

### ОТДѢЛЪ III.

#### Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ.

(Paralysis generalis progressiva incompleta alienatorum).

Эта болѣзнь имѣетъ очень длинное латинское названіе, не лишенное своего значенія. Это будетъ «общій неполный прогрессивный параличъ помѣшанныхъ». Слово *общій* обозначаетъ, что болѣзнь въ полномъ своемъ развитіи поражаетъ весь организмъ; *прогрессивный* — что болѣзнь съ каждымъ днемъ идетъ все впередъ и впередъ; *неполный* — что хотя захватываетъ и весь организмъ и идетъ прогрессивно усиливаясь, но параличъ этотъ никогда не становится полнымъ, въ противномъ случаѣ невозможно было бы существованіе больного, — слово — *помѣшанныхъ* — что съ пораженіемъ въ области движенія бокъ-о-бокъ обязательно идетъ и пораженіе мыслительной дѣятельности, сумашествіе.

Въ своемъ теченіи прогрессивный параличъ имѣетъ извѣстный ходъ, который далеко не для многихъ случаевъ одинаковъ. Бываютъ случаи, когда прогрессивный параличъ, послѣ нѣкотораго предшествовашаго періода предвѣстниковъ, начинается ипохондрическимъ или меланхолическимъ періодами. Этотъ періодъ переходитъ или въ маниакальный періодъ, или же прямо въ слабоуміе. Въ другихъ случаяхъ параличъ начинается прямо маниакальнымъ періодомъ и затѣмъ постепенно переходитъ въ слабоуміе. Наконецъ въ третьемъ, особенно большемъ, рядѣ случаевъ параличъ непосредственно начинается слабоуміемъ.

Приводя это общепринятое дѣленіе на періоды прогрессивнаго паралича, я лично остаюсь при томъ мнѣніи, что прогрессивный параличъ помѣшанныхъ во всѣхъ случаяхъ имѣетъ одинъ только періодъ своего теченія и этотъ періодъ во всѣхъ случаяхъ есть періодъ слабоумія. Хотя въ томъ или другомъ случаѣ дѣйствительно является иногда ипохондрической или маниакальный бредъ, но все проявленіе мыслительной дѣятельности, не исключая и бреда, таково, что мы въ правѣ принять его развивающимся на почвѣ слабоумія.

Основные черты этой болѣзни, которыя проявляются во всѣхъ ея періодахъ и даютъ извѣстный опредѣленный отпечатокъ самой клинической картинѣ ея, будутъ: *рѣзкое ослабленіе палматі, крайнее нарушеніе вниманія по отношенію къ окружающей обстановкѣ, значительное нарушеніе ассоціаціи представлений, ослабленіе сознанія и отчужденности въ правильности своихъ поступковъ и наклонность къ аффекціи.*

*Продромальный періодъ паралича.* Болѣзнь является въ большинствѣ у людей дѣльных, неустанно трудящихся умственно и физически, энергичныхъ, самостоятельныхъ, составившихъ себѣ положеніе не наследственнымъ правомъ на высшее положеніе въ обществѣ и протекцію, а собственнымъ трудомъ и собственнымъ лбомъ. Къ несчастію, люди науки, люди труда, люди дѣла наибольше подвержены заболѣванію прогрессивнымъ параличемъ. Почти во всѣхъ случаяхъ параличу предшествуетъ *періодъ предвѣстниковъ*, являющийся очень задолго, за нѣсколько лѣтъ, до явнаго обнаруженія болѣзни. Родные примѣчаютъ, что больной года три назадъ постепенно началъ измѣняться въ *характерѣ и поведеніи*. Человѣкъ прежде степенный, почтенный, труженикъ, работающій—мало-по-малу превращается въ прощальну и прохвоста. Отецъ семейства, крайне сдержанный и приличный человѣкъ, становится картежникомъ, пьяницей, посѣщаетъ увеселительныя мѣста, кабаки, гостинницы, армянокъ и проч. Человѣкъ осторожный и расчетливый становится мотомъ и небрежнымъ къ денежнымъ счетамъ. Человѣкъ приличный и сдержанный становится болтуномъ и циникомъ. Но все это дѣлается какъ-то изрѣдка, урывками. Въ то же самое время у него обнаруживается небрежность и запущенность въ дѣлахъ и легкомысленное отношеніе ко всѣмъ замѣчаніямъ по этому поводу. Замѣчается также неровность его въ обществѣ. Среди людей порядочныхъ, очень приличныхъ дамъ, онъ вдругъ, совершенно неожиданно, выкинетъ такой анекдотецъ, что тѣ только хлопаютъ глазами. Семью онъ совершенно забываетъ; къ дѣтямъ равнодушенъ, женѣ съ увлеченіемъ передаетъ о похожденияхъ у Альфонсинокъ и проч. А то вдругъ становится очень привязаннымъ къ семьѣ или къ нѣкоторымъ изъ членовъ ея; попусту тратитъ деньги, покупаетъ оптомъ—десятками и сотнями различные бездѣлушки, засыпаетъ гостинцами въ то время, когда хозяйственные дѣла идутъ очень плохо; со службы гонять—смѣется; деньгами соритъ безъ толку и скупится на что-нибудь существенное; дѣлаетъ повторныя

закупки того, чего вовсе не нужно, забываетъ или не хочетъ купить того, что существенно необходимо; дѣлаетъ распоряженія совершенно невозможныя и отмѣняетъ приведенныя въ исполненіе. И множество всевозможныхъ и невозможныхъ нелѣпостей совершается безъ того, однако, чтобы больной хотя на секунду задумался объ ихъ нелѣпости и безобразіи. А такъ какъ рядомъ съ этимъ больной продолжаетъ вести и прежнюю свою дѣятельность, хотя и подорванную, но все таки похожую на прежнюю, то онъ пользуется и прежнимъ положеніемъ въ обществѣ и прежнимъ почетомъ; по временамъ вызываетъ только клочку чудака и сумасброда, но никакъ не сумасшедшаго. Только семья терпитъ отъ его вспыльчивости, крайней раздражительности, иногда даже страшныхъ приступовъ гнѣва и буйства. Въ этомъ отношеніи паралитики очень измѣняются: прежде люди добрые—теперь становятся невозможно бранчивыми и вѣчно съ зудящими кулаками. Рядомъ съ этимъ появляется въ большинствѣ усиліе половой потребности, при чемъ почти всегда покушеніе бываетъ съ негодными средствами. Иногда при этомъ является извращеніе полового влеченія (проф. В. Тарновскій<sup>1)</sup>), при чемъ больные дѣлаютъ самыя безстыдныя, безнравственныя и циничныя предложенія лицамъ, совершенно того не заслуживающимъ. Въ другихъ случаяхъ является страсть къ захватыванію своихъ и чужихъ вещей,—то, что называютъ воровствомъ. Но въ собственномъ смыслѣ это вовсе не воровство, хищеніе и присвоеніе чужой собственности, а просто неспособность отличать свое и чужое. Стащивши какую-нибудь вещь изъ лавки, онъ ее, пожалуй, не донесетъ и домой, а гдѣ-нибудь на пути забудетъ. Забывчивость можетъ доходить до того, что больные забираются въ чужія, даже совершенно незнакомыя квартиры и располагаются какъ дома,—предъявляютъ требованія къ чужой женѣ, какъ къ своей и проч. Но, повторяю, все это дѣлается изрѣдка, въ перемежку съ дѣлами совершенно разумными, почему вызываетъ только удивленіе и сплетни, но никакъ не больше.

Скоро къ этому присоединяются по временамъ приступы кратковременныхъ *головокруженій*, *приливы крови къ голо-  
вѣ*, по временамъ *бессонница*, упорные запоры, иногда прожорливость и сонливость, въ дѣлахъ торопливость, поспѣшность и какъ бы опасеніе не окончить начатаго. По временамъ являются обмороки и даже приступы апоплексіи и

<sup>1)</sup> Проф. В. М. Тарновскій, Извращеніе полового чувства.

эпилептиформныхъ судорогъ. Послѣ каждаго такого приступа больные становятся суетливѣе, безтолковѣе, развратнѣе и проч., но уже дня черезъ два—три все это по немногу сглаживается.

Въ этомъ періодѣ предвѣстниковъ или пределирантномъ періодѣ многіе клиницисты иногда наблюдали у больныхъ чрезвычайное умственное обострѣніе и особенную мыслительную мощь. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ такая усиленная умственная дѣятельность наблюдается въ пределирантномъ періодѣ (Parant<sup>1)</sup>, J. Falret, Christian, Ritti и Ball), другіе авторы описываютъ умственную экзальтацію уже въ развившемся прогрессивномъ параличѣ (Marcè, Dagonet, Foville, Bucknill и Hack Tuke, Luys и Regis), — Dagonet, Foville и друг. указываютъ на экзальтацію характера; въ огромнѣйшемъ же большинствѣ случаевъ уже въ продромальномъ періодѣ замѣчается прогрессивная интеллектуальная и этическая инсуффициэнція (Pick).

До послѣдняго времени продромальный періодъ прогрессивнаго паралича характеризовался преимущественно психическими аномаліями, — на соматическія же аномаліи почти не обращали вниманія. Между тѣмъ послѣднія являются также очень часто и представляются довольно устойчивыми (Christian<sup>3)</sup>, Pick). Изъ сенсорныхъ явленій весьма часты ревматическія боли въ конечностяхъ, частью табетическаго характера, частью въ видѣ приступовъ томленія или мозженія костей (crises de courbature), боли въ членахъ и суставахъ, приступы болей въ области желудка и мочевого пузыря, боли въ груди и головѣ, нейралгіи и мигрень (Sander). При мигреняхъ часто бываютъ скотомы, а также геміанопсія. Со стороны зрѣнія наблюдаются амблиопія и амаврозъ. Изъ другихъ центральныхъ симптомовъ часты: головокруженіе, ощущеніе колебанія и исчезанія подъ ногами почвы и рвота, имѣющая характеръ церебральной рвоты; бессонница, эпилептическіе, эпилептиформные и апоплектиформные приступы. Въ двигательной области: транзиторная афазія, легкіе параличи и дрожь различныхъ частей тѣла, диплопія, страбизмы, птозисъ, разность въ ширинѣ зрачковъ, односторонній или двусторонній мидріазъ стабильный или лябильный (Gräfe), Argil-Robertson'овскій симптомъ, міозъ, прыгающій зрачекъ (Springende Pupille), состоящій въ томъ, что, при дѣйствіи на глаза свѣта, суживается попеременно то одинъ,

<sup>1)</sup> Parant, Annal. medico-psychol., 1887, 2.

<sup>2)</sup> Pick, Medicinisch. Wander-Vorträge, 1889.

<sup>3)</sup> Christian, Annal. medico-psychol. 1888, 1.

то другой зрачекъ,—потеря голоса, отсутствіе или повышеніе сухожильнаго рефлекса, импотенція, временныя retentio и incontinentia urinae, не уступающія никакому леченію, приступы рвоты и діарреи, проходящія сами собою при вступленіи болѣзни во второй періодъ. Изъ трофическихъ разстройствъ въ этомъ періодѣ замѣчаются mal perforant du pied, ulceration imaginaires de la langue и проч.

Обыкновенно послѣ продромальнаго періода развивается картина обычнаго прогрессивнаго паралича; но въ весьма рѣдкихъ случаяхъ наступаетъ *острый или галопирующій параличъ* (Mendel <sup>1)</sup> Автократовъ <sup>2)</sup>).

Галопирующій параличъ въ началѣ проявляется въ видѣ маніи съ возбужденіемъ, которая очень быстро достигаетъ высочайшей степени фюры. Въ началѣ болѣзни моторныя разстройства могутъ быть очень неясными, равно какъ и рѣчь мало измѣнившееся. Иногда переходъ отъ продромальнаго, едва замѣтнаго стадія, къ острому процессу совершается чрезъ апоплектиформный или эпилептиформный припадки. Дальнѣйшее теченіе скоро указываетъ, что мы имѣемъ дѣло съ органическимъ заболѣваніемъ мозга, характеризующимъ острый прогрессивный параличъ. Высшая степень маниакальнаго возбужденія сопровождается апопек- и эпилептиформными припадками,—пульсъ 120'—140', т. 38—39°. Большой отказывается отъ пищи, вливаемую жидкость въ ротъ онъ выплевываетъ, губы сухи и съ черноватымъ налетомъ,—общая дрожь, рѣчь все менѣе и менѣе понятная, непроизвольное мочеотдѣленіе и дефекація. Скоро наступаютъ обширныя декубиты на различныхъ частяхъ тѣла. Альбуминурія и діаррея еще болѣе ослабляютъ истощенное тѣло. Съ признаками общаго истощенія или паралическаго припадка наступаетъ летальный исходъ. Пролонжается острый параличъ отъ 14 до 42 д. Бредъ больного всегда имѣетъ оттънокъ величія, но бываютъ одиночные случаи, когда появляются меланхолическія и ипохондрическія представленія, которыя скоро переходятъ въ общій бредъ. Иногда наступаютъ ремиссіи и больной день или два находится въ спокойномъ состояніи; но при этомъ еще рѣзче выражается моторный парезъ.

*Ипохондрическій періодъ.* Послѣ нѣсколькихъ мѣсяцевъ или лѣтъ разнузданной жизни и послѣ нѣсколькихъ приступовъ головокруженій, больные рѣзко измѣняютъ свой характеръ и настроеніе духа въ отрицательную сторону. Они начинаютъ жаловаться на боли въ различныхъ частяхъ тѣла, а главнымъ образомъ на болѣзни. Является ипохондрическій періодъ. У нихъ запертъ кишечный каналъ и они не могутъ испражняться, въ спинномъ хребтѣ стоитъ желѣзный пруть, въ животѣ завелись лягушки и потому они не могутъ ничего проглатывать,—языкъ одеревенѣлъ и они затрудняются говорить (это начинаетъ имѣть дѣйствительную подкладку).—легкія сгнили и больные не могутъ теперь дышать и т. п. Иногда бываетъ очень причудливый ипохондрическій бредъ. Но рядомъ съ этимъ больные мо-

<sup>1)</sup> Mendel, Paralyse progressive der Irren, s. 21.

<sup>2)</sup> П. М. Автократовъ, Архивъ психіатріи, т. VI, к. 1.

гутъ быть веселы, довольны, забываютъ о своей болѣзни или даже по временамъ и подтруниваютъ надъ ней. Въ другихъ случаяхъ обнаруживается меланхолическое состояніе: больные грустятъ, плачутъ, жалуется, обнаруживаютъ идеи самоуниженія, грѣховности, преслѣдованія и проч. И при всемъ томъ, они часто забываютъ свое настроеніе духа, свой бредъ и спокойно продолжаютъ веселиться и забываютъ обо всемъ. Мрачное настроеніе духа и бредъ отрицательнаго содержанія не составляютъ сущности жизни этихъ людей. Напротивъ, главное состояніе ихъ—это внутренняя пустота и безсодержательность, прикрываемыя временною плаксивостью и бредомъ преслѣдованія. Какъ при ипохондрическомъ, такъ и при меланхолическомъ состояніи паралитики сплошь и рядомъ индифферентно относятся къ своимъ болѣзненнымъ проявленіямъ и не особенно горячо увлекаются ими.

Еще въ иныхъ, весьма впрочемъ рѣдкихъ случаяхъ, больные въ начальномъ періодѣ до крайности злы, раздражительны и наклонны ко всевозможнаго рода разрушеніямъ и буйствамъ. Иногда это состояніе длится очень долго и больные приходятъ въ значительное истощеніе.

Спустя болѣе или менѣе длительный промежутокъ времени, меланхолическій или ипохондрический періодъ постепенно переходитъ или въ маниакальный періодъ, или непосредственно въ слабоуміе.

*Маниакальный періодъ паралича* служитъ исходомъ перваго періода. Но это бываетъ только въ очень немногихъ случаяхъ. Въ большинствѣ же онъ начинается самостоятельно. При переходѣ изъ ипохондрическаго и меланхолическаго періода, на мрачномъ и болѣзненномъ фонѣ мало-по-малу начинаютъ появляться отдѣльные осколки бреда величія, сначала неопредѣленные и отрывочные.

Больной начинаетъ заявлять, что онъ несчастный человекъ, такъ какъ его имущество раскрадывается. Но все это говорится такъ неувѣренно, что вы не знаете будетъ ли это простое недомысліе, или же рожденіе новой фиксированной идеи. Но вотъ, также вскользь, онъ высказываетъ, что ему нужно ѣхать въ Петербургъ,—онъ предсѣдатель верховной комиссіи и проч. Съ теченіемъ времени бредъ величія становится грандіознѣе и является наклонность къ грандіознымъ исчисленіямъ. При совершенно благодушномъ настроеніи духа, больной утверждаетъ, что онъ вчера только изъ Парижа, ѣхалъ по 1,000 верстъ въ секунду и потому пріѣхалъ такъ скоро. Въ поѣздѣ его сопровождали: Гамбетта, Гриви,

Луи Бланъ, Луиза Мишель, Рошфоръ и друг.,—всѣ эти лица будутъ у него сегодня обѣдать и прѣдутъ сюда по телеграфу. Для этого онъ приказалъ устроить дворцы о 10,000 комнатъ въ каждомъ. При дворцахъ будутъ конюшни, въ которыхъ заперто 1.000,000 лошадей, миллиарды рабовъ, биліоны женъ, триліонны обезьяны и проч. Все ему ничего не стоитъ сдѣлать, потому что онъ владѣлецъ милліона банковъ. Онъ будетъ издавать газету, которая каждый день будетъ выходить 1,000 разъ и въ 10.000,000 экземпляровъ; всѣ статьи будутъ состоятъ изъ телеграммъ, такъ какъ онъ въ прекрасныхъ отношеніяхъ со всѣми государственными людьми. Онъ имѣетъ нѣсколько половыхъ членовъ и онъ теперь завелъ 1,000 женъ. Но онъ очень добръ. Онъ даритъ вамъ 1,000 женъ, а для него—всѣ жены свѣта. Быстрота его передвиженій необыкновенна. Его желѣзныя дороги ходятъ милліонъ верстъ въ минуту и локомотивъ тянетъ миллиардъ вагоновъ. Его телефоны работаютъ въ Индіи, Америкѣ, Австраліи и проч. Онъ въ постоянныхъ сношеніяхъ съ великими міра сего и находится съ ними въ самыхъ дружескихъ отношеніяхъ. Нѣтъ, они его заискиваютъ. Завтра свадьба его дочери и онъ телеграммой выписалъ изъ Парижа черныхъ страусовъ, на которыхъ дочь должна вѣхаться къ вѣнцу. Но затѣмъ черные оказались слишкомъ мрачными, — нужны красные. Пока еще неизвѣстно, кто онъ самъ. У него сила, могущество, власть, умъ и отсутствіе всякихъ препятствій въ необъятныхъ предѣлахъ. Для него нѣтъ предѣловъ времени, мѣста, лицъ и проч. Но все это пока пустая игра словъ съ необыкновеннымъ грандіознымъ отгѣнкомъ. При этомъ выражается не столько бредъ величія, какъ бредъ грандіозности. Для большого все увеличено въ 1.000,000 разъ. Такъ ему отъ рождения 30.000,000 лѣтъ, у него 10.000,000 дѣтей, онъ выпиваетъ миллиардъ бочекъ вина, его голосъ слышно за биліонъ верстъ и т. д. Онъ не оспариваетъ вашихъ возраженій, доказательствъ его нелѣпости, но только говоритъ, что вы дуракъ и ничего не понимаете. вмѣстѣ съ тѣмъ онъ очень добръ, милостивъ и любезенъ. До тѣхъ поръ, пока мыслительная его дѣятельность еще работаетъ хорошо, пока наплывъ мыслей еще большой, ассоціація еще достаточная, большой не любитъ останавливаться на какой-нибудь одной фиксированной идеѣ величія. Онъ есть воплощенное могущество, а всемогущество не можетъ быть вдвинуто въ какія бы то ни было рамки. Онъ не соглашается быть даже богомъ, потому что Богъ уже есть, а онъ сильнѣе и могущественнѣе.

нѣе Его. Онъ богъ боговъ и даже нѣсколько боговъ вмѣстѣ взятыхъ. Затѣмъ, по мѣрѣ ослабленія общаго состоянія мысли, онъ постепенно успокаивается и останавливается на одной какой-либо идеѣ. Иногда же бываетъ такъ, что уже сначала болѣзни онъ останавливается на одной какой-либо мысли о величіи и затѣмъ все это постепенно растетъ. Такъ мнѣ извѣстенъ одинъ случай, гдѣ солдатъ сначала остановился на той идеѣ, что онъ капитанъ, затѣмъ произвелъ себя въ майоры, полковники, генералы, фельдмаршалы, графы и императоры. Содержаніе бреда паралитика въ маниакальномъ періодѣ хотя и отличается идеями величія и грандіозности, но размѣры ихъ лежатъ въ предѣлахъ знаній и мечты больного. Бѣднякъ крестьянинъ считаетъ себя счастливымъ въ бреду, когда имѣетъ «десятокъ воливъ», «двадцать коровъ», «десять хатъ» и проч. Онъ признаетъ себя исправникомъ, а будетъ губернаторомъ; въ рѣдкихъ случаяхъ онъ становится царемъ. Да и вообще крестьяне рѣдко переходятъ черезъ маниакальный періодъ. Но замѣчательно то, что во многихъ случаяхъ паралитики не теряютъ сознанія и о настоящемъ своемъ положеніи, — они знаютъ, кто они и на вопросъ объ этомъ, заявляютъ, но рядомъ съ этимъ даютъ себѣ тысячу новыхъ назначеній.

Галлюцинаціи у этихъ людей есть, но за бредомъ едва замѣтны и трудно ихъ отличить. Настроеніе духа въ высокой степени благодушное, доброе, любящее и всепрощающее. Но это не значитъ, чтобы они не приходили иногда въ страшное раздраженіе и буйство, при неисполненіи ихъ требованій. Количество представленій довольно велико, но представленія эти въ большинствѣ неотчетливыя, неясныя и пр. Насъ поражаетъ иногда ихъ память, но это удивленіе является только лишь при сопоставленіи съ бредомъ величія, указывающимъ на крайнее пораженіе мыслительной дѣятельности. Ходъ представленій усиленъ. Ассоціація съ громадными дефектами и часто совершенно случайная. По изслѣдованіямъ В. Ф. Уижка<sup>1)</sup>, въ начальномъ періодѣ прогрессивнаго паралича наблюдается ускореніе процесса послѣдовательной ассоціаціи. Въ качественномъ отношеніи масса представленій и понятій самыхъ нелѣпыхъ и бессмысленныхъ съ отгѣнкомъ величія и грандіозности. Въ психомоторной системѣ необыкновенное стремленіе къ выполненію всѣхъ своихъ нелѣпыхъ представленій. Подъ влияніемъ своего бреда, больные забываютъ о пищѣ и питъѣ, но затѣмъ ѣдятъ

<sup>1)</sup> В. Ф. Уижъ, Вѣстн. клин. и суд. псих. 1885.

и пьютъ много, съ обжорствомъ, нечистоплотно; любятъ говорить неприличія и сальности; держатъ себя въ обществѣ до крайности безобразно, оскорбляютъ женщинъ и даже мужчинъ своими безстыдными словами и поступками. Эти люди, въ полномъ смыслѣ слова, въ обществѣ являются «невозможными». При постоянной безсонницѣ и склонности къ движению, они вѣчно перебѣгаютъ изъ одного публичнаго мѣста въ другое, изъ одного кабака въ другой. Ихъ тянетъ особенно въ людныя мѣста. Здѣсь они до крайности невоздержны, болтливы, нахальны. Они со всѣми знакомы, всѣмъ говорятъ благодушныя дерзости и оскорбленія — и все это громко, чтобы всѣ слышали, — рядомъ съ этимъ просятъ прощенья, обнимаютъ и целуются. Они необыкновенно добры и, при своей идеѣ величія и грандіозности, не знаютъ цѣны деньгамъ. Сколько есть въ карманѣ — все спущено. Они дѣлаютъ покупки ненужныхъ вещей дюжинами и даже магазинами. Явившись въ магазинъ, они закупаютъ не только весь наличный товаръ, но и тотъ, что на фабрикѣ и что будетъ еще производиться. Иногда цѣлыя фуры идутъ за ними домой, на утѣшеніе родныхъ и жены. Мнѣ самому извѣстны счета одного лица въ 200,000—300,000 франковъ, на которые закуплена масса совершенно ненужныхъ и лишнихъ предметовъ. Въ рѣдкихъ же случаяхъ бредъ грандіозности — мегаломанической — переходитъ въ бредъ самоуменьшенія — микроманической, который постепенно тоже увеличивается, но только въ обратную сторону. При добротѣ характера этихъ людей и скорой забывчивости, ихъ обираютъ до невозможности. Будучи постоянно заняты мыслями и дѣломъ, они небрежны къ внѣшности, нечистоплотны, неряшливы и неосмотрительны въ костюмѣ. Рѣчь у нихъ поспѣшная, движенья крайне энергичны и поспѣшны. Мало-по-малу является дисгармонія между ихъ идеями и поступками. Мысли идутъ тише и становятся нелѣпыѣ, движенья замедляются и не соотвѣтствуютъ бреду — и больные постепенно переходятъ въ слабоуміе.

*Паралитическое слабоуміе* является какъ исходъ изъ меланхолическаго и маниакальнаго періодовъ и самостоятельно (Baillarger<sup>1</sup>). Самостоятельно паралитическое слабоуміе является преимущественно у стариковъ, алкоголиковъ, сифилитиковъ и лицъ неразвитыхъ и съ недалекимъ умомъ.

Въ числѣ первыхъ признаковъ паралитическаго слабоумія является забывчивость, невнимательность, суетливость, лег-

<sup>1</sup>) Baillarger Annal. medico-psychol. 1883.

комысліе и потеря сообразительности. Такіе люди часто оставляють свое главное занятіе и безъ всякаго дѣла шатаются по базарамъ, магазинамъ и пр., накупають ненужныхъ вещей, захватываютъ не принадлежащія имъ вещи и все это дѣлають какъ самое обыкновенное дѣло; при отсутствіи наличныхъ денегъ дѣлають долги, выдають безобразные векселя, дѣлають безсмысленныя запродажи, совершенно несообразныя завѣщанія и пр. Внѣшній міръ на нихъ какъ бы не дѣйствуетъ, или же дѣйствуетъ очень поверхностно. Они очень быстро забываютъ, съ кѣмъ они встрѣчались, о чемъ говорили и пр.,—слѣдствіемъ этого одну и ту же вещь они дарятъ нѣсколькимъ лицамъ. Часто при этомъ у нихъ ослабѣваетъ зрѣніе и слухъ, притупляются обоняніе, вкусъ и осязаніе. Они ѣдятъ всякую гадость и не обращаютъ на это никакого вниманія. Къ холоду, жару и болевымъ ощущеніямъ они часто очень нечувствительны. Въ области зрѣнія у паралитиковъ Fürstner<sup>1)</sup> Stenger<sup>2)</sup> и друг. наблюдали явленія корковой и душевной слѣпоты. Кромѣ того Hirschberg<sup>3)</sup> наблюдалъ: 1) амблиопію, зависящую отъ атрофіи зрительнаго нерва, 2) геміопію и 3) постоянную прогрессивную зрительную скотому съ измѣненіемъ въ цвѣтѣ зрительнаго соска. Иногда являються иллюзіи органовъ чувствъ: воду они принимаютъ за вино, мочу—за пиво, запахъ отдѣлений—за розовый запахъ и пр. Въ характерѣ замѣчается крайняя перемѣна: иногда сильная расточительность, иногда же крайнее плюшкинство,—иногда же то и другое совмѣстно. Рѣдко развивается ханжество,—въ большинствѣ нравственная разнузданность. Они любятъ говорить неприличія, непростойности и безобразія, не стѣсняясь обществомъ. Часто костюмъ ихъ въ самомъ ужасномъ видѣ: брюки разстегнуты, оттуда торчитъ рубаха, а иногда и что иное. Часто безъ галстука и даже безъ панталонъ они являются въ гостиную, на улицу и проч. Забывчивости ихъ нѣтъ предѣловъ: они гдѣ сидятъ, тамъ могутъ и испражниться; въ церкви надѣваютъ фуражку, поютъ скабреныя пѣсенки и бранятся. Отсутствие сообразительности всепоражающее, хотя рядомъ съ этимъ они могутъ, на основаніи прежнихъ осколковъ, поддерживать довольно долго разговоръ. Такъ, они женятся при живыхъ мужьяхъ на чужихъ женахъ, вваливаются въ чужія спальни, не могутъ сдѣлать самыхъ простыхъ расчетовъ. Интересна игра съ этими больными на билъ-

<sup>1)</sup> Fürstner, Archiv f. Psychiatrie, Bd. VIII, H. 1 и B. IX, H. 1.

<sup>2)</sup> Stenger, Archiv f. Psychiatrie, B. XIII, H. 1.

<sup>3)</sup> Hirschberg, Neurologisches Centralblatt, 1883, № 2.

ярдѣ, въ шахматы, въ карты и пр. Прожорливость ихъ бываетъ поразительна, но при всемъ этомъ они нерѣдко забываютъ о ѣдѣ, забываютъ о потребности отдѣленій, такъ что часто мочевою музурь достигаетъ крайнихъ размѣровъ. Они крайне податливы и готовы согласиться въ теченіе одной минуты на самыя крайнія противоположности,—въ этомъ отношеніи у нихъ дѣтская податливость. Во всѣхъ ихъ поступкахъ, во всѣхъ ихъ движеніяхъ замѣтна крайняя безпомощность. Иногда впрочемъ они приходятъ въ рѣзкій азартъ и даже бѣшенство; но это длится очень недолго и скоро утихаетъ.

Рядомъ съ этими разстройствами въ душевной области во всѣхъ періодахъ прогрессивнаго паралича проявляются моторныя измѣненія. Эти разстройства выражаются подергиваніями, дрожью и ослабленіемъ дѣятельности во всѣхъ мускулахъ произвольнаго, а въ послѣдствіи и произвольнаго, движенія. Раньше всего эти аномаліи проявляются въ области п. *facialis hypoglossus*, преимущественно на одной сторонѣ, въ видѣ подергиваній и дрожи угла рта, губъ, языка и лица. Въ покойномъ состояніи этихъ подергиваній незамѣтно, но при малѣйшемъ возбужденіи они рѣзко проявляются,—скоро однако эти подергиванія появляются и въ покойномъ состояніи. Рядомъ съ этимъ появляется опущеніе одной стороны лица—угла рта, носа и вѣчка,—*sulcus naso-labialis* слаживается и образуетъ болѣе острый уголъ. Особенно часты измѣненія въ области глазъ: зрачки бываютъ неравномѣрны (Moëli<sup>1)</sup>), расширены, или сужены, является Argil-Robertson'овскій симптомъ, зрачковый рефлексъ по Siemmerling'у<sup>2)</sup> отсутствуетъ у 64%. Sgrosso<sup>3)</sup> описалъ *conjunctivitis* присущій прогрессивнымъ паралитикамъ по преимуществу; онъ же констатировалъ уменьшеніе остроты зрѣнія паралитиковъ, обуславливающуюся, повидимому, атрофіей *papillae n. optici*. Raggi, Morselli<sup>4)</sup> и Rezzonico<sup>5)</sup> описали извращеніе пупиллярнаго рефлекса, когда при дѣйствіи свѣта на глазахъ вмѣсто суженія получалось расширеніе зрачка. Вообще всѣ вышеуказанныя уклоненія въ области зрачковыхъ бываютъ непостоянными и неустойчивыми, появляются то въ одномъ глазѣ, то въ другомъ, то въ обоихъ. — Buccola<sup>6)</sup> на-

<sup>1)</sup> Moëli, Archiv für Psychiatrie, B. XVIII, H. 1.

<sup>2)</sup> Siemmerling, Charite-Annalen, XIII.

<sup>3)</sup> Sgrosso, La Psychiatria, m. V.

<sup>4)</sup> Morselli, Archivio di Psychiatria, 1886, F. 3.

<sup>5)</sup> Rezzonico, Archivio Italiano per. l. malat. nerveus. 1887.

<sup>6)</sup> Buccola, Rivista speriment. di freniatria, An. IX, F. 1.

шель, что время, потребное для зрачковой реакціи у параликовъ несравненно продолжительнѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Ziehen<sup>1)</sup> описалъ очень интересное явленіе у параликовъ въ видѣ потери «чувствительной памяти», состоящей въ томъ, что больной, спустя 5—15" послѣ укола, не можетъ припомнить, гдѣ произведенъ уколъ.

Голосъ параликовъ становится крайне рѣзкимъ, грубымъ и непріятнымъ; иногда наступаетъ временная безголосость (афонія).

Языкъ какъ-то заплетается, какъ будто у пьянаго, или на морозѣ отъ холода. Иногда онъ уклоняется въ сторону и дрожить, то цѣликомъ во всей своей толщѣ, то только въ различныхъ мѣстахъ, отдѣльныя волокна его, фибрильно. Бываетъ, что больные не могутъ высунуть языка, — иногда же языкъ настолько не подчиняется внутреннимъ волевымъ импульсамъ, что больные вытягиваютъ его руками. Иногда подѣ влияніемъ азарта и запальчивости больные вырываютъ свой непослушный языкъ съ корнемъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываютъ временныя, мимолетныя афазіи, вѣроятно спастическаго свойства. Вообще рѣчь этихъ больныхъ бываетъ неясна и отрывочна.

Вскорѣ замѣчаются уклоненія и въ рѣчи — скрадываніе слоговъ и словъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда въ словѣ нѣсколько слоговъ съ губными буквами, такъ напримѣръ: перпендикулярно, прапорщикъ, бубликъ, бомбардиръ и пр. У нѣкоторыхъ больныхъ бываетъ такъ, что въ началѣ болѣзни, они говорятъ еще хорошо, но не могутъ правильно читать; это явленіе называется паралитическимъ расстройствомъ чтенія (Rieger). Больной воображаетъ, что читаетъ совершенно правильно, а въ дѣйствительности произноситъ только отдѣльныя короткія слова, такъ какъ длинныя слова ему не даются.

Движеніе рукъ также нарушается: въ нихъ является дрожь, больные не могутъ брать мелкихъ предметовъ. Письмо такихъ больныхъ весьма интересно: сплошь и рядомъ на немъ брызги, кляксы, зацѣпки, неровность строкъ, неровность словъ, одна буква больше, другая меньше, одна смотритъ направо, другая налѣво; подѣ влияніемъ ослабленнаго вниманія и памяти, они дѣлаютъ пропуски въ словахъ, особенно въ тѣхъ, гдѣ въ одномъ словѣ подобныя слоги. Эти явленія съ каждымъ годомъ становятся хуже и письмо превращается въ какія-то черточки. Descourtis<sup>1)</sup> динамометрически

<sup>1)</sup> Ziehen, Neurolog. Centralb., 1886, 20

доказалъ, что движенія въ рукахъ и ногахъ ослабляются, при чемъ является походка или табетическая, или паралитическая. Сухожильные рефлексы то понижены, то совершенно отсутствуютъ, то являются значительно повышенными. Bianchi<sup>2)</sup> полагаетъ, что повышенный сухожильный колѣнный рефлексъ можетъ служить достаточно вѣскимъ диагностическимъ признакомъ въ пользу паралича въ тѣхъ случаяхъ, когда бредъ грандіозности не сопровождается разстройствами рѣчи, что бываетъ иногда въ началѣ заболѣванія. Vottencourt-Rodrigues<sup>3)</sup> изъ 68 случаевъ нашелъ повышение колѣнныхъ сухожильныхъ рефлексовъ въ 43; рядомъ съ этимъ было ослабленіе подошвеннаго рефлекса и экспансивный бредъ.

Паралитики очень часто обнаруживаютъ пораженія легкихъ, которыя, по Bianchi<sup>4)</sup>, обусловливаются поражениемъ п. vagi и послѣдующими трофическими измѣненіями въ легкихъ, что подтверждено и взвѣшиваніями легкихъ Crich-ton Brown'омъ<sup>5)</sup>, показавшимъ, что вѣсъ легкихъ паралитиковъ ниже вѣса легкихъ нормальныхъ людей. Часто у больныхъ наблюдается задержаніе и недержаніе мочи, въ мочѣ бѣлокъ; Marro<sup>6)</sup> считаетъ пептонурію столь частой при параличѣ, что отсутствіе ея признаетъ отрицательнымъ признакомъ паралича. Иногда наблюдается полиурія, урина съ кровью и проч. Нѣкоторые авторы наблюдали измѣненіе въ пульсѣ паралитиковъ (Greenlees, Ziehen), но они слишкомъ не постоянны; очень часто наблюдается пульсація каротидъ. Температура тѣла паралитиковъ очень часто является субнормальною, даетъ рѣзкія дневныя колебанія и иногда внезапно безъ всякаго повода повышается до 40°. Во время эпилепти-и апоплектиформныхъ приступовъ температура повышается до 40—42° (Westphal, Simon, Houppert, Fürstner, Kraimer, Bernhardt, Clouston, Hebold, Möbius, Savage, Rottenbiller<sup>7)</sup> и др.). Нерѣдко у паралитиковъ являются боли въ области желудка, ректальной и везикальной, а также кровавая рвота и неуправляемый поносъ<sup>8)</sup>. Въ даль-

<sup>1)</sup> Descourtis, L'Encephale, 1884, № 1.

<sup>2)</sup> Bianchi, Il riflesso tendineo et patologia nella paralisi progressiva degli alienati, 1884.

<sup>3)</sup> Bottencourt-Rodrigues, L'Encephale, 1885, № 2.

<sup>4)</sup> Bianchi, La pulmonite des paralytiques e la degenerazione dei nervi vaghi, 1890.

<sup>5)</sup> Chrichton Browne. The Brain, 1883, 3.

<sup>6)</sup> Marro, Archivio di Psichiatria, 1888, IX.

<sup>7)</sup> Rottenbiller, Centralblatt f. Nervenheilkunde, 1889, 1.

<sup>8)</sup> Hurd, American Journal of Insanity, 1887.

нѣйшемъ теченіи болѣзни задержаніе мочи и экскрементовъ смѣняется недержаніемъ того и другого, пораженіемъ мочевого пузыря и простаты (D'Abundo<sup>1)</sup>). У нѣкоторыхъ паралитиковъ является сильное и неудержимое слюнотеченіе, усиленное потѣніе и постоянныя жевательныя движенія.

Въ дальнѣйшемъ теченіи является парезъ глотки и пищевода и смерть или отъ задушенія пищею, или отъ паралича дыхательныхъ мускуловъ, или отъ паралича сердца. Нерѣдко въ разгарѣ болѣзни являются трофическія разстройства, какъ: по кожѣ сыпь, herpes zoster, изъязвленія кожи, кровоподтеки, кровавый потъ, кровавая рвота (Krueg<sup>2)</sup>), острия пролежни, кровотеченіе въ желудокъ (Pohl<sup>3)</sup>), воспаленіе мочевого пузыря, исчезаніе подкожнаго жирнаго слоя, ломкость и хрупкость хрящей и костей, на что имѣется невѣроятно большое количество литературныхъ данныхъ, отематомы, пораженіе серозныхъ оболочекъ (Carrier<sup>4)</sup>), круглая язва желудка (Marandon de Montyel<sup>5)</sup>) и проч. Bonnet<sup>6)</sup> описываетъ два случая беременности женщинъ, страдающихъ общимъ параличемъ, при чемъ плодъ не достигъ развитія, вслѣдствіе недостатка трофическихъ функций матери.

Ислѣдуя возбудимость нервномышечнаго аппарата электрическимъ токомъ у паралитиковъ, Я. А. Анфимовъ<sup>7)</sup> нашелъ значительное пониженіе количественной реакціи, идущее параллельно съ пониженіемъ ихъ физическихъ силъ; тоже констатировали Voccolari и Borsari<sup>8)</sup>), какъ для постоянного, такъ и для фарадическаго тока, — при чемъ всегда существовало обратное отношеніе между степенью возбудимости и сопротивленіемъ току. Gerlach<sup>9)</sup> почти во всѣхъ случаяхъ рѣзко выраженной дрожи нашелъ въ нервахъ значительно повышенную раздражимость.

Что касается отношенія разстройствъ области мыслительной къ паралитическимъ, то наблюденія показали, что въ однихъ случаяхъ предшествовали мыслительныя разстройства, въ другихъ — разстройства движенія. Мнѣ кажется, что какъ тѣ, такъ и другія являются одновременно, но въ на-

<sup>1)</sup> D'Abundo, Le lesioni della vescica e della prostata.

<sup>2)</sup> Krueg, Archiv für Psychiatrie und Nervenkr. V. X, H. 3.

<sup>3)</sup> Pohl, Prag. med. Wochenschr. 1888.

<sup>4)</sup> Carrier, Annal. medico-psycholog. 1885, № 2.

<sup>5)</sup> Marandon de Montyel, L'Encephale, 1888, 3.

<sup>6)</sup> Bonnet, L'Encephale, 1883, 5.

<sup>7)</sup> Я. А. Анфиловъ, Вѣстн. судебн. и клин. психіатрии, 1889.

<sup>8)</sup> Voccolari и Borsari, Rivista speriment. di freniatria, XV, F. 1.

<sup>9)</sup> Gerlach, Archiv f. Psychiatrie, V. XX, H. 3.

чалъ бѣвають настолькоъ слабо выражены, что легко просматриваются.

*Течение, исходъ и предсказаніе.* Течение прогрессивнаго паралича двойное: острое и хроническое. Острый прогрессивный параличъ явленіе довольно рѣдкое и нѣкоторыми даже отрицается вовсе.

Хроническій прогрессивный параличъ длится 2—4 года и очень часто въ теченіи своемъ представляетъ колебанія. Въ началѣ заболѣванія, подѣ влияніемъ какихъ-нибудь природныхъ условий, болѣзнь можетъ улучшиться и для неопытнаго глаза даже казаться совершенно излѣченной; но въ сущности почти всегда это будетъ только свѣтлый промежутокъ (*Intervallum lucidum*), а не выздоровленіе. Такихъ свѣтлыхъ промежутковъ можетъ быть нѣсколько, но каждый изъ послѣдующихъ будетъ короче и темнѣе предыдущаго. Часто ожесточеніямъ болѣзни способствуютъ апоплектиформенные и эпилептиформенные приступы, послѣ которыхъ больной однако скоро поправляется. Но при этомъ нужно добавить однако весьма важное явленіе: послѣ всякаго апоплектиформеннаго приступа паралитикъ поправляется, но никогда не доходитъ до того состоянія, въ какомъ онъ былъ предѣ послѣднимъ приступомъ, и всякій новый приступъ его понижаетъ и понижаетъ, такъ что по количеству апоплектиформенныхъ приступовъ можно видѣть количество степеней, низводящихъ больного въ состояніе слабоумія.

Такимъ образомъ болѣзнь идетъ какъ бы скачками и каждый новый приступъ ставитъ больного все въ худшее и худшее положеніе. Общій ходъ болѣзни такой: продолжительный періодъ предвѣстниковъ, ипохондрической періодъ, маниакальный періодъ и періодъ слабоумія; но въ рѣдкихъ случаяхъ теченіе принимаетъ *typus inversus*: маниакальный періодъ переходитъ въ меланхолическій, затѣмъ свѣтлый промежутокъ и опять прежнее теченіе. Такой случай описалъ Lafitte<sup>1)</sup> подѣ названіемъ *Paralysie générale à double forme*. Болѣзнь почти всегда оканчивается смертельно, — въ весьма только рѣдкихъ случаяхъ можно видѣть выздоровленіе; но оно бываетъ, если болѣзнь захвачена въ началѣ (*Wendt*<sup>2)</sup>, *Voisin*<sup>3)</sup>, *Baillarger*<sup>4)</sup>) и др. На основаніи вышесказаннаго, предсказаніе должно быть неблагоприятно или же весьма сомнительно.

<sup>1)</sup> *Lafitte*, *Annal. medico-psych.* 1883, № 2.

<sup>2)</sup> *Wendt*, *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, XLV.

<sup>3)</sup> *Voisin*, *Bullet. therap.*, 1889.

<sup>4)</sup> *Baillarger*, *Ann. med. psychol.* 1887, 1.

Причины прогрессивнаго паралича до сихъ поръ еще недостаточно опредѣлены. Прямое вліяніе наслѣдственности на возникновеніе прогрессивнаго паралича почти всеми отрицается,—это вліяніе ограничивается ускореніемъ возникновенія болѣзни и быстрѣйшимъ ея теченіемъ. Лица, обнаруживающія наслѣдственное предрасположеніе, заболѣваютъ прогрессивнымъ параличемъ въ болѣе молодомъ возрастѣ, при чемъ наслѣдственность со стороны отца является болѣе опасною; при двойной наслѣдственности болѣзнь принимаетъ очень бурное теченіе (Ascher<sup>1)</sup>. По изслѣдованіямъ Ball и Regis<sup>2)</sup> средняя продолжительность предковъ паралитиковъ болѣе длинная, чѣмъ обыкновенныхъ людей. Семейное расположеніе къ прогрессивному параличу также явленіе рѣдкое, хотя мнѣ лично приходилось наблюдать семейство, въ которомъ въ теченіе года заболѣли прогрессивнымъ параличемъ 3 брата и 2 сестры (отъ 32 до 40 лѣтъ). По Luys'у<sup>3)</sup> прогрессивный параличъ является въ возрастѣ между 27 и 61 годами, при чемъ средній возрастъ для мужчины 43 г., а для женщины 40 л.; однако крайній молодой предѣлъ съ теченіемъ времени все расширяется,—еще недавно описаны случаи заболѣванія Regis<sup>4)</sup> 19 л., Leidesdorf'омъ<sup>5)</sup>, Давидовымъ<sup>6)</sup> 16 л., Wiglesworth'омъ<sup>7)</sup> 15 л. и Strümpell'емъ<sup>8)</sup> 13 л.—Мужской полъ заболѣваетъ гораздо чаще, чѣмъ женскій. Отношеніе заболѣванія женщинъ къ мужчинамъ по Reinhardt'у<sup>9)</sup> стоитъ какъ 1 : 6, а по Siemmerling'у<sup>10)</sup> какъ 1 : 3. Изъ женщинъ большому заболѣванію подвергаются замужнія,—изъ не замужнихъ же часто puellae publicae; наибольшій процентъ заболѣвшихъ женщинъ падаетъ на средній и низшій классъ, при чемъ заболѣванію много способствуютъ бѣдность, плохія соціальныя условія и проч. (Tamburini и Riva<sup>11)</sup>; по Seppilli<sup>12)</sup>, не малую роль въ заболѣваніи женщинъ играютъ заболѣванія половой среды и аномалии менструацій. Замѣчено, что въ нѣкоторыхъ странахъ прогрессивный параличъ количественно возрастаетъ, въ дру-

<sup>1)</sup> Ascher, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLVI, 1.

<sup>2)</sup> Ball и Regis, L'Encephale. 1883, 3—6.

<sup>3)</sup> Luys, L'Encephale, 1884.

<sup>4)</sup> Regis, L'Encephale, 1885, 5.

<sup>5)</sup> Leidesdorf, Wiener med. Wochenschr., 1884.

<sup>6)</sup> Давидовъ, Архивъ психіатріи, т. VIII, к. 3.

<sup>7)</sup> Wiglesworth, The Journal of mental Science, 1883, 3.

<sup>8)</sup> Strümpell, Neurolg. Centralblatt, 1885, 5.

<sup>9)</sup> Reinhardt, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, B. XLI, H. 4 и 5.

<sup>10)</sup> Siemmerling, Charité-Annalen, 1888.

<sup>11)</sup> Tamburini и Riva. Rivista sperim. di freniatr., f. III, F. 3.

<sup>12)</sup> Seppilli, Rivist. sperim. di fren. 1883, 1.

гихъ онъ какъ бы остановился на извѣстномъ процентномъ отношеніи, а въ Шотландіи процентъ заболѣванія прогрессивнымъ параличомъ началъ уменьшаться (Clouston<sup>1)</sup>; по этому поводу Snell<sup>2)</sup> замѣчаетъ, что такъ какъ прогрессивный параличъ чаще всего является слѣдствіемъ борьбы за существованіе и выраженіемъ чрезмѣрной духовной энергіи, то уменьшеніе процента заболѣванія прогрессивнымъ параличемъ не дѣлаетъ чести странѣ.

Самою главною и основною причиною прогрессивнаго паралича служатъ; чрезмѣрныя умственные занятія и сильныя душевные аффекты. Это болѣзнь людей дѣльныхъ, энергичныхъ, тружениковъ науки и дѣла. Къ другимъ важнѣйшимъ этиологическимъ моментамъ должно отнести чрезмѣрную борьбу за существованіе, бѣдноту, плохія соціальныя условія существованія, физическую травму (М. Н. Поповъ<sup>3)</sup>, E. A. Christian<sup>4)</sup>, Ascher и друг.), психической шокъ, сильныя огорченія, продолжительныя ожиданія (Christian<sup>5)</sup>, инсоляцію, высокую температуру окружающей атмосферы, войну и тюремное заключеніе.

Ближайшею причиною прогрессивнаго паралича служатъ усиленные и привычныя приливы крови къ головѣ. Кромѣ того въ числѣ важныхъ причинъ нужно поставить пьянство и сифилисъ. Eickhold<sup>6)</sup> полагаетъ, что важнѣе здѣсь пьянство. Относительно сифилиса онъ очень снисходителенъ: въ то время какъ Mendel отводитъ ему 75<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Oebeke, Obersteiner и др. — 22—25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Eickhold допускаетъ только 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. По Reinhardt'у<sup>7)</sup> сифилисъ, какъ этиологическій моментъ для прогрессивнаго паралича, является въ 28<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, при чемъ на 10-мъ году и позже его проявленіе бываетъ изъ общей массы въ 33<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Luys нашель, что при заболѣваніи общимъ параличемъ ростъ субъекта играетъ серьезную роль: низкаго роста было 39<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, средняго 57<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и высокаго 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Изъ 140 больныхъ 42<sup>0</sup>/<sub>0</sub> было женатыхъ и 58<sup>0</sup>/<sub>0</sub> неженатыхъ. Продуцированіе рода человѣческаго въ этихъ семействахъ выразилось очень слабо: изъ 84 браковъ было 34<sup>0</sup>/<sub>0</sub> безплодныхъ и 66 съ дѣтьми, при чемъ всѣхъ дѣтей было 80, т. е. 1,5 на семейство. Дѣти эти или быстро умирали, или если и жили, то были хилы и слабы.

<sup>1)</sup> Clouston, The Journal of mental Science, 1887.

<sup>2)</sup> Snell, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLIV, 6.

<sup>3)</sup> М. Н. Поповъ, Мед. прибавл. къ морск. сборн. 1887.

<sup>4)</sup> E. A. Christian, Americ. Journal of Insanity, 1888.

<sup>5)</sup> Ghristian, Archive de Neurologie, 41.

<sup>6)</sup> Eickhold, Allgem. Zeitsch. f. Psychiatrie, B. LIX, H. 1.

<sup>7)</sup> Reinhardt, Allg. Zeitschr. f. Psych. B. XLI, H. 4 и 5.

По Ball'ю и Regis 1), въ семействахъ паралитиковъ преимущественно бываютъ мозговья болѣзни; на этомъ основаніи авторы приходятъ къ тому заключенію, что общій параличъ не есть сумашествіе, а мозговое пораженіе и его діатезъ есть мозговой діатезъ.

*Патологическая анатомія.* Патолого-анатомическія измѣненія при прогрессивномъ параличѣ не ограничиваются одною центральною нервною системою, а въ огромномъ большинствѣ случаевъ затрогиваютъ и другія ткани и органы организма.

Что касается сущности процесса въ центральной нервной системѣ, то мнѣнія объ этомъ рѣзко расходятся: Baule принимаетъ при dementia paralytica arachnitis chronica diffusa; Calmeil—periensephalitis chronica diffusa; Parchappe—размягченіе мозга; Duchek и Meyer—meningitis chronica; Meschede—pachimeningitis chronica; Magnan, Mendel и Hitzig 2)—encephalitis interstitialis diffusa съ переходомъ въ атрофію мозга, — Schüle 3) атрофическій процессъ первично съ послѣдовательными воспалительными явленіями, Wernicke—хроническое прогрессивное паренхиматозное воспаление мозговой корки, Bonnet и Poincaré вляютъ основу въ пораженіи симпатическихъ узловъ и т. д.

*Кости* черепной покрывки въ значительномъ большинствѣ случаевъ утончены, склерозированы, диплоз почти отсутствуетъ, — на внутренней поверхности часто цианотичны. Иногда на нихъ замѣчаются разраженія въ видѣ остеофитовъ. По снятіи костной крышки, *твердая мозговая оболочка*, особенно въ лобной части, представляется лежащею въ складкахъ, какъ резульатъ мозговой атрофіи. Наружная поверхность ея въ большинствѣ утолщена, морщиниста, молочно-бѣлаго цвѣта, — утолщеніе ея, особенно въ височныхъ областяхъ, иногда доходитъ до 1 см. и болѣе. Внутренняя поверхность ея или гладкая, блестящая, безъ особыхъ измѣненій, или же представляетъ интензивныя явленія кропянистаго воспаления (Huguenin 4), Camuset 5). По Savage 6) pachimeningitis при прогрессивномъ параличѣ встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ при другихъ психозахъ. *Мягкая мозговая оболочка* является утолщеною, крайне отечною и рыхлою, субарахноидальныя пространства выполнены значительнымъ количествомъ серозной жидкости. Еще при нетронutomъ положеніи мягкой мозговой оболочки рельефно выдаются дефекты и уменьшенія въ объемѣ мозговыхъ извилинъ. Эти дефекты выполняются серозной жидкостью въ мѣшкахъ субарахноидальныхъ пространствъ. При снятіи мягкой мозговой оболочки, она часто является приросшею къ поверхности мозговыхъ извилинъ. Въ менѣе интензивныхъ случаяхъ мы видимъ при отдѣленіи мягкой мозговой оболочки отъ поверхности извилинъ между ними какую-то волокнистость и значительно расширенные сосуды; которые при этомъ разрываются; въ болѣе интензивныхъ случаяхъ мягкая мозговая оболочка настолько бываетъ срощена съ поверхностью извилинъ, что отдѣляется съ цѣлыми слоями мозговой субстанции. Приращеніе это особенно рѣзко выражено бываетъ въ области лобныхъ и центральныхъ извилинъ. По Mendel'ю 7), meningitis при прогрессивномъ параличѣ явля-

1) Ball et Regis, L'Encephale, 1883, №№ 3—6.

2) Hitzig, Частная патологія и терапія Цулсена, т. XI, ч. 1.

3) Schüle, Sectionsgebisse.

4) Huguenin, Частная патологія и терапія Цулсена.

5) Camuset, Annal. medico-psychol., 1884, 6.

6) Savage, The Journal of mental Science, 1884.

7) Mendel, Berlin. klin. Wochenschr., 1883, 17.

ніе частое, но необязательное, — по Tuzcek'y <sup>1)</sup> же — meningitis съ начальныхъ и до вполне развитыхъ формъ — явленіе, прочно установившееся; Bullen <sup>2)</sup> находилъ ее при прогрессивномъ параличѣ въ 76%. *Лимфатическія цистерны* всегда бывають выполнены значительнымъ количествомъ серозной жидкости, — Пахіононы грануляціи почти всегда значительно развиты. Весь вынутый мозгъ въ цѣломъ весьма рельефно подерживаетъ свою конфигурацію и является плотнымъ; въ большинствѣ кпереди онъ является нѣсколько приостреннымъ, въ видѣ носа ладьи. *Мозговья извилины* являются приостренными, сжуженными и съ значительными дефектами въ видѣ фасетокъ и различныхъ перетяжекъ, — особенно рѣзко выражены эти измѣненія въ области лобной и центральной долей. Рядомъ съ этимъ *бороздки* являются крайне расширенными и очень рельефно обозначенными. Поверхность мозговыхъ извилинъ, по снятіи мягкой мозговой оболочки, является неровною, часто съ массою рѣшетчатыхъ отверстій (état criblé) какъ на мѣстѣ отдѣлившейся субстанции совмѣстно съ мягкой оболочкой, такъ и на мѣстѣ разорванныхъ сосудовъ. Часто вокругъ этихъ отверстій сосудовъ можно бываетъ замѣтить нѣчто въ видѣ воронкообразнаго углубленія. Baillarger <sup>3)</sup> наблюдалъ иногда аспидное окрашиваніе мозговыхъ извилинъ, которое почти всегда совпадаетъ съ эшарою на Sarcum, почему о нѣкоторыхъ случаяхъ аспиднаго окрашиванія авторъ склоненъ думать, что оно объясняется абсорпціей путридной матеріи эшары; то же наблюдали Calmeil и Mabile <sup>4)</sup>. Въсь мозгъ паралитиковъ, по изслѣдованіямъ Berger'a <sup>5)</sup>, McDowall'я <sup>6)</sup> и Bartels'a <sup>7)</sup> значительно ниже нормы; по Meynert'y <sup>8)</sup>, эта потеря вѣса падаетъ преимущественно на лобную и центральныя части головного мозга, тогда какъ мозжечекъ нисколько не теряетъ въ вѣсѣ (Baillarger <sup>9)</sup>. Baillarger, Fovil, Mickle, Samt, Luys <sup>10)</sup>, Marandon de Montyel, Seppilli <sup>11)</sup>, Morselli <sup>12)</sup> и др. показали, что у паралитиковъ одно мозговое полушаріе въ вѣсовомъ отношеніи превалируетъ предъ другимъ, при чемъ наибольшія потери касаются того полушарія, иннервируемые мускулы котораго поражены параличемъ болѣе. Изслѣдуя пикнометрическимъ способомъ удѣльный вѣсъ сѣраго и бѣлаго вещества корки, мнѣ удалось найти, что въ лобныхъ и центральныхъ доляхъ оно представляеть значительно болѣе удѣльный вѣсъ (1,0634—1,0863 вмѣсто 1,038), въ другихъ же мѣстахъ были слабыя колебанія въ ту и другую сторону. Мои <sup>13)</sup> изслѣдованія теперь вполне подтверждаются изслѣдованіями Baistrocchi <sup>14)</sup>. Cionini <sup>15)</sup> изслѣдоватъ толщю мозговой корки паралитиковъ и нашелъ общее утонченіе ея, при чемъ наибольшее утон-

- 1) Tuzcek, Zur pat. Anatomie der Dement. paralyt.
- 2) Bullen, The Journal of mental Science, 1890, 1.
- 3) Baillarger, Annal. medico-psychol. 1884, № 1.
- 4) Mabilee, Annal. medico-psychol., 1884.
- 5) Berger, Neurolog. Centralb., 1882.
- 6) McDowall, The Journal of menl. Science, 1886.
- 7) Bartels, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1887.
- 8) Meynert, Jahrbücher f. Psychiatrie, 1886.
- 9) Baillarger, Annal. med. psych. 1886.
- 10) Luys, L'Encephale, 1884, 5.
- 11) Seppilli, Archivio Italiano per les malad. nerveus, 1886.
- 12) Morselli, La Psychiatria, 1888.
- 13) П. И. Ковалевскій, Курсъ психіатріи, 1882.
- 14) Baistrocchi, Rivista sperimentale di freniatria, An. X, f. 3.
- 15) Cionini, Rivista sperim. di fren., 1888.

чение выражено преимущественно въ передней и центральной доляхъ, лѣвая сторона при этомъ поражена болѣе, чѣмъ правая,—съ массою грануляцій (Luys <sup>1)</sup>, Brunet <sup>2)</sup> и др.).

На разрѣзахъ мозгъ является плотнымъ, на поверхности разрѣзовъ часто замѣтны порозныя отверстія частью отъ расширенныхъ сосудовъ, а частью отъ расширенныхъ лимфатическихъ ходовъ. *Мозговые желудочки* очень растянуты и переполнены серозной жидкостью, мозговые узлы очень бугристы; эпендима утолщена, шероховата и разращена, представляя шагренный видъ или видъ «кошачьяго языка». Сосуды стѣнокъ желудочковъ очень расширены и переполнены венозной кровью. Сосудистыя сплетенія часто содержатъ большое количество кистъ. Всѣ эти измѣненія нервной ткани, по мнѣнiю Selvili <sup>3)</sup>, являются результатомъ нарушенія питанiя, вслѣдствiе характерныхъ постоянныхъ измѣненiй въ сосудахъ и соединительной ткани. *Спинной мозгъ* представляетъ нѣсколько перерожденiя задне-боковыхъ (Claus <sup>4)</sup>, Schultze <sup>5)</sup>, Zacher <sup>6)</sup>, заднихъ пучковъ, а иногда и сѣраго вещества (Westphal <sup>7)</sup>, Mendel <sup>8)</sup> и мн. др.). Crump Beatley <sup>9)</sup> всѣ случаи прогрессивнаго паралича по отношенiю къ разстройству въ спинномъ мозгу раздѣляетъ на три категорiи: случаи съ поражениемъ заднихъ пучковъ спинного мозга при отсутствiи сухожильныхъ рефлексовъ,—случаи съ поражениемъ боковыхъ пучковъ спинного мозга и повышенными сухожильными рефлексами и случаи безъ пораженiя спинного мозга. Проф. Чижевъ <sup>10)</sup> въ спинномъ мозгу нашель: уплотненiе стѣнокъ сосудовъ вмѣстѣ съ набуханiемъ клѣтокъ, жирно-пигментное перерожденiе нервныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ съ переходомъ ихъ въ атрофiю, образованiе веретенообразныхъ соединительно-тканыхъ элементовъ.

Разстройство сѣраго вещества спинного мозга, трофическихъ центровъ, не можетъ не отразиться на питанiи различныхъ тканей организма; отсюда мы имѣемъ массу трофическихъ разстройствъ въ различныхъ тканяхъ: ломкость и хрупкость костей и хрящей, уничтоженiе жирной клѣтчатки, острые пролежни, воспаленiе мочевого пузыря, кровавыя рвоты, отекомы, крайнюю ранимость кожи и всевозможные виды ея поражений и пр.

*Микроскопическiя измѣненiя* при прогрессивномъ параличѣ были наблюдаемы во всѣхъ видахъ тканей мозга. Едва ли не раньше другихъ появляются измѣненiя въ сосудистой системѣ. Причину этихъ измѣненiй нѣкоторые (Poincaré et Bonnet <sup>11)</sup>, Любимовъ <sup>12)</sup> склонны видѣть въ пораженiяхъ верхнихъ шейныхъ узловъ симпатической системы, а также и въ другихъ ея узлахъ.

<sup>1)</sup> Luys, Traité des maladies mentales.

<sup>2)</sup> Brunet, Ann. medic. psychol. 1886, 1.

<sup>3)</sup> Selvili, Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica, 1876.

<sup>4)</sup> Claus, Allgem. Zsitschr. f. Psych. B. XXXVIII, H. 2.

<sup>5)</sup> Schultze, Arch. f. Psychiatrie, B. XIII, H. 3.

<sup>6)</sup> Zacher, Ibidem, B. XIII, H. 2.

<sup>7)</sup> Westphal, Virchows Archiv, 1867.

<sup>8)</sup> Mendel, Die Paralyse progr. der Irren, 1880.

<sup>9)</sup> Crump. Beatley, The Brain, 1885.

<sup>10)</sup> Чижевъ, О патолого-анатомическихъ измѣненiяхъ въ спинномъ мозгу при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ.

<sup>11)</sup> Poincaré et Bonnet, Annal. medico-psycholog. 1868.

<sup>12)</sup> Любимовъ, Virchow's Archiv, т. LVII.

Измѣненія эти въ сосудахъ бываютъ двоякаго рода, соответственно двумъ періодамъ паралича (Schüle <sup>1)</sup>, проф. Мержеевскій <sup>2)</sup> и др.). Въ первое время сосуды представляютъ гиперемію, преимущественно во внутреннемъ поясѣ, и расширеніе сосудовъ, то общее, то мѣстное, въ видѣ аневризмы. Мало-по-малу при этомъ происходитъ экставазація, преимущественно бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Эти тѣльца въ дальнѣйшемъ подвергаются различнымъ метаморфозамъ. Часть изъ нихъ подвергается разрушенію, натурально на счетъ волюма сосудовъ,—другая часть подвергается жировому, коллоидному и пигментному перерожденію. По Greenlees <sup>3)</sup>, атероматозное измѣненіе въ стѣнкахъ сосудовъ является независимо отъ возраста и отъ характера болѣзни. *Лимфатическія пространства* переполнены лейкоцитами и многими красными кружечками. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни наступаетъ анемія, вслѣдствіе разрушенія сосудистыхъ стѣнокъ и окололежащей нейроглии. Иногда мѣло доходить до полной облитерации сосудовъ, вслѣдствіе коллоидныхъ эмболій, жирового и пигментнаго перерожденія элементовъ стѣнки. Лимфатическія пространства расширяются настолько, что образуютъ какъ бы стѣчатую ткань. Liebemann <sup>4)</sup> говоритъ о гліиновой дегенерации въ стѣнкахъ сосудовъ; дегенерируются капилляры, мелкія вены и артеріи. Капилляры при этомъ настолько суживаются, что черезъ нихъ не можетъ пройти даже красный кровяной шарикъ. Въ послѣднихъ стадіяхъ паралича сосуды во многихъ мѣстахъ образуютъ кисты съ глыбами, въ которыхъ нѣтъ и слѣда стѣнокъ сосудовъ,—иногда же встрѣчаются въ сосудахъ гліиновые тромбы. Къ тому же выводу пришелъ и Binswanger <sup>5)</sup>. Cullerre <sup>6)</sup> находилъ въ мозговыхъ сосудахъ паралитиковъ атероматозъ, милиарныя аневризмы и желтое размягченіе сосудовъ; такія же рѣзкія измѣненія въ сосудахъ находили: Camuset <sup>7)</sup> Rey <sup>8)</sup> и Dagonet <sup>9)</sup>. *Соединительная ткань* какъ отходящая отъ мягкой мозговой оболочки, такъ и нейроглія, представляетъ значительное разрушеніе въ видѣ пучковъ,—каждый изъ элементовъ часто увеличивается въ объемъ,—кромѣ того появляется значительное количество паукообразныхъ кѣтокъ и кисточкообразныхъ кѣтокъ (Любимовъ, Meunert). Глія часто подвергается гліиновому перерожденію (Liebemann). Meunert, Любимовъ и Kronthal <sup>10)</sup> находили веретеннообразныя кѣтки, стоящія въ связи съ сосудами.

Изслѣдованія Mendel'я <sup>11)</sup> дали слѣдующія явленія у паралитиковъ: расширеніе *періцеллюлярныхъ пространствъ* и выполненіе ихъ жидкою, не окрашивающею или плохо окрашивающею массою; *протоплазма* кѣтокъ представляется жирно и пигментно перерожденною;—склерозъ и атрофія *кѣтокъ*, выражающіеся тѣмъ, что мелкозернистое содержимое становится волокнистымъ и грубымъ; атрофическій процессъ можетъ быть настолько интензивенъ, что въ полѣ микроскопа иногда не оказывается ни одной здоровой кѣтки,—*ядра* отстраняются къ периферіи, принимаютъ

<sup>1)</sup> Schüle, Sectionsgebnisse bei Geisteskranken, 1874.

<sup>2)</sup> Проф. Мержеевскій, Archive de physiologie norm. et. pathol. 1875.

<sup>3)</sup> Greenlees, The Journ. of ment. Science, 1885, № 4.

<sup>4)</sup> Liebemann, Jahrbücher f. Psychiatrie, B. V, H. 3.

<sup>5)</sup> Binswanger, Ueber die pathol. Hystol. der Dementia paralytica, 1884.

<sup>6)</sup> Cullerre, Annal. medico-psychol., 1882.

<sup>7)</sup> Camuset, Annal. medico-psychol. 1882.

<sup>8)</sup> Rey, Annal. medico-psychol., 1882.

<sup>9)</sup> Dagonet, Annal. medico-psychol., 1882.

<sup>10)</sup> Kronthal, Neurolog. Centralb., 1887.

<sup>11)</sup> Mendel, Neurologisches Centralblatt, 1884, № 21.

треугольную форму, подвергаются высокой степени атрофии, а иногда и вовсе исчезаютъ.

Нервные клѣтки набухши и помутнены. По Meschede <sup>1)</sup> это будетъ паренхиматозное набуханіе нервныхъ клѣтокъ. Количество пигментныхъ клѣтокъ и зернышекъ увеличивается. Края клѣтокъ зазубрены. Клѣтки увеличиваются въ объемъ. Одновременно также набухаетъ и ядро клѣтки; пирамидальная форма его (Meunert) округляется. Рядомъ съ этимъ можно находить клѣтки съ двумя ядрами; рѣдко можно видѣть клѣтки съ тремя ядрами, расположенными другъ возлѣ друга. Иногда бываетъ большое количество ядеръ въ клѣткѣ (Tigges <sup>2)</sup>). Въ дальнѣйшемъ клѣтки подвергаются детриту: ядро становится прозрачнымъ, въ клѣткѣ является отверстіе и вакуолы Adler'a <sup>3)</sup>. Можно встрѣчать клѣтки, распавшіяся на части: по срединѣ ядро, — основаніе пирамиды нѣсколько удаленное, верхушка распавшаяся на двѣ, три отдѣльно отстоящія части. Наконецъ, въ крайнихъ случаяхъ находятъ одно ядро, окруженное детритомъ. Такой исходъ паренхиматознаго набуханія клѣтокъ довольно рѣдкій. Gudden <sup>4)</sup> наблюдалъ атрофію ганглиозныхъ клѣтокъ; Friedmann <sup>5)</sup> наблюдалъ въ пирамидальныхъ клѣткахъ жировое перерожденіе, распадъ и склерозъ. Liebermann очень часто находилъ въ мозговыхъ клѣткахъ гиалиновое перерожденіе, — эта сильно блестящая, стекловидная субстанція является или по краямъ ячейки, или посрединѣ ея.

Въ нервныхъ волокнахъ Tuszek <sup>6)</sup> наблюдалъ исчезновеніе мозгосодержащихъ нервныхъ волоконъ въ опредѣленныхъ отрѣзкахъ корки, особенно же въ лобной долѣ и въ области островка. Для лучшей локализациі этихъ измѣненій авторъ дѣлитъ слой этихъ волоконъ въ коркѣ на три отдѣла: 1-й соответствуетъ первому слою клѣтокъ Meunert'a, 2-й — второму слою и 3-й — остальнымъ слоямъ Meunert'a. Tuszek, дѣлитъ найденныя имъ измѣненія на пять состояній: 1-е — слабое пораженіе одного наружнаго слоя, 2-е — значительное пораженіе наружнаго слоя и слабое средняго, 3-е — абсолютное пораженіе перваго слоя и значительное втораго, 4-е — къ третьему состоянію присоединяется незначительное пораженіе внутренняго слоя, и 5-е — исчезаніе всѣхъ трехъ слоевъ. Такія же исчезанія Tuszek находилъ и въ субкортикальной ассоціационной системѣ. Wigglesworth <sup>7)</sup> полагаетъ, что въ соединительной ткани мозга происходитъ первичный циррозъ, вытѣсняющій и атрофирующій нервныя элементы, аналогичный циррозу въ другихъ органахъ. Онъ описываетъ, что въ первомъ слой корки паралитика онъ находилъ красивую волокнистую сѣть, съ многочисленными большими звѣздообразными клѣтками. Клѣтки эти даютъ массу анастомозирующихъ другъ съ другомъ отростковъ. Эти измѣненія то являются небольшими островками, то захватываютъ довольно значительное пространство. Звѣздообразныя клѣтки самаго нижняго слоя онъ находилъ гипертрофированными. Такія же клѣтки находятся на всей глубинѣ слоя корки.

Sorga striata принимаетъ также участіе въ процессѣ, хотя слабѣе чѣмъ корка, — Thalami optici еще менѣе. Что касается спинного мозга, то эти измѣненія служатъ какъ бы повтореніемъ измѣненій въ черепной

<sup>1)</sup> Meschede, Virchow's Archiv, B. 34 и 56.

<sup>2)</sup> Tigges, Allgem. Zeitsch. f. Psychiatrie, B. XX, N. 4.

<sup>3)</sup> Adler, Archiv f. Psych. B. X.

<sup>4)</sup> Gudden, Allg. Zeitsch. f. Psych. 1885.

<sup>5)</sup> Friedmann, Neurolog. Centralb. 1887.

<sup>6)</sup> Tuszek, Beitrage zur pathologisch. Anatomie der Dementia paralyt. 1884.

<sup>7)</sup> Wigglesworth, Journal of mental Science, 1883, 1.

области какъ въ нервныхъ волокнахъ, такъ и въ нервныхъ клѣткахъ. Гнѣздыя заболѣванія въ мозгу находили: Schultze <sup>1)</sup>, Zacher, Greiff <sup>2)</sup> и Fürstner <sup>3)</sup>.

Не можемъ не упомянуть объ экспериментальныхъ работахъ, преслѣдовавшихъ цѣль воспроизвести искусственно клиническую и патологоанатомическую картину прогрессивнаго паралича. Эти изслѣдованія принадлежатъ Mendel'ю <sup>4)</sup> и Fürstner'у <sup>5)</sup>, при чемъ въ обоихъ случаяхъ получились явленія, очень похожія на общій параличъ.

Принимая во вниманіе съ одной стороны то, что сущность паралитического слабоумія до сихъ поръ не выяснена, а съ другой стороны то, что при этомъ почти во всѣхъ тканяхъ организма: кости, хрящи, мускулы, слизистыя оболочки, кожа, серозныя оболочки и проч.,—замѣчаются трофическія разстройства, я невольно прихожу къ тому заключенію, что *при паралитическомъ слабоуміи мозгъ, подобно другимъ тканямъ, подвергается трофическимъ разстройствамъ питанія и послѣдующей дегенерации.*

**Леченіе.** Въ началѣ заболѣванія у насъ существуетъ надежда если не на выздоровленіе, то на болѣе или менѣе длительную ремиссію; поэтому на насъ лежитъ обязанность сдѣлать все то, что отъ насъ зависитъ. Въ этомъ отношеніи слѣдуетъ обставить жизнь больного, какъ слѣдуетъ. Въ виду постоянной суетливости, массы умственнаго и физическаго труда, больныхъ слѣдуетъ совершенно устранить отъ дѣла,—сдѣлать жизнь ихъ покойною, назначить правильную питательную діету, по мѣрѣ возможности безъ говядины (Campbell <sup>6)</sup>), устранить совершенно спиртные напитки, ограничить куреніе, дать правильный, покойный сонъ, назначить теплую ванну,—всегда слѣдуетъ заботиться о чистотѣ и опрятности больного, въ виду его неряшества и возможныхъ трофическихъ разстройствъ кожи. Такъ какъ у паралитиковъ въ извѣстные періоды бываетъ наклонность къ упорнымъ запорамъ и задержанію мочи, то слѣдуетъ заботиться объ искусственномъ освобожденіи ихъ отъ этого. При недержаніи испражнений, забота состоитъ въ тщательной и надеждающей очисткѣ отъ нихъ. При неспособности больного самому кормиться, слѣдуетъ прибѣгать къ искусственному кормленію. Безпокойныхъ больныхъ приходится помѣщать въ больницу и тамъ отдѣлять ихъ отъ болѣе покойныхъ и чистоплотныхъ больныхъ.

Изъ медикаментовъ можно рекомендовать Kali jodat., какъ средство измѣняющее, особенно при подозрѣннн въ сифилисѣ

<sup>1)</sup> Schultze, Archiv f. Psychiatrie, B. XI.

<sup>2)</sup> Greiff, Archiv f. Psychiatrie, B. XIV.

<sup>3)</sup> Fürstner, Neurolog. Centralblatt, 1884.

<sup>4)</sup> Mendel, Sitzungsber. der Akademie der Wissen. zu Berlin.

<sup>5)</sup> Fürstner, Berlin. klin. Wochenschr. 1886, 45.

<sup>6)</sup> Campbell, Ann. medico-psychol., 1889, 3.

и пьянствѣ. При явныхъ слѣдахъ сифилиса слѣдуетъ прибѣгнуть къ тщательному антисифилитическому леченію. Опій, морфій, хлоралъ и гіосціаминъ я рѣшительно не рекомендую. Въ видахъ безсонницы и возбужденія, можно прибѣгать къ усиленнымъ ваннамъ, хорошему питанію и Natr. bromat, сульфоналу и паральдегиду. Рекомендуютъ нѣкоторые употреблять энергическія отвлекающія въ области темени (Baule, Jacobi), именно втиранье мази изъ рвотнаго камня до изъясненія покрововъ и даже до омертвѣнія костей. Meyer при такомъ энергическомъ леченіи получилъ изъ 15 случаевъ 8 выздоровленій. Это указываетъ намъ, съ одной стороны, пользу энергическихъ отвлекающихъ, а съ другой—даетъ намъ предостереженіе не слишкомъ настойчиво слѣдовать по пути раздраженія. Не безъ пользы мнѣ приходилось употреблять Extr. fabae calabaris, Physostigminum bromatum и Ergotinъ въ видѣ инъекцій (Girma <sup>1)</sup>), особенно во время апоплектиформенныхъ приступовъ (Christian <sup>2)</sup>). Нѣкоторые совѣтуютъ приставленіе пьавокъ у копчика, а также за ушами. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ рекомендуется электрической токъ, особенно на N. sympatricus.

*Судебно-психіатрическое значеніе.* Уголовныя преступленія паралитиковъ довольно рѣдкое явленіе, гораздо рѣже, чѣмъ другихъ формъ психозовъ. За то они чаще являются на судебной сценѣ по поводу гражданской правоспособности. Едва ли можетъ быть какое-либо сомнѣніе въ ихъ болѣзни, какъ въ томъ, такъ и въ другомъ отношеніи въ то время, когда болѣзнь въ полномъ своемъ проявленіи. Преступленія паралитиковъ совершаются или подъ вліяніемъ галлюцинацій, или безумныхъ представленій, или аффектовъ, или наконецъ по недомыслію. Механизмъ всѣхъ этихъ состояній болѣе или менѣе намъ уже извѣстенъ. Нѣсколько затруднительнѣе становится вопросъ объ уголовной ответственности и гражданской правоспособности въ свѣтлый промежутокъ. Въ этихъ случаяхъ затруднительно сдѣлать какое-либо одно общее положеніе и приходится прибѣгать къ разсмотрѣнію обстоятельствъ каждаго отдѣльнаго случая. Во всѣхъ же случаяхъ надлежитъ помнить, что свѣтлый промежутокъ не есть полное выздоровленіе, а только лишь ослабленіе болѣзни.

<sup>1)</sup> Girma, L'Encephale, 1884, 2.

<sup>2)</sup> Christian, Bull. Soc. med. ment. Belgiq. № 56.

## ОТДѢЛЪ IV.

### Pseudo-paralysis syphilitica.

Сифилитическое паралитическое слабоуміе начинается самостоятельно, безъ предшествовавшихъ другихъ явленій третичнаго періода сифилитическихъ пораженій, въ исключительныхъ только случаяхъ; во всѣхъ же остальныхъ ему предшествуетъ цѣлый рядъ заболѣваній со стороны нервной системы. При постановкѣ діагноза «сифилитическое паралитическое слабоуміе» всегда слѣдуетъ принимать во вниманіе эти предшествовавшія заболѣванія, такъ какъ ихъ присутствіе или отсутствіе можетъ служить важнѣйшимъ пособіемъ при установкѣ діагноза, предсказанія и леченія. Вотъ почему я считаю умѣстнымъ указать на тѣ проявленія третичнаго сифилиса въ области нервной системы, которыя служатъ предшественниками, предвѣстниками и предуготовителями сифилитическаго паралитическаго слабоумія.

Эти предвѣстники очень разнообразны и во многихъ случаяхъ не всѣ являются у одного и того же лица. Но бываютъ случаи, когда они всѣ гроздятся у одного больного, пока не достигнутъ своего высшаго проявленія, разрушенія особи, поражения мыслительной области. Точно такъ же и напряженность проявленія этихъ разстройствъ нервной системы не во всѣхъ случаяхъ бываетъ одинакова, — разъ она сильнѣе, другой разъ слабѣе, — одни признаки бываютъ напряженнѣе выражены, другіе гораздо слабѣе.

Еще одна оговорка: всѣ нижеслѣдующія явленія не составляютъ исключительной особенности сифилиса мозга, они не могутъ служить патогномическимъ признакомъ его, — но за то сочетаніе и послѣдовательность ихъ при сифилисѣ бываютъ настолько характерны, что едва ли позволяютъ мелику допустить ошибку въ діагнозѣ. Одинъ изъ первыхъ и тяжолыхъ признаковъ мозговаго сифилиса — это сильныя *головныя боли*. Признакъ этотъ называютъ *предвѣщающимъ*, потому что онъ бываетъ почти во всѣхъ случаяхъ заболѣванія сифилисомъ мозга и притомъ въ началѣ этого заболѣванія. Боли эти въ высокой степени тяжелы, длительны и отличаются глубиной своей локализациі въ мозгу, почему *Фуринь* предлагаетъ назвать ихъ *энцефалальгій*. Боль эта проявляется то въ видѣ тяжести и давленія въ области черепа, то въ видѣ перетягиванія и сжиманія черепа какъ бы обручомъ, то въ видѣ отдѣльных, черезъ опредѣленные промежутки слѣдующихъ, ударовъ молотка. Сама по себѣ эта боль въ высокой степени тяжка и мучительна, но кромѣ того она еще отличается способностью временнаго, иногда періодическаго ожесточенія. Ожесточенія эти въ большинствѣ случаевъ наступаютъ къ ночи или ночью. Въ это время больные, подъ влияніемъ мученій, иногда доходятъ до появленія галлюцинацій, бреда и покушенія на самоубійство. Къ счастью, эти ночныя ожесточенія головныхъ болей не во всѣхъ случаяхъ, — бываютъ даже счастливые случаи ночныхъ ослабленій этихъ мучительныхъ болей. Появившись разъ, боли эти длятся очень долгое время — недѣли и

мѣсяцы. Иногда они моментально прекращаются,—но затѣмъ обладаютъ способностію возврата. Въ рѣдкихъ только случаяхъ сифилиса мозга этого признака не бываетъ, но такіе случаи есть.

Вскорѣ къ этому первому признаку сифилитическаго пораженія присоединяется скоропроходящая *дурнота*,—когда человѣку кажется, что передъ его глазами какъ бы облако проходитъ и въ мозгу дѣлается какое-то потемнѣніе сознанія съ наклоностію къ потерѣ равновѣсія организма. Иногда же является и формальное *головокруженіе*, когда къ вышеуказаннымъ явленіямъ присоединяется колебаніе и круженіе окололежащихъ предметовъ, или же ощущеніе круженія самого организма. Иногда эти явленія бываютъ неосложненными со стороны другихъ болѣзненныхъ проявленій,—иногда же къ нимъ присоединяются: потемнѣніе въ глазахъ, искры въ глазахъ, появленіе круговъ передъ глазами, шумъ и звонъ въ ушахъ, жужжаніе, свистъ и проч. Больные ощущаютъ ползанье мурашекъ, онѣмѣніе въ рукахъ и ногахъ, или же только въ нѣсколькихъ пальцахъ руки или ноги. При этомъ больные жалуются на неясность ощущенія, предметы ощущаются ими какъ сквозь перчатку,—иногда же больные не могутъ держать и роіяютъ мелкіе предметы, какъ перо, иглу и проч. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ этому присоединяются моментальныя разстройства рѣчи, какъ: заиканье, затрудненное движеніе языка и моментальная афазія и амнестія. Наконецъ, еще въ иныхъ случаяхъ головокруженіе сопровождается полною потерю сознанія и примыкаетъ къ легкимъ степенямъ эпилептическихъ явленій. Сначала всѣ эти явленія бываютъ очень легки, появляются только на мгновеніе и черезъ очень большіе промежутки времени. Но съ усиленіемъ болѣзненнаго процесса, они становятся гораздо сильнѣе, длительнѣе и значительно чаще—черезъ недѣлю, въ недѣлю нѣсколько разъ, ежедневно и нѣсколько разъ въ день. Кромѣ того, при усиленномъ проявленіи этого состоянія, больные и въ промежутки между приступами чувствуютъ себя не особенно хорошо и не свободными отъ этого состоянія. Не ощущая головокруженія, они его постоянно ожидаютъ и опасаются. Все время они чувствуютъ, что голова ихъ какъ бы не въ порядкѣ,—они испытываютъ состояніе неопредѣленности и неувѣренности въ себѣ; особенно это состояніе усиливается, когда отъ нихъ требуется какое-нибудь напряженіе, какъ напримѣръ, пройти по извѣстному направленію или сдѣлать что-нибудь подъ строгимъ надзоромъ посторонняго лица. Иногда этому состоянію неустойчивости способствуютъ разстройства осязательныхъ чувствъ и общей и мускульной чувствительности.

Иногда уже въ это время, въ промежуткахъ между приступами, можно замѣтить нѣкоторыя уклоненія въ умственныхъ способностяхъ. При этомъ замѣчается какая-то вялость, отуманенность и легкая утомляемость. Вниманіе какъ къ окружающимъ явленіямъ, такъ и къ дѣлу значительно притупляется. Память, какъ по отношенію къ воспріятію ощущеній и представленій въ настоящій моментъ, такъ и по отношенію къ воспроизведенію прежде бывшихъ ощущеній и представленій, также въ значительной мѣрѣ ослаблена. Самъ больной замѣчаетъ иногда какое-то ослабленіе умственной дѣятельности. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ у больныхъ замѣчается ослабленіе половой дѣятельности,—въ другихъ, болѣе рѣдкихъ случаяхъ, напротивъ, усиленіе и какое-то необузданное возбужденіе къ удовлетворенію половой дѣятельности. Уже въ этомъ періодѣ можно встрѣчать довольно серьезныя разстройства со стороны двигательной области,—это будутъ такъ называемыя *неполныя абортивныя параличи* и временное подавленное состояніе всей мускульной системы. Что касается параличей, то ихъ особенности тѣ, что они являются *частичными*, одного какого-нибудь мускула или органа, такъ рѣчи, руки и проч.,—

*неполными*, при чем подвижность не уничтожена вовсе, а только понижена, — и *скоротечными* или *быстропроходящими*. Мышечное расслабление сопровождается явлением головокружения и состоит в томъ, что данное лицо теряет способность держаться на ногахъ и если не удержится за посторонний предметъ, то падетъ. Почти всегда при этомъ бываетъ легкое помрачение сознания, холодный потъ, чувство пустоты въ головѣ и больному кажется, что его покидаетъ жизнь. Такое состояніе длится нѣсколько мгновений, послѣ чего больной опять приходитъ въ себя и не ощущаетъ никакой усталости. Иногда такіе приступы являются въ видѣ апоплектическихъ припадковъ, то съ паралитическими явлениями указанныхъ свойствъ, то безъ нихъ, — иногда же такихъ припадковъ не бываетъ. Наконецъ, бываютъ случаи, что уже въ этомъ начальномъ періодѣ сифилиса мозга наступаютъ явленія, угрожающія опасностью для жизни. Это именно приступы *коматознаго состоянія*. При этомъ больной представляется безъ выраженія и какъ бы окаменѣлымъ, чувствительность понижена, рефлексы ослаблены, отдѣленія задержаны, или же непроизвольно отдѣляются, дыханіе иногда не нарушено, иногда тяжело и хриплое. Такое состояніе наступаетъ внезапно, длится нѣсколько часовъ и дней, и если не будутъ приняты разумныя мѣры, иногда оканчивается смертельно. Это состояніе *Фурье* называетъ *злокачественнымъ коматознымъ состояніемъ*.

Оба эти проявленія, какъ головныя боли, такъ и головокруженія, можно назвать предуготовительными или первичными признаками, которые служатъ къ переходу къ слѣдующимъ, болѣе серьезнымъ пораженіямъ, какъ афазія и эпилепсія.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ афазія является какъ первый признакъ сифилитическаго пораженія мозга; въ большинствѣ же случаевъ ей предшествуютъ продолжительныя головныя боли и головокруженіе съ своими спутниками. Явленія афазіи могутъ быть или въ видѣ амнезій, т. е. забыванія словъ, названій и предложеній, — или же въ видѣ анартріи или неспособности произношенія тѣхъ или другихъ сочетанныхъ звуковъ. Явленія афазіи бываютъ или кратковременными, отъ нѣсколькихъ секундъ и минутъ до нѣсколькихъ часовъ и дней, или же болѣе продолжительными — нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ, — или же стойкими, уступающими только леченію. Кратковременная афазія, подобно эпилепсіи, обладаетъ способностью къ частымъ повтореніямъ, при чемъ въ началѣ промежутки довольно велики, а затѣмъ они все уменьшаются и уменьшаются, — за то приступы афазіи являются, на оборотъ, въ началѣ очень кратковременными, а затѣмъ все дѣлаются болѣе длительными. Продолжительная и стойкая афазія имѣетъ склонность являться съ другими, болѣе стойкими нервными расстройствами, какъ эпилепсія и параличи. Особенно часто стойкая афазія является совмѣстно съ гемиплегіей правой стороны организма.

Слѣдующая ступень пораженій мозгового сифилиса — это группа *эпилептическихъ формъ*. Уже въ предыдущемъ періодѣ были явленія, указывающія на близость отношеній къ эпилептическимъ явленіямъ — это головокруженіе съ абсепсе. Проявленія эпилепсіи при сифилисѣ головного мозга также разнообразны, какъ и не специфической эпилепсіи. Она можетъ являться въ видѣ *epilepsia petit-mal* или малой эпилепсіи, — въ видѣ *epilepsia grand-mal* или большой эпилепсіи и въ видѣ *epilepsia combinata* или комбинированной эпилепсіи.

Какъ афазія, такъ и эпилепсія служатъ только посредствующими станицями, на которыхъ останавливается сифилисъ мозга въ своемъ теченіи къ окончательнымъ болѣзненнымъ проявленіямъ — параличамъ и пораженію мыслительной дѣятельности.

Опытные наблюдатели — сифилитологи утверждают, что если разъ является эпилепсія вслѣдствіе сифилитическаго пораженія мозга, то на этомъ дѣло не останавливается и болѣзнь идетъ далѣе къ параличамъ и умственному разстройству. Разумѣется, этому можетъ помѣшать леченіе. Ближайшимъ пораженіемъ за эпилептическимъ пораженіемъ будетъ паралитическое. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ параличи являются первично, безъ предшествовавшихъ вышеуказанныхъ болѣзненныхъ явленій, — и почти всегда они бываютъ заключительнымъ явленіемъ или же, по меньшей мѣрѣ, являются послѣ головокруженія, афазіи и эпилепсіи. Параличи могутъ быть или скоропроходящими, или продолжительными, или же, наконецъ, стойкими и неподвижными.

Что касается пораженія чувствительности при гемиплегіи, то въ однихъ случаяхъ бываютъ гиперестезіи и парестезіи. Сифилитическія гемиплегіи могутъ сопровождаться атактическими явленіями, то въ видѣ спинно-мозговой атаксіи, напоминая собою *tobes dorsualis*, то въ видѣ кортикальной атаксіи, напоминая собою явленія *paralysis progressiva*.

Умственное разстройство при сифилисѣ мозга—явленіе уже поздняго періода. Оно можетъ являться или послѣ другихъ пораженій, какъ эпилепсія и параличи, —или самостоятелно. Что касается формъ проявленія психозовъ, то онѣ очень разнообразны: меланхолія, манія, первичное помѣшательство, слабоуміе и явленія очень сходныя съ прогрессивнымъ параличемъ помѣшанныхъ. Теченіе этихъ психозовъ также обыкновенное. Если меланхолія и манія не будутъ захвачены своевременно, то онѣ обязательно переходятъ въ слабоуміе. Точно также, если слабоуміе обнаруживаетъ временныя ожесточенія, т. е. процессъ еще не законченъ, то оно можетъ быть излечимо,—въ противномъ случаѣ оно остается неизлечимымъ. Но о всѣхъ этихъ формахъ нужно сказать, что въ какомъ бы періодѣ или стадіи не являлись, онѣ всегда несутъ на себѣ одну характерную особенность: ни меланхолія, ни манія не представляютъ чистыхъ формъ заболѣванія, а всегда носятъ отгѣнокъ слабоумія<sup>1)</sup>. Печаль и грусть меланхолика всегда отгѣняютъ пустоту и безразличіе, —веселость и радость маниака походятъ на бездѣлье и равнодушіе слабоумнаго. Никогда эти формы не достигаютъ крайняго своего напряженія,—а всегда граничатъ съ слабоуміемъ. Единственное исключеніе можно оставить только для ступора, что онъ можетъ достигать крайнимъ предѣломъ, —но при этомъ большой или быстро поправляется при правильномъ и энергичномъ леченіи, или же выходитъ изъ ступора, при нелетальномъ переходѣ, слабоумнымъ.

Вслѣдъ за появленіемъ припадковъ эпилепсіи, въ умственной дѣятельности больного также замѣчаются измѣненія,

<sup>1)</sup> П. И. Ковалевскій, Сифилисъ и меланхолія. Арх. псих., т. IV, к. 3.

сначала не особенно рѣзкія и замѣтныя, а затѣмъ рѣзче и яснѣе. Въ первое же время замѣчается уменьшеніе способности къ умственному труду, ослабленіе и вялость памяти, равнодушіе, апатія и угрюмость.

Въ мыслительной области является лѣнивое и медленное образованіе идей,—состояніе невозможности выжать какую-нибудь мысль, менѣе быстрое и точное воспріятіе впечатлѣній, ослабленіе вниманія къ окружающей обстановкѣ, ослабленіе памяти, непослѣдовательность въ мысляхъ, словахъ и дѣйствіяхъ, неспособность къ умственному напряженію, быстро наступающая умственная усталость, забывчивость, ошибки, неловкость въ обращеніи и въ поступкахъ, промахи въ обыденныхъ сношеніяхъ и т. д. По Fournier<sup>1)</sup>, это состояніе представляетъ собою интеллектуальный торпоръ, интеллектуальную астению, психическую депрессию. Это будетъ въ собственномъ смыслѣ «параличъ интеллекта». Въ иныхъ случаяхъ больные сами сознаютъ перемѣну въ своей умственной дѣятельности,—другой разъ они пребываютъ въ полномъ убѣжденіи своего правосмыслія.

Рядомъ съ этимъ происходитъ и нравственная трансформация по отношенію къ людямъ и обстановкѣ. Привязанности больныхъ постепенно слабѣютъ,—больные становятся чуждыми къ своимъ занятіямъ и дѣламъ и живутъ болѣе автоматически. Они не заботятся о себѣ, совершенно опускаются, позволяютъ руководить собою и, какъ дѣти, подчиняются всему съ равнодушною покорностью. Рядомъ съ этимъ иногда у этихъ больныхъ появляются вспышки гнѣва и возбужденія,—безъ всякаго повода они становятся злыми, несговорчивыми, гнѣвливыми, буйными и даже опасными для окружающихъ.

Человѣкъ постепенно становится не похожимъ на самого себя. Онъ теряетъ веселость, энергію и обычную живость. Прежде дѣятельный и работающій—теперь становится празднымъ и лѣнивымъ; прежде разговорчивый и общительный—теперь становится молчаливымъ, мрачнымъ и замкнутымъ. Больной не заботится ни о себѣ, ни о семьѣ, ни о своихъ дѣлахъ и удовольствіяхъ, ни о выгодахъ и связяхъ,—однимъ словомъ, ни о чемъ, что для него прежде было интересно и дорого. Но сильнѣе всего при этомъ поражается память. Ходъ ослабленія памяти сифилитика представляется тройкимъ: 1) постепенное прогрессирующее ослабленіе памяти; 2) ослабленіе памяти, усиливающееся скачками и

<sup>1)</sup> Fournier, L'Encephale, 1884, № 6.

3) внезапная потеря памяти или, какъ называется Фурнье, амнезическій ударъ. Первый способъ ослабленія памяти обыченъ всѣмъ психозамъ, переходящимъ въ слабоуміе; второй—немногимъ психозамъ, особенно же слабоумію, развивающемуся послѣ припадковъ эпилепсіи и апоплектиформенныхъ припадковъ прогрессивнаго паралича; что же касается третьяго способа, то онъ почти исключительно принадлежитъ сифилису.—Нельзя не указать еще на одну особенность ослабленія памяти, замѣченную при наступленіи сифилитическаго слабоумія,—это именно то, что память, почти совершенно утраченная относительно извѣстныхъ фактовъ, остается почти не тронутою относительно другихъ. Такимъ образомъ, рядомъ съ амнезіей настоящихъ современныхъ фактовъ, память о прошломъ можетъ быть сохранена.—При дальнѣйшемъ теченіи больной теряетъ всякую послѣдовательность въ словахъ и поступкахъ. Начнетъ одно, не окончитъ—начинаетъ другое; хватается за предметъ и тотчасъ бросаетъ его; обдумываетъ какое-нибудь предпріятіе, но никогда до конца не доводитъ; слова и рѣчь безъ связи и послѣдовательности. Цѣлый рядъ бессмысленныхъ поступковъ совершаетъ такой больной: одѣвается, раздѣвается, самъ не зная для чего,—или же по цѣлымъ днямъ лежитъ въ постели; иногда забываетъ о мѣстѣ пребыванія, имѣетъ смутное представленіе о времени, числахъ и мѣстности и такимъ образомъ постепенно опускается въ состояніе полнаго слабоумія.

Что касается двигательныхъ разстройствъ, то они тѣ же, что и при истинномъ параличѣ, только отличаются своею безпорядочностью: въ одномъ мѣстѣ они очень интензивно выражены, въ другомъ—едва замѣтно.

Что касается патологии сифилиса, то она входитъ въ отдѣлъ особой спеціальности и мы ее не будемъ здѣсь излагать. Какой бы исходной точки ни держались на сущность сифилиса, мы однако должны допустить, что въ основѣ сифилитическихъ поражений лежитъ зараженіе организма сифилитическимъ ядомъ, способствующимъ развитію грануляціонной ткани. Въ однихъ случаяхъ эта ткань является слишкомъ нестойкой и способной при специфическомъ леченіи перерождаться и всасываться—гуммозный процессъ,—въ другихъ случаяхъ она является слишкомъ устойчивой, неподатливой и плохо поддающейся специфическому леченію—склерозъ. Отсюда слѣдуетъ, что всѣ тѣ случаи мозговаго сифилиса, которые имѣютъ въ основѣ своей гуммозный процессъ, представляютъ благоприятное предска-

заніе и даютъ хорошій исходъ при леченіи,—тѣ же случаи, которые имѣютъ въ основѣ своей склерозъ, представляютъ далеко не столь отрадное предсказаніе и не столь благопріятный исходъ, при самомъ тщательномъ антилюэтическомъ леченіи <sup>1)</sup>).

Pseudo-paralysis luetica имѣетъ много общаго съ прогрессивнымъ параличемъ, настолько много, что раздавались голоса о соединеніи этихъ двухъ формъ въ одну. Это сходство основывается съ одной стороны на сходствѣ, если не тождествѣ, клинической картины и съ другой стороны на тождествѣ этиологической основы, допуская, что почти всѣ случаи общаго паралича имѣютъ въ основѣ своей сифились. Но какъ ни сходны въ клиническомъ отношеніи эти двѣ болѣзни, тѣмъ не менѣе существуетъ между нами и значительная разница. Сифилитическій ложный параличъ почти никогда не наступаетъ такъ быстро, какъ общій параличъ; въ первомъ всегда преобладаютъ дементныя явленія, при чемъ бредъ грандіозности или вовсе отсутствуетъ, или если присутствуетъ, то далеко не въ такой яркой и разительной формѣ, представляя скорѣе осколки бреда грандіозности, нежели самый бредъ грандіозности. Въ моторной области также существуютъ отличія. Дрожь при ложномъ сифилитическомъ параличѣ существуетъ, но во 1-хъ она рѣдко представляется такъ равномерно разлитой, какъ при общемъ параличѣ и является слѣдствіемъ скорѣе гнѣзднаго процесса, нежели разлитого,—во 2-хъ она почти всегда сопровождается моноплегическими или гемиплегическими парезами, что рѣдко бываетъ при общемъ параличѣ; трофическія разстройства при общемъ параличѣ почти отсутствуютъ, при общемъ же параличѣ они, напротивъ, очень часты; ремиссии ложнаго паралича гораздо полнѣе и совершеннѣе, чѣмъ общаго паралича (Savage <sup>2)</sup>).

Что касается этиологической основы, то не подлежитъ сомнѣнію, что типическіе случаи прогрессивнаго паралича нерѣдко при другихъ этиологическихъ моментахъ, могутъ имѣть въ основѣ своей сифились, оставаясь въ тоже время чистымъ общимъ параличемъ (Savage <sup>3)</sup>), но несомнѣнно вѣрно также и то, что существуетъ масса случаевъ общаго паралича безъ всякаго участія сифилиса.

<sup>1)</sup> П. И. Ковалевскій, Лечение нервныхъ и душевныхъ болѣзн., 1889.

<sup>2)</sup> Savage, The Brain, 1888.

<sup>3)</sup> Savage, American Journal of Insanity, 1888, 1.

## Алкоголизмъ.

Психозы вслѣдствіе злоупотребленія ядами — явленіе нерѣдкое; къ нимъ относятся: морфіоманія (Erlenmeyer <sup>1)</sup>), спіофагія (Hughes <sup>2)</sup>), злоупотребленія хлороформомъ (Kirn <sup>3)</sup>), хлораль - гидратомъ (Svetlin <sup>4)</sup>), чрезмѣрное употребленіе атропина (П. Ковалевскій <sup>5)</sup>) и пр. Prof. Obersteiner <sup>6)</sup>), всѣ психозы отравленія дѣлитъ на двѣ большія группы: А) автохтоническія отравленія, когда психозы появляются подѣ влияніемъ яда, развивающагося въ самомъ организмѣ, и В) отравленія, происходящія вслѣдствіе занесенія въ организмъ яда извнѣ. А) Автохтоническіе психозы развиваются при отравленіи организма продуктами различныхъ болѣзненныхъ процессовъ въ самомъ организмѣ, куда относятся: душевное разстройство подѣ влияніемъ *уреміи*, *ацетонеміи*, *холеміи*, *гидротіонеміи*, *cachexia strumipriva*. В) Интоксикаціонные психозы, развивающіеся вслѣдствіе занесенія болѣзнетворныхъ элементовъ въ организмъ извнѣ, будутъ двухъ родовъ: I, острые интоксикаціонные психозы и II, хроническіе. Къ первымъ относятся отравленія слѣдующими ядами:—угарь, увеселительный газъ, камфора и животныя яды, ко вторымъ: свинець, ртуть, сѣрнистый углеродъ, сѣрнистый водородъ, эрготинъ, маисъ, іодоформъ, атропинъ, хининъ, салициловая кислота, хлораль-гидратъ, бромистыя соединенія, іодистыя соединенія, кокаинъ, алкоголь, абсентъ, хлороформъ, никотинъ, кофе, гашинъ, опій и морфій. Одни изъ этихъ веществъ дѣйствуютъ какъ вещества, входящія въ составъ предметовъ занятій и питанія, какъ ртуть, свинець, сѣрнистыя соединенія, эрготинъ и маисъ; другія какъ медикаменты: іодоформъ, атропинъ, хининъ, салициловые препараты, хлораль-гидратъ, бромистые и іодистые препараты и кокаинъ; третья какъ вку-

<sup>1)</sup> Erlenmeyer, Morphiumsucht, 1888.

<sup>2)</sup> Hughes, Alienist and Neurologist, 1887.

<sup>3)</sup> Kirn, Berlin. Klin. Wochenschr. 1883, № 47.

<sup>4)</sup> Svetlin, Wien. med. Wochenschr. 1882.

<sup>5)</sup> P. Kowalewsky, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. В. XXXVI. Н. 4.

<sup>6)</sup> Prof. Obersteiner, Wiener Klinik, № 2, 1886.

совыя вещества, доставляющія наслажденіе: алкоголь, абсентъ, хлороформъ, никотинъ, кофе, гашишъ, опій и морфій.

Принимая во вниманіе особенную частоту психозовъ отъ злоупотребленія алкоголемъ во всемъ свѣтѣ, мы остановимся коротко на нихъ, такъ какъ этотъ отдѣлъ принадлежитъ области токсикологій. Изъ видовъ алкоголизма мы остановимся на острыхъ его проявленіяхъ: опьяненіе, бѣлая горячка и алкогольный автоматизмъ,—и хроническихъ: дипсоманія и хроническій алкоголизмъ.

### *Острый алкоголизмъ. Опьяненіе—Ebrietas.*

*Машка* говоритъ: «опьяненіе есть отравленіе крови алкоголемъ или продуктами его окисленія; первоначальное дѣйствіе этого отравленія обнаруживается на головномъ мозгу, отравленія котораго, вслѣдствіе этого отравленія, уклоняются отъ нормы»<sup>1)</sup>. *Boehm*<sup>2)</sup> говоритъ: опьяненіе въ сущности есть ни что иное, какъ временное помѣшательство, которое можетъ проявляться въ разнообразнѣйшихъ формахъ и съ изумительною точностью воспроизводить всѣ формы постоянного помѣшательства.

Разсматривая состояніе опьяненія, мы находимъ, что это состояніе представляетъ два противоположныхъ періода: періодъ возбужденія, эксцитаціи и періодъ угнетенія, депрессіи<sup>3)</sup>. Эти два періода опьяненія алкоголемъ наблюдаются не только у человѣка, но и у животныхъ<sup>4)</sup>. Въ обоихъ этихъ періодахъ подвергаются измѣненію отправления всѣхъ областей душевной дѣятельности: область чувствительная и самочувствія, область мыслительная и область двигательная.

Періодъ *возбужденія* или *эксцитаціи*. Въ началѣ опьяненія воспримчивость къ внѣшнимъ впечатлѣніямъ бываетъ повышена, органы чувствъ воздѣйствуютъ нѣсколько энергичнѣе, чѣмъ въ здоровомъ состояніи, чувственные воспріятія становятся богаче и полнѣе. Но скоро, гораздо прежде, чѣмъ въ другихъ областяхъ, въ чувствительной области замѣчается притупленіе: зрѣніе болѣе или менѣе теряетъ свою остроту, пьяный не слышитъ фальшиваго тона въ своемъ собственномъ голосѣ и голосѣ другихъ, менѣе впечатлителенъ къ холоду и теплу, а равно и механическимъ раздраженіямъ; обоняніе тоже притупляется, а различеніе вкусо-

<sup>1)</sup> *Maschka*, Casper's Vierteljahrschrift. 1878. Hft. I. 167.

<sup>2)</sup> *Boehm*, Отравленіе спиртомъ. Цимссенъ, т. XV. стр. 88.

<sup>3)</sup> *Baer*, Der Alcoholismus. Berlin, 1878, 81.

<sup>4)</sup> *Маньякъ*, Алкоголизмъ, 1877, стр. 6.

выхъ впечатлѣній почти исчезаетъ. Человѣкъ начинаетъ жить лично,—внѣшняя обстановка какъ-бы только скользитъ по немъ, не задѣвая его, почему эти личности говорятъ, не слушая другого, и начинаютъ говорить одновременно два, три и болѣе. Бываютъ случаи, что уже въ первомъ періодѣ опьяненія, при отсутствіи вниманія и сосредоточенія, у пьяныхъ замѣчаются иллюзіи и галлюцинаціи.

Самочувствіе въ первомъ періодѣ опьяненія бываетъ повышено. Такія лица чувствуютъ себя счастливыми, довольными, веселыми, развязными и какъ-то полными. Эта душевная полнота, это ощущеніе избытка душевной силы стремится выразиться наружу въ изліяніи передъ другими. Представленія становятся живыми, яркими и крайне подвижными; способность воспоминанія нѣсколько обостряется, возникаютъ такія представленія и понятія, которыя въ обыкновенномъ видѣ находятся въ состояніи покоя. Ходъ представленій энергичнѣе. Особенно въ это время разыгрываются воображеніе и фантазія, такъ что эта сторона нервѣдко беретъ перевѣсъ надъ дѣйствительностью и опьянѣвшій человѣкъ останавливается надъ образами своей фантазіи въ той же мѣрѣ, если не усиленнѣе, какъ и надъ дѣйствительными образами. Ассоціація представленій тоже нарушается; мысли въ головѣ, вначалѣ поражая своею остротою, живостью и логичностью, скоро начинаютъ путаться и доходить до безсмыслія. Правильность и логичность заключеній находятся въ прямой зависимости отъ правильности ощущеній и представленій и правильности ассоціаціи представленій. Вліяніе воли значительно ослаблено. — Во всемъ организмѣ опьянѣвающей испытываетъ какое-то чувство тепла, полноты, силы, энергіи и стремленія къ подвижности. Лица въ такомъ состояніи болтливы, крикливы, имѣютъ наклонность къ пѣнію, пляскамъ, дракѣ, разрушенію и проч. Глаза блестящіе, дыханіе тоже. Однимъ словомъ, жизнь всего организма усиливается, идетъ какъ бы на всѣхъ парахъ и выходитъ изъ обыкновенныхъ условій существованія.

Но вотъ, раньше или позже, организмъ не выдерживаетъ, обрывается и быстро, во всѣхъ своихъ областяхъ, начинаетъ падать и угасать. Время отъ времени опьянѣвшій старается противодействовать наступающему безсилію; но это будутъ отдѣльныя вспышки угасающаго очага.

Состояніе *угнетенія* или *депрессіи* явно отражается на всѣхъ областяхъ жизни организма. Лицо блѣдное, выраже-

ніе его бессмысленное, глаза тусклые и лишенные какой-бы то ни было фиксации, голова опускается, мускульный тонус организма падаетъ и весь организм представляется въ видѣ мѣшка. Что дѣлается вокругъ пьянаго,—онъ не знаетъ. Глаза его уставляются на тотъ или другой предметъ, но они уже не видятъ этихъ предметовъ, или же видятъ ихъ смутно. Уши у такихъ лицъ — совершенно лишній органъ; вполне пьяный живетъ только въ своемъ черепѣ и рѣчь его обнаруживается самыми ничтожными бессмысленными фразами, въ видѣ мычанья, и безцѣльными движеніями. Въ области представлений обнаруживаются только какіе-то осколки, безъ связи и послѣдовательности. По временамъ вспыхиваютъ отдѣльные порывы самой грубой животной страсти, но все это ослабляется физическимъ безсиліемъ. Воля отсутствуетъ. Физическая слабость и упадокъ силъ заканчивается сномъ, продолжительностью котораго можно опредѣлить силу и продолжительность опьяненія.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ существуетъ еще одинъ, иной ходъ опьяненія. Послѣ перваго періода опьяненія, когда личности бываютъ болѣе или менѣе сдержаны, у нихъ, передъ наступленіемъ состоянія угнетенія, появляется періодъ необыкновеннаго буйства. Этому буйству предшествуютъ галлюцинаціи, затѣмъ идеи преслѣдованія и наконецъ, полнѣйшее неистовство. Такимъ людямъ кажется, что ихъ окружаютъ воры и мошенники, злоумышленники и разбойники; имъ кажется, что всѣ хотятъ ихъ ограбить; всякій поступокъ, направленный даже въ пользу сохраненія ихъ личности и имущества, принимается ими за покушеніе на ихъ самоличность и имущество. Друзья и пріятели превращаются въ злодѣевъ и грабителей. Считая свое положеніе крайне опаснымъ и даже безвыходнымъ, они не стѣсняясь ищутъ исхода черезъ окно третьяго этажа, или же черезъ борть лѣстницы. Затѣмъ, доходя до полного неистовства, они начинаютъ бить и разрушать всѣхъ и все. Друзья, такъ же какъ и враги, подвергаются одинаковой участи. Необыкновенная энергія такихъ свирѣпствующихъ поражаетъ всѣхъ окружающихъ. Къ счастью, неистовствующие пьяные не могутъ соображать и потому нападаютъ обыкновенно открытыми руками, безъ всякаго оружія. Такое неистовство можетъ длиться довольно долго и все-таки заканчивается сномъ. Пробужденіе ихъ жалко; по мнѣнію Гринингера, такіе люди склонны къ психозу.

## Б ѣ л а я г о р я ч к а .

(Delirium tremens).

Явленія бѣлой горячки ясно выражаются какъ въ психической области, такъ и въ физической. Уже одно лицо делирика останавливаетъ на себѣ вниманіе: лицо и вѣки красныя, припухшія, глаза тоже налиты кровью, часто выражающіе испугъ, разсѣянность, торопливость или безсмысліе. Зрачки глазъ иногда расширены, въ послѣднемъ случаѣ съ плохую реакціею на свѣтъ. Языкъ сильно дрожащій и обложенъ бѣлымъ налетомъ. Руки сильно дрожатъ, особенно при растопыренныхъ пальцахъ,—такая же дрожь въ ногахъ и во всемъ организмѣ. Въ нѣкоторыхъ особенно сильно выраженныхъ случаяхъ, дрожь во всемъ организмѣ бываетъ настолько сильна, что больныхъ, при малѣйшей попыткѣ сдѣлать движеніе на постели, подбрасываетъ, какъ въ эпипетси, или пляскѣ Св. Витта. Къ этому почти всегда присовокупляется плохой аппетитъ, тошнота, особенно по утрамъ, и запоры; температура тѣла во многихъ случаяхъ повышена, рѣдко, однако, выше 38,3<sup>0</sup>; рядомъ съ повышеніемъ температуры въ мочѣ является бѣлокъ. Количество фосфатовъ въ мочѣ меньше. Тѣло покрыто потомъ. Со стороны органовъ чувствъ—постоянныя и почти обязательныя галлюцинаціи зрѣнія, слуха, осязанія и друг. чувствъ; особенно часты галлюцинаціи зрѣнія и упорныя галлюцинаціи слуха. Зрительныя галлюцинаціи при бѣлой горячкѣ имѣютъ нѣкоторыя характерныя особенности,—такъ пьяницамъ весьма часто представляются мушки, пауки, змѣи, гады, черви, мыши, крысы, мертвецы, скелеты, черти, то маленькіе, то большіе, маленькіе чертики съ красными шапочками, больше интересные, чѣмъ страшные; большіе черти—съ рогами и хвостомъ наводятъ на больныхъ страхъ и раздражительность. Галлюцинаціи слуха очень раздражаютъ делириковъ какъ своимъ содержаніемъ, такъ какъ такіе больные слышатъ угрозы, насмѣшки, упреки, порицанія и проч., такъ и своей назойливостью и постоянствомъ характера. Еще одна особенность зрительныхъ галлюцинацій делири-

ковъ—это постоянная смѣна однѣхъ картинъ другими, при чемъ предметы картинъ находятся въ постоянномъ движеніи. Эта особенность въ такой мѣрѣ постоянна для зрительныхъ галлюцинацій делириковъ, что ее ставятъ даже какъ патогномоническій признакъ для *delirium tremens* (Маньянъ), *Lasegue* <sup>1)</sup> и др.). Рядомъ съ этимъ бываютъ и иллюзии, имѣющія въ основѣ своей периферическое раздраженіе (*Näcke* <sup>2)</sup>).

Подъ вліяніемъ съ одной стороны уклоненій чувствительной области, какъ гиперестезіи, иллюзии и галлюцинаціи, а съ другой стороны—нарушенія мыслительной дѣятельности,—самочувствіе делириковъ представляетъ страхъ, отчаяніе, подозрительность, мучительную тоску, уныніе и весьма рѣдко раздражительность; чаще другихъ состояній бываютъ страхъ и тоска. Оба эти состоянія могутъ достигать самой ужасной остроты, при которой совершаются страшнѣйшія преступленія, какъ самоубійство, убійство своихъ дѣтей, жены, матери, родственниковъ, поджоги, истязанія и пр. Трудно сказать, будутъ ли эти уклоненія самочувствія зависѣть только отъ галлюцинацій и бреда, или же самочувствіе поражается и самостоятельно, на первомъ пути. Вѣрно по крайней мѣрѣ то, что если бываютъ случаи бѣлой горячки, когда на первомъ планѣ выступаютъ галлюцинаціи, если бываютъ случаи, гдѣ на первомъ планѣ выступаютъ бредъ и нарушеніе въ мыслительной области, то бываютъ также и такіе случаи бѣлой горячки, гдѣ надъ другими уклоненіями берутъ перевѣсъ уклоненія въ области самочувствія—тоска и страхъ. Весьма важно имѣть въ виду у делириковъ одно обстоятельство, на которое обратилъ вниманіе Э. И. Андрузскій <sup>3)</sup>. Если у делирика является однажды покушеніе на самоубійство, то и во всѣ остальные разы весь его бредъ будетъ направленъ къ тому, чтобы выполнить этотъ актъ возможно успѣшнѣе и удобнѣе.

Всѣ вышеуказанныя уклоненія поддерживаются очень упорною и продолжительною бессонницею, раздражительностью, безпокойствомъ, волненіемъ и проч.

Количество представлений бываетъ ограничено преимущественно бредовыми идеями, ходъ ихъ значительно усиленъ. При болѣзненномъ самочувствіи, являющемся въ видѣ чрезмѣрнаго страха, тоски и проч., при ошибочности и галлюцинаціяхъ со стороны чувствительной области, естественно

<sup>1)</sup> *Lasegue*, Arch. génér. de méd, 1869.

<sup>2)</sup> *Näcke*, Arch. f. klin. Medic. В—d. XXV, Hft. 4—5.

<sup>3)</sup> Э. И. Андрузскій, Врачебныя Вѣдомости, 1881.

ожидать, что и въ качественномъ отношеніи будутъ представленія ошибочныя и ложныя. Къ этому нерѣдко присовокупляются фиксированныя идеи и насильственные представленія. Способность воспроизведенія представленій бываетъ обострена. Ассоціація представленій бываетъ неправильная. Естественно, при такихъ нарушеніяхъ въ области представленій—основы мыслительной дѣятельности, у делириковъ является бредъ. Характеръ бреда слѣдующій: 1) всѣ предметы постоянно въ движеніи, 2) предметовъ всегда множество, 3) содержаніе угнетенное и 4) бредъ касается почти всегда предметовъ дѣйствительныхъ, реальныхъ и близко стоящихъ (Näcke).

Делирикъ никакъ не можетъ согласовать своихъ представленій настоящихъ съ представленіями, основанными на слѣдахъ прежде бывшихъ ощущеній или на памяти. Легко можетъ случиться, что самый страхъ делирика нерѣдко обусловливается тѣмъ, что онъ, вслѣдствіе иллюзій и галлюцинацій, становится въ новыя условія существованія, совершенно несогласныя съ его прежними условіями. Соответственно неправильностямъ мыслительной и чувствительной областей, и заключенія будутъ неправильны. Какъ результатъ всего вышесказаннаго, являются поступки нецѣлесообразныя, ошибочныя, ложныя, опасныя для себя и окружающихъ, и вредныя проступки и преступленія.

### Алкогольный автоматизмъ.

Въ послѣднее время въ области алкогольныхъ поражений центральной нервной системы описано одно очень интересное явленіе, именуемое алкогольнымъ автоматизмомъ или сомнамбулизмомъ. Состояніе это описалъ впервые Crothers <sup>1)</sup> и Magnan <sup>2)</sup>, а затѣмъ профес. И. П. Мержеевскій <sup>3)</sup>, А. А. Говсѣевъ <sup>4)</sup>, К. П. Сулима <sup>5)</sup>, П. А. Троицкій <sup>6)</sup> и друг. Случаи автоматизма въ состояніи опьяненія можно раздѣлить, сообразно съ ихъ особенностями, на нѣсколько категорій. Къ первой, довольно многочисленной, относятся такіе, въ которыхъ субъекты, страдающіе временными пробѣлами памяти и сознанія, совершаютъ привычный кругъ дѣйствій, говорятъ и дѣлаютъ все то, что они привыкли гово-

<sup>1)</sup> Crothers, The Journal of Nervous and mental Disease, 1884, № 2.

<sup>2)</sup> Magnan, Congrès international des sciences médicales Jenève. 1878.

<sup>3)</sup> Проф. И. П. Мержеевскій, Вѣстникъ клинической психіатріи, т. I, В. 2.

<sup>4)</sup> А. А. Говсѣевъ, Архивъ психіатріи и пр. 1885, т. V, кн. 1.

<sup>5)</sup> К. П. Сулима, Архивъ психіатріи, т. X, к. 1.

<sup>6)</sup> П. А. Троицкій, Архивъ психіатріи, т. XV, к. 1.

рить и дѣлать ежедневно. Вотъ наиболѣе рѣзкій примѣръ этого рода, приведенный Crothers'омъ. Путешествующій торговецъ, человѣкъ весьма опытный въ своемъ дѣлѣ и дѣятельный, объѣзжаетъ своихъ обычныхъ покупателей, дѣлаетъ свыше мили въ продолженіи трехъ или четырехъ дней и затѣмъ не можетъ никогда ни рассказать, ни вспомнить ни малѣйшаго обстоятельства изъ того, что съ нимъ случилось во время этой экскурсіи. Онъ узнаетъ о происшедшемъ только изъ своихъ счетныхъ и расходныхъ книгъ. Все это время онъ пилъ, тѣмъ не менѣ наружно сохранялъ сознаніе обо всемъ окружающемъ и ни чѣмъ не нарушилъ своего обычнаго поведенія; только въ памяти не осталось о прошедшемъ никакихъ слѣдовъ. Отличительная черта другихъ пьяницъ автоматовъ состоитъ въ томъ, что они совершаютъ, во время переживаемаго ими автоматическаго состоянія, рядъ необычныхъ имъ несвойственныхъ дѣйствій. Такъ, одинъ банкиръ, страдавшій запоемъ, внезапно дѣлался щедрымъ раздавателемъ милостыни въ бѣднѣйшихъ частяхъ города и въ такое время, когда онъ долженъ бы былъ находиться въ конторѣ. Прийдя въ себя, онъ чувствовалъ крайнее смущеніе, видя себя на улицѣ и не зная, какъ онъ сюда попалъ; въ послѣдствіи онъ никогда не могъ припомнить, что онъ дѣлалъ въ это время. Въ третьей группѣ случаевъ пробѣлы памяти и сознанія освѣщаются зловѣщимъ огнемъ преступныхъ импульсовъ обыкновенно низменнаго свойства и направленныхъ противъ жизни и собственности. На скамьѣ подсудимыхъ часто видѣтъ этихъ несчастныхъ; неуропатически предрасположенные, хроническіе пьяницы, — они обнаруживаютъ часто автоматизмъ въ мысляхъ и дѣйствіяхъ, совершаютъ ужасныя, часто ни чѣмъ немотивированныя преступления, о которыхъ не сохраняютъ ни малѣйшаго воспоминанія. Особенно интересенъ разрядъ случаевъ, въ которыхъ автоматическое состояніе является не въ разгарѣ, а въ самомъ началѣ запоя. Пьяница послѣ долгаго воздержанія начинаетъ волноваться, становится очень раздражительнымъ и вообще обнаруживаетъ какое-то нервное разстройство. Бредитъ о настоящемъ и будущемъ и стремится къ самоубійству. Вдругъ онъ начинаетъ пить и тутъ-то, находясь въ состояніи легкаго опьяненія, онъ вступаетъ въ періодъ смутнаго автоматическаго состоянія, длящагося неопредѣленное время. Замѣчательно, что въ это время онъ проявляетъ большую дѣятельность, направленную иногда, главнымъ образомъ, къ прекращенію запоя: онъ зоветъ священника,

ищетъ общество трезвыхъ людей, даетъ зарокъ не пить, слушаетъ проповѣди и, если самъ имѣетъ случай выступить ораторомъ, говоритъ краснорѣчиво и съ увлеченіемъ. Послѣ этого онъ приходитъ въ себя и рѣшительно не помнитъ, что съ нимъ было и удивляется тому, что онъ дѣлалъ. Затѣмъ сильно предается пьянству; онъ можетъ напиваться до безчувствія, но въ промежуткахъ между моментами полной наркотизаціи очень хорошо сознаетъ себя и окружающее и находится въ твердой памяти.—Картина автоматическаго состоянія весьма различна, то она носитъ въ себѣ то черты безумія, то, напротивъ, отличается цѣлесообразностью дѣйствій. Недавно въ Америкѣ былъ такой случай: одинъ извѣстный господинъ внезапно исчезъ, къ общему безпокойству и недоумѣнію его близкихъ друзей. Оказалось, что онъ самъ былъ крайне удивленъ, увидя себя на пароходѣ, который уже третій день шелъ въ Европу. Онъ рѣшительно не помнитъ ничего о случившемся. Этотъ господинъ былъ секретный пьяница и совершалъ свою поѣздку въ состояніи автоматизма. По новѣйшимъ изслѣдованіямъ Crothers'a <sup>1)</sup>, память въ этомъ состояніи или вполне теряется, не проясняясь, или же чрезъ нѣкоторое время восстанавливается, при чемъ воспоминанія о прошедшихъ событіяхъ возникаютъ то въ смутной, то въ ясной формѣ. Эти дефекты памяти всегда служатъ выраженіемъ неяснаго представленія о природѣ и характерѣ совершаемыхъ ими дѣяній и вытекающихъ отсюда послѣдствій. Crothers, отрицая эпилепсію у этихъ субъектовъ, полагаетъ однако, что почти у всѣхъ такихъ больныхъ замѣтны явленія нейропатіи, то врожденныя, то порожденныя алкоголемъ. Д-ръ Говсбевъ полагаетъ, что состояніе алкогольнаго автоматизма представляетъ собою явленія психо-эпилептическаго эквивалента и едва ли можно съ нимъ не согласиться; подобный же взглядъ высказываетъ и Сулима.

### Дипсоманія.

Хроническое пьянство можетъ выражаться главнымъ образомъ въ двоякой формѣ: или пьяница пьетъ постоянно, безъ перерывовъ и промежутковъ — это въ собственномъ смыслѣ хроническій алкоголизмъ, или же періодическими приступами, въ видѣ припадковъ—это и будетъ *запой*. Многіе психіатры сравниваютъ приступъ запоя съ приступомъ

<sup>1)</sup> Crothers, The Journal of Nervous and mental Disease, 1886.

меланхолической тоски. *Моро* по этому поводу говорить: приступъ дипсоманіи начинается грустью, угрюмостью, головною болью, предсердечною тоскою, затѣмъ является сильное, непреодолимое желаніе пить. Дипсоманы чувствуютъ приближеніе приступа и, вполне оплакивая свое безсиліе превозмочь эту болѣзненную потребность, все таки не прекращаютъ пить до тѣхъ поръ, пока не минуетъ припадокъ, или пока вмѣшательство ихъ окружающихъ не положить предѣла ихъ излишества, посредствомъ насилія.

Дипсоманія состоитъ въ непреоборимомъ стремленіи человѣка къ удовлетворенію себя спиртными напитками. Эта страсть бываетъ настолько велика, настолько непобѣдима, что она совершенно подавляетъ требованія разсудка, совершенно овладѣваетъ всѣмъ организмомъ и низводитъ человѣка въ скотоподобное состояніе. Въ виду такого ужасно подавляющаго вліянія этого побужденія надъ остальными проявленіями человѣческой жизни — это влеченіе отнесли къ импulsiveнымъ. Было бы ошибочно, однако, думать, что дипсоманія состоитъ въ непреоборимомъ влеченіи только единственно къ спиртнымъ напиткамъ. Такой запой можетъ проявляться и по отношенію къ морфію, опию, хлоралу, кофе и проч.; но чаще другихъ влеченій въ нашемъ отечествѣ проявляется влеченіе къ спиртнымъ напиткамъ. Появленію этого приступа предшествуютъ извѣстные предвѣстники, равно какъ окончаніе этого приступа сопровождается извѣстными послѣдствіями (см. т. 1-й, стр. 159).

Запой является или наслѣдственно отъ родителей, или же служить проявленіемъ хроническаго пьянства даннаго лица <sup>1)</sup>, или же проявляется послѣдствіемъ прирожденныхъ болѣзненныхъ расположеній <sup>2)</sup>. Кромѣ того появленію этого болѣзненнаго состоянія способствуютъ: климактерическій возрастъ, дурныя общественныя условія и нравственныя потрясенія.

Постоянные такіе приступы запоя, слѣдовательно постоянно повторяющіеся приступы пьянства, съ теченіемъ времени дѣйствуютъ очень губительно, какъ на весь организмъ, такъ и въ особенности на центральную нервную систему. По мнѣнію Маньяна, въ организмѣ хроническаго пьяницы происходятъ двоякаго рода патологическія измѣненія органовъ: жировое перерожденіе особенно паренхиматозныхъ органовъ (стеатозъ) и развитіе соединительной ткани (склерозъ).

<sup>1)</sup> *Morel*, Traité de maladies mentales, pag. 417.

<sup>2)</sup> *Morel*, Aliénationes héréditaires héréditaires. pag. 259.

Въ силу такого вліянія спиртныхъ напитковъ на центральную нервную систему, переходъ дипсомана, послѣ запоя, въ прежнее здоровое состояніе, въ свѣтлый промежутокъ—есть только относительно здоровое состояніе. Послѣ каждаго новаго приступа запоя, патологическія измѣненія въ мозгу все усиливаются и усиливаются. Каждый новый приступъ запоя имѣетъ гибельное вліяніе на умственную жизнь чело-вѣка. Поэтому, послѣ первыхъ запоевъ въ промежуткахъ между ними почти незамѣтно никакихъ патологическихъ измѣненій въ душевной жизни дипсомана. Но затѣмъ, съ дальнѣйшими запоями, душевная жизнь дипсомана все болѣе и болѣе измѣняется и направляется или къ слабоумію, если въ нервной системѣ преобладаетъ жировое перерожденіе, или къ прогрессивному параличу, если въ нервной системѣ преобладаетъ развитіе соединительной ткани (Маньянъ).

По болѣе точномъ изслѣдованіи, у больныхъ, во время свѣтлыхъ промежутковъ между запоями, можно подмѣтить нѣкоторое притупленіе со стороны органовъ чувствъ, особенно слуха и зрѣнія; это притупленіе воспріятій обуславливается не только ослабленіемъ вниманія къ окружающей обстановкѣ, но и ослабленіемъ дѣятельности самыхъ органовъ чувствъ; къ этому нерѣдко присоединяются ошибочныя и ложныя ощущенія органовъ чувствъ. Далѣе, по временамъ, безъ всякой замѣтной причины, является замѣтное ослабленіе всего тѣла, которое впрочемъ исчезаетъ само собою,—несоотвѣтствующая обстоятельствомъ склонность къ гнѣву, раздражительности, вспыльчивости, боязни и пугливости. Кромѣ того иногда по утрамъ являются приступы тоски, угнетеннаго настроенія духа и подавленности. Далѣе, у алкоголиковъ сплошь и рядомъ замѣчаются: ослабленіе стыдливости, порядочности и чувства долга и чести;—на мѣсто этого являются: нахальство, безстыдство, узкое себялюбіе, цинизмъ, пошлость и склонность къ порокамъ. Prof. Tamburini <sup>1)</sup> считаетъ однимъ изъ главныхъ проявленій дипсоманіи извращеніе нравственности, доходящее до moral insanity.

Со стороны мыслительной области проявляются: ослабленная подвижность ума и сообразительности, ослабленіе памяти, пробѣлы въ области представленій, ослабленіе ясности и отчетливости представленій, нестойкость и податливость убѣжденій и склонность уступать требованіямъ самочувствія и страсти. Въ силу этого воля является во многихъ случаяхъ

<sup>1)</sup> Prof. Tamburini, Rivista sperimentale di freniatria, An. XI, T. II и III.

исходомъ одной страстной стороны, съ рабскимъ подчиненіемъ ей же мыслительной дѣятельности.

Со стороны движенія очень часто: дрожь языка и верхнихъ конечностей, нижнія конечности слабы и не стойки. Весь организмъ сплошь и рядомъ обнаруживаетъ характерныя алкогольныя измѣненія, нерѣдко паретическія и паралитическія явленія.

Почти всѣ новѣйшіе психіатры приходятъ къ тому убѣжденію, что дипсоманія или запой психозъ и при томъ психозъ импульсивный. Сюда относятся мнѣнія Esquirol'я<sup>1)</sup>, Morel'я<sup>2)</sup>, Шюле<sup>3)</sup>, Krafft-Ebing'a<sup>4)</sup>, Rose<sup>5)</sup>, Dagonét'a<sup>6)</sup>, Legrand du Saulle<sup>7)</sup>, Платонова<sup>8)</sup> и многихъ друг. Почти всѣ указанные авторы ставятъ это болѣзненное состояніе наряду съ болѣзненнымъ влеченіемъ и побужденіемъ къ убійству, самоубійству, поджогу и воровству. Bocknill совершенно правъ, говоря, что дипсоманъ пьетъ не изъ любви къ спиртнымъ напиткамъ и не изъ-за удовлетворенія пріятнаго ощущенія при этомъ, а единственно въ силу удовлетворенія болѣзненнаго побужденія подъ вліяніемъ низкаго, жалкаго и мучительнаго побужденія. Особенно это ясно становится, когда мы припомнимъ, что подобное болѣзненное явленіе обнаруживаютъ люди очень умные, образованные, нравственные, почтенные и уважаемые.

Отношеніе дипсоманіи къ хроническому алкоголизму двоякое: дипсоманія можетъ переходить въ хроническій алкоголизмъ и хроническій алкоголизмъ можетъ переходить въ дипсоманію. Въ первомъ случаѣ переходъ совершается такъ: съ теченіемъ времени приступы дипсоманіи учащаются, свѣтлые промежутки уменьшаются и становятся болѣе темными и такимъ образомъ мало-по-малу дѣло впадаетъ въ хроническій алкоголизмъ. Можетъ быть и наоборотъ: подъ вліяніемъ хроническаго употребленія спиртныхъ напитковъ, измѣненія центральной нервной системы могутъ доходить до того, что дадутъ въ концѣ концовъ явленія дипсоманіи. Связь этихъ двухъ состояній сближается еще болѣе тѣмъ, что оба они могутъ быть наследственны.

<sup>1)</sup> *Esquirol*, Geisteskrankheiten. 1838. Bd. II, S. 37.

<sup>2)</sup> *Morel*, Traité de mal. ment.

<sup>3)</sup> *Шюле*, Душевные болѣзни. 1880, стр. 57.

<sup>4)</sup> *Krafft-Ebing*, I. с. 130.

<sup>5)</sup> *Rose*, Бѣлая горячка.

<sup>6)</sup> *Dagonét*, Nouveau traité des maladies mentales. 1876, pag. 318.

<sup>7)</sup> *Legrand du Saulle*, Etude médico-legale sur les testaments, 1879, pag. 153.

<sup>8)</sup> *Ив. Я. Платоновъ*, Запой и отсутствіе матки. Врачъ, 1881.

## Алкогольный ложный параличъ.

(*Pseudoparalysis alcoholica*).

Хроническій алкоголизмъ можетъ являться въ различныхъ формахъ: въ видѣ меланхолии, мании, параной и проч., но чаще всего въ видѣ слабоумія съ паралитическими явленіями. Мы оставляемъ въ сторонѣ всю картину хроническаго алкоголизма и остановимся только на той ея формѣ, которая извѣстна подѣ именемъ ложнаго прогрессивнаго паралича.

Въ числѣ первыхъ признаковъ алкогольнаго слабоумія является у субъекта ослабленіе и паденіе нравственныхъ началъ и вообще низкая степень приспособленія къ окружающимъ условіямъ. Человѣкъ прежде религіозный—становится индифферентнымъ и пребыванію въ церкви предпочитаетъ пребываніе въ кабакѣ. Взгляды болѣе или менѣе идеальныя, возвышенныя—замѣняются болѣе реальными, болѣе чувственными. Прежній артистъ-музыкантъ начинаетъ смотрѣть на музыку какъ на ремесло и способъ добыванія «на водку». Общественныя интересы, общественныя дѣла уступаютъ мѣсто чисто личнымъ интересамъ, особенно же существенному побужденію—выпить. Скоро семейныя привязанности гложутъ. Пьяница всему предпочитаетъ табакъ и водку и всѣ его знанія, всѣ способы добыванія идутъ на одну жертву, на одинъ алтарь—на водку. Скоро человѣкъ забываетъ требованія общественныхъ условій, нравственныхъ приличій и общепринятыхъ законовъ въ дѣлѣ поклоненія своему идолу. Ложь, обманъ, воровство, мошенничество—все это самыя позволительныя средства. Человѣкъ тихій, смиренный, вѣжливый и приличный—становится дерзкимъ, нахаломъ, распутнымъ и бродягой. Кабаки, дома терпимости и трактиры—его главное мѣстопробываніе, пьяницы, мошенники и публичныя личности—его друзья и товарищи. И это дѣлаетъ гражданъ, мужъ и отецъ семейства.

Скоро за паденіемъ нравственнаго чувства и нравственнаго долга является неспособность къ отвлеченнымъ сужденіямъ и отвлеченнымъ интересамъ. Они погружаются въ жизненныя потребности, самыя реальныя, самыя близкія, животныя и нерѣдко грязныя. Чтеніе, музыка, общественный интересъ, дружба, уваженіе, самопожертвованіе и проч.—все это слова для нихъ по меньшей мѣрѣ смѣшныя. Болѣе достойныя будутъ: водка, закуска, постель, развратъ, карты, скандалъ, мордобитіе и проч.

Скоро такіе алкоголики начинаютъ забывать объ интересахъ жены и дѣтей. Все тащится въ кабакъ, все пропивается. Жена идетъ на работу и трудится, согнувшись цѣлый день, чтобы вечеромъ все пропилъ мужъ. Маленькія птички, голодныя и холодныя, боятся попросить корки хлѣба, чтобы не прибилъ отецъ. Отецъ забылъ, что онъ отецъ, что у него дѣти, что онъ былъ ремесленникъ или чиновникъ, что онъ былъ членъ общества, что онъ былъ гражданинъ, что онъ былъ общественный дѣятель, что онъ былъ государственнй дѣятель. Все это у него атрофировано. Онъ знаетъ теперь только одно — водку и порокъ. Все остальное его не интересуесть, да и не можетъ интересовать. Или онъ пьянъ, или на похмѣлье. Головная боль, головокруженіе, (Millet<sup>1)</sup> шумъ въ головѣ, тошнота въ желудкѣ, глаза ослѣпли, слухъ притупился, въ рукахъ и ногахъ онѣмѣніе и ощущение ползанья мурашекъ, весь міръ его не интересуесть, вниманіе къ окружающей обстановкѣ ослаблено. Въ различныхъ частяхъ тѣла ипохондрическія боли. Память до крайности ослаблена. Подъ вліяніемъ частыхъ приступовъ острыхъ припадковъ алкоголизма остаются безумныя представленія о преслѣдованіи, преступности и проч. По Bonville Bradley<sup>2)</sup>, алкоголики, въ силу привычной гипереміи мозга, имѣютъ преимущественно бредъ величія, съ чѣмъ совершенно нельзя согласиться, такъ какъ у нихъ нерѣдко бываетъ и бредъ преслѣдованія (Nasse<sup>3)</sup>). Въ самоощущеніи пустота, тоска и болѣзненность. Мысли путаются, обнаруживаются пробѣлы, недостаточная ассоціація, недостаточное сужденіе и нелѣпыя выводы. Съ теченіемъ времени развивается неряшливость, нечистоплотность и полное отупѣніе. Больной не интересуется ничѣмъ, — сидитъ или лежитъ въ темномъ уголкѣ, въ грязи пыли, лохмотьяхъ. Пища не особенно нужна и онъ въ этомъ отношеніи не безразличенъ. По временамъ нужна выпивка. И въ это время онъ не остановится предъ самымъ важнымъ преступленіемъ для добыванія водки. Оборванный, грязный, нечесаный, распатланный, съ побитымъ лицомъ, богатыми фонарями, дрожащими членами тѣла, — онъ не стыдится предстать въ порядочное общество, гдѣ когда-то былъ уважаемымъ членомъ, и попросить на водочку. Все въ жизни онъ забудетъ, но не забудетъ одного — водки и оправдаетъ пословицу «qui a bu-voira». Иногда у этихъ людей развиваются галлюцинаціи

<sup>1)</sup> Millet, Annal. medico-psychol. 1884.

<sup>2)</sup> Bonville Bradley, Journal of mental Science. 1884.

<sup>3)</sup> Nasse, The Quarterly Journal of Inebriety, 1882, 3.

зрѣнія и слуха и подѣ влияніемъ ихъ они совершаютъ самоубійство, убійства, поджоги и проч. Рядомъ съ указаннымъ явленіемъ обнаруживается трясенье въ рукахъ, дрожь въ ногахъ и во всемъ организмѣ. Ислѣдованіе организма даетъ массу патологическихъ измѣненій, — смерть происходитъ отъ многихъ причинъ одновременно.

Что касается моторныхъ явленій, то они во многомъ напоминаютъ собою явленія общаго паралича, отъ которыхъ нужно отличать нерѣдкій у пьяницъ настоящій алкогольный параличъ, тщательно описанный С. С. Корсаковымъ <sup>1)</sup>.

Къ ложнымъ параличамъ слѣдуетъ еще отнести тѣ формы, которыя являются результатомъ отравленія другими ядами, какъ напр., пеллагрознымъ (Baillarger, Verga и Lombroso), окисью углерода (Musso <sup>2)</sup>) и проч.

*Причины алкоголизма* — пьянство; пьянство же имѣетъ свои причины <sup>3)</sup>, которыя косвеннымъ путемъ служатъ причинами и алкоголизма. Причины пьянства дѣлятся на двѣ группы: предрасполагающія и вызывающія. Къ предрасполагающимъ причинамъ относятся: наслѣдственность, средней возрастъ, сѣверный климатъ, чрезмѣрный особенно умственный трудъ, плохія соціальныя условія существованія, безпорядочное воспитаніе, физическія и психическія заболѣванія. Къ причинамъ случайнымъ относятся: психическій шокъ, физическая травма, физическія и нервныя болѣзни, занятія, стоящія въ постоянномъ соприкосновеніи съ алкоголемъ и постоянное сообщество съ пьяницами.

*Теченіе, исходъ и предсказаніе.* Что касается состоянія опьяненія, то оно длится отъ нѣсколькихъ часовъ до сутокъ. Почти всегда оно оканчивается полнымъ выздоровленіемъ. Слишкомъ продолжительное опьяненіе, поддерживаемое искусственно повторными приемами алкоголя, ведетъ къ бѣлой горячкѣ. Приступы отдѣльные бѣлой горячки обыкновенно оканчиваются выздоровленіемъ; но каждый отдѣльный приступъ все болѣе и болѣе понижаетъ умственный уровень субъекта и ведетъ его къ слабоумію хроническаго алкоголизма. Трудно что-либо сказать объ алкогольномъ автоматизмѣ, такъ какъ онъ очень мало изученъ; скорѣе всего его можно подвести подѣ состояніе эпилепсіи. Дипсоманическіе приступы сами по себѣ также не представляютъ особаго опасенія. Длятся они отъ 5 до 10 дней, нерѣдко связаны съ явленіями *delirii trementis* и заканчиваются выздоровленіемъ. Но за то интервалы, съ каждымъ новымъ

<sup>1)</sup> С. С. Корсаковъ, Объ алкогольномъ параличѣ.

<sup>2)</sup> Dr. Musso, Rivista clinica di Bologna, № 8, 1885.

<sup>3)</sup> П. И. Ковалевскій, Пьянство, его причины и леченіе, 1889.

приступомъ, болѣе и болѣе представляютъ явленія хроническаго алкоголизма. Хроническій алкоголизмъ, появившись, обыкновенно явленіе пожизненное. Въ рѣдкихъ случаяхъ и съ большимъ трудомъ удается возстановитъ такого субъекта.

*Патологическая анатомія.* Въ большинствѣ вскрытій умершихъ въ состояніи опьяненія находили сильную венозную гиперемію мозга и его оболочекъ. Нерѣдко при этомъ наблюдался также и сильный мозговой отекъ, при чемъ масса серозной жидкости встрѣчалась какъ въ мозговыхъ желудочкахъ, такъ въ особенности въ субарахноидальныхъ пространствахъ. Явленія при *delirium tremens* будутъ найдены въ зависимости отъ того—является ли приступъ въ первый разъ, или же это дѣло хроническое. Въ случаяхъ свѣжихъ *delirii trementis*—патолого-анатомическія явленія тѣ же, что и при простомъ опьяненіи, но только какъ гиперемія, такъ и отекъ чрезвычайно интензивно выражены. Въ остальной группѣ случаевъ *delirii trementis* наблюдаются, кромѣ вышеуказанныхъ, еще явленія хроническаго алкоголизма.

Что касается патолого-анатомическихъ данныхъ при хроническомъ алкоголизмѣ, то онѣ, по Magnan'у и др., выражаются въ двухъ главныхъ измѣненіяхъ всѣхъ органовъ: склерозѣ и стеатозѣ. Но такъ какъ пораженіе центральной нервной системы алкоголемъ, стоитъ на первомъ планѣ (проф. Сѣченовъ<sup>1)</sup>, то здѣсь слѣдуетъ искать и наиболѣе выраженныхъ измѣненій.

Почти всегда мозгъ хроническихъ алкоголиковъ представляетъ явленія атрофіи. Мозговія извилины приострены, борозды расширены и выражены рельефнѣе обыкновеннаго. Мягкая мозговая оболочка уплотнена, пропитана серозною жидкостью, мутна и легко отдѣляется отъ поверхности мозга; въ нѣкоторыхъ случаяхъ она представляетъ сращеніе съ мозговыми извилинами. Сосуды мозга атероматозны или склерозированы, мелкіе сосуды стеатозны. Escheverria наблюдалъ по направленію этихъ сосудовъ жировое перерожденіе нервныхъ элементовъ. Мозгъ такихъ субъектовъ при разрѣзѣ является плотнымъ, нѣсколько отечнымъ, сосуды его расширены и изъ нихъ нерѣдко выдѣляется достаточное количество крови. Rose<sup>2)</sup> изслѣдовалъ вѣсъ мозга алкоголиковъ и находитъ его слишкомъ тяжелымъ. По Morselli<sup>3)</sup>, удѣль-

<sup>1)</sup> Проф. Сѣченовъ, Матеріалы для будущей физиологіи алкогольнаго отравленія, 1860.

<sup>2)</sup> Rose, *Delirium tremens*, 1885.

<sup>3)</sup> Morselli, *Rivista sperimentale di freniatria*, 1882. 1—2.

ный вѣсъ мозга алкоголиковъ наибольшій, при чемъ въ хроническихъ случаяхъ онъ большій, чѣмъ въ острыхъ. Кости черепа алкоголиковъ уплотнены и значительно тяжелаго вѣса. Особенно значительнымъ измѣненіямъ подвергается твердая мозговая оболочка хроническихъ алкоголиковъ, выражаясь очень часто въ формѣ рашуменингитис haemorrhagica interna hyperplastica (Кремянскій <sup>1</sup>). Въ другой своей работѣ проф. Кремянскій <sup>2</sup>) экспериментально на собакахъ доказалъ, что геморрагическій пахименингитъ есть результатъ пьянства.

*Лечение.* Прежде изложенія леченія различныхъ формъ пьянства, я позволю себѣ сдѣлать одно общее положеніе: всѣ формы пьянства должны быть лечимы въ спеціальныхъ лечебницахъ для пьяницъ,—леченіе же на дому, или въ лечебницахъ для душевно больныхъ убыточно какъ для общества, такъ и для пьяницъ (Kerr <sup>3</sup>), П. И. Ковалевскій <sup>4</sup>). При леченіи простого опьяненія, если есть расчетъ, что въ желудкѣ сохранился еще алкоголь, прибѣгаютъ къ рвотнымъ средствамъ. Лучшимъ для этого будетъ меланхолическое раздраженіе зѣва,—въ крайнемъ же случаѣ можно прибѣгнуть къ рвотному камню и корню. Пользу приносятъ возбуждающія и раздражающія средства, какъ: ammonium liquidum снаружи и даже внутрь; кромѣ того кофе, крѣпкій чай и проч. Для болѣе успѣшнаго выведенія алкоголя можно давать потогонныя и мочегонныя средства. Очень полезно обтиранье и обливанье холодной водой.

При delirium tremens полезно прежде всего удаленіе больного изъ дома въ лечебницу или, во всякомъ случаѣ, подъ строгій надзоръ. Полезно это для самого больного, такъ какъ этимъ преграждается путь къ дальнѣйшему пьянству; полезно это и для окружающихъ, такъ какъ избавляетъ ихъ отъ несчастій, могущихъ произойти отъ болѣзненного состоянія больного, какъ убійство, самоубійство, поджогъ, разрушеніе и проч. Нѣкоторые авторы рекомендуютъ не прекращать совершенно употребленія делириками алкоголя, а только уменьшить дозы, полагая, что прекращеніемъ пріема алкоголя можно усилить болѣзнь; я всегда сразу прекращаю дальнѣйшее употребленіе алкоголя и никогда не видѣлъ никакихъ ухудшеній. Вмѣсто этого я даю при бессонницѣ  $\text{Natr. br. } \mathcal{J}$  и  $\text{Chloral hydr. } \mathcal{J}\beta$  на-ночь, при чемъ chloral-hydr. одинъ только день, въ остальные же дни одинъ

<sup>1</sup>) Проф. Я. С. Кремянскій, Военно-медицинскій журн. 1865, 6—8 кн.

<sup>2</sup>) Prof. Kremiansky, Virchow's Archiv, V. XLII, N. 2.

<sup>3</sup>) Kerr, Пьянство и его леченіе, 1889.

<sup>4</sup>) П. И. Ковалевскій, Пьянство и его леченіе, 1889.

бромистый натръ. Всегда назначаю легкое слабительное, какъ въ видѣ отвлеченія на кишечный каналъ, такъ и въ виду постоянныхъ запоровъ у алкоголиковъ. Теплая ванна (28° R) съ холодомъ на голову полчасовая, иногда два раза въ день; хорошее питаніе; при ослабленіи галлюцинацій—физическая работа на свѣжемъ воздухѣ. Вотъ и все леченіе делирика. Иногда, при поправленіи больного, назначаются измѣняющія средства, въ виду присутствія явленій хроническаго алкоголизма. Въ этомъ случаѣ полезны также отвлекающія на темя и затылокъ. При алкогольномъ автоматизмѣ, кромѣ вышеуказанныхъ средствъ, полезно болѣе энергичное употребленіе бромистыхъ препаратовъ. Тоже можно сказать и о леченіи дипсоманіи. Весьма важно у дипсомановъ предупредить болѣзнь: при появленіи предвѣстниковъ назначать энергично успокаивающія средства, какъ продолжительную теплую ванну, въ большихъ дозахъ Natr. brom., усиленную физическую работу, отвлекающія на кишечникъ и черепъ,—этимъ иногда можно бываетъ предотвратить приступъ сразу. При хроническомъ алкоголизмѣ, помимо успокаивающихъ средствъ, полезно употреблять энергичныя измѣняющія, хорошее питаніе и продолжительную нравственную субординацію. Продолжительныя физическія работы въ полѣ, мастерскихъ, въ отдѣленіи—не только полезны, но и обязательны.

Весьма важно помнить, какъ при delirium tremens, такъ и при alcoholismus chronicus, одно правило: не выписывать большихъ слижкомъ рано. Чѣмъ раньше выписывать больного изъ отдѣленія, тѣмъ скорѣе онъ возвратится въ отдѣленіе. Вотъ почему можно рекомендовать делириковъ держать не менѣе двухъ недѣль по выздоровленіи, а алкоголиковъ—до двухъ и болѣе лѣтъ, до окончательнаго ихъ исправленія.

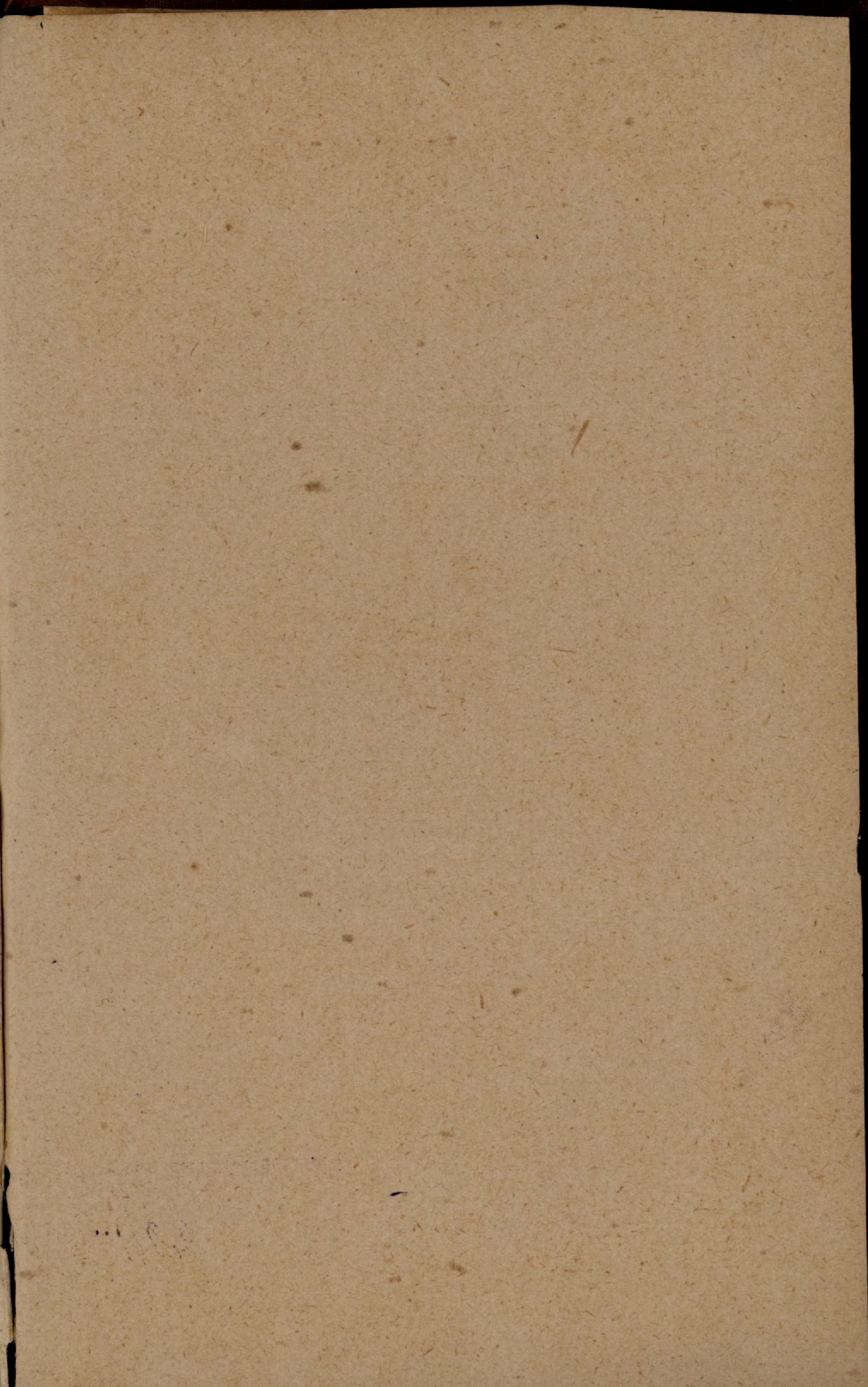
*Судебно-психіатрическое значеніе.* Законъ не оправдываетъ преступленій, совершенныхъ въ опьяненіи. Онъ не только не уменьшаетъ кары за преступленіе въ опьяненіи, но и усиливаетъ ее. Практика судовъ говоритъ противное: она постоянно оправдываетъ преступленія полного опьяненія. То же положенія держатся и юристы (Таганцевъ, Спасовичъ, Неклюдовъ, Лохвицкій и друг.). И каждый въ свою очередь правъ <sup>1)</sup>. Законъ не можетъ потворствовать пьянству и преступленіямъ въ немъ. Практика не можетъ признавать вмѣненія преступленія въ состояніи невмѣняемости, въ состояніи отравленія, въ состояніи болѣзни. Мы не мо-

<sup>1)</sup> См. П. И. Ковалевскій, Судебно-психіатрич. анализы, т. II.

A. A.

жемъ вмѣнить преступленія, совершеннаго при отравленіи бѣшеною, опиумъ, морфіемъ, хлороформомъ и проч. Полное опьяненіе есть тоже полное отравленіе. Дѣйствія инкульпата въ этомъ видѣ есть дѣйствія не его личныя, а дѣйствія отравы. Можно обвинять его за то, чтобы онъ добровольно отравлялъ себя, но нельзя обвинить его за то, что, отравившись, онъ совершилъ то или другое преступленіе. Преступленія квалифицируются. Квалифицируются они для квалификаціи наказаній. Два алкоголика въ состояніи полного опьяненія могутъ сдѣлать два преступленія: одинъ украдетъ булку въ 5 к.,—другой убьетъ отца и подожжетъ домъ. Первый ограничивается ничтожнымъ штрафомъ, второй—каторгою. А между тѣмъ ихъ вина одна и та же: они добровольно выпили. Думается, что ихъ и судить должно одинаково: за то, что они добровольно себя отравили. Потому что если первый пьяница сегодня въ состояніи полного опьяненія украдетъ булку, то завтра въ томъ же видѣ онъ можетъ растлить десятимѣсячнаго ребенка. Я согласенъ, что каждый отравляетъ себя можетъ сколько хочетъ, но только до тѣхъ поръ, пока онъ своимъ отравленіемъ не принесетъ вреда обществу. Если же онъ, при своемъ отравленіи, является опаснымъ членомъ общества, доходя до безсознательности, то онъ не терпимъ въ обществѣ и долженъ быть отданъ на поруки или выселенъ изъ общества, такъ какъ, въ состояніи своей добровольной безсознательности, онъ вреденъ для общества и можетъ одинъ разъ красть булки, въ другой разъ—сжигать деревни, въ третій—убивать людей и проч. То или другое преступленіе полного опьяненія есть дѣло случая и квалификаціи наказанія ему не должно быть.

Что касается преступленій делириковъ и хроническихъ алкоголиковъ, то они также не вмѣняемы, хотя при преступленіяхъ хроническаго алкоголизма нужно строго сообразоваться съ различными обстоятельствами дѣла: время алкоголизма, степень его и проч. Естественно, что всякій, совершившій невмѣняемое преступленіе, не терпимъ въ обществѣ, поэтому пьяница долженъ имѣть мѣстомъ своего пребыванія пріютъ для пьяницъ.



6

$$\frac{10}{14}$$