣже формы, сходныя между собой и въ отношеніи развитія—теченія припадковъ, и въ отношеніи ихъ характера; разница—въ деталяхъ. Интересно отмѣтить, что у матери клиническое проявленіе страданія началось позже, чѣмъ у дѣтей, и было выражено несравненно мягче, легче: у нея имѣлась лишь небольшая общая мышечная слабость, легкое сведеніе обѣихъ рукъ и болѣе значительное сведеніе правой ноги. Эти же элементы страданія, какъ основной мотивъ, повторяются у всѣхъ пятерыхъ дѣтей, но въ несравненно болѣе рѣзкой степени, дѣлая ихъ калѣками.

У всѣхъ дѣтей заболѣваніе начиналось въ раннемъ возрастѣ—уже лѣтъ съ 6—7; оно медленно, неуклонно прогрессировало въ теченіе послѣдующей ихъ жизни, выражаясь постепеннымъ нарастаніемъ слабости, безсилія и похуданія мускулатуры плечевого и тазового пояса, конечностей и туловища; рядомъ съ этимъ въ мышцахъ развивались сведенія, придававшія столь характерный видъ больнымъ. Особенность матери—болѣе (б. м., даже исключительное) пораженіе правой ноги—передалась и всѣмъ дѣтямъ.

У обоихъ нашихъ больныхъ основныя клиническія особенности (свойственныя и остальнымъ членамъ семьи—судя по даннымъ анамнеза) сводятся къ слѣдующему. Значительное похуданіе мускулатуры плечевого и тазового пояса, ко-

нечностей (гл. обр. проксимальныхъ отдѣловъ) и туловища; мышцы удовлетворительно реагируютъ на оба вида тока (*amyotrophia simplex*), неэластичны, обладаютъ почти вездѣ повышенной плотностью, не реагируютъ на механическое прямое раздраженіе; во многихъ изъ нихъ замѣчается укороченіе, сведеніе, что вліяетъ на объемъ пассивныхъ и активныхъ движеній и на положеніе конечностей и туловища, на развитіе лордоза, сведеніе предплечій, голеней, стопъ, невозможность сидѣть съ вытянутыми на постели ногами вслѣдствіе сведенія мышцъ—разгибателей бедра. Активные движенія ослаблены гл. обр. въ проксимальныхъ отдѣлахъ конечностей, отчасти и на туловищѣ; по объему они ограничены мѣстами больше, чѣмъ пассивныя движенія соотвѣтствующаго сегмента. У обоихъ больныхъ правыя конечности поражены немного сильнѣе; кр. того, имѣется и очень незначительное участіе черепныхъ нервовъ въ видѣ небольшой слабости нижней мускулатуры лица справа же. Сухож. рефлексy или отсутствуютъ (на рукахъ), или понижены сильно (коленные), или даже живые (ахилловы). Подошвенные рефлексy напоминаютъ р. *Babinski*'аго, но не подобны ему. Кости конечностей, судя по рѳтгенограммѣ, утончены (діафизы, компактный слой).— Въ остальномъ норма.

Наслѣдственность и фамильность заболѣванія, неудержимо нарастающее развитіе атрофіи и слабости мускулатуры, состояніе сухожильныхъ рефлексовъ и электровозбудимости, отсутствіе фибриллярныхъ сокращеній мышцъ, отсутствіе какихъ-либо разстройствъ въ сферѣ чувствительной, нормальное состояніе глубокихъ рефлексовъ—все это достаточно убѣдительно говоритъ за то, что въ данномъ случаѣ дѣло идетъ о проявленіи протопатической прогрессирующей мышечной атрофіи—міопатіи или, по *Erb*'у, о *dystrophia muscularis progressiva*.

Необычными особенностями этого страданія въ описы-

ваемыхъ случаяхъ является особое состояніе мышцъ: ихъ плотность, наклонность къ образованію псевдоконтрактуръ, ведущихъ къ сведеніямъ различныхъ сегментовъ тѣла (значеніе этого явленія см. ниже).

Не безынтересно далѣе отмѣтить и состояніе костей конечностей: утонченіе, миниатюрность длинныхъ костей, что подтверждается и рѳнтгеновскими лучами.

Слѣдуетъ также отмѣнить отношеніе мускулатуры къ внѣшнимъ раздраженіямъ: отсутствіе реакціи съ ея стороны на прямое механическое раздраженіе при поколачиваніи молоткомъ и, наоборотъ, наличность хорошей реакціи на электрической токъ, а также сохранность и даже живость сухожильныхъ рефлексовъ тѣхъ мышцъ, которыя уже утратили свою механическую прямую возбудимость. Такое неодинаковое отношеніе мышцъ къ внѣшнимъ раздражителямъ, д. б., кроется въ нарушеніи интимнаго строенія ихъ ткани.

Что касается до того, къ какой „формѣ“ міопатіи отнести описываемые случаи, то теперь этотъ вопросъ не ставится такъ остро, какъ прежде; доказана возможность сліянія различныхъ типовъ въ одномъ и томъ же случаѣ, и поэтому каждый данный случай нѣтъ нужды обязательно пытаться относить къ той или иной категоріи. Въ общемъ наши случаи скорѣе всего подходятъ къ такъ наз. ювенильной формѣ *Erb'a*; наличность сведеній присоединяетъ ихъ къ сравнительно недавно отмѣченному подвиду — „міопатіи со сведеніями“.

Въ текущемъ году въ Казанской нервной клиникѣ наблюдался мной еще одинъ больной ¹⁾, представляющій въ кли-

¹⁾ Больной и рѳнтгенограммы кистей его рукъ были продемонстрированы мною въ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 6 апрѣля 1911 г. (по соглашенію съ д-ромъ А. В. Оаворскимъ, заинтересовавшимся гистологическимъ лѣдованіемъ m. tricipitis, вырѣзаннаго у больного).

ническомъ отношеніи полную аналогію и въ общемъ, и въ частностяхъ съ только что описанными двумя случаями. Исторія его болѣзни въ общемъ такова (см. рис. 3).



Рис. 3. Мих. С. Ал—въ (бросается въ глаза приподнятое состояніе надплечій, сведеніе рукъ, стопъ, похуданіе мускулатуры).

Мих. С. Ал—въ, 26 л., холостъ, интеллигентъ; родители живы и здоровы (отецъ—алкоголикъ); у матери — иногда „ревматическія“ боли въ конечностяхъ), оба крѣпкаго сложенія. У матери было 13 дѣтей: отъ 1-го брака 8 (изъ нихъ

7 умерли отъ дѣтскихъ болѣзней до 2-хъ лѣтъ; 1 живъ, ему 28 л., крѣпкій, физически здоровый, находится 3 года въ Казанской окружной психіатрической лечебницѣ), отъ 2-го брака у матери было 5 дѣтей: Мих. С. А.—старшій; 1 дочь умерла 21 г. отъ преждевременныхъ родовъ, была крѣпкая, здоровая; 1 сынъ умеръ 8 мѣсяцевъ отъ кори и пневмоніи; 2 дочери живы—крѣпкія, здоровыя; у старшей 1 ребенокъ (недоносокъ) умеръ черезъ 2 часа по рожденіи, другому 4 г., здоровъ; у младшей дочери недавно были роды въ срокъ, родилась дѣвочка—уродъ безрукій. Т. о. ни у кого изъ родныхъ не было признаковъ болѣзни нашего больного.

Самъ онъ развивался и ростъ правильно; 14-ти лѣтъ упалъ въ училищѣ однажды съ каѳедры, сильно ударившись головой о полъ, и былъ съ минуту безъ сознанія; никакихъ видимыхъ послѣдствій это паденіе не повлекло. 2-хъ лѣтъ перенесъ „простуду“, на 9-мъ году—дифтеритъ; въ дѣтствѣ былъ подвижнымъ, бойкимъ мальчикомъ, принимавшимъ участіе въ играхъ сверстниковъ, отлично бѣгалъ, лазилъ и былъ первымъ „бойцомъ“, не взирая на малый ростъ. Постепенно однако стала развиваться слабость ногъ, рукъ и общая слабость и похуданіе—по словамъ больного съ 14 л., но судя по даннымъ амб. журн. Казанской нервной клиники отъ 12/v 1900 за № 277,—значительно раньше. 15-и лѣтъ онъ уже не могъ бѣгать бѣгомъ и въ школу ѣздилъ на лошади; его состояніе въ то время (1900 г.—на 15-мъ году) было таково (клин. амб. журн.): общее похуданіе мышцъ, особенно на рукахъ; руки поднимаетъ лишь до горизонта; разгибаніе предплечья и сгибаніе кисти ограничено; движенія ногъ ослаблены всѣ, при вставаніи чувство стягиванія въ ногахъ, параличъ (атрофія) т. reponēi. Рефлексы на рукахъ отсутствуютъ, колѣнные слабы ахилловы имѣются; чувствительность на рукахъ разстроена (?), повидимому, по периферич. типу. Въ мышцахъ сохранена фарадическая электровозбудимость (70—75 mm.) $K > A$. Черепные нервы нормальны; ходьба затруднена.

Къ 16 г. руки и ноги еще болѣе ослабѣли и въ нихъ стали замѣтно выражены сведенія; при ходьбѣ пятки не касались уже пола; затѣмъ измѣнилась и конфигурація спины; на 17-мъ году ходилъ съ посторонней поддержкой, но съ 18 лѣтъ сталъ пополнѣе и покрѣпче, могъ лучше ходить;

черезъ 1—2 года состояніе ухудшилось, руки и ноги еще больше ослабѣли и похудѣли. На 19-мъ году втеченіе нѣсколькихъ недѣль ощущалъ боли при ходьбѣ въ щиколкахъ; ни раньше, ни послѣ того никакихъ болѣе не испытывалъ нигдѣ. Лѣтъ съ 20 при ходьбѣ ноги иногда подкашивались и падалъ,—вставалъ съ полу съ большимъ затрудненіемъ; ходилъ съ палкой. На 23-мъ году пополнѣлъ, а потомъ опять началъ худѣть; ходилъ съ трудомъ и быстро утомлялся, послѣ чего ноги тряслись и подкашивались.

Какихъ-либо расстройствъ иного рода не было: отправленія желудочно-кишечнаго канала, мочевого пузыря были въ порядкѣ, аппетитъ, сонъ хороши; легочныхъ заболѣваній одышки, кашля, припадковъ, болѣе головныхъ, ревматическихъ не было; поллюціи съ 16 л., черезъ 2—4 недѣли; coitus нормаленъ.

Status praesens (нерв. клиника 1910—1911 г.). Б. невысокаго роста (150 cnt.), пропорціонально сложенъ; голова нѣсколько велика, причемъ болѣе развита ея лицевая часть, довольно сильно развиты скулы, лицо круглое, широкое, съ толстыми щеками. Вѣсъ за пребываніе въ клиникѣ втеченіе 3 мѣс. поднялся съ 2 п. 26 ф. до 2 п. 35½ ф.

Кожные покровы особенностей не представляютъ, подкожный жирный слой развитъ значительно въ области туловища, отчасти на конечностяхъ (больше въ ихъ центральныхъ отдѣлахъ). Довольно рѣзко выраженъ дермографизмъ (красный, смѣняющійся бѣлымъ).

Приводимыя ниже цифровыя данныя характеризуютъ размѣры нѣкоторыхъ частей тѣла и взаимныя ихъ соотношенія.

Ростъ	150	cnt.
Окружность черепа черезъ glabella и protub. occip. ext.	—	56 cnt.
Окружность черепа черезъ подбородокъ и темя	—	63 —
Разст. между наруж. отверст. ушей черезъ темя (во фронтальной плоскости)	—	36½ —
Разстояніе между крайними точками скулъ	—	14 —

— между наруж. углами глазъ.	—	9	—
— — внутр.	—	3,5	—
Окружность шеи	—	34	—
— туловища на уровнѣ сос-			
ковъ	—	80	—
— — на уров. пупка.	—	81	—
Разстояніе между крайними точками			
плечев. суставовъ	—	32	—
Окружность тѣла на уровнѣ головокъ			
плечев. костей	—	76	—
Наибольшая окружность плеча . . пр. 21	cnt. л. 20,5	—	—
— предплечья на 5 с. ниже			
olecranon	пр. 21	— л. 21	—
Окружность предплечья тотчасъ надъ			
кистевымъ суставомъ	пр. 14	— л. 14,0	—
— на уровнѣ кистев. суст.	пр. 14,3	— л. 14,3	—
Окруж. кисти на уровнѣ головокъ os.			
metacarpī	пр. 19	— л. 18,5	—
Длина сред. пальца руки	пр. 9,8	— л. 9,8	—
Окруж. бедра вверху (на 1 cnt. ниже			
большого вертела)	пр. 50	— л. 50	—
— на 4 cnt. выше patella . . пр.	33,5	— л. 33	—
Окруж. ноги на уровнѣ колѣн. суст.	пр. 31	— л. 31	—
— голени на 8 cnt. ниже patella			
(самая толстая часть голени) . . пр.	28,8	— л. 28,75	—
Окруж. голени внизу, надъ голеностоп.			
суставомъ (самая тонкая часть го-			
лени)	пр. 18	— л. 17	—

Бѣглый *осмотръ* обнаруживаетъ бросающіяся въ глаза неправильности въ положеніи и взаимномъ соотношеніи частей тѣла: голова чуть откинута назадъ и держится прямо, надплечья приподняты—подтянуты постоянно вверхъ, лопатки приподняты и нѣсколько отошли отъ средней линіи; плечи замѣтно отведены отъ туловища; плечо правой руки чуть выстоитъ впередъ и вся рука кажется выдвинутой немного впередъ. Предплечья согнуты по отношенію къ плечу—правое подъ угломъ въ 125° , лѣвое— 130° . Замѣтный лордозъ позвоночнаго столба въ ниже-грудномъ и поясничномъ отдѣлахъ, не исчезающій при положеніи больного

на спинѣ; надъ позвоночникомъ въ его верхне-поясничной и ниже - грудной частяхъ желобообразное продольное углубленіе—отъ vystoянія боковыхъ мягкихъ частей туловища. Голени чуть согнуты; при стояніи пятки не достигаютъ до пола сантиметра на четыре и больной стоитъ, опираясь о полъ лишь пальцами, передней частью стопы и ея передне-наружнымъ краемъ, покрытымъ сильно огрубѣвшей кожей. Стопы при стояніи нѣсколько приведены внутрь и супинированы, носки смотреть немного внутрь (*pes equino varus utr.*).

Мышцулатура не обнаруживаетъ явленій истинной или ложной гипертрофіи нигдѣ, напротивъ, она вся представляетъ большую или меньшую степень похуданія—въ области конечностей и туловища; это похуданіе, отчасти маскирующееся присутствіемъ подкожнаго жирового слоя, нигдѣ не достигаетъ высокой степени, и выражено замѣтнѣе въ области плечевого и тазового пояса, въ верхнемъ отдѣлѣ грудной кѣтки, на плечахъ, бедрахъ; похуданіе носитъ всѣ признаки простой атрофіи мышцъ: фибриллярныхъ сокращеній не замѣтно; всѣ безъ исключенія мышцы реагируютъ довольно хорошо на оба вида тока, реакція довольно живая, $K > A_n$. Фарадическая электровозбудимость выражается такими цифрами (въ миллиметрахъ): *n. facialis* 80—85 mm., *n. medianus* (на плечѣ)—80 mm., мышцы лицевыя 85—90, *m. masseter* 80; mm. *cucullares* 80, *pectorales* 75—80; mm. *sternocleidomastoidei* 90; мышцы плеча и предплечья 70—75—85—90 (*m. biceps sin.* 75, *m. triceps sin.* 80; разгибатели кисти и пальцевъ 70—75, сгибатели—80—90); мышцы кисти 80—85; *rhomboideus*, *latissimus dorsi*, *teres maj.* 55—65; *vastus int.*, *rectus femoris*, *rectus abdominis* 50—60; *biceps femoris*, *peroneus l.* 50; *tibialis ant.*, *extensor halluc.* 80, *extensor dd. comm. brev.* 70, *gastrocnemii* 70.

Мышцы неэластичны, сравнительно съ нормальными представляются вездѣ наощупь болѣе твердыми, плотными; этимъ особенно отличаются мышцы: *temporales*, тыловыя мышцы шеи, *cucullares*, сгибатели предплечья и голени, мышцы предплечій, бедеръ, голеней, сѣдалища; слабѣе это явленіе выражено въ мышцахъ живота, разгибателяхъ предплечій. Эта *плотность мышцъ* представляется весьма своеобразной и очень характерной для рассматриваемой болѣзненной формы: вмѣ-

сто податливой, упругой нормальной мышечной ткани ощущается плотная, кожистая, неупругая ткань.

Въ высшей степени своеобразно и отношеніе мускулатуры къ прямому механическому раздраженію, напр., къ удару молоточкомъ: *прямая механическая возбудимость мышцъ оказывается вездѣ совершенно утраченной* или лишь слабо сохранилась въ *m. extensor dig. commun. brevis* (имѣется, быть можетъ, намекъ и въ *m. gastrocnemius*?)

Еще болѣе интересной клинической особенностью мускулатуры даннаго случая является ея укороченіе, *сведеніе*, замѣчаемое на многихъ отдѣльныхъ мышцахъ и мышечныхъ группахъ; этимъ легко объясняется то своеобразное ненормальное положеніе отдѣльныхъ частей скелета, которое было выше отмѣчено. Это же состояніе мускулатуры главнымъ образомъ обуславливаетъ и то, что пассивныя, а вмѣстѣ съ тѣмъ и активныя движенія различныхъ сегментовъ тѣла представляются болѣе или менѣе значительно ограниченными. Поэтому умѣстно будетъ разсмотрѣть параллельно пассивную и активную подвижность мышечнаго аппарата у больного.

Раскрываніе *рта* пассивно и активно возможно лишь на 2,2 снт.; нѣсколько ограничены движенія нижней челюсти впередъ и въ стороны; напряженіе жевательныхъ мышцъ обладаетъ достаточной силой. Движенія въ области остальныхъ мышцъ, иннервируемыхъ черепно-мозговыми нервами, отъ нормы не уклоняются (имѣется лишь намекъ на легкое ослабленіе мышцъ въ области нижнихъ вѣтвей *p. facialis s.*).— Движенія *шеи* и головы всѣ вообще ограничены пассивно и активно, а въ особенности впередъ (подбородокъ не доходитъ до грудины на 4 снт.; движеніе очень ослаблено), въ стороны и вращеніе около вертикальной оси; эти всѣ движенія сильно и ослаблены; движеніе головы назадъ ограничено и ослаблено немного.

Движенія *надплечій* вверхъ замѣтно ограничены и ослаблены.

Руки. Движенія активныя въ плечевомъ суставѣ сильно ограничены и ослаблены: вверхъ поднимаетъ обѣ руки лишь до горизонта, (пассивное движеніе почти нормально), впередъ— еще менѣе (пассивно—ограничено немного), назадъ сильно ограничено активно и пассивно (лѣвую руку кое-какъ заводитъ за спину, правую не можетъ; движеніе пассивное—не-

много значительнѣе); отъ туловища можетъ отвести руку правую лишь на 60° , а лѣвую—на 45° (пассивно почти также). Въ покоѣ правая рука выстоять немного впередъ, лѣвая виситъ болѣе правильно.

Движенія предплечій всѣ рѣзко ослаблены; они ограничены (активно и пассивно): сгибаніе возможно до 50° предплечья съ плечомъ справа и до 45° слѣва; разгибаніе до 125° справа, до 130° слѣва; супинація также сильно ограничена, пронація—немного.

Кисть: разгибаніе (акт.) кисти съ пальцами, сложенными въ кулакъ, чуть ограничено и немного ослаблено (пассивно почти одинаково), при вытянутыхъ же пальцахъ ограниченіе разгибанія значительно; сгибаніе кисти ограничено больше (въ особенности слѣва) пассивно и активно, и ослаблено сильнѣе, чѣмъ разгибаніе. Боковыя движенія пассивно и активно нѣсколько ограничены (особенно отведеніе лѣвой кисти) и немного ослаблены.

Пальцы въ кулакъ сжимаетъ свободно (сила по динамометру справа 16 kilo, слѣва 14 kilo, но въ общемъ она значительнѣе, такъ какъ больной не вполне охватываетъ приборъ); приведеніе и отведеніе достаточны по объему, но слабы; разгибаніе пальцевъ немного ограничено—это замѣтнѣе на крайнихъ фалангахъ—активно и пассивно.

Движенія *туловища* ослаблены; они ограничены впередъ, сильно—взадъ и въ бока. Дыханіе брюшное, довольно поверхностное.

Ноги: Сидя, голень выпрямляетъ недостаточно (120° между перед. поверхностью бедра и голени), колѣни не доводитъ до соприкосновенія на 2 см. (пассивно это возможно—съ нѣкоторымъ усиліемъ); отведеніе бедеръ ограничено пассивно и активно; сила приведенія и отведенія бедеръ значительно ослаблена (особенно праваго). Стопы свѣшиваются носкомъ сильно внизъ и отчасти внутри; движеніе стопъ вверхъ сильно ограничено активно и пассивно, ослаблено, внизъ—почти нормально по объему и достаточно по силѣ, внутрь ограничено, внаружи—отсутствуетъ. Движеніе пальцевъ ногъ почти достаточно.

Лежа, поднимаетъ вытянутую ногу лишь на нѣсколько сантиметровъ отъ постели, и то слабо, съ большимъ трудомъ (пассивно можно поднять выше); при согнутой голени подни-

масть бедро вверхъ лучше—на 80° надъ горизонтомъ; отводить ногу отъ средняго положенія на 50° — 60° , (пассивно нѣсколько больше), приводитъ слабо, недостаточно—лишь до другой ноги и то съ усиліемъ (пассивно—немного больше). Сгибаетъ голень до 80° , (активно и пассивно), слабо; разгибаніе голени (активно и пассивно) нѣсколько ограничено и ослаблено (на 165°); подошвенное сгибаніе стопъ нормально по силѣ и объему, разгибаніе—ничтожно.

Въ извѣстныхъ предѣлахъ *пассивныя* (по большей частью и активныя) движенія различныхъ сегментовъ тѣла совершаются свободно, а дальше—возникаетъ непреодолимое механическое препятствіе въ видѣ напряженныхъ контрактурированныхъ мышцъ.

Такимъ образомъ наибольшая мышечная слабость обнаружена въ мышцахъ шеи, мышцахъ, движущихъ плечо, предплечье, бедро, разгибающихъ и отводящихъ стопу.

Сидѣть въ постели съ вытянутыми ногами не можетъ (мѣшаютъ сведенія мышцъ сѣдалищной области): долженъ ихъ сначала спустить съ помощью рукъ съ кровати и потомъ также съ помощью рукъ сѣсть. Встаетъ съ кровати также съ помощью рукъ, упираясь ими о бедра или о кровать. Стоитъ хорошо, но долго (минуть 30) стоять не можетъ (прислонившись къ чему-либо, стоять часами—по его словамъ); ходитъ медленно, переваливаясь съ боку на бокъ, опираясь на пальцы, передній отѣлъ и наружный край стопы; по ровному мѣсту проходить съ трудомъ сажень 50; при неровностяхъ пола, или земли падаетъ; ноги иногда подкашиваются при ходьбѣ; самъ съ полу встать не въ состояніи; послѣ стоянія ноги идутъ свободнѣе, а послѣ продолжительнаго сидѣнія—хуже. Еще хуже подниматься въ гору или по лѣстницѣ: долженъ поддерживаться руками за перила (такъ лѣтъ съ 17-ти); еще труднѣе спускаться по лѣстницѣ—спускается „задомъ“, держась руками за перила, или „бокомъ“, опираясь на палку; при этомъ ноги подкашиваются еще сильнѣе. Стоять на колѣнахъ не можетъ. При волненіи ноги и руки по большей части трасутся и ходьба ухудшается (иногда наоборотъ). Послѣ ваннъ и бани чувствуетъ себя легче и ходитъ посвободнѣе; также было и послѣ послѣ пребыванія на тинаксихъ грязяхъ (въ 1905, 1907, 1908 и 1910 г.г.)—непродолжительное и очень незначительное улучшеніе.

Рефлексы сухожильные на рукахъ совсѣмъ не вызываются, колѣнные—слабые, Ахилловы — живые. При тактильномъ раздраженіи кожи подошвы происходитъ тыльное разгибаніе большого пальца, которое или вдругъ, или медленно прекращается; при этомъ другіе пальцы слабо разгибаются, тыльно разгибается стопа, сгибается бедро; на лѣвой ногѣ это явленіе выражено яснѣе. Рефлексъ на m. sternalis оч. слабъ, брюшной не вызывается. Ригидности мышцъ, разстройства тазовыхъ органовъ, зрачковыхъ рефлексовъ, чувствительности—нѣтъ; атаксія и произвольныхъ движеній нѣтъ, рѣчь, глотаніе, жеваніе удовлетворительны.

Костякъ и суставы замѣтныхъ уклоненій не представляютъ; на рентгенограммѣ съ локтевыхъ суставовъ и окружающихъ костей можно усмотрѣть утонченіе компактной части діафиза предплечья, особенно праваго.

Фибриллярныхъ сокращеній въ мышцахъ нѣтъ. Gl. thyreoidea прощупывается, немного увеличена и значительно плотна.

Общее состояніе здоровья представляется вполне удовлетворительнымъ: аппетитъ, сонъ, стулъ, выведеніе мочи, t^0 , состояніе внутреннихъ органовъ уклоненій не представляютъ; моча не содержитъ бѣлка, сахара и цилиндровъ; суточное количество ея 1200—1500 сс., уд. в. 1020—1022.—Болевыхъ ощущеній не испытываетъ нигдѣ, голова не болитъ, не кружится; сердцебиенія обыкновенно не ощущаетъ, нѣтъ и повышенной потливости; одышка лишь при движеніяхъ, требующихъ большого напряженія силъ; самочувствіе порядочное, психическія отправления не нарушены; почеркъ не измѣненъ, можетъ писать довольно долго.

Въ клиникѣ больной пользовался теплыми ваннами, фарадизаціей, массажемъ, усиленнымъ питаніемъ и получилъ 20 впрыскиваній фибролизина (по 2,0 черезъ день, безъ побочныхъ явленій). Втеченіе 3 мѣсяцевъ общее состояніе больного улучшилось, вѣсъ его возросъ на $9\frac{1}{2}$ фунтовъ, какъ будто и размѣры пассивной подвижности членовъ стали чуть побольше, но въ общемъ всѣ болѣзненные явленія остались тѣми же, какихъ-либо замѣтныхъ перемѣнъ въ состояніи больного за это время не происходило.

Медленное и прогрессирующее развитіе страданія съ отроческаго возраста, характерныя особенности его клинической картины, отношеніе атрофированной мускулатуры къ электрическому току (*amyotrophia simplex*)—съ несомнѣнностью говорятъ здѣсь за протопатическую мышечную атрофію, за міопатію—*dystrophia musculorum progressiva* ювенильнаго типа.

Особенностью данного случая, также какъ и двухъ первыхъ I. и С. К.—нѣ, является своеобразное состояніе мускулатуры скелета: ея плотность (фиброзная), наклонность къ образованію сведеній во всей почти мускулатурѣ (туловище, конечности, жевательныя мышцы)—и въ сгибателяхъ, и въ разгибателяхъ (въ меньшей степени); далѣе—утрата прямой механической возбудимости мышцъ и ихъ эластичности—при удовлетворительной реакціи на электрическій токъ (имѣется лишь незначительное пониженіе фарад. возбудимости гл. обр. *m. peroneus l.*, мышцахъ бедеръ, туловаща, отчасти въ экстензорахъ рукъ). Наконецъ, повидимому, и костяхъ пострадалъ немного въ своемъ питаніи.

Не возбуждая т. о. никакихъ сомнѣній относительно своего основного характера, эти случаи заслуживаютъ того, чтобы подробнѣе остановиться на отмѣченныхъ ихъ особенностяхъ и разобратъ въ нихъ съ точки зрѣнія общаго патогенеза міопатіи.

(Окончаніе слѣдуетъ).

РЕФЕРАТЫ.

НЕРВНЫЯ БОЛѢЗНИ.

К. Weiler. Изслѣдованія колѣннаго рефлекса у людей. Untersuchungen an Knieschnereflexes bei Menschen. Zeitschr. für die gesam. Neurol. und Psychiatrie. Bd. I, (1910).

Методы, которые до сихъ поръ были предложены для изслѣдованія пателлярнаго рефлекса представляютъ, по мнѣнiю *Weiler*'а цѣлый рядъ крупныхъ недостатковъ; что бы по возможности избѣжать ихъ, онъ соорудилъ собственный аппаратъ, съ помощью котораго, посредствомъ графическаго метода, удастся съ достаточной точностью регистрировать или движеніе ноги, или же самое сокращеніе *musc. quadriceps femoris*.

На основаніи анализа многочисленныхъ кривыхъ, полученныхъ съ помощью своего аппарата, *Weiler* дѣлаетъ слѣдующія обобщенія и выводы:

1—3) Продолжительность рефлекса [Reflexzeit] колеблется у здоровыхъ субъектовъ отъ 0,05 до 0,07 сек.

4) У одного и того же лица при одинаковой силѣ раздраженія рефлекторное движеніе не всегда бываетъ одинаково сильнымъ.

5) Вліяніе стрихнина на форму кривыхъ проявляется въ томъ, что продолжительность рефлекса уменьшается, а размахъ движенія увеличивается.

6) Принятый внутрь бромъ удлинняетъ продолжительность рефлекса и уменьшаетъ размахъ движенія.

7) Послѣ продолжительной прогулки можно было констатировать незначительное замедленіе рефлекса и нѣкоторое уменьшеніе размаха движенія.

8) У субъектовъ, страдающихъ истеріей, продолжительность рефлекса часто менѣе средняго, быстрота же и величина движенія увеличены.

9) Подобныя же особенности наблюдаются и въ нѣкоторыхъ случаяхъ эпилепсіи.

10) Кривыя, получаемыя при маниакально-депрессивномъ психозѣ отличаются большимъ разнообразіемъ. Не разъ наблюдалось уменьшеніе продолжительности рефлекса; при состояніяхъ маниакальнаго или депрессивнаго ступора обыкновенно имѣется замедленіе рефлекса.

11) При прогрессивномъ параличѣ встрѣчаются кривыя самаго разнообразнаго характера; у однихъ больныхъ продолжительность рефлекса значительно увеличена, размахъ невеликъ, у другихъ же имѣется уменьшеніе продолжительности рефлекса.

В. Лихницкій.

J. Pfahl. Графическое изображеніе двигательныхъ процессовъ, особенно при колѣнныхъ рефлексахъ. Ueber die graphische Darstellung von Bewegungsvorgängen, ins besonderen des Patellarreflexes. Zeitschr. für d. ges. Neurol. und Psychiatrie. Bd. I, s. 502 (1910).

Pfahl отмѣчаетъ, что при точномъ изученіи пателлярнаго рефлекса съ помощью графическихъ кривыхъ нужно имѣть въ виду то обстоятельство, что при изслѣдованіи даннаго рефлекса въ сидячемъ положеніи приходится учитывать не только эффектъ сокращенія мышцъ, явленіе рефлекторнаго характера, но считаться и съ вліяніемъ тяжести, земедляющей разгибательныя движенія ноги и ускоряющей сгибаніе. За первымъ, рефлекторнымъ сгибательнымъ движеніемъ слѣдуетъ рядъ маятникообразныхъ движеній, уже не имѣющихъ рефлекторнаго характера и зависящихъ отъ чисто физическихъ свойствъ мышцъ—отъ ихъ эластичности; движенія эти можно наблюдать и на трупѣ.

Для записыванія пателлярнаго рефлекса Sommer'омъ, Pandu и Weiler'омъ были предложены спеціальныя приборы, но всѣ они имѣютъ рядъ существенныхъ недостатковъ; однимъ изъ наиболѣе важныхъ это то, что всѣ они предназначены для записыванія рефлекса въ сидячемъ положеніи.

Чтобы исключить дѣйствіе тяжести Pfahl, предложилъ записывать движенія ноги у субъекта, находящагося въ лежащемъ положеніи, и руководствуясь этимъ соображеніемъ и конструировалъ свой аппаратъ.

Къ работѣ приложенъ рядъ кривыхъ, полученныхъ съ помощью этого аппарата; одна изъ нихъ получена у здоро-

выхъ лицъ, другіе относятся къ различнымъ заболѣваніямъ, сопровождающимся повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ.

В. Лихницкій.

П С И Х І А Т Р І Я.

A. Kronfeld. Къ вопросу объ изученіи Вассермановской реакціи и ея распознавательномъ значеніи въ психіатріи. *Beitrage zur Studium der Wassermanschen Reaction und ihrer diagnostischen Anwendung in der Psychiatrie. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psychiatrie. Bd. I, s. 376 (1910).*

Первая часть статьи посвящена описанію методики Вассермановской реакціи и разбору теорій, предложенныхъ для объясненія ея механизма, вторая содержитъ клиническія данныя.

Въ 310 случаяхъ Kronfeld изслѣдовалъ cerebro-спинальную жидкость, въ 158—кровь, при чемъ производилъ не только реакцію по методу Wasserman'a, но примѣнялъ и модификацію Landsteiner'a, а такъ же и предложенный Dungen's'омъ методъ, предназначенный спеціально для изслѣдованія cerebro-спинальной жидкости. Параллельно съ этимъ онъ опредѣлялъ содержаніе бѣлка въ cerebro-спинальной жидкости и число лимфоцитовъ.

Изъ различныхъ заболѣваній первое мѣсто въ его наблюденіяхъ по числу случаевъ занимаетъ прогрессивный параличъ; относящіеся сюда случаи авторъ разбилъ на двѣ группы; въ первой существованіе прогрессивнаго паралича было установлено съ несомнѣнностью уже на основаніи однихъ клиническихъ данныхъ, во второй діагнозъ оставался не выясненнымъ.

Изъ 63 случаевъ первой группы изслѣдованіе cerebro-спинальной жидкости въ 60 дало положительный результатъ, въ 2-хъ—вѣроятный, и только въ 1 получена отрицательная реакція.

У 43 больныхъ второй группы [у нѣкоторыхъ изъ нихъ дальнѣйшее наблюденіе подтвердило предположеніе о существованіи прогрессивнаго паралича, тогда какъ въ остальныхъ оно обнаружило существованіе другихъ заболѣваній] данныя Вассермановской реакціи, которая производилась при помѣ-

щеніи больныхъ, въ большинствѣ случаевъ соотвѣтствовали даннымъ, полученнымъ позднѣе.

Интересно отмѣтить то обстоятельство, что изслѣдованіе cerebro-спинальной жидкости при различныхъ вторичныхъ и третичныхъ проявленіяхъ сифилиса обыкновенно даетъ отрицательные результаты; такъ изъ 20 случаевъ положительный результатъ былъ полученъ только въ 2-хъ (по модификаціи Dungen'a), да еще 1 далъ сомнительную реакцію (по Wasserman'у).

Въ 202 случаяхъ функціональных психозовъ и различныхъ органическихъ заболѣваній не специфическаго характера положительная реакція получилась только въ 13 случаяхъ, въ 6—спорная.

Обсуждая вопросъ о зависимости между Wasserman'овской реакціей и лимфоцитозомъ cerebro-спинальной жидкости, авторъ говоритъ, что онъ не можетъ присоединиться къ мнѣнію нѣкоторыхъ изслѣдователей, полагающихъ, что между этими явленіями никакого параллелизма не существуетъ; строгаго параллелизма правда онъ не наблюдалъ, но все-таки, обычно существованіе положительной Вассермановской реакціи совпадаетъ съ наличностью болѣе или менѣе ясно выраженаго лимфоцитоза. Что касается процентнаго содержанія бѣлка и наличности положительной Wasserman'овской реакціи, то параллелизмъ между этими явленіями наблюдается только при прогрессивномъ параличѣ, при остальныхъ же заболѣваніяхъ установить какую-либо зависимость между ними не удается.

В. Лихницкій.

Т Е Р А П І Я.

H. Schnitzer. Къ современному положенію вопроса о леченіи эпилепсіи. Zum gegenwärtigen Stande der Epilepsiebehandlung. Zeitschr. für d. gesamt. Neurol. und Psych. Bd. II, s. 77 (1910).

Мѣры, предложенныя до сихъ поръ для борьбы съ эпилепсіей, авторъ дѣлитъ на 4 группы: 1) гигиеническіе, діететическіе и физическіе методы леченія, 2) органо-и серотерапія, 3) лекарственное и 4) хирургическое леченіе.

На мѣропріятіяхъ, относящихся къ 1-й и 2-й группѣ, авторъ останавливается недолго, ограничиваясь замѣчаніями общаго характера. Большая часть статьи посвящена обзору

лекарственного леченія, основой котораго являются различные препараты брома, не смотря на многочисленные попытки замѣнить его другими средствами. А такъ какъ хирургическое вмѣшательство является возможнымъ сравнительно рѣдко, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ бромъ остается существеннымъ элементомъ леченія.

При примѣненіи брома необходима строгая индивидуализація; авторъ высказывается противъ высокихъ дозъ, предложенныхъ Gowers'омъ (8,0 pro die) и Féré (12,0—20,0); въ большинствѣ случаевъ доза 3,0 pro die оказывается достаточной, а если число припадковъ не уменьшается подъ вліяніемъ 6,0 pro die, то обычно и большія дозы не оказываютъ вліянія.

Методъ Riehet и Toulouse трудно примѣнимъ на практикѣ, вслѣдствіе того непреодолимаго отвращенія въ несоленой пищѣ, которое рано или поздно появляется почти у всѣхъ больныхъ.

Изъ новыхъ препаратовъ наиболѣе пригодными по мнѣнію Schnitzer'a являются Bromipin, Sabromin и Neuronal, дающие, повидимому, меньше непріятныхъ побочныхъ явленій, чѣмъ kal. bromat.

Хорошіе результаты получалъ авторъ и при примѣненіи предложенной проф. Бехтеревымъ комбинація брома съ Infus. Adon. vernal.

Хирургическому леченію эпилепсіи (рефлекторная, травматическая, Jackson'овская форма) авторъ удѣляетъ сравнительно мало мѣста.

В. Лихницкій.

A. Sézary. Леченіе парасифилитическихъ нервныхъ заболѣваній. Traitement pathogénique des affections parasymphilitiques. Presse Médicale, 1910, № 3.

Развитіе tabes'a и прогрессивнаго паралича начинается, по мнѣнію автора, сифилитическимъ менингитомъ, появляющимся во вторичномъ періодѣ одновременно съ кожными поражениями; единственнымъ проявленіемъ этого менингита представляетъ лимфоцитозъ cerebro-спинальной жидкости. Этотъ ранній, скрыто протекающій, менингеальный процессъ и влечетъ за собой впоследствии развитіе такъ называемыхъ парасифилитическихъ заболѣваній—tabes'a и прогрессивнаго паралича.

Анатомическія измѣненія, которыя наблюдаются въ болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ случаяхъ *tabes dorsalis*—это измѣненія заднихъ корешковъ, влекущія за собой склерозъ заднихъ столбовъ, и, наконецъ, хроническій, обыкновенно не рѣзко выраженный менингитъ. Согласно послѣднимъ работамъ процессъ, поражающій задніе корешки, и состоящій въ атрофіи нервныхъ волоконъ и развитіи интерстиціальной ткани, является первичнымъ, и измѣненія заднихъ столбовъ нужно разсматривать какъ его послѣдствія. Менинго-энцефалитъ прогрессивнаго паралича характеризуется, кромѣ измѣненій сосудовъ, атрофіей и исчезновеніемъ кортикальныхъ нервныхъ клѣтокъ и обильнымъ разрастаніемъ невроглии. Такимъ образомъ, какъ при *tabes*'ѣ, такъ и при прогрессивномъ параличѣ мы имѣемъ атрофію нервныхъ элементовъ, сопровождающуюся развитіемъ склероза. Но всѣ эти измѣненія для Sezary являются вторичными, послѣдствіемъ менингеальнаго процесса; въ развитіи этихъ заболѣваній онъ предлагаетъ различать два періода: первый—претабетическій и препаралитическій, въ которомъ измѣненія нервныхъ элементовъ и развитіе склероза еще не наступило, и второй, собственно табетическій и паралитическій, въ которомъ и появляются характерные симптомы этихъ заболѣваній.

Неудачные результаты ртутнаго леченія при *tabes*'ѣ и прогрессивномъ параличѣ авторъ объясняетъ тѣмъ, что леченіе начинается слишкомъ поздно, когда уже образовались стойкія склеротическія измѣненія. Ртуть же, какъ извѣстно, оказывается дѣйствительною при разлитыхъ и локализованныхъ воспалительныхъ процессахъ сифилитическаго характера, но совершенно безсильна противъ вторично развивающихся склерозныхъ измѣненій. Поэтому леченіе *tabes*'а и прогрессивнаго паралича авторъ предлагаетъ начинать еще во время вторичнаго періода сифилиса, при появленіи менингита; что ртуть оказываетъ несомнѣнное вліяніе на развитіе раннихъ менингеальныхъ явленій, показываетъ исчезновеніе лейкоцитовъ въ cerebro-спинальной жидкости послѣ энергичнаго ртутнаго леченія. Правда, нерѣдко этотъ менингитъ исчезаетъ и безъ всякаго леченія, но онъ можетъ принять и хроническое теченіе и вызвать развитіе уже непоправимыхъ измѣненій въ заднихъ корешкахъ. И леченіе можетъ быть

успѣшнымъ только тогда, когда оно начато въ претабетическомъ и препаралитическомъ періодѣ. *В. Лихницкій.*

Г. И. Маркеловъ. Органотерапія нервныхъ заболѣваній. Терапевтическое Обозрѣніе, 1911, № 13.

Во введеніи авторъ даетъ краткій обзоръ современнаго состоянія вопроса о внутренней секреціи; онъ приводитъ теоріи, предложенныя для объясненія механизма взаимодѣйствія отдѣльныхъ железъ и отмѣчаетъ ту громадную роль, которую играетъ внутренняя секреція въ нормальномъ обмѣнѣ веществъ и въ возникновеніи цѣлаго ряда заболѣваній.

Изъ отдѣльныхъ нервныхъ заболѣваній авторъ останавливается на Базедовой болѣзни, микседемѣ, акромегалии, тетаніи, эклампсіи, дрожательномъ параличѣ, міастеніи, мигрени, неврозахъ, склеродерміи и одервенѣлости позвоночника. Отмѣчая ту роль, которую играютъ въ возникновеніи этихъ заболѣваній нарушение дѣятельности железъ съ внутренней секреціей, авторъ указываетъ, что во многихъ случаяхъ въ развитіи отдѣльныхъ заболѣваній принимаютъ участіе не одна, а двѣ или нѣсколько железъ, и такимъ образомъ эти заболѣванія являются полигландулярными, такъ что и органотерапія данныхъ заболѣваній должна быть комбинированной.

Свою статью авторъ заканчиваетъ слѣдующими строками: „Ученіе о внутренней секреціи выяснило намъ нѣкоторыя клиническія формы, казавшіяся до сихъ поръ загадочными; оно несомнѣнно сниметъ завѣсу и съ нѣкоторыхъ проявленій уже извѣстныхъ болѣзненныхъ формъ. Число загадочныхъ невродовъ мало-по-малу убываетъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ ученіе о внутренней секреціи даетъ намъ и богатую почву для терапіи вышерассматриваемыхъ заболѣваній“.

В. Лихницкій

РЕЦЕНЗІЯ.

Прив.-доц. А. Н. Вернштейнъ. Клиническіе приемы психологическаго изслѣдованія душевно-больныхъ. Опытъ экспериментально-клинической семіотики интеллектуальныхъ разстройствъ. Съ 26 рис. въ текстѣ и IX таблицами на отдѣльныхъ листахъ. Изд. студенческой медиц. изд. комиссіи имени Н. И. Пирогова. Москва. 1911 г. Ц. 1 р. 25 к.

Книжка А. Н. Бернштейна состоитъ изъ введенія, методики и частной семіотики. Во введеніи авторъ указываетъ на настоятельную необходимость въ настоящее время пользоваться при изслѣдованіи душевно-больныхъ методами экспериментальной психологіи. Во второй части онъ излагаетъ эти методы, отчасти принадлежащіе ему самому; авторъ рекомендуетъ методику, доступную для примѣненія въ любой больницѣ, и это является существенной его заслугой; главнымъ образомъ разработана методика изслѣдованія интеллектуальныхъ процессовъ; изслѣдованіе эмотивной и волевой дѣятельности разработано въ меньшей степени, что, впрочемъ, не можетъ быть поставлено серьезнымъ упрекомъ автору. Въ третьей части излагается характеристика ряда душевныхъ заболѣваній, обслѣдованныхъ съ примѣненіемъ методовъ автора. Недочетъ изданія заключается въ неотчетливости мелкихъ рисунковъ, тѣмъ же недостаткомъ грѣшатъ и отдѣльныя таблицы; недочеты отчасти окупаются недорогой цѣной книжки, которой, въ виду ея вышеуказанныхъ положительныхъ качествъ, желаемъ распространенія. В. О.

ХРОНИКА И СМѢСЬ.

— Въ Психо-Неврологическомъ Институтѣ вакантна должность ассистента и прозектора при кафедрѣ нормальной анатоміи. Врачей, желающихъ занять указанную должность просятъ направлять заявленія съ *curriculum vitae* въ канцелярію Психо-Неврологическаго Института (СПБ., Невскій 104).

— Совѣщаніе председателей губернской и уѣздныхъ земскихъ Управъ Московской губ. въ засѣданіи 14-го іюня обсуждало вопросъ о возложеніи на обязанность Земствъ дѣла призрѣнія душевно-больныхъ арестантовъ. Совѣщаніе, признавъ, что замскія больничныя заведенія совершенно не приспособлены для содержанія какихъ бы ни было больныхъ арестантовъ, высказалось за необходимость возбужденія земскими Управами ходатайства объ освобожденіи Земствъ отъ такой обязанности («Русскій Врачъ», № 27).

— Московскій Неврологическій Институтъ почти вполне оборудованный, въ значительной степени на частныя пожертвованія, не можетъ приступить къ работамъ изъ-за безучастнаго отношенія къ нему министерства народнаго просвѣщенія. Давно уже составленъ проектъ устава Неврологическаго Института, какъ самостоятельнаго учено-учебнаго учрежденія при Московскомъ университетѣ, выработаны и штаты Института, но представленіе объ утвержденіи устава и штатовъ находится въ канцеляціи министерства безъ движенія. Еще въ апрѣлѣ проф. В. К. Ротъ обращался въ министерство черезъ ректора университета съ ходатайствомъ, чтобы дѣлу данъ былъ ходъ, и на содержаніе Института отпущена была бы необходимая сумма, но никакого отвѣта до сихъ поръ не получено. Въ настоящее время В. К. Ротъ рѣшилъ вновь подать черезъ ректора докладную записку, въ которой будетъ повторена просьба объ утвержденіи положенія Неврологическаго Института и объ отпускѣ хотя бы въ ограниченномъ размѣрѣ штатнаго содержанія на 1-й годъ (Врачебная Газета № 27).

— Редактируемый проф. В. М. Бехтеревымъ «Вѣстникъ психологіи, криминальной антропологіи и гипнотизма» перешелъ въ вѣдѣніе Психо-нейрологическаго Института и становится оффиціальнымъ органомъ этого Института, оставаясь при прежней редакціи (Русскій Врачъ № 28).

— При городскихъ психіатрическихъ больницахъ не имѣется специальныхъ отдѣленій для помѣщенія въ нихъ психически заболѣвающихъ дѣтей. Полицейскія власти оказываются нерѣдко въ весьма затруднительномъ положеніи, когда является настоятельная необходимость въ помѣщеніи въ психіатрическую больницу душевно-больного ребенка. Вслѣдствіе этого спб. градоначальникъ обратился къ городскому головѣ съ просьбой принять мѣры къ открытію при городскихъ психіатрическихъ больницахъ специальныхъ отдѣленій для малолѣтнихъ или къ постройкѣ особаго заведенія для слабоумныхъ и душевно-больныхъ дѣтей (Врачебная Газета № 30).

— Московская губернская земская управа возбудила ходатайство предъ министерствомъ внутреннихъ дѣлъ о возмѣщеніи правительствомъ Земству $\frac{1}{2}$ расходовъ по содержанію душевно-больныхъ въ психіатрической Покровской лечебницѣ и объ оказаніи пособія на устройство недостающаго числа коекъ для удовлетворенія лечебной помощи душевно-больнымъ Московской губ. Въ настоящее время Земство оказываетъ помощь приблизительно 1500 душевно-больнымъ. Расходы Земства на психіатрію по смѣтѣ 1911 г. исчислены въ суммѣ 343002 руб., что составляетъ 16,8% общаго бюджета губернскаго Земства. Расходуя въ настоящее время около 17% общегубернскаго бюджета, Земство не можетъ дѣлать значительныхъ дальнѣйшихъ ассигновокъ изъ своихъ средствъ на дѣло призрѣнія душевно-больныхъ въ губерніи. Помимо указанія на непосильные для Земства расходы на призрѣніе душевно-больныхъ, Управа свое ходатайство мотивируетъ еще тѣмъ обстоятельствомъ, что Московское Земство не получило отъ попечительнаго Совѣта бывшаго Приказа общаго призрѣнія психіатрической больницы, ни капиталовъ на дѣло призрѣнія душевно-больныхъ, а, между тѣмъ, къ нему предъявляются всѣ требованія, исполненіе которыхъ лежало на обязанности Приказа, какъ-то: содержаніе осужденныхъ больныхъ, призрѣніе больныхъ, признанныхъ въ общежитіи опасными, призрѣніе лицъ неизвѣстнаго званія, иныхъ губерній и пр. Наконецъ, основаніемъ къ ходатайству о пособіи служить изданный въ 1879 г. законъ о субсидіяхъ Земствамъ въ размѣрѣ 50% дѣйствительно произво-

димыхъ расходовъ на устройство психіатрическихъ учреждений (Русскій Врачъ, № 31).

Насъ просятъ напечатать положеніе о преміи имени потомственнаго почетнаго гражданина Льва Петровича Кузнецова при Императорскомъ Томскомъ Университетѣ. 1. При Императорскомъ Томскомъ Университетѣ учреждается премія изъ процентныхъ денегъ съ капитала въ 24441 руб. 25 коп., завѣщанныхъ потомственнымъ почетнымъ гражданиномъ Л. П. Кузнецовымъ и хранящихся въ числѣ специальныхъ средствъ Императорскаго Томскаго Университета. 2. Согласно волѣ завѣщателя, премія выдается за лучшія печатныя на русскомъ языкѣ сичиненія по исторіи, антропологии и соціологіи Сибири. Примѣчаніе: Къ сочиненіямъ по соціологіи Сибири относятся всѣ сочиненія, посвященныя изслѣдованію общественныхъ явленій въ жизни Сибирскаго населенія. Если сочиненіе историческаго содержанія написано на основаніи необнародованнаго сырого матеріала, то желательнѣе, чтобы по возможности, важнѣйшіе изъ этихъ матеріаловъ въ рукописи или печатномъ видѣ были приложены къ сочиненію. 3. Къ конкурсу допускаются сочиненія, вышедшія въ свѣтъ не ранѣе какъ за пять лѣтъ до присужденія преміи. 4. Размѣръ преміи опредѣляется—полный въ 1500 руб. и половинный въ 700 руб. 5. Если въ назначенный срокъ премія не будетъ присуждена, то накопившіеся проценты присоединяются къ капиталу. 6. Премія присуждается черезъ каждые два года. При присужденіи преміи соблюдается слѣдующая очередь: одинъ разъ присуждается премія за сочиненіе по исторіи Сибири, другой разъ за сочиненіе по антропологии или соціологіи Сибири; первое присужденіе преміи состоится 22 октября 1902 г. за сочиненіе по исторіи Сибири, въ слѣдующій срокъ, т. е. 22 октября 1904 г., премія будетъ присуждена за сочиненіе по антропологии или соціологіи Сибири и т. д. 7. Лица, желающія конкурировать на соисканіе преміи, должны представить свои сочиненія въ количествѣ не менѣе 10 экземпляровъ въ Совѣтъ Императорскаго Томскаго Университета не позже какъ за годъ до присужденія преміи. 8. Каждый разъ за два года до присужденія преміи Совѣтомъ Императорскаго Томскаго Университета избирается коммиссія по присужденію преміи изъ 5 человѣкъ. Примѣчаніе: Предсѣдателя коммиссія избираетъ изъ своей среды сама. 9. Коммиссія, ознакомившись съ содержаніемъ конкурирующихъ на премію сочиненій, распредѣляетъ ихъ между своими членами для написанія подробныхъ рецензій; написаніе такихъ рецензій можетъ быть поручено и ученымъ, не принадлежащимъ къ составу Коммиссіи. Рецензіи печатаются въ «Извѣстіяхъ Императорскаго Томскаго

Университета». 10. Рецензіи должны быть представлены къ 1 сентября. 11. По полученіи рецензій Коммиссія постановляетъ свое рѣшеніе о присужденіи преміи. 12. Постановленіе Коммиссіи, въ формѣ подробнаго отчета, утверждается Совѣтомъ Императорскаго Томскаго Университета. Этотъ отчетъ читается на публичномъ актѣ Университета 22 октября и печатается въ Извѣстіяхъ Университета. 13. Рецензенты могутъ быть награждаемы медалями по постановленію Совѣта Императорскаго Томскаго Университета. 14. Краткій отчетъ присужденія преміи, а равно и вѣщеніе о слѣдующемъ срокѣ ея присужденія публикуются во всеобщее свѣдѣніе въ столичныхъ и Сибирскихъ газетахъ; кромѣ того объявленія эти рассылаются въ учебныя учрежденія и высшія учебныя заведенія. 15. Расходы по изготовленію медалей для рецензентовъ, по напечатанію рецензій и отчета о присужденіи преміи, а также по публикаціи объявленій о преміи—относятся на счетъ остатковъ процентныхъ денегъ съ зивѣшаннаго Л. П. Кузнецовымъ капитала, за вычетомъ стоимости преміи. Могущій и послѣ этого оказаться излишекъ присоединяется къ капиталу. 16. Въ случаѣ значительнаго увеличенія капитала отъ присоединенія накопившихся, согласно §§ 15 и 5, процентовъ Совѣту Императорскаго Томскаго Университета предоставляется право увеличить число премій или сократить промежутки между присужденіями премій.

— Въ больницѣ для душевно-больныхъ «St. Pierre» въ Marseille'ѣ зарегистрировано 27 холерныхъ случаевъ, въ томъ числѣ 12 со смертнымъ исходомъ (Русскій Врачъ № 32).

— Находящаяся въ больницѣ Николая Чудотворца на излеченіи психически-больная жена рабочаго Пелагея Дрожжина, 31 г., воспользовавшись слабостью надзора за больными, спряталась во время прогулки за деревомъ въ больничномъ саду. Когда въ саду никого не осталось, она забралась на дерево и по вѣткѣ спустилась на каменную стѣну, отдѣляющую больничный садъ отъ набережной Мойки. Со стѣны Дрожжина спрыгнула на тротуаръ набережной, а затѣмъ бросилась въ рѣку. Это замѣтилъ постовой городской и извлекъ ее еще живой изъ воды. Дрожжина отправлена въ пріемный покой при больницѣ Св. Николая Чудотворца (Врачебная Газета № 32).

— 28-го августа въ Петербургѣ состоялась закладка зданія психіатрической клиники Психо-Неврологическаго Института на Высочайше дарованномъ Институту участкѣ земли въ мѣстности «Царскій городокъ» за Невской заставой. Психіатрическая клиника сооружается на средства д-ровъ М. Г. Гольдмана и Д. Д. Билинкса. Она рассчитана на 50 кроватей и обойдется около

100,000 р. При клиникѣ будетъ обширная аудиторія на 300 человекъ. Кромѣ сооружаемой психіатрической клиники, при Институтѣ уже построены экспериментальный клинический институтъ для леченія алкоголиковъ и клиника для эпилептиковъ. Клиники эти, сооруженныя на средства министерства финансовъ внутреннихъ дѣлъ и на частныя пожертвованія, явятся вспомогательными учреждениями при открываемомъ въ текущемъ году при Институтѣ медицинскомъ факультетѣ (Врач. Газета № 36).

— Въ Московскій Университетъ назначены профессорами: на кафедре нервныхъ болѣзней—экстраординарный проф. Томскаго Университета В. А. Муратовъ и на кафедре глазныхъ болѣзней — бывший проф. Одесскаго Университета С. С. Головинъ. Юрьевскій проф. В. О. Чижевскій предложеніе Министерства занять первую изъ этихъ кафедръ, какъ мы слышали, отклонилъ (Русскій Врачъ № 34).

— Собравшемуся въ августѣ Пермскому губернскому Собранію пришлось заняться наболѣвшимъ вопросомъ въ губерніи—повальнымъ пьянствомъ. По количеству выпиваемой водки Пермская губ. занимаетъ 3-е мѣсто, уступая только губерніямъ Петербургской и Московской. Обсужденіе мѣръ борьбы съ пьянствомъ населенія привело Собраніе, между прочимъ, къ слѣдующей резолюціи: «Пермское губернское земское Собраніе признаетъ, что успѣшную борьбу съ алкоголизмомъ въ населеніи можно вести лишь въ томъ случаѣ, когда государственный бюджетъ не будетъ покоиться на доходахъ отъ винной монополіи. Въ виду этого Собраніе признаетъ необходимымъ поставить въ извѣстность законодательныя учрежденія о томъ, что борьба съ пьянствомъ на мѣстахъ только тогда будетъ успѣшной, когда само Правительство пойдетъ на встрѣчу мѣстнымъ учрежденіямъ постепеннымъ уменьшеніемъ выпусковъ на рынокъ количества спиртныхъ напитковъ» (Русскій Врачъ № 36).

— По докладу д-ра Н. П. Діаконечко, «О психіатрической помощи» на 7-омъ очередномъ Сѣздѣ земскихъ врачей и представителей земствъ Черниговской губ., состоявшаго послѣ 14-лѣтняго перерыва въ Черниговѣ 10—20 минувшаго августа рѣшенъ былъ важный вопросъ о реорганизациіи въ губерніи дѣла леченія и призрѣнія душевно-больныхъ. Согласно докладу, Сѣздъ рѣшилъ перейти къ децентрализациі психіатрической помощи въ губерніи и съ этой цѣлью открыть на Сѣверѣ и Югѣ губерніи психіатрическія лечебницы-колоніи, раздѣляя взгляды докладчика, что «правильная организациія дѣла леченія и призрѣнія должна равномерно удовлетворять нужды населенія въ

психіатрической помощи, что возможно лишь на почвѣ децентрализаціи ея». Кромѣ того, согласно этому же докладу Съѣздомъ приняты: коллегіальное управленіе психіатрическаго отдѣленія Черниговской губернской земской больницы, бесплатное лѣченіе въ ней, перепись душевно-больныхъ въ губерніи и пр. (Русскій Врачъ № 37).

— Первый съѣздъ русскаго союза психіатровъ и невропатологовъ проходилъ все время подъ угрозой закрытія, въ атмосферѣ подозрительности и недовѣрія со стороны администраціи. Когда городъ принималъ членсвъ союза на Канатчиковой дачѣ, представители города принуждены были ограничить свои привѣтственные рѣчи; лаконизмомъ отличались не по своей винѣ и отвѣтная рѣчь В. П. Сербскаго. Во время товарищескаго обѣда не желали разрѣшить произнесеніе рѣчей; послѣ безконечныхъ переговоровъ съ градоначальникомъ, послѣдній, наконецъ, рѣчи разрѣшилъ, но подъ условіемъ, чтобы говорили только на определенныхъ темы и ораторы предварительно сообщали полиціи содержаніе рѣчей. Изъ-за съѣзда были конфискованы 6 газетъ; къ редакторамъ предъявлено обвиненіе по 4 п. 1034 ст. Кромѣ того, «Утро Россіи» было подвергнуто 500-рублевому штрафу за напечатаніе письма Н. Н. Баженова по поводу профессорскаго назначенію, замѣнившихъ отставленныхъ профессорскаго. Съѣздъ поднесъ адреса бывшимъ представителямъ психіатрии въ Московскомъ университетѣ В. К. Роту и В. П. Сербскому. Одновременно многими подписано было и открытое письмо тѣмъ психіатрамъ, которые сочли возможнымъ принять опустившія при такихъ условіяхъ кафедры, О. О. Рыбакову и А. П. Муратову (изъ Томска) 11 сентября «крамольный» съѣздъ закрылся публичнымъ засѣданіемъ, на которомъ послѣ рѣчей П. П. Кащенко «Оближайшихъ задачъ въ дѣлѣ попеченія душевно-больныхъ» и И. А. Сикорскаго (прочитанная В. В. Стелецкимъ) «Идеализація и матеріализація жизни» были оглашены резолюціи съѣзда. Въ совѣтъ съѣзда избраны: В. М. Бехтеревъ, В. К. Ротъ, В. П. Сербскій, П. П. Кащенко, Н. А. Вырубовъ, П. Д. Максимовъ, Н. Н. Баженовъ, В. Н. Ергольскій, П. Б. Ганнушкинъ, В. М. Гакебушъ, М. О. Гуревичъ и Захаровъ; въ кандидаты къ нимъ: С. С. Сергіевскій, А. Н. Бернштейнъ, П. А. Астанковъ, К. В. Евграфовъ, Л. А. Прозоровъ, О. А. Чечоттъ, Г. И. Россолимо и В. П. Осиповъ. Въ члены организационнаго комитета выбраны: В. М. Бехтеревъ, Л. В. Блюменау, П. А. Астаповъ; въ кандидаты къ нимъ: П. П. Кащенко, Н. Я. Смѣловъ и О. А. Чечоттъ. Въ члены ревизионной комиссіи выбраны Н. П. Литвиновъ, Н. Н. Молчановъ, Н. Н. Баженовъ, А. Н. Бернштейнъ, Г. И. Россолимо и О. А. Чечоттъ, при чемъ Н. Н. Баженовъ не можетъ быть членомъ

ревизионной комиссіи, какъ членъ совѣта союза, а изъ двухъ слѣдующихъ, получившихъ равное количество галосовъ, жребій выпалъ на Г. И. Россолимо, послѣ чего поставлено утвердить ревизионную комиссію въ такомъ составѣ: М. П. Литвиновъ, М. И. Молчановъ, и Г. И. Россолимо. Мѣстопробываніемъ правленія союза избрана Москва. Вопросъ объ изданіи собственнаго журнала поставлено передать на разсмотрѣніе правленія и, если окажется возможнымъ, приступить къ изданію печатаннаго органа, Поставлено поручить правленію теперь же устроить примирительную камеру, безъ судебныхъ функцій, для устроенія недоразумѣній между членами союза. Вопросъ о кассѣ взаимопомощи поставлено передать на разсмотрѣніе правленія. Постановлено также поручить правленію устроить повторительныя курсы для врачей-психіатровъ въ той формѣ, въ какой оно найдетъ это возможнымъ. По вопросу о мѣстѣ сѣзда поставлено слѣдующій сѣздъ созвать въ Петербургѣ въ концѣ 1913 г. или въ началѣ 1914 г. (Врачебная Газета № 38).

— По поводу отчета д-ра Якубовича о дѣятельности Виленской Окружной Лечебницы за 1909 г. опубликовалъ цѣлый рядъ данныхъ бывшій директоръ этой лечебницы, извѣстный психіатръ, д-ръ М. Н. Краинскій. Онъ открыто заявляетъ, что весь отчетъ составленъ неправильно, что въ немъ скрыто многое изъ жизни учрежденія, «что цѣлый рядъ уголовныхъ преступленій въ этомъ учрежденіи остается безнаказаннымъ». Д-ръ Краинскій прежде всего указываетъ на отсутствіе въ Виленской лечебницѣ правильнаго, клинически поставленнаго изслѣдованія и леченія больныхъ: медицинскій персоналъ не подготовленъ научно, есть врачи, которые никогда не изучали психіатріи, лечебница въ теченіе послѣдняго года не приобрѣла ни одного научнаго прибора, ни одного аппарата для изслѣдованія больныхъ, ни одного капитальнаго сочиненія по психіатріи. Ни одинъ изъ ординаторовъ врачей не сдѣлалъ ни одной работы. Виленская окр. лечебница превратилась въ какое то складочное мѣсто для неизлѣчимыхъ хрониковъ, въ богадѣльню, приютъ, совершенно бесполезный для населенія и государства, «ибо всѣ острые, излѣчимые, свѣжезаболѣвшіе больные не находятъ себѣ мѣста и гибнутъ безъ помощи въ Сѣверо-Западномъ краѣ, оплачивающемъ дорогую лечебницу». О внутренней жизни въ лечебницѣ, д-ръ Краинскій говоритъ слѣдующее: «О томъ, каковъ уходъ и леченіе въ Вил. окружн. лечебницѣ знаютъ всѣ, кромѣ администраціи и министерства. Стоны и жалобы не доходятъ до тѣхъ, кто хочетъ быть глухимъ. Вѣдь это страданія тѣхъ безотвѣтныхъ больныхъ, которые въ рѣдкихъ случаяхъ могутъ вернуться въ свѣтъ, чтобы заявить свои права. Якубовичъ (директоръ лечебницы) пишетъ,

что въ 1909 г. несчастныхъ случаевъ не было. Это неправда. Слѣдовало-бы указать на то, какъ убили въ лечебницѣ Иванова, свѣжезаболѣвшаго за 3 недѣли до смерти, какъ утопили въ ваннѣ одного больного, какъ 24 іюля утонулъ въ ваннѣ больной, арестантъ Агеевъ. Утопили въ ваннѣ больныхъ, а говорить «умерли отъ разрыва сердца». На васъ (г. Якубовичъ) лежить отвѣтственность за этихъ убитыхъ больныхъ, даже если они погибли отъ припадковъ или разрыва сердца. Не сажайте такихъ больныхъ въ ванны. И пусть ваши начальники хвалятъ васъ и награждаютъ, придетъ день, когда и ваша совѣсть заплачетъ кровавыми слезами. Больныя скорострѣжно умираютъ (одна въ мартѣ, другая въ началѣ августа)—по словамъ персонала онѣ или задушены, или отравлены большой дозой лекарства, —а врачи признаютъ «параличъ сердца» и пишутъ подложныя истории болѣзни! И никто не смѣетъ говорить объ этомъ, ибо всякій, кто заикнется объ этихъ безобразіяхъ, немедленно увольняется Якубовичемъ. Больному Лифштаду перебиты ребра. Больной Левановскій высушенъ живымъ въ калориферѣ и лежалъ тамъ три мѣсяца. Другой больной зарѣзанъ поѣздомъ. Больную N накормили въ наказаніе ея собственномъ каломъ; больную, жену фельдшера, привезли изъ лѣчебницы всю избитую, былъ составленъ протоколъ, но—все напрасно: лечебница ни за что не отвѣтственна. Больной Ициковичъ сидѣлка Рачко разрываетъ ударомъ щетки половые органы. Служитель насилуетъ больную, она беременѣетъ. И все остается безнаказаннымъ. Вотъ тѣ кровавыя подвиги, о которыхъ надо писать въ отчетѣ лечебницы, а не сбанивать общество и министерство!» Д-ръ Краинскій энергично вскрываетъ больныя стороны этого учрежденія и шагъ за шагомъ разоблачаетъ дѣятельность администраторовъ, для которыхъ онъ не находитъ никакихъ оправданій. «Въ плохихъ больницахъ—говоритъ д-ръ Краинскій,—больныхъ бьютъ нещадно. Въ хорошихъ по устройству стѣнъ, но плохихъ по качеству персонала больницахъ истязуютъ больныхъ утонченно, выдирая, напр., волосы на лобкѣ, или кормя больную въ качествѣ наказанія каломъ. Сверхъ того, что подобныя факты скрываются, не публикуются, а судебныя слѣдствія по этимъ дѣламъ прекращаются за интересованными въ ихъ скрытіи лицами». Не лучше, по словамъ Краинскаго, обстоитъ дѣло и въ хозяйственной области: безпорядки и злоупотребленія. Краинскій требуетъ ревизіи и суда.

Будемъ надѣяться, что эти обвиненія не будутъ оставлены безъ надлежащаго разслѣдованія.

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Протоколъ II-го засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 28 февраля 1911 г.

Предсѣдательствовалъ проф. В. П. Осиповъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: Левчаткинъ, Скуридинъ, Первушинъ, Веселитскій, Болбергъ, Лапухинъ, Симилейская, Сороковиковъ, Николаевскій, Дворковичъ, Озворскій, Архангельская, Головинъ, Тупицинъ, студентовъ челоѣкъ 15.

1. Посѣтитель Общества Х. И. Протопоповъ: Демонстрація больного съ параличемъ лучевого нерва.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Веселитскій: Случай со стороны казуистической представляетъ банальный случай. Интересенъ онъ въ томъ отношеніи, что параличъ образовался подъ вліяніемъ исключительно травмы на протяжении $\frac{1}{2}$ часа безъ всякихъ другихъ причинныхъ моментовъ. За нѣсколько дней острое лихорадочное заболѣваніе, —изнуряющій моментъ. Интересенъ теоретическій вопросъ. Всѣмъ невропатологамъ клиницистамъ бросается въ глаза громадное несоотвѣтствіе разстройствъ чувствительности распространеннымъ схемамъ. Напр., при параличѣ n. radialis иногда не бываетъ никакого разстройства чувствительности, за исключеніемъ дорзально-радіальной стороны большого пальца. Англійскіе невропатологи своими оригинальными опытами проливаютъ нѣкоторый свѣтъ на этотъ вопросъ. Они производили перерѣзку сами на себѣ и наблюдали, какія получались разстройства чувствительности. Оказывается, что распространенный взглядъ, что всѣ виды чувствительности смѣшанны и что не наблюдается при периферич. параличахъ никакой диссоціаціи, не выдерживаетъ критики. Изъ ихъ опытовъ съ несомнѣнностью слѣдуетъ, что должна быть допущена диссоціація. Одни волокна идутъ съ двигательными волокнами и только потомъ примѣшиваются къ общему стволу, —эти волокна, проводяшія глубокое чувство. Можно отличать два вида кожной чувствительности. Эпикротическій видъ чувствительности—тонкое чувство прикосновенія, и температурное чувство среднихъ температуръ. Второй видъ,—болевое чувство и температурное чувство для температуръ крайнихъ степеней. Эти виды чувствительности относятся не одинаково: всего дольше не восстанавливается 1-ый видъ, наиболѣе быстро—2-й видъ. Вполнѣ нарушается кожная чувствительность только въ ничтожномъ участкѣ, въ остальныхъ участкахъ страдаетъ 1-ый видъ чувствительности. Имѣетъ также значеніе и роль поврежденія.

Д-ръ Левчаткинъ. Случай интересенъ съ точки зрѣнія этиологіи, съ точки зрѣнія повышенія нервной возбудимости, своеобразной индивидуализаціи.

Проф. Осиповъ. Докладчикъ представлялъ больного съ точки зрѣнія этиологическаго момента. Выдвигаю значеніе предрасположенія. Конечно случай наводитъ на размышленія, высказанныя д-ромъ Веселитскимъ. Хотя и рѣдко, но встрѣчается диссоціація разстройствъ чувствительности при периферическихъ страданіяхъ. Это указываетъ, что для различныхъ видовъ чувствительности есть свои проводники. Слѣдуетъ отмѣнить значеніе воспринимающаго аппарата периферическаго. Если производить раздраженіе кожной поверхности тупой иглой въ различныхъ частяхъ, можно получить термическія ощущенія различного характера. Центръ случая въ своеобразной этиологіи. Благодарить докладчика за интересное сообщеніе.

2) Дѣйствительный членъ В. И. Левчаткинъ: Нѣкоторые данныя по осмотру судебно-психіатрическихъ заведеній Западной Европы—въ Берлинѣ и Парижѣ.

За позднимъ временемъ окончаніе доклада подъ заглавіемъ: Объ устройствѣ судебно-психіатрическаго отдѣленія при Казанской Окружной лечебницѣ—краткое сообщеніе, а также и пренія по этому докладу отложены до слѣдующаго засѣданія.

Въ административной части засѣданія закрытой баллотировкой въ секретари Общества единогласно избранъ И. Д. Баклушинскій. Присутствовало 10 членовъ.

Предсѣдатель Общества В. Осиповъ.

Секретарь В. Ворошиловъ.

Протоколъ III-го засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 6 апрѣля 1911 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: проф. Осиповъ, Симилайская, Фаворскій, Первушинъ, Опокинъ, Чалусовъ, Баклушинскій, Архангельская, Горяевъ, Мокинъ, Болбергъ, Протопоповъ, Дворковичъ, Осиповъ, Ципкинъ, Вишневскій, Надель-Пружанская, Клячкинъ, Воскресенскій, Левчаткинъ, Веселитскій, Н. А. Донсковъ, Долговъ, Ивановъ и человекъ 10 студентовъ.

1. Посѣтитель Общества Е. Н. Архангельская: Демонстрація больныхъ, оперированныхъ по поводу парціальной эпилепсіи.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Первущинъ (ауторефератъ). Позволю себѣ сказать нѣсколько словъ въ качествѣ очевидца операций у демонстрированныхъ больныхъ и послѣоперационнаго теченія. Прежде всего отмѣчу, что на этихъ больныхъ, оперированныхъ въ нашей клиникѣ, мы впервые могли прослѣдить все послѣоперационное теченіе со всѣми его особенностями, измѣненіями въ состояніи больныхъ, наблюдая ихъ ежедневно; а это очень важно для ознакомленія со всѣми деталями хирургическаго вмѣшательства въ дѣятельность нервной системы. Прежде мы могли лишь урывками и не такъ обстоятельно это производить, наблюдая нервно-больныхъ въ другихъ клиническихъ или больничныхъ учрежденіяхъ. Далѣе, пока что, мы должны привѣтствовать успѣшность произведеннаго вмѣшательства у обоихъ больныхъ, хотя, конечно, преждевременно дѣлать какія-либо окончательныя заключенія, зная съ какими неожиданностями въ подобныхъ случаяхъ можно сталкиваться. У обоихъ больныхъ при операциіи подтвердился—до извѣстной степени—предполагавшійся клиническій діагнозъ основнаго страданія—грубаго, замѣтнаго макроскопическаго фокуса не оказалось; гистологическое изслѣдованіе покажетъ, съ чѣмъ имѣлось дѣло.—Во время операциіи у 2-го больного намъ не удалось отыскать корковаго центра п. facialis, почему пришлось итти внизъ отъ предполагаемаго центра лѣвой руки—и предположительно удалить центръ лицевого нерва; токъ брался обычной силы до 86 mm. разстоянія между катушками; болѣе сильнаго тока брать опасались, желая избѣжать травматизма мозга.

Д-ръ Оаворскій: Отмѣчаетъ, что прижизненный діагнозъ 1-го изъ представленныхъ докладчикомъ случая—не строго энцефалитъ, а то, что прежде считалось энцефалитомъ. При бѣгломъ осмотрѣ препаратовъ подъ микроскопомъ можно констатировать, что клѣтки адвентиціальныя наполнены большими каплями жира, масса клѣтокъ неврогліи.

Затѣмъ, при процессѣ воспалительномъ трудно было бы ждать такого успѣха отъ операциіи. Въ частяхъ подкорковыхъ констатируется измѣненіе сосудовъ и разрастаніе неврогліи.

Проф. Осиповъ: Я хотѣлъ предложить докладчику нѣсколько вопросовъ. По поводу 1-ой больной: препаратовъ Вы не показываете; поэтому я на гистологической сторонѣ останавливаться не буду. Почему Вы считаете, что судорожныя явленія объясняются общимъ неврозомъ. Это осталось неяснымъ, слѣдуетъ это доказать. Быть можетъ дѣлать такія заключенія преждевременно.

Видя большую послѣ операциі, я присоединяюсь къ Вашему мнѣнію, что операциа несомнѣнно имѣла хорошій успѣхъ. Окончательное мнѣніе еще рано высказывать. Интересно посмотреть, что будетъ черезъ болѣе продолжительный срокъ.

Д-ръ Архангельская. Припадки были двухъ родовъ послѣ операциі: были припадки, какъ и до операциі, выражавшіеся тоническими судорогами, продолжавшимися по нѣсколько минутъ и быстро проходившими; но, бывали припадки и другого характера, продолжительностью съ $\frac{1}{2}$ часа, не имѣвшие никакой послѣдовательности: припадокъ начинался съ лѣвой руки, иногда переходилъ на правую ногу, и припадокъ становился общимъ, въ немъ принимало участіе и туловище. Припадки возникали иногда подъ вліяніемъ, напр., испуга. Назначеніе успокаивающихъ средствъ оказывало вліяніе. Припадки можно было остановить давленіемъ на область съ которой припадки начинались.

Проф. Даркшевичъ. Меня очень интересуетъ случай первый. А. В. Оаворскій совершенно правильно отмѣнилъ нашу діагностику. Въ послѣднее время мы охотно діагностируемъ заблѣвание мозга, называемое неврогліальнымъ склерозомъ (название не вполне установлено). Эту гистологическую картину мы отмѣчали на своихъ больныхъ. Въ случаѣ, описанномъ въ Саратовѣ, эти измѣненія также были найдены. Въ послѣдней работѣ Alzheimer'a тоже констатированы эти измѣненія.

Прогрессирующій характеръ процесса насъ особенно пугалъ. Былъ моментъ, когда наблюдались припадки парціальной эпилепсіи и только. Постепенно къ этому прибавилось недоразвитіе конечности, параличъ, контрактура, измѣненіе рѣчи. Такимъ образомъ интересъ этого случая въ томъ, что впервые мы констатируемъ постепенно прогрессирующую форму. Были и постоянно тяготившія больную явленія: параличъ, контрактура частью активная, частью пассивнаго характера, боль при этомъ очень сильная, постоянное ожиданіе припадковъ; очень тяжелое состояніе. Теперь ея состояніе очень улучшилось. Остановилось ухудшеніе рѣчи, она говоритъ даже лучше, легче подыскиваетъ слова, быстрее.

Послѣ операциі впервые стали наблюдаться судороги, которые совершенно были непохожи на прежнія; однажды такіа судороги появились отъ испуга: это какъ бы подтвердило нашъ взглядъ на эти судорожныя явленія, какъ на истерическія.

Относительно 2-го случая преждевременно высказывать окончательное заключеніе.

Обычно наблюдается, что, чѣмъ дальше отъ операциі, тѣмъ дальше замѣчается улучшеніе. Напримѣръ: больной Платоновъ, демонстрированный въ нашемъ Обществѣ въ прошломъ году

В. П. Первушинъ, въ послѣднемъ письмѣ сообщаетъ, что съ 7-го ноября ни одного припадка у него не было. Я припоминаю аналогичный случай, сперированный В. И. Разумовскимъ,—такое же послѣоперационное теченіе.

Д-ръ Первушинъ (ауторефератъ). Мнѣ пришлось видѣть довольно большое количество серьезныхъ мозговыхъ операций; всѣ онѣ дѣлались за одинъ разъ; въ нашей клиникѣ я впервые въ этомъ году былъ свидѣтелемъ раздѣльнаго проведенія операций на два момента, и думаю, что, если обстоятельства позволяютъ, дѣйствительно выгоднѣе, безопаснѣе пользоваться именно такимъ пріемомъ, какъ менѣе утомляющимъ больного.

Я долженъ обратить еще вниманіе на появленіе у 2-го больного своеобразныхъ парестезій (чув. холода) въ периферич. отдѣлахъ лѣв. руки—въ той области, гдѣ и параличныя явленія выражены всего больше. Эти парестезіи точно такого же характера, какъ и у больного Платонова, демонстрировавшаго мной въ нашемъ Обществѣ въ 1910 г. послѣ операции, произведенной ему д-ромъ Б. П. Енохинымъ. Эти парестезіи—тягостны, но если ими дѣло и ограничится и припадковъ не будетъ, то съ ихъ появленіемъ, конечно, можно помириться.

Проф. Даркшевичъ. Выражаетъ благодарность А. В. Вишневному, любезно взявшему на себя трудъ производить операции въ клиникѣ нервныхъ болѣзней. Благодарить Е. Н. Архангельскую за ея сообщеніе, въ которомъ она подѣлилась съ Обществомъ своими наблюденіями надъ оперированными больными.

2) Дѣйствительный членъ В. П. Первушинъ: Демонстрація больного, страдающаго миопатіей съ контрактурами.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Оаворскій. Согласенъ съ тѣми особенностями, которыя подчеркнул докладчикъ. Чаше встрѣчается типъ контрактуръ, гдѣ наблюдается контрактура сгибателей. Здѣсь типъ, смѣшанный—сгибателей и разгибателей. Имѣется утиная походка описанная Marinesco. Мышцы обладаютъ большой истощаемостью, послѣ 4-5 разъ неспособны сопротивляться пассивнымъ движеніямъ. Диагностика внѣ всякаго сомнѣнія подтверждается данными биопсіи, которыя составятъ предметъ особаго доклада. Полигональность потеряна, волокна представляются меньше по объему, поперечная исчерченность очень неясна. Фиброзная ткань не бросается въ глаза. Интересъ представляетъ состояніе ядеръ: количество ядеръ не увеличено, контуры ядеръ и протоплазма ихъ измѣнены.

Д-ръ Первушинъ (ауторефератъ). Случаевъ детальнаго изслѣдованія труповъ міопатиковъ съ контрактурами ихъ мышцъ—немного. Въ Nowell. Iconographi de la Salpêtrier за 1904 г. помѣщена Ceston et Lejonne'омъ подробное изслѣдованіе мускулатуры и нервной системы одного такого міопатика (описанъ авторами въ 1902 г. въ томъ же журналѣ). Тамъ были обнаружены незначительныя лишь измѣненія со стороны нервной системы; миотатическая клѣтка переднихъ роговъ и ихъ гиперпигментация; мѣстами легкое утолщеніе интерстиція. Въ нервахъ периферическихъ—утонченіе волоконъ за счетъ міелиновой обкладки, мѣстами легкое зернисто-жировое перерожденіе волоконъ. Міелиновая обкладка мѣстами имѣетъ четкообразный видъ, замѣтна легкая пролиферація эндоневрія и периневрія; стѣнки сосудовъ (мышцъ) утолщены, безъ признаковъ воспалительнаго процесса. Въ мышцахъ волокна атрофированы, иногда гипертрофированы или нормальны; поперечная исчерченность большею частью сохранена, количество ядеръ увеличено сильно, мѣстами—дѣленіе волоконъ; мѣстами зернисто-жировое перерожденіе, утрата поперечной полосатости, присутствіе глыбокъ гомогенныхъ въ волокнѣ. Ткань между пучками сильно разрыхлена; мѣстами адипозна, мѣстами фиброзна. Мышечная волокна, повидимому, мѣстами замѣщаются фиброзной тканью, какъ бы превращаются въ нее.

Д-ръ Левчаткинъ. Слѣдуетъ смотрѣть на міопатію, какъ на органическое страданіе всего организма? Съ точки зрѣнія этиологіи ничего, не приходится указать?. У меня получается такое впечатлѣніе, какъ будто все развитіе болѣзни совпадаетъ съ опредѣленнымъ возрастомъ. Напрашивается аналогія съ случаями психическихъ заболѣваній, тѣмъ болѣе, что брать больного—психически больной.

Д-ръ Первушинъ (ауторефератъ). Различныя типы первичной мышечной сухотки объединяются въ одну общую группу (*dystrophia muscul. progress*)—общностью характера основнаго процесса, теченія, клиническаго проявленія страданія и т. п. Имѣется тенденція соединить эти формы съ аміотрофіями невротическими, а также и съ иными страданіями нервной системы въ одну общую большую группу гередитарныхъ страданій—на основаніи существеннаго ихъ свойства—наслѣдственности и фамильности. Возникновеніе этихъ формъ происходитъ въ различные періоды жизни до павленія половой зрѣлости и послѣ нея; субьекты какъ будто, роковымъ образомъ предрасположены раньше или позже обнаружить свою дефективность; на этотъ вопросъ о вліяніи *pubertatis* не играетъ существеннаго значенія.

Д-ръ Левчаткинъ. Начало заболѣванія все-таки совпадаетъ съ указаннымъ мною періодомъ.

Д-ръ Первушинъ. Встрѣчаются другіе случаи, не совпадающіе по времени съ періодомъ *pubertatis*.

Проф. Даркшевичъ. Благодаря демонстраціи 3-хъ больныхъ я припоминаю аналогичный случай, видѣнный мною лѣтъ 8 тому назадъ; тамъ не было точнаго діагноза; сохранились фотографическія снимки съ того больного, на основаніи которыхъ можно сказать, что была та-же форма. Интересенъ одинъ признакъ—несоотвѣтствіе между прямой возбудимостью мышцъ, ослабленной рѣзко въ данномъ случаѣ и электрической возбудимостью ихъ, хорошо сохраненной въ данномъ случаѣ. Благодарить докладчика.

3) Посѣтитель Общества Н. К. Тимашевъ: Къ вопросу о центробѣжныхъ волокнахъ заднихъ корешковъ спинного мозга и трофическихъ центрахъ ихъ (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ).

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Оаворскій. Вопросъ о центрофугальныхъ волокнахъ въ заднихъ спинномозговыхъ корешкахъ—спорный. Ученики Миславскаго утверждаютъ, что таковыя имѣются, другіе говорятъ—нѣтъ. Докладчикъ подошелъ къ рѣшенію этого вопроса при помощи нѣсколькихъ методовъ. Это проливаетъ свѣтъ на противорѣчія. Гдѣ работаютъ съ ас. osmic—получается положительный результатъ. Что касается 2-ой части работы,—о трофическихъ центрахъ центробѣжныхъ волоконъ спинного, мозга, то это вопросъ спорный, труднѣе разрѣшимый потому, что, клѣтки спинного мозга относятся къ различнымъ отдѣламъ, даютъ начало различнымъ системамъ волоконъ. Какъ достоинство доклада долженъ отмѣтить, что подоидя къ вопросу о локализациі трофическихъ центровъ, авторъ разрушаетъ тенденціи строгой локализациі. На основаніи опытовъ докладчика нѣтъ такой строгой локализациі. Всѣ эти волокна принадлежатъ клѣткамъ, разбросаннымъ въ различныхъ отдѣлахъ сѣраго вещества спинного мозга. Для болѣе точнаго рѣшенія вопроса нужно бы перерѣзать комиссуру и продѣлать цѣлый рядъ другихъ опытовъ, трудно выполнимыхъ. Рѣшить этотъ вопросъ благодаря трудности техники невозможно.

Д-ръ Ципкинъ. Лично мнѣ приходилось заниматься счетомъ центробѣжныхъ волоконъ. Могу согласиться, что чрезвычайно затруднительно среди массы глыбъ найти неперерожденные волокна. Счетъ волоконъ слѣдуетъ поризводить черезъ определен-

ныхъ промежутковъ времени послѣ операціи. Что касается окраски, съ осмѣемъ получится наибольшее количество положительныхъ результатовъ. Относительно техники операціи считаетъ болѣе удобнымъ широкое вскрытіе, хотя признаетъ за малымъ полемъ операціи свои преимущества. Отмѣчаетъ какъ заслугу докладчика перерѣзку переднихъ корешковъ.

Докладчикъ. Малаго поля операціи, узкаго вскрытія не было и у меня, такъ какъ это очень трудно.

Д-ръ Ципкинъ. Я работалъ съ молодыми животными, мнѣ приходилось шире вскрывать.

Проф. Осиповъ. Очень интересны Ваши опыты особенно потому, что они проходятъ черезъ двойной контроль. Первый—это многообразіе методовъ окраски, а второй—производство опыта контрольнаго, при которомъ Вы производите всю операцію полностью, не перерѣзая только корешка. Методъ Marchi оставляетъ желать многого. Способъ Bich'a даетъ почти такіе же результаты, хотя жидкость легче проникаетъ въ ткани. Приводя результаты опытовъ авторовъ о локализациі трофическихъ центровъ, Вы не приводите результаты опытовъ Лапинскаго, а онъ работалъ по этому вопросу.

Проф. Даркшевичъ. Значеніе вашего доклада двоякое: Вы расширяете наши свѣдѣнія и получаете нѣкоторую пользу отъ насъ. Я долженъ сказать, что наши любознательность очень удовлетворена. Важны слѣдующіе моменты. Техника окраски совершенна. Важно, что Вы работали по нѣсколькимъ методамъ. Относительно способа перерѣзки Вы избѣжали упрековъ. Количество опытовъ достаточно. Съ технической стороны опыты могутъ быть признаны удовлетворительными. Выводы вполне удовлетворительны. Мы должны признать, что вопросъ о существованіи центробѣжныхъ волоконъ не подлежитъ сомнѣнію. Вопросъ о трофическихъ центрахъ Вышими опытами выясняется. Очень важно, что Вы устанавливаете, отвергая схематичность, болѣе распространенную локализацию. Мы присоединяемся къ Вашимъ выводамъ. Благодарить докладчика отъ имени Общества.

4) Секретаремъ Общества прочтены протоколы засѣданій 26 января и 28 февраля 1911 года, которые и утверждены.

Въ административной части засѣданія проф. Даркшевичемъ, Осиповымъ и Первушинымъ предложена въ дѣйствительные члены Общества д-ръ Е. Н. Архангельская. Постановлено: подвергнуть баллотировкѣ въ слѣдующее засѣданіе Общества.

Предсѣдатель Л. Даркшевичъ.

Секретарь В. Ворошиловъ.

Протоколь IV-го засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 23-го апрѣля 1911 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: проф. Осиповъ, д-ра Симилейская, Богатыревъ, Баклушинскій, Николаевскій, Дворковичъ, Архангельская, Н. А. Донсковъ, Оаворскій, Лапухинъ, Болбергъ, Пшотопоповъ, посторонняя публика, студенты.

1) Докладъ дѣйствительнаго члена В. И. Левчаткина: Объ устройствѣ судебно-психіатрическаго отдѣленія при Казанской Окружной лечебницѣ (краткое сообщеніе) по просьбѣ докладчика, въ виду невозможности присутствовать въ засѣданіи, снятъ съ очереди.

2) Посѣтитель Общества А. В. Симилейская: Къ вопросу о гисто-патологическихъ измѣненіяхъ спинного мозга при его сдавленіи (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ) (предварительное сообщеніе).

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Оаворскій. Сообщеніе касается 1-ой части намѣченной докладчикомъ работы, именно гисто-патологическихъ измѣненій спинного мозга при его сдавленіи; вторая часть работы касается измѣненій въ спинномъ мозгу, остающихся послѣ устраненія сдавливающаго момента. Первая часть работы представляетъ главнымъ образомъ теоретическій интересъ и косвенно практическій. По методамъ, которые я примѣнялъ, работая по вопросу объ измѣненіяхъ въ спинномъ мозгу при его сдавленіи, я не могъ опредѣлить, каковъ генезъ этихъ измѣненій.

Gitterzellen и міэлофаговъ. Выслушанное нами сообщеніе съ несомнѣнностью пополняетъ тотъ пробѣлъ, который былъ въ литературѣ вопроса о гисто-патологическихъ измѣненіяхъ спинного мозга при чистой компрессіи. Процессъ, происходящій при этихъ условіяхъ, является процессомъ чисто дегенеративнымъ.

Проф. Даркшевичъ. Ваше изслѣдованіе меня очень интересуетъ. Прежде мы не умѣли отличать явленій воспалительныхъ отъ явленій дегенеративныхъ. Какія тканевыя измѣненія Вы считаете за воспалительныя, какія за дегенеративныя.

Благодаря работамъ Alzheimer'a и Nissl'я является полная возможность точнѣе разобраться въ тѣхъ измѣненіяхъ, которыя происходятъ при сдавленіи спинного мозга.

Прежде, имѣя сдавленіе спинного мозга, всѣ называли такой процессъ воспалительнымъ. Изъ выслушаннаго нами сообщенія слѣдуетъ, что рѣчи о воспаленіи въ такихъ случаяхъ быть не можетъ

Процессъ разрушенія идетъ по типу эктодермальному, по характеру своему являясь чисто дегенеративнымъ, безъ всякихъ слѣдовъ воспаления. Интересно, что при окраскѣ по Herzheimer'у получается небольшое количество жира. Быть можетъ это объясняется тѣмъ, что срокъ въ 10 дней малъ для выработки большого количества жировыхъ продуктовъ, красящихся Scharlach-roth'омъ. Среди поврежденной ткани видно большое количество

Докладчикъ. Группы клѣтокъ міэлафаговъ, Gitterzellen, содержащія жиръ Kõnchenzellen, отчасти фрагменты міэлина—все это явленія дегенерации. Вопросъ о Schtepchenzellen я оставляю открытымъ. Гиперплазія сосудовъ, расширение периваскулярныхъ пространствъ, отсутствовавшія въ моихъ опытахъ, относятся къ явленіямъ воспалительнымъ.

Проф. Даркшевичъ. Явленія пораженія бѣлаго вещества Вы находили только вблизи отъ мѣста сдавленія или и вдали?

Докладчикъ. Наибольшія измѣненія были находимы въ лѣвомъ боковомъ столбѣ, т. е. на той сторонѣ, съ которой вводилась ламинарія, слабѣе—въ правомъ боковомъ столбѣ, еще меньше—въ переднемъ и заднемъ столбахъ.

Проф. Даркшевичъ. Въ литературѣ есть указанія на то, что значительныя измѣненія констатируются на сторонѣ, противоположной мѣсту сдавленія.

Докладчикъ. Можетъ быть это вопросъ времени. Въ моихъ случаяхъ съ момента введенія ламинаріи проходило 10-12 дней.

Проф. Даркшевичъ. Откуда появляются элементы эвакуирующіе продукты распада?

Докладчикъ. Можно думать, что они мѣстнаго происхожденія, возникаютъ на мѣстѣ распада, по крайней мѣрѣ въ случаяхъ острыхъ. Въ хроническихъ случаяхъ можно было ихъ наблюдать и около сосудовъ, но, въ виду малаго числа такихъ препаратовъ я воздерживаюсь отъ окончательнаго заключенія.

Проф. Даркшевичъ. Я присоединяюсь къ Вашимъ заключеніямъ и къ заключеніямъ, которыя сдѣлалъ А. В. Оаворскій.

При новыхъ методахъ окраски мы имѣемъ возможность отличать элементы свойственныя воспаленію отъ элементовъ, свойственныхъ дегенерации. Вашей работой этотъ вопросъ ставится на прочную почву. Отъ имени Общества благодарить докладчика.

3) Заслушанъ и утвержденъ протоколъ засѣданія 6 апрѣля 1911 года, прочтенный секретаремъ Общества Ворошиловымъ.

Въ административной части засѣданія единогласно избрана въ дѣйствительные члены Общества закрытой баллотировкой д-ръ Е. Н. Архангельская (присутствовало 9 членовъ).

Секретаремъ Ворошиловымъ прочтено извѣщеніе декана медицинскаго факультата Саратовскаго Университета о томъ, что 28-го апрѣля 1911 года исполняется 30-лѣтіе научной, преподавательской и общественной дѣятельности проф. В. И. Разумовскаго.

Предсѣдатель охарактеризовалъ В. И., какъ одного изъ наиболѣе дѣятельныхъ членовъ Общества съ давнихъ временъ, интересовавшагося мозговой хирургіей. Казанская Нервная Клиника развивала хирургическую дѣятельность при участіи Василія Ивановича.

Предсѣдатель приглашаетъ Общество откликнуться на присланное извѣщеніе.

Признается желательнымъ послать телеграфное привѣтствіе проф. В. И. Разумовскому ко дню 30-лѣтія его научной, преподавательской и общественной дѣятельности.

По предложенію предсѣдателя проф. В. И. Разумовскій открытой подачей голосовъ единогласно избранъ въ почетные члены Общества, о чемъ также рѣшено довести до свѣдѣнія юбиляра телеграфомъ. Выработка текста телеграфнаго привѣтствія возлагается на бюро Общества.

Предсѣдатель Общества Л. Даркшевичъ.

Секретарь В. Ворошиловъ.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическій Вѣстникъ.

1) С. Колотинскій. По поводу письма надъ заголовкомъ «Оригинальный экспонатъ», напечатаннаго въ Современной психіатріи за іюнь мѣсяць 1911 г.

2) Греккеръ. Координаторно-двигательная функція червя мозжечка.

3) А. В. Соболевскій. Военно-психіатрическое дѣло въ австро венгерской, германской и французской арміяхъ. Казань 1911 г.

4) Акад. В. М. Бехтеревъ. Софійскій съѣздъ и впечатлѣнія изъ Болгаріи. С. Петербургъ 1911 г.

5) В. М. Бехтеревъ. Вопросъ нервно психическаго здоровья въ русскомъ населеніи.

6) А. А. Суховъ. Къ клиникѣ «epilepsiae gastricae».

7) Н. Топорковъ. Томская Окружная Лечебница для душевно-больныхъ. Томскъ.

8) Протоколы Общества врачей Уфимской губ. за 1909 г.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА НА 1911 ГОДЪ.

(1-й годъ изданія)

Н А

ВѢСТНИКЪ ПСИХОЛОГІИ,

КРИМИНАЛЬНОЙ АНТРОПОЛОГІИ И ГИПНОТИЗМА

(Вѣстникъ Психо-Неврологическаго
Института).

подъ общою редакціею академика В. М. БЕХЕРЕВА.

Журналъ имѣетъ цѣлью прежде всего разработку и освѣщеніе важнѣйшихъ вопросовъ современной психологіи съ ея различными отдѣлами, какъ-то: психологіи общей и экспериментальной, индивидуальной и общественной, нормальной и патологической, психо-фізіологіи органовъ чувствъ, зоопсихологіи, психологіи дѣтскаго возраста и друг. Кромѣ того, должное вниманіе удѣляется также и тѣмъ отдѣламъ психологіи, которые имѣютъ важное практическое значеніе, какъ-то: психологія педагогической и криминальной, ученію о гипнозѣ и внушеніи и друг. Такъ какъ психическая жизнь человѣка находится въ неразрывной связи съ дѣятельностью его нервной системы, то соответствующее мѣсто отводится статьямъ и рефератамъ общаго характера по неврологіи, поскольку они могутъ способствовать уясненію психическихъ процессовъ. Опредѣляя такимъ образомъ основное направленіе журнала, редація заботится также и объ освѣщеніи тѣхъ

вопросовъ философіи, біологіи и педагогикѣ, которыя находятся въ той или иной связи съ вышеизложенной программой.

Въ 1911 году журналъ выходитъ въ количествѣ 5 книжекъ, объемомъ въ 8—12 листовъ каждая, и заключаетъ въ себѣ слѣдующіе отдѣлы:

1. Оригинальныя статьи: научныя изслѣдованія, популярно-научныя статьи, публичныя лекціи и рѣчи.
2. Отчеты о научныхъ засѣданіяхъ и съѣздахъ.
3. Критика и библіографія: критическія статьи о вновь выходящихъ въ Россіи и заграницей книгахъ и сочиненіяхъ, рефераты ихъ, библіографическіе отзывы и замѣтки и т. п.
4. Научная хроника.
5. Хроника Психо-Неврологическаго Института.
6. Списки книгъ, жертвуемыхъ въ бібліотеку Института.
7. Прилежанія: краткіе протоколы засѣданій Свѣта Института, обзорныя преподаванія въ Институтѣ, годичныя отчеты о дѣятельности Института.

Отдѣльныя положенія даются по мѣрѣ важности.

Подписка принимается: въ канцеляріи и бібліотекѣ Психо-Неврологическаго Института Гг. иногородніе приглашаются свои заявленія о подпискѣ и подписныя деньги адресовать: «Психо-Неврологическій Институтъ, С.-Петербургъ».

Книжные магазины, принимающіе подписку на журналъ, пользуются скидкой въ 5% съ подписной цѣны.

Подписная цѣна—6 руб. въ годъ съ пересылкою.

(Для учащихъ въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ и учителей начальныхъ школъ, при подпискѣ непосредственно черезъ канцелярію или бібліотеку Института — 3 руб. 50 коп.).

Вышедшіе три выпуска журнала высылаются или выдаются лично (въ бібліотекѣ Института) немедленно по полученіи подписныхъ денегъ.

Слѣдующія книжки журнала выйдутъ: IV—15 октября и V—1 декабря

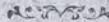
Хроника и смѣсь 755.

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 767.

Х. И. Протопоповъ. Демонстрація больного съ параличемъ лучевого нерва. *В. И. Левчаткинъ.* Нѣкоторыя данныя по осмотру судебно-психіатрическихъ заведеній Западной Европы—въ Берлинѣ и Парижѣ. *Е. Н. Архангельская.* Демонстрація больныхъ, оперированныхъ по поводу парціальной эпилепсіи. *В. П. Первушинъ.* Демонстрація больного, страдающаго міопатіей съ контрактурами. *Н. К. Тимашевъ.* Къ вопросу о центробѣжныхъ волокнахъ заднихъ корешковъ спинного мозга и трофическихъ центрахъ ихъ (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ). *А. В. Симилойская.* Къ вопросу о гисто-патологическихъ измѣненіяхъ спинного мозга при его сдавленіи (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ) предварительное сообщеніе.

Списокъ книгъ и брошюръ поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическій Вѣстникъ.

Объявленія. /



Печатано по опредѣленію Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Редакторы Н. А. Миславскій и В. П. Осиповъ.

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

О Р Г А Н Ъ

общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ
Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева, проф. Н. М. Попова, проф.
Н. А. Миславскаго и проф. В. П. Осипова.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ періодически четырьмя книжками въ общемъ объемѣ до 60 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками въ табл. и въ текстѣ. *Подписная цѣна на годъ 6 руб. Отдельныя книжки по 2 руб.* Журналъ посвящается невропатологіи и психіатріи съ судебно-психиатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологіи и эмбриологіи нервной системы, нервной физиологіи и психологіи.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всемъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературныя обзоры, рефераты и рецензіи, относящіяся къ тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается *въ редакцію* (Казань, Университетъ психо-физиологическая лабораторія) и во всехъ публичныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всеми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльных выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приему помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться *въ редакцію* (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ», просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. Н. А. Миславскаго (Казань), проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней), проф. Н. М. Попова (Одесса) и проф. В. П. Осипова (Казань). Размѣръ статей не долженъ превышать 5 печатныхъ листовъ, печатаніе свыше производится въ счетъ автора. Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя председателя Общества. Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распределеніе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условій, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи получаютъ 50 экз. отд. оттисковъ безплатно.

Авторы и издатели, желающіе прислать свои изданія въ редакцію или въ бібліотеку О-ва, благоволятъ адресовать таковыя на имя *редакціи* (Казань, Университетъ). *О каждой книжкѣ или брошюрѣ, поступившей въ редакцію или въ бібліотеку общества, будетъ объявлено въ ближайшемъ выпускѣ журнала.*

Стоимость журнала за 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910 г. по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи Н. А. Донсковъ.