

Слабоуміе.

(Dementia).

Всѣ указанныя мною меланхолическія и маниакальныя состоянія, если не переходятъ въ выздоровленіе, то постепенно обнаруживаютъ ослабленіе мыслительной дѣятельности и наконецъ вовсе переходятъ въ слабоуміе. Слабоуміе представляетъ собою состояніе душевной дѣятельности, въ которомъ, при болѣе или менѣе безразличномъ настроеніи духа, мыслительная дѣятельность стоитъ значительно ниже противъ общепринятой нами средней величины для единицъ, равныхъ съ даннымъ лицомъ по возрасту, полу и социальному положенію. Слабоуміе можетъ быть или послѣдовательнымъ явленіемъ послѣ первичныхъ меланхолическихъ и маниакальныхъ состояній,—или же оно можетъ быть отъ рожденія, вслѣдствіе пораженія центральной нервной системы съ дѣтства, почему она явилась неспособною къ воспріятію знаній о самомъ себѣ и внѣшнемъ мірѣ. Хотя по картинѣ болѣзни эти два состоянія представляютъ и много общаго, но за то много между ними и разницы, почему я позволяю себя разбить этотъ отдѣлъ на двѣ главы. Соотвѣтственно вышесказанному, всѣ случаи слабоумія дѣлятся на двѣ большихъ группы: случаи слабоумія послѣдовательнаго, приобрѣтеннаго,—это будутъ случаи слабоумія (Dementia) въ полномъ смыслѣ слова,—и случаи слабоумія прирожденнаго или идиотизма (Idiotismus). Помимо генетической разницы между этими двумя состояніями, существуютъ нѣкоторыя черты, рѣзко отличающія эти два болѣзненные состоянія душевной дѣятельности въ теченіи и проявленіи ихъ.

Вторичное слабоуміе (Dementia secundaria).

Слабоуміе характеризуется тѣмъ, что при большей или меньшей устойчивости со стороны чувственной

или страстной области, при равности и устойчивости со стороны движенія, у больного появляется ослабленіе мыслительной дѣятельности, ставящее его на очень низкую ступень, мыслительнаго развитія. Такимъ образомъ при слабоуміи главнымъ признакомъ является пораженіе мыслительной дѣятельности и главнымъ очагомъ пораженія будутъ центры мыслительной дѣятельности, нервныя клѣтки мозговой корки.

Долгое время думали, что слабоуміе въ тѣсномъ смыслѣ слова, можетъ являться только лишь послѣдовательно и вторично, за свѣжими и первичными психозами, какъ меланхолія и манія. Поэтому и психозъ этотъ относился къ вторичнымъ и послѣдовательнымъ. Появленіе же слабоумія безъ предшествовавшихъ указанныхъ заболѣваній считалось невозможнымъ. Болѣе точныя клиническія наблюденія показали однако, что слабоуміе въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ являться и первично со всѣми характерными признаками слабоумія,—и случаевъ-то этихъ далеко немало. Сюда будутъ относиться случаи слабоумія старческаго возраста, послѣ тифа, послѣ эпилепсіи, подѣ влияніемъ хроническаго пьянства, при сифилитическихъ пораженіяхъ, при явленіяхъ эхинококковъ, при новообразованіяхъ и пр. Эти факты подорвали прежнее положеніе, что слабоуміе можетъ быть только вторично. Хотя по своему проявленію картина слабоумія для всѣхъ случаевъ одинакова, тѣмъ не менѣе всѣ отдѣльныя формы имѣютъ и свои отдѣльныя характерныя черты, по которымъ мы съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ въ состояніи отличать тотъ и другой оттѣнокъ его. А подобное различіе можетъ имѣть нѣкоторое значеніе при постановкѣ предсказанія и леченія. Поэтому я позволю себѣ приступить къ такому изложенію: сначала представить картину послѣдовательнаго слабоумія — послѣ меланхоліи и маніи, — а за тѣмъ картину слабоумія первичнаго или эссенціальнаго, идіопатическаго.

Меланхолическое слабоуміе.

Переходъ меланхоліи въ слабоуміе совершается двоякимъ образомъ: или меланхолія непосредственно пере-

ходить въ слабоуміе (Dementia), или же она сначала переходитъ въ ограниченное вторичное помѣшательство, безсмысліе (Wahnsinn), а за тѣмъ уже въ слабоуміе. Мы рассмотримъ сначала второе состояніе, а за тѣмъ первое.

Базсмысліе или вторичное помѣшательство (Wahnsinn, Secundäre Verrücktheit). По прошествіи 6—9 мѣсяцевъ теченія меланхолии, если не наступаетъ выздоровленіе, замѣчается, что грустное и подавленное настроеніе духа меланхолика мало по-малу ослабѣваетъ. Больные меньше плачутъ и грустятъ, менѣе задумчивы и сосредоточены, болѣе общительны и не удаляются отъ окружающихъ. Начинаютъ вникать въ свои отношенія семейныя и хозяйственныя. Начинаютъ думать о дѣлѣ. Но вмѣстѣ съ этимъ у нихъ нѣтъ прежняго живого участія, нѣтъ живого интереса и побужденія къ дѣламъ и лицамъ. Все это дѣлается какъ-то машинально и безразлично. Во всемъ проглядываетъ какой-то индиферентизмъ. У больныхъ не обнаруживаются страстные, аффективные порывы печали и гнѣва,—но они вмѣстѣ съ тѣмъ и не радуются радостью здороваго человѣка. Они бывають иногда веселы и, повидимому, довольны, но эта веселость какая-то пассивная подражательная.

Галлюцинаціи больныхъ продолжаютъ существовать, но только теперь значеніе ихъ нѣсколько иное. Теперь они не производятъ того непріятнаго, подавляющаго и раздражающаго вліянія, какъ при меланхолии. Напротивъ, теперь больные свыклись съ ними и считаютъ ихъ такою же неизбѣжною принадлежностью своего существованія, какъ и окружающихъ близкихъ лицъ. Нерѣдко они обращаются къ своимъ голосамъ и видѣніямъ за совѣтами и часто поступаютъ по ихъ внушеніямъ. Отсюда, естественно, поступки такихъ вторично помѣшанныхъ будутъ носить на себѣ слѣды странности, нелѣпости и безсмыслія.

Въ мыслительной области у этихъ больныхъ мы замѣчаемъ два міра: систематизированный бредъ, существующій совершенно отдѣльно и особнякомъ,—и обыкновенное міровозрѣніе, свойственное больному до его заболѣванія. Но и тотъ и другой міры нѣсколько измѣнены. Правда, у больного осталось прежнее лож-

ное представлѣніе о томъ, что онъ грѣшникъ, что онъ преступникъ, что его преслѣдуютъ и пр. Но это его уже не тяготитъ и не печалитъ. Онъ относится къ этому совершенно равнодушно. Будучи одинокимъ, онъ часто перешоптывается съ своими голосами и продолжаетъ бредить, жестикулировать и пр. Въ обществѣ же другихъ людей, больной скрываетъ идеи своего бреда, отрекается отъ нихъ и даже позволяетъ себѣ подсмѣиваться надъ ними,—а вмѣстѣ съ тѣмъ поступки больного часто являются подъ вліяніемъ бреда.

Замѣтны также измѣненія и уклоненія и въ обычной мыслительной жизни такого больного. Онъ помнитъ всѣ обстоятельства, правильно ихъ толкуетъ и исправно все выполняетъ. Но во всей этой мыслительной жизни видна какая-то вялость, усталость и подавленность. Въ области представлений нѣтъ новизны, нѣтъ свѣжести, нѣтъ обновленія. Напротивъ, видна какая-то тусклость. Сочетаніе представлений идетъ медленно, вяло, неохотно. Сужденія выходятъ какія-то неоформленные, нерѣшительныя, неполныя и неоконченныя. Выводы какіе-то темныя и подъ часъ неправильныя. Во всемъ ходѣ замѣтны какіе-то пробѣлы, какіе-то недостатки.

Поступки больныхъ вялые, нерѣшительныя. Больные большею частью держатъ себя тихо и смиренно. Они почти никогда ничего не позволяютъ себѣ начинать сами,—большею же частью являются послушнымъ орудіемъ другихъ. Среди ихъ разумныхъ поступковъ сплошь и рядомъ можно замѣчать странныя, дикія и безсмысленныя выходки подъ вліяніемъ являющихся галлюцинацій и бредовыхъ идей. Нѣкоторые больные усваиваютъ себѣ особенныя жесты, другіе при разговорѣ повторяютъ заученныя фразы, или слова. Общее состояніе организма удовлетворительно. Они охотно ѣдятъ, достаточно спятъ, общее питаніе улучшается, вѣсь тѣла поправляется, пульсъ и дыханіе принимаютъ нормальное состояніе.

Черезъ 6—9 мѣсяцевъ изолированный бредъ мало по малу сглаживается и смѣшивается съ общимъ міропозрѣніемъ. Общая мыслительная дѣятельность постепенно ослабѣваетъ и безсмысліе переходитъ въ общее слабоуміе.

Слабоуміе (dementia), будетъ ли оно служить исходомъ безсмыслия, или является непосредственно изъ меланхоліи, отличается ограниченною, ослабленною и уменьшонною мыслительною дѣятельностію. Печальное, грустное, раздраженное и озлобленное настроеніе духа постепенно ослабѣвають. Больной является скорѣе благодушнымъ, тихимъ, смирнымъ и кроткимъ. Онъ, по привычкѣ, заноситъ вамъ еще жалобы, — но въ поступкахъ своихъ ни чуть не обнаруживаетъ солидарности съ ними. Это скорѣе проявленіе механическое. Въ настроеніи духа почти вовсе не замѣчается ни особенныхъ подавленныхъ аффектацій, ни особенно гнѣвныхъ. Въ рѣдкихъ только случаяхъ подъ вліяніемъ особенныхъ какихъ-либо раздраженій, больной обнаружить мимолетную вспышку страсти. Но это будетъ запоздалая струйка дыма на потухающемъ пепелищѣ. Если какую черту можно схватить при слабоуміи въ настроеніи духа, то это полное безразличіе и пустоту. Больной не печалится ни о чемъ, ни что его не злитъ, — но ни чему онъ и не радуется.

Въ области органовъ чувствъ является смѣшеніе гиперестезій, анестезій и нормального состоянія, — все это перемѣшано такъ, что трудно въ немъ разобраться; тѣмъ болѣе, что слабоумные не въ состояніи сосредоточиться на чомъ нибудь и дать правильный отчетъ о своемъ ощущеніи. Иллюзіи у слабоумныхъ очень рѣдки. Галлюцинаціи бываютъ, но онѣ теперь не имѣютъ характера подавленности, назойливости и раздраженія. Напротивъ, больной съ ними сживаетъ, свыкается и принимаетъ за обязательную принадлежность своего существованія.

Со стороны мыслительной дѣятельности на первый планъ выступаетъ отсутствіе вниманія и сосредоточія на внѣшнихъ проявленіяхъ жизни. Больные являются ко всему тупыми. Внѣшнія вліянія по нимъ какъ бы скользятъ, не оставляя послѣ себя слѣда. У больныхъ нѣтъ интереса къ жизни, нѣтъ личнаго участія въ ней. Все совершается машинально, механически. Кругъ мыслительной дѣятельности, ограниченный прежде представленіями съ печальнымъ и грустнымъ содержаниемъ, въ настоящее время становится нѣсколько ши-

ре. Но и при этомъ замѣтны значительные дефекты. Область ассоціаціи нѣсколько расширяется, — но при этомъ-то еще рѣзче обнаруживаются пробѣлы и недостаточность сочетанія. Изъ прежняго уже видно, что способность усвоенія представлений въ настоящій моментъ значительно ослаблена, слѣдовательно одинъ отдѣлъ памяти — запоминаніе — страдаетъ. Усвоенныя представленія тотъ часъ исчезаютъ и больные скоро забываютъ, что они нѣсколько часовъ видѣли, слышали и дѣлали. Не менѣе страдаетъ и способность воспоминанія, т. е. возстановленія по слѣдамъ прежде бывшихъ ощущеній. Отсюда, естественно, вытекаетъ недостаточность ассоціаціи, пробѣлы и односторонность сужденій и нелѣпость выводовъ. Нелѣпость выводовъ объясняется еще присутствіемъ галлюцинацій и осколковъ бреда. Больной такъ сжился съ представленіями обыденной жизни и представленіями бредовой жизни, что не можетъ положить между ними границъ. Онъ часто смѣшиваетъ ихъ и въ общемъ получается какое-то недомысліе. Оставшіяся въ распоряженіи больныхъ представленія отличаются неясностью. При сочетаніи ихъ, больные не могутъ установиться на правильный путь. Они постоянно смѣшиваютъ обстоятельства различныхъ временъ, мѣстъ, лицъ и событій. Въ ихъ отношеніи къ жизни нѣтъ личнаго участія, энергіи, жизненности и инициативы. Слабумные не имѣютъ своего личнаго мнѣнія. Сказавши одно, они чрезъ нѣсколько минутъ забываютъ объ этомъ и могутъ утверждать другое, совершенно обратное. Съ теченіемъ времени ихъ умственный кругозоръ настолько суживается, что они не могутъ дать правильного отчота даже о своей личности, — они забываютъ — кто они и смѣшиваютъ себя съ другими. Весь лексиконъ ихъ понятій и словъ сводится на какойнибудь десятокъ или два. Всѣ ихъ поступки вялы, сонны, механически, принуждены. Больные мало подвижны и больше склонны къ отдыху. И это дѣлается не по усталости или тѣлесной болѣзненности, а по лѣни и неспособности къ дѣятельности. Въ первое время они еще сколько-нибудь принимаютъ участія въ обыденныхъ занятіяхъ, но за тѣмъ скоро это имъ надоедаетъ, или они перепутываютъ все и надъ ними

требуется надзоръ и побужденіе. Въ ихъ поведеніи замѣтна перемѣна, у нихъ является какъ бы наклонность къ общественному сближенію. Они плачутъ рѣдко и то какъ то механически, по привычкѣ. Что это дѣлается не отъ души — доказывается тѣмъ, что они сами подтруниваютъ надъ своимъ прежнимъ состояніемъ. Ихъ равнодушіе проявляется во всемъ, — не только въ дѣлахъ общественныхъ и семейныхъ, но даже личныхъ. Прежде религіозный человѣкъ, теперь становится индифферентнымъ, прежде скупой — теперь небрежнымъ къ состоянію, прежде опрятный и приличный, теперь пачкунъ и часто невнимателенъ къ костюму, — прежде строгій въ выборѣ пищи, теперь совершенно безразлично относящійся къ ней. Иногда дѣло доходитъ до забывчивости принимать пищу, производить фізіологическія отправленія, пачкотни экскрементами и даже поѣданью своихъ собственныхъ экскрементовъ. Болѣзнь у такихъ больныхъ оканчивается смертію отъ какихъ нибудь случайныхъ физическихъ заболѣваній, особенно часто отъ простуды и страданія легкихъ.

Между меланхолическимъ безмысліемъ и послѣдовательнымъ за меланхоліей слабоуміемъ главная отличительная черта та, что при безмысліи бредовыя идеи какъ то обособляются и составляютъ отдѣльный мірокъ, тогда какъ остальная область мыслительной дѣятельности какъ бы возвращается къ нормѣ, становится шире и дѣятельнѣе и затѣмъ только въ послѣдствіи все это сливается вмѣстѣ и переходитъ въ состояніе слабоумія. Тогда какъ при переходѣ въ слабоуміе непосредственно не замѣчается этого обособленія бреда, является очень небольшое расширеніе поля мыслительной дѣятельности, — и затѣмъ слабоуміе идетъ постепенно, шагъ за шагомъ. Но допуская такое отличіе, слѣдуетъ добавить, что оно скорѣе кажущееся, такъ какъ и при безмысліи ясно выражаются основные черты слабоумія — отсутствіе вниманія и интереса къ жизни, полное равнодушіе и значительные дефекты въ области мыслительной дѣятельности.

Меланхолическое безмысліе имѣетъ нѣкоторое сходство съ первичнымъ помѣшательствомъ. Сходство это выражается въ слѣдующемъ:

Первичное помѣшательство состоитъ въ пораженіи мыслительной области, причемъ пораженіе это ограниченное, частичное, при незатронутой остальной части мыслительнаго поля. Тоже до нѣкоторой степени бываетъ и при безсмысліи: умственная дѣятельность расширяется и обобщается, бредъ же изолируется и держится особо, въ сторонкѣ. При первичномъ помѣшательствѣ состояніе самочувствія является или непораженнымъ, или же оно поражается вторично, послѣдовательно. При безсмысліи является равнодушіе, благодушіе и во всякомъ случаѣ страстность, какъ рѣдкое явленіе. При первичномъ помѣшательствѣ въ первомъ періодѣ являются идеи преслѣдованія,—тоже иногда и при безсмысліи. Вотъ въ чемъ собственно проявляется сходство первичнаго помѣшательства съ безсмысліемъ и по этому послѣднее носить еще названіе вторичнаго помѣшательства. Но это сходство скорѣе кажущееся и далеко непрочное.

Прежде всего: при первичномъ помѣшательствѣ, помимо безумныхъ представленій, мыслительная дѣятельность остается на всю жизнь непораженною и никогда не переходитъ въ слабоуміе,—тогда какъ при безсмысліи слабоуміе во всей своей красѣ уже съ самаго начала и только лишь скрывается большими предъ недостаточнымъ и неопытнымъ вниманіемъ окружающихъ. При первичномъ помѣшательствѣ настроеніе духа и самочувствіе не доходятъ до аффектаціи, или точнѣе не представляютъ взрывовъ страсти; но во всякій данный моментъ вы видите его присутствіе въ симпатіи или антипатіи къ тому или другому явленію, въ симпатіи или антипатіи однако ровной, сдержанной приличной. Тогда какъ у безсмысленнаго больного самочувствіе отсутствуетъ, оно не обнаруживается по причинѣ душевной пустоты. Въ области самочувствія наступаетъ такой же пробѣлъ, какъ и въ мыслительной области. Тоже можно сказать и по отношенію къ содержанію безумныхъ представленій. При первичномъ помѣшательствѣ человекъ интересуется своимъ бредомъ, это главное ядро его мысли, это суть его жизни. При безуміи больной относится къ своему бреду равнодушно, онъ съ нимъ свыкъ, но не отстаиваетъ его. Онъ не живетъ этимъ бредомъ, а проживаетъ его.

Маниакальное слабоуміе.

Если манія не оканчивается выздоровленіемъ или смертельно, то она переходитъ въ слабоуміе. Переходъ ея въ слабоуміе совершается двояко, какъ и при меланхолии—при посредствѣ безсмыслія и непосредственно въ слабоуміе. Я позволю себѣ сказать нѣсколько словъ о той и другой формѣ его.

Маниакальное безсмысліе (Wahnsinn). Мы знаемъ, что манія характеризуется: увеличеннымъ количествомъ ощущеній, массою иллюзій, необыкновенно увеличеннымъ количествомъ представлений и крайне усиленнымъ ходомъ ихъ, массою простыхъ психическихъ и психомоторныхъ рефлексовъ и проч. Всѣ эти явленія при переходѣ въ безсмысліе начинаютъ утихать и успокаиваться. Повышенное самочувствіе, выражавшееся прежде въ самыхъ разнообразныхъ идеяхъ и образахъ величія, какъ: божества, поэзіи, власти, силъ и прочее, теперь останавливается на одномъ чемъ-нибудь. Больной избираетъ одинъ какой-нибудь излюбленный образъ и на немъ останавливается. Теперь онъ богъ, царь, пророкъ, патріархъ, поэтъ, полководецъ, великій адвокатъ, банкиръ и проч. Выбравши для себя рамку, онъ уже не выходитъ изъ нея и старается въ ней болѣе или менѣе удачно устроиться. Начинается упорядочиваніе идей и міровозрѣній соотвѣтственно его теперешнему новому общественному положенію. Такому упорядочиванію способствуетъ то обстоятельство, что органы чувствъ функционируютъ гораздо слабѣе относительно прежняго состоянія,—они почти приближаются къ нормѣ. Количество иллюзій также уменьшается и при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни они почти вовсе исчезаютъ. Галлюцинаціи присутствуютъ, при ослабленіи гиперестезій и иллюзій, онѣ выражаются ярче и рѣзче,—содержаніе ихъ гармонируетъ съ безсмысленнымъ представленіемъ о величіи больного и тѣмъ самымъ подкрѣпляетъ и утверждаетъ фиксацию этого безсмысленнаго представленія.—Занятыя своимъ внутреннимъ новымъ міровозрѣніемъ, эти больные мало

интересуются ви́шними жизненными проявленіями и болѣе сосредоточены въ себѣ,—отсюда вытекаетъ жизненный интересъ ослабленнымъ и вниманіе къ ви́шнему міру также ослаблено. Это явленіе служитъ основою къ дальнѣйшему полному безразличію и безучастію отношеній къ ви́шнему міру, полной апатіи и пустотѣ. При такой внутренней сосредоточенности, количество представлений, образующихся въ данный моментъ, уменьшается. Уменьшается также количество представлений, возстановляемыхъ по слѣдамъ прежде бывшихъ ощущеній, такъ какъ при этомъ ассоциируются только тѣ представленія, которыя имѣютъ прямое отношеніе къ безсмысленному, фиксированному представленію. Такимъ образомъ количество представлений будетъ уменьшено и ассоціація ихъ ограничена и ограничена именно представленіями, гармонирующими съ фиксированнымъ горделивымъ представленіемъ.

Въ душѣ больного рядомъ съ этимъ патологическимъ міромъ существуетъ еще другой міръ, міръ дѣйствительности, міръ общественныхъ, семейныхъ и личныхъ его интересовъ. Но этотъ міръ его мало интересуетъ. Больной не жилъ имъ во время маниакальнаго періода,—не интересуется имъ и теперь. Всѣ эти обстоятельства скользятъ мимо его. Онъ къ нимъ безучастенъ. Они мало по малу атрофируются въ его сознаниіи. Новая представленія не образуются, или образуются очень слабо, старыя постепенно исчезаютъ. Отсюда случайныя его сужденія о прежнемъ и теперешнемъ его дѣйствительномъ существованіи отличаются недостаточностью, поверхностностью, недомыслиемъ и даже просто непониманіемъ и глупостью. Больной живетъ только лишь своимъ новымъ мировозрѣніемъ,—старое же постепенно падаетъ, разрушается и атрофируется. Онъ часто теперь смѣшиваетъ обстоятельства прежняго времени съ настоящими, не даетъ отчета о прошломъ и настоящемъ, живетъ на нѣсколько лѣтъ впередъ, смѣшиваетъ знакомыхъ лицъ съ незнакомыми и наоборотъ,—смѣшиваетъ обстоятельства воображаемыя съ дѣйствительными, да и вообще не любить выходить изъ своей фиксированной скорлупы.

Создавши болѣе или менѣе складно свое новое мировозрѣніе, больные держатъ себя очень тихо, сми-

но и прилично, соотвѣтственно своему новому положенію. Но первое время они не терпятъ никакихъ возраженій и противорѣчій. Это ихъ крайне раздражаетъ и можетъ вызвать съ ихъ стороны взрывъ гнѣва, ярости и буйства. Съ теченіемъ времени они относятся къ возраженіямъ, противорѣчіямъ и насмѣшкамъ снисходительно и величественно—благосклонно. Еще дальше идетъ время и противорѣчія не только не вызываютъ протеста, а, напротивъ, согласіе и даже подсмѣиванье надъ самими собою. Это уже періодъ полной душевной пустоты и безсодержательности. Мыслительная дѣятельность въ первое время, хотя и ограничена бываетъ извѣстнымъ только кругомъ дѣятельности, но все таки идетъ довольно оживленно. Больной издаетъ массу рескриптовъ, приказаній, распоряженій, шлетъ телеграммы, получаетъ извѣстія, требуетъ объясненій, распакаетъ, награждаетъ и т. д. и т. д. Но все это оживленіе мало-по-малу стихаетъ, превращается въ пустыя, а далѣе и безмысленныя слова. Внѣшній видъ свой въ началѣ больные стараются держать соотвѣтственно своему высокому положенію. Они тщательно убираютъ свою голову, иногда заплетаютъ ее въ массу косокъ и, распустивши, превращаютъ въ какую-то гриву или конскій хвостъ. Иногда они заплетаютъ туда перья, прутики, щепочки и пр. и принимаютъ видъ краснокожихъ. На головѣ иногда корона, діадема, каска, киверъ и проч. Женщины нещадно штукатурятся. Разумѣется, все это значительно дополняется фантазіей, такъ какъ въ сущности на головѣ или коробка отъ жидкой икры, или бумажный колпакъ, или по меньшей мѣрѣ вѣнокъ изъ баннаго вѣника (лавровый вѣнокъ поэта или ученаго). Выраженіе лица такихъ больныхъ соотвѣтствуетъ ихъ положенію. Оно будетъ: гордое, свирѣпое, снисходительно-благодушное и пр. Точно также и общее положеніе организма будетъ соотвѣтствовать фиксированному безмысленному представленію. Полководцы принимаютъ на себя видъ Ахила изъ Прекрасной Елены, держатъ плечи вверхъ, громко кашляютъ, стучатъ пятками своихъ туфель,—патріархи принимаютъ посно-елейный видъ—благоговѣйно закрываютъ глаза, двигаются какъ тѣни, голосъ едва слышный и т. д. Художники отращаютъ волосы, за-

пускаютъ гривы, держатъ себя крайне неряшливо и грязно и всюду вносятъ слѣды своей невозможной живописи. Разумѣется, образованію такихъ бессмысленныхъ представленій много способствуютъ прежнія условія здоровой жизни и воспитанія. Человѣкъ, занимавшійся музыкою, скорѣе станетъ Бетховеномъ, или Моцартомъ Сабуровой дачи, чѣмъ человѣкъ незнакомый съ нею. Хотя часто бываетъ и такъ, что выбирается специальность вовсе не по призванію, такъ адъютантъ воображаетъ себя полководцемъ, дипломатъ администраторомъ, земледѣлецъ финансистомъ и пр. Въ поведеніи больныхъ замѣчается полная гармонія съ ихъ идеями величія и горделиваго бреда. Ораторы на все горло стараются произносить рѣчи, поэты декламируютъ стихи, полководцы командуютъ арміями, императоры повелѣваютъ государствами, боги пересоздаютъ міръ и т. д. Во всѣхъ ихъ поступкахъ, въ осанкѣ замѣтны: гармонія, сдержанность, величавость, соотвѣтствіе и вообще нѣкоторая напряженность. Но съ теченіемъ времени все мало-по-малу ослабѣваетъ. Между идеями величія и поведеніемъ и поступками больныхъ получается полная дисгармонія. Министры становятся недостойными ихъ положенія, полководцы больше спятъ, ораторы молчатъ, поэты повторяютъ чужіе стихи, пророки забываютъ даже прошлое и пр. Во вѣщности проявляется тупоуміе, неряшество, нечистоплотность и небрежность. Къ прежней здоровой жизни они рѣшительно неспособны. Теперь у нихъ остаются одни какіе-то осколки отъ прежняго и новаго міровозрѣнія. Все это смѣшивается вмѣстѣ и даетъ картину прямого общаго слабоумія.

Состояніе безсмыслія можетъ длиться довольно долгое время, года 2—3 и затѣмъ переходитъ въ общее слабоуміе. Выздоровленіе изъ этого состоянія рѣдко; но все таки бываетъ.

По своему проявленію маниакальное безсмысліе имѣетъ большое сходство съ меланхолическимъ безсмысліемъ. Та же послѣдовательность появленія изъ первичнаго психоза, та же иллюзія отъ общаго міровозрѣнія, то же ослабленіе мыслительной дѣятельности вообще и то же окончаніе общимъ слабоуміемъ. Отличіе между

ними заключається въ содержанні бреда и соотвѣтственно тому въ проявленні поступковъ и поведенія.

Отличіе маніакальнаго безсмыслія отъ общаго слабоумія заключається въ образованні изолированнаго, иногда довольно систематическаго, бреда величія съ строгой гармоніей поступковъ и поведенія съ этимъ бредомъ. Но это отличіе относится только къ первому періоду заболѣванія,—затѣмъ оно мало-по-малу сглаживается и переходитъ въ одну общую картину.

Существуетъ сходство между маніакальнымъ безсмысліемъ и періодомъ идей величія первичнаго помѣшательства. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ является бредъ величія, строгая система бреда и гармонія поступковъ. Но несравненно большая и разница между ними.

Первичному помѣшательству предшествуетъ наслѣдственность и нервная раздражительная слабость,—бредъ безсмысленнаго является въ большинствѣ случаевъ, въ мозгахъ мощныхъ, неповрежденныхъ. Бредъ помѣшаннаго является послѣ бреда преслѣдованія и иногда сутяжничества,—бредъ безсмысленнаго возникаетъ изъ маніакальнаго состоянія. Бредъ помѣшаннаго существуетъ бокъ о бокъ съ бредомъ преслѣдованія и переходитъ иногда въ бредъ сутяжничества,—бредъ безсмысленнаго никогда не является совмѣстно съ бредомъ преслѣдованія и переходитъ въ слабоуміє. Бредъ помѣшаннаго существуетъ одновременно съ непороченною остальною мыслительною дѣятельностью,—бредъ безсмысленнаго существуетъ рядомъ съ ослабленною и слабоумною мыслительною дѣятельностью. Такимъ образомъ эти два вида сумашествія слишкомъ разнятся другъ отъ друга и мнѣ кажется, что маніакальное безсмысліє еще менѣе имѣетъ права на названіє даже вторичнаго помѣшательства, чѣмъ меланхолическое безсмысліє.

Маніакальное слабоуміє.

Въ огромномъ большинствѣ случаевъ манія переходитъ въ слабоуміє безъ посредствующаго періода безсмыслія. Съ теченіемъ времени состояніє возбужденія

но немногу ослабѣваетъ, страстные порывы радости, счастья и довольства постепенно утихаютъ и замѣняются безразличіемъ и пустотою. Въ области самочувствія являются тѣже пробѣлы и также безсознательность, какъ и въ области мыслительной. Въ области органовъ чувствъ являются гиперестезіи рядомъ съ анестезіями,—иллюзіи почти отсутствуютъ, за то рѣзче выдѣляются галлюцинаціи, хотя и они неособенно часты. Вниманіе къ внѣшнему міру значительно ослаблено, больной относится къ нему очень равнодушно. Слѣдствіемъ этого бываетъ то, что центральные нервные элементы или вовсе не усваиваютъ внѣшнихъ раздраженій, или, усвоивши ихъ очень непрочно, быстро освобождаютъ и данныя ощущенія скоро исчезаютъ изъ поля сознанія больного. Естественнымъ послѣдствіемъ этого будетъ недостаточное количество представленій даннаго времени, недостаточная ихъ ясность и отчетливость и быстрая ихъ испаряемость.

Отсюда слѣдуетъ, что способность запоминанія будетъ постепенно ослабѣвать и доходить до того, что больные будутъ забывать то, что они видѣли, слышали и сказали нѣсколько часовъ и даже минутъ назадъ. Тоже можно сказать и по отношенію къ способности припоминанія или возстановленія представленій по приемнимъ слѣдамъ. Вслѣдствіе нарушенія питанія нервные элементы будутъ или вовсе разрушены, или подвергнуты очень серьезнымъ перерожденіямъ. Отсюда являются или полные пробѣлы въ области представленій, или же неправильности и извращенности. Ассоціація представленій становится медленнѣе и, при значительныхъ дефектахъ, затрудненною и невозможною. Естественнымъ слѣдствіемъ будетъ нелѣпость сужденій и выводовъ. Больные смѣшиваютъ обстоятельства одного времени съ обстоятельствами другого,—забываютъ интересы однихъ лицъ и приписываютъ ихъ другимъ,—относятъ обстоятельства жизни своей другимъ лицамъ и наоборотъ. Словомъ смѣшиваютъ обстоятельства времени, мѣста, лицъ, доходятъ иногда до невозможности отличить себя отъ другихъ и забываютъ о своей собственной личности. Въ первое время слабоумія мыслительная дѣятельность еще представляетъ нѣкоторыя проявленія разумности. Больные могутъ

быть остроумны, болтливы, могутъ довольно мѣтко выражаться, довольно легко поддерживаютъ разговоръ. Но это длится недолго,—за тѣмъ они не выдерживаютъ напряженія и скоро начинаютъ обнаруживать несообразности и нелѣпости, какъ это особенно наглядно видно въ случаѣ д-ра Совѣтова ¹⁾. Часто у слабоумныхъ является эротическое настроеніе и они любятъ сочинять, заучивать, переписывать и читать въ слухъ нецензурные стихи, рассказы, остроты и пр. Любятъ разговоръ о женщинахъ и о половыхъ похожденияхъ. Позволяютъ себѣ неприличныя выходки въ обществѣ. Очень любятъ дамское общество и держать себя такъ, что заставляютъ уходить отъ себя даже дамъ. Такіе больные часто обнаруживаютъ обжорство, неумѣренность къ спиртнымъ напиткамъ, усиленную половую дѣятельность, большое расположеніе ко сну и нерѣдко начинаютъ тучнѣть.

Часто однимъ изъ первыхъ признаковъ слабоумія является неспособность сосредоточиваться на отвлеченныхъ вопросахъ и неспособность понимать и проникаться высшими нравственными началами и общественными интересами (эпидемія настоящаго времени). Уже въ началѣ слабоумія больные являются лгунами, сплетниками, часто они налгутъ одному одно, другому другое,—и если ихъ уличать во лжи, то они или нисколько этимъ не стѣсняются, или нахально отрицаютъ сказанное. При потерѣ нравственнаго чувства, склонности къ пьянству и разврату, эти люди нерѣдко представляютъ несчастье семьи. Не обнаруживая полного (въ смыслѣ пониманія общества) сумашествія, они въ то же время являются невыносимыми для общества. Но уже само пьянство и развратъ скоро ихъ низводятъ на болѣе сильную ступень слабоумія и указываютъ границы ихъ правоспособности и вмѣняемости. У этихъ больныхъ обнаруживается склонность къ проявленію поступковъ, иногда довольно мудреныхъ и глубоко-мысленныхъ, при полной неспособности къ поступкамъ, гдѣ хоть сколько-нибудь требуется сообразительности въ данный моментъ. Такъ напр., такіе слабо-

¹⁾ С. Н. Совѣтовъ, Архивъ психіатріи, нейрологіи и проч. 1884, т. III, № 3.

умные могутъ играть въ шахматы и дѣлать очень трудные и разумные ходы. Могутъ играть самые трудныя пьесы на віолончели и фортепьяно, будучи не въ состояніи разыграть самой простой новой пьесы.

Острота памяти обусловливается двумя условіями: рельефностью запечатлѣнія—интензивностью молекулярныхъ измѣненій въ той или другой клѣткѣ — и прочностью ассоціаціи даннаго представленія съ другими представленіями. Последнее же имѣетъ весьма важную основу въ частотѣ повтореній данной ассоціаціи. Это послѣднее свойство Ribot ¹⁾ называетъ динамическими ассоціаціями. Результатомъ этихъ условій особенно же динамизма ассоціацій бываетъ то, что иногда вполнѣ слабоумные люди могутъ совершать совершенно правильно очень серьезный актъ, но для нихъ вполнѣ привычный, рефлекторный.

Нѣкоторые больные могутъ продолжать самое тонкое и трудное ремесло, не будучи въ состояніи выучиться самому простому и нехитрому новому ремеслу. Такъ мало-по-малу кругъ мыслительной ихъ дѣятельности и поступковъ суживается и суживается до того, что больные забываютъ заботиться о своихъ естественныхъ нуждахъ: ѣдѣ, отправленіяхъ и чистотѣ. Нерѣдко они испражняются подъ себя, пачкаются въ своихъ испражненіяхъ, а въ иныхъ случаяхъ и поѣдаютъ ихъ. Они уже не въ состояніи отличить „правый“ отъ „лѣвый“ и день отъ ночи. Это будутъ жалкіе остатки прежняго величія міровой красоты, образа и подобія Божія. Болѣзнь можетъ длиться долгіе годы и десятки лѣтъ.

Больные умираютъ отъ случайныхъ заболѣваній, которыя легко могутъ присоединиться при подобной небрежности и безразличіи отношенія къ самому себѣ. При очень длительномъ теченіи больные разучиваются говорить и забываютъ свой родной языкъ. Я зналъ одного француза, который уже забылъ свой языкъ и не понималъ, когда къ нему относились по французски, хотя не понималъ и по русски.

¹⁾ Ribot, Болѣзни памяти, 16.

Первичное слабоуміе.

(*Dementia primaria*).

Первичнымъ слабоуміемъ называется такая форма душевнаго заболѣванія, въ которой дефекты въ области представленій являются первично, безъ предшествовавшихъ первичныхъ психозовъ, какъ меланхолія, манія и проч. Таково напр. слабоуміе въ старческомъ возрастѣ, послѣ эпилепсіи, при сифилисѣ и проч. Разсматривая всѣ эти разнообразныя формы первичнаго слабоумія, мы замѣчаемъ, что одни изъ нихъ протекаютъ остро, другіе хронически,—одни изъ нихъ имѣютъ благопріятный исходъ въ смыслѣ выздоровленія, другія неблагопріятный. Въ виду этого всѣ эти формы первичнаго слабоумія можно раздѣлить на двѣ группы: слабоуміе острое (*dementia acuta*) и хроническое (*dementia chronica*). Острое слабоуміе имѣетъ полное сходство съ формою психозовъ, описанною нѣкоторыми авторами подъ именемъ ступора (*stupor*). Одни изъ авторовъ совершенно отождествляютъ эти двѣ формы психозовъ,—другіе, соединяя ихъ вмѣстѣ, разсматриваютъ какъ отдѣльные два вида одного и того же семейства. Отличительныя черты этихъ двухъ формъ настолько близки другъ къ другу, что мы считаемъ возможнымъ разсматривать ихъ вмѣстѣ, при чемъ въ концѣ этой главы мы позволимъ себѣ указать на нѣкоторыя ихъ отличительныя черты.

а. *Dementia acuta s. stupor.*

Съ давнихъ временъ въ области психопатологіи наблюдалось состояніе, извѣстное подъ именемъ ступора. Наблюдали его то отдѣльно и самостоятельно, то, гораздо чаще, какъ одинъ изъ признаковъ различныхъ психопатическихъ состояній, какъ при меланхоліи, ал-

коголизмъ, эпилепсіи, истеро-эпилепсіи и проч. Разумѣется, какъ и всегда бываетъ, различные наблюдатели относили это состояніе къ различнымъ психозамъ и окрещивали его различными именами и то названіе равно какъ и та болѣе или менѣе полная клиническая картина ступора, которая существуетъ въ настоящее время, обязана своимъ существованіемъ позднѣйшему времени и позднѣйшей формациі психіатровъ.

Baillarger ¹⁾ былъ первый, тщательно изучившій вопросъ о ступорозномъ состояніи вообще и онъ же первый указалъ на близкое отношеніе его къ меланхоліи. Онъ рассматриваетъ это состояніе какъ крайнюю степень напряженія пассивной меланхоліи. Dagonet ²⁾ пошолъ въ этомъ отношеніи далѣе и рассматриваетъ это болѣзненное состояніе какъ самостоятельную форму болѣзни, описывая ее подъ именемъ ступорозности (*stupidité*). Съ этихъ поръ все болѣе и болѣе началъ устанавливаться взглядъ на ступоръ, какъ на самостоятельную клиническую картину, которая хотя является и при другихъ различныхъ страданіяхъ, но всегда, повидимому, обуславливается одними и тѣми же патолого-анатомическими данными. Въ слѣдъ за указанными авторами появился цѣлый рядъ статей и замѣтокъ о ступорѣ другихъ авторовъ, по содержанию своему менѣе интересныхъ и менѣе важныхъ, какъ: Demazy, Aubanel'я, Morel'я, Marcé, Delasiauve и проч.

Въ настоящее время большинство психіатровъ держится того мнѣнія, что ступоръ можетъ проявляться какъ самостоятельно, независимо отъ той или другой болѣзни, это будетъ идиопатическій ступоръ, — такъ и въ видѣ комбинаціи другихъ болѣзненныхъ психическихъ состояній, меланхоліи, первичнаго помѣшательства, эпилепсіи и пр., — это будетъ дейтеропатическій ступоръ. Нѣкоторые авторы пошли даже далѣе, какъ напр. Binswager ³⁾ и дѣляютъ даже самостоятельную форму ступора на двѣ разновидности, собственно ступоръ и острую деменцію, хотя противъ

¹⁾ Baillarger, Annal. medico-psychol. 1843.

²⁾ Dagonet, De la stupeur dans les maladies mentales. 1872.

³⁾ Binswager, Charité-Annalen, VI Jahrgang.

этого взгляда возсталъ такой серьезный наблюдатель, какъ Schüle ¹⁾.

Ступоръ, какъ самостоятельная форма болѣзни, почти всегда наступаетъ у молодыхъ и физически крѣпкихъ и здоровыхъ лицъ, но унаслѣдовавшихъ расположеніе къ психозамъ. Обыкновенно какъ въ поколѣніи родителей и родственниковъ можно найти психозы, нейрозы, пьянство, преступленія, сифились, чахотку и пр., — такъ и въ поколѣніи равномъ больному, какъ: братьевъ, сестеръ, двоюродныхъ братьевъ и пр. встрѣчаются тѣ же аномаліи. Въ предыдущей жизни ступорозныхъ больныхъ попадаютъ отдѣльныя темныя точки на ихъ умственномъ и нравственномъ горизонтѣ, которыя хотя сами по себѣ и не имѣютъ особеннаго серьезнаго значенія, однако въ связи съ наступившимъ ступоромъ выясняютъ ненормальность нервной натуры даннаго лица.

Какъ самостоятельная форма болѣзни, ступоръ наступаетъ всегда внезапно и развивается въ теченіи нѣсколькихъ часовъ и дней. Главная характерная черта этого состоянія есть подавленность всѣхъ областей нервной системы. Область органовъ чувствъ остается совершенно индифферентною къ окружающимъ раздраженіямъ. Больной не видитъ ничего, что вокругъ него, или же если и воспринимаетъ зрительныя раздраженія, то они скользятъ по немъ также безслѣдно, какъ во снѣ. Точно также подавлено у него воспріятіе и вниманіе со стороны органовъ слуха, обонянія, вкуса и осязанія. Иногда же больной не лишонъ вполне способности воспринимать этихъ раздраженій, — въ болѣе легкихъ случаяхъ онъ слышитъ вашъ вопросъ, узнаетъ васъ, старается отвѣтить на вашъ вопросъ, иногда даже и отвѣчаетъ, хотя отвѣты эти въ большинствѣ безсмысленны. Безразличный къ внѣшнимъ импульсамъ, онъ является безразличнымъ и къ своимъ внутреннимъ побужденіямъ: у него нѣтъ ни голода, ни жажды, ни побужденій къ отдѣленію экскрементовъ, ни чувства брезгливости къ отдѣленнымъ подъ себя экскрементамъ. Нужно имъ напоминать о

²⁾ Schüle, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd XXXVIII. 1881.

пищѣ и водѣ и иногда даже насильно вводитъ имъ эти вещества, нужно напоминать имъ объ отдѣленіи мочи и экскрементовъ, а иногда прибѣгать и къ катетру, къ клизмѣ же почти всегда. За то при отсутствіи воспріятія раздраженій извнѣ, при отсутствіи образованія впечатлѣній и ощущеній, у иныхъ ступорозныхъ больныхъ развивается масса галлюцинацій самаго разнообразнаго свойства. Въ иныхъ случаяхъ это будутъ галлюцинаціи зрѣнія и слуха, въ иныхъ это будутъ преимущественно половыя галлюцинаціи, еще въ иныхъ смѣшанныя галлюцинаціи. Содержаніе этихъ галлюцинацій и оттѣнокъ также не одинаковы: въ большинствѣ онѣ поражающаго и подавляющаго свойства, и въ очень рѣдкихъ случаяхъ пріятнаго и веселаго содержанія, хотя и послѣднія часто сопровождаются поражающимъ оттѣнкомъ.

Состояніе самочувствія или будетъ отсутствовать, такъ какъ больной въ это время не живетъ высшей нервной жизнью, или же оно будетъ въ высокой степени подавлено. Въ послѣднемъ случаѣ больные находятся въ состояніи страха, ужаса, всепоражающей печали и грусти и проч. Въ большинствѣ случаевъ подобное состояніе самочувствія находится въ связи съ содержаніемъ галлюцинацій, если таковыя проявляются. Иногда эти внутреннія страданія выражаются въ мимикѣ лица страдальца, но въ большинствѣ это отсутствуетъ.

Мыслительная сторона нервной дѣятельности отсутствуетъ. Больные находятся въ подавленномъ состояніи. Въ рѣдкихъ случаяхъ они сосредоточиваются на одномъ какомъ нибудь представленіи и съ него никакъ не могутъ сдвинуться, — въ другихъ случаяхъ отдѣльныя представленія пролетаютъ на авансценѣ сознанія безъ всякой связи и послѣдовательности, какъ во снѣ. Въ виду отсутствія ощущеній въ данный моментъ существованія лица, представленія не образуются въ настоящий моментъ, — этимъ самымъ выясняется дефектъ мыслительной дѣятельности больного. Но также безсодержательна бываетъ мыслительная область и со стороны представленій, возникающихъ на основаніи слѣдовъ прежде бывшихъ ощущеній и представленій. Слѣдовательно при ступорѣ какъ способность

запоминанія, такъ и способность воспоминаванія бездѣйствуетъ. Естественно, такъ какъ больной въ данный моментъ не имѣетъ ни одного представленія, то поэтому отсутствуетъ и способность ассоціаціи представлений. Если даже и существуетъ иногда какое нибудь неясное представленіе, то оно становится фиксированнымъ или же имѣетъ характеръ насильственного представленія, почему опять таки ассоціація представленія или затруднена, или невозможна. Этимъ самымъ устраняется рѣчь о ходѣ и смѣнѣ представлений, равно какъ о понятіяхъ и другихъ проявленіяхъ высшей мыслительной дѣятельности. Этимъ же самымъ объясняется и то обстоятельство, что больные, излѣчившись отъ ступора, рѣшительно ничего не помнятъ о своемъ состояніи въ этой болѣзни. Для того, чтобы вспомнить, т. е. воспроизвести что-нибудь изъ прошлаго, нужно имѣть, то, что можно было бы вспомнить. А такъ какъ состояніе ступора отличается именно отсутствіемъ образованія ощущеній и представлений, то и воспроизводить собственно нечего. Смутно только вспоминаютъ они о чомъ то тяжоломъ, о какихъ то пережитыхъ ими поражающихъ минутахъ, но въ чомъ именно состояло дѣло—это для нихъ непонятно. Въ рѣдкихъ случаяхъ у нихъ остаются воспоминанія о послѣднихъ галлюцинаціяхъ, которыя иногда служатъ какъ бы толчкомъ къ просыпанью отъ ихняго умственного сна.

На ряду съ этой умственной и чувственной подавленностью у больного существуетъ такая же подавленность и въ области произвольныхъ и рефлекторныхъ движеній. Уже наружный видъ больныхъ представляетъ крайнюю степень слабоумія (*Blödsinn*), неподвижности и нечистоплотности. Больные въ больничествѣ стоятъ въ уголку, или лежатъ въ постели, закрытые съ головою одѣяломъ. Это ихъ излюбленная поза. Волосы всклокочены, набиты пылью и соромъ, а иногда и насѣкомыми, голова опущена, глаза полуопущены безъ всякой фиксаціи, сухи, съ слабымъ и крайне замедленнымъ движеніемъ вѣкъ, зрачки расширены съ плохой реакціей на свѣтъ, ротъ полуоткрытъ и изъ него часто вытекаетъ слюна, руки опущены, висячи, холодны, ціанотичны и иногда покрыты холоднымъ

платье крайне небрежно держится: все испачкано, сидитъ неправильно, разстегнуто, изъ брюкъ торчатъ рубаха, часто платье обмарано. Если заставить больного пройти, онъ дѣлаетъ это неохотно, машинально, ~~неумѣло~~ и часто только лишь при постороннемъ насилии. Другой разъ онъ совершенно не можетъ производить движеніе. На внѣшнія раздраженія не реагируетъ: при приходѣ извѣстнаго или неизвѣстнаго лица не фиксируетъ на него глазъ, къ вопросамъ остается совершенно индифферентнымъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ на вопросы даетъ отвѣты и эти отвѣты коротки, тихи, часто не договариваются и по содержанию всегда бессмысленны, иногда же еще сопровождаются полуулыбкою на лицѣ, совершенно лишенномъ всякаго выраженія и бессмысленномъ. Часто можно застать этихъ больныхъ обмочившихся и обмаравшихся и при этомъ безъ всякаго выраженія какой бы то ни было реакціи на это неудобство. Превратившіеся въ бессмысленный соляной столбъ, эти больные никогда не напоминаютъ о голодѣ, даже при видѣ пищи, сами не протянутся къ ней и берутся за ложку только лишь при энергичномъ понуканьи со стороны прислуги, а иногда настолько неподвижны и мускульно слабы, что ихъ приходится кормить постороннему лицу. Въ обоихъ случаяхъ они очень неряшливы, неловки, нечистоплотны: обливаются пищей и не имѣютъ никакого побужденія къ устраненію этой нечистоты. О количествѣ и качествѣ пищи они также не заботятся: ѣдятъ, что даютъ, и ѣдятъ сколько даютъ, не жаждутъ при недостаткѣ и проглатываютъ безъ ропота избытокъ. Объ отдѣленіи мочи и экскрементовъ забываютъ, почему какъ обыкновенное явленіе обнаруживаютъ задержаніе мочи и упорные запоры, иногда приходится прибѣгать къ катетризации, иногда переполненные органы выдѣляютъ произвольно содержимое. Иногда къ этому присоединяется недостатокъ ассимиляціи пищи, при чемъ она выдѣляется изъ кишечника почти неизмѣнною. О снѣ трудно что-нибудь сказать, такъ какъ больные часто не могутъ отдѣлать ихъ галлюцинаторныхъ картинъ отъ сновидѣній, по наружному же ихъ виду тоже трудно констатировать сонъ, такъ какъ общее положеніе ихъ

организма сподобно. Члены организма больных лишены кокой либо активности, они плетеподобны и иногда удерживаютъ придаваемое имъ положеніе по долгу, представляя въ этихъ случаяхъ пассивное напряженіе, въ другихъ же случаяхъ эти члены подчиняются только лишь закону тяготѣнія. Въ рѣдкихъ случаяхъ больные обнаруживаютъ активное сопротивленіе при стремленіи вывести ихъ изъ этого или другого положенія. Наружные покровы этихъ больныхъ блѣдны, или ціанотичны, часто со слѣдами трофо-нейрозовъ, мускулы довольно вялы и слабы. Единственное явленіе въ двигательной области, рѣзко бросающееся въ глаза у этихъ больныхъ, какъ диссонансъ съ общимъ ихъ состояніемъ,—это напряженное сохраненіе равновѣсія организма въ одномъ и томъ же положеніи. Осязательные, мускульные, болевые и сухожильные рефлексy почти вовсе отсутствуютъ, даже такіе чувствительные рефлексy, какъ зрачка, глотки и пульсовой подъ вліяніемъ болевыхъ раздраженій при сфигмографическомъ изслѣдованіи тоже остаются безъ проявленій (Ball ¹⁾). Температура тѣла такихъ больныхъ понижена на 1—2°, пульсъ или слабый и рѣдкій, или же учащенный и малый, дыханіе поверхностное. При раздраженіи мускуловъ индуктивнымъ и постояннымъ токомъ реакціи почти вовсе не получается; моча свѣтлая, соответствующая по Фогелю № 1, уд. вѣсъ 1,006—1,010, безъ особыхъ какихъ либо патологическихъ примѣсей. Вѣсъ тѣла съ ухудшеніемъ болѣзни значительно падаетъ, а за тѣмъ съ улучшеніемъ быстро повышается.

У иныхъ больныхъ виѣшній видъ представляетъ нѣкоторыя уклоненія, такъ: лицо по временамъ становится краснымъ и обнаруживаетъ явленія конгестіи, глаза становятся блестящими, на лицѣ появляется выраженіе поражающаго ужаса, или безпредѣльнаго горя, обословливающагося сильными галлюцинаціями. Иногда у такихъ больныхъ являются усиленные рефлексy въ одной какой-нибудь части организма, иногда, при стремленіи вывести такихъ больныхъ изъ разъ принятаго ими положенія, они обнаруживаютъ отчаянное

¹⁾ Ball, Leçon sur les maladies mentales, 1882.

сопротивленіе, опять таки почти всегда подъ вліяніемъ галлюцинацій, или же какого то ужаснаго чувства вишняго тяготѣнія, отъ котораго они никакъ не могутъ избавиться (состояніе, похожее на тягостное переживаніе кошмара въ нормальной жизни). Эти двѣ разновидности состоянія мускульной системы до нѣкоторой степени совпадаютъ съ тѣми двумя анатомическими основами, которыя допускаются при ступорѣ: первая съ анатомическимъ ступоромъ (торпиднымъ), вторая съ конгестивнымъ (ирритативнымъ) ступоромъ (Schüle) ¹⁾.

Идиопатическій ступоръ длится очень недолго—отъ нѣсколькихъ недѣль и до нѣсколькихъ мѣсяцевъ и оканчивается въ большинствѣ или выздоровленіемъ, или смертію,—въ рѣдкихъ случаяхъ, при нѣкоторомъ ослабленіи симптомовъ, онъ можетъ переходить въ слабоуміе (Blödsinn). Нѣкоторые авторы указываютъ еще на переходъ ступора въ галлюцинаторное помѣшательство, но для меня еще неясны такіе переходы въ томъ смыслѣ—были ли то дѣйствительно явленія самостоятельнаго ступора, или же быть можетъ то было только ступорозное или каталептическое состояніе первичнаго помѣшательства, на каковыя случаи указываетъ Laufenauer ²⁾ и какіе случаи мнѣ самому приходилось наблюдать.

Переходъ въ выздоровленіе больныхъ страдающихъ самостоятельнымъ ступоромъ совершается двояко: или они внезапно приходятъ въ себя, какъ бы проснувшись отъ тяжелаго сна,—или же выздоровленіе идетъ постепенно но все таки довольно быстро—въ теченіи 1—3 недѣль, много полтара мѣсяца. Въ послѣднемъ случаѣ можно наблюдать то интересное явленіе, что приходящіе въ сознаніе больные обнаруживаютъ явленіе общаго слабоумія (Dementia), но затѣмъ съ каждымъ днемъ это состояніе улучшается и улучшается.

Болѣзнь эта встрѣчается очень нечасто. Она свойственна болѣе молодому возрасту, лицамъ съ значительнымъ психопатическимъ расположеніемъ, появляется либо послѣ тяжелыхъ острыхъ болѣзней, либо

¹⁾ Schüle, l. c.

²⁾ Laufenauer, Centralblatt f. Nervenheilkunde, 1882, № 6.

послѣ сильныхъ нравственныхъ потрясній, либо послѣ усиленныхъ умственныхъ занятій. Появившись и исчезнувши разъ, болѣзнь обнаруживаетъ склонность къ возвратамъ, которые бывають три и четыре раза въ теченіи жизни.

Въ общихъ чертахъ мы при ступорѣ наблюдаемъ слѣдующія явленія: полную подавленность мыслительной дѣятельности и въ рѣдкихъ только случаяхъ она выражается въ видѣ отдѣльныхъ фиксированныхъ представлений,—полную подавленность чувствительную, за исключеніемъ того, что въ иныхъ случаяхъ при этомъ являются сильнѣйшія галлюцинаціи,—и полную подавленность двигательную, за исключеніемъ стойкаго сохраненія равновѣсія организма.

Эта общая картина до нѣкоторой степени локализируетъ намъ и мѣсто пораженія при ступорѣ. Это будетъ общее пораженіе всей мозговой корки, какъ центра мыслительной, чувствительной и двигательной области. Такому положенію какъ бы противорѣчатъ два явленія: временныя очень упорныя галлюцинаціи и очень стойкое сохраненіе равновѣсія организма.

Что касается появленія галлюцинацій, то въ этомъ отношеніи приходится еще разъ припомнить положеніе моего учителя, профес. Meynert'a о значеніи кортикальныхъ и субкортикальныхъ центровъ. По его ученію дѣятельность кортикальныхъ и субкортикальныхъ центровъ стоитъ въ антагонизмѣ между собою: при усиленіи кортикальной дѣятельности подавляется субкортикальная дѣятельность и, наоборотъ, при подавленіи кортикальной дѣятельности на аванс-сценѣ нервной жизни является дѣятельность субкортикальныхъ центровъ. Дѣятельность корки главнымъ образомъ состоитъ въ продуцированіи представлений, дѣятельность субкортикальныхъ центровъ въ образованіи ошущеній, рефлексовъ и пр. Образованіе галлюцинацій, какъ простыхъ ошущеній, будетъ относиться также къ области субкортикальныхъ центровъ ¹⁾. Дѣятельность корки по отношенію къ субкортикальнымъ узламъ будетъ играть въ этомъ отношеніи роль сѣченовскихъ задерживающихъ или тормозящихъ

¹⁾ Болѣе подробно объ отношеніи кортикальныхъ и субкортикальныхъ центровъ другъ къ другу см. Ковалевскій, „Основы механизма душевной дѣятельности“, Врачебныя Вѣдомости, 1883 г.

центровъ ¹⁾. Этимъ выясняется появленіе галлюцинацій при ступорѣ. При общей депрессіи кортикальных центровъ естественно освобождается отъ гнета дѣятельность субкортикальных чувственныхъ центровъ, которая обнаруживается прежде всего въ цѣломъ рядѣ самыхъ разнообразныхъ галлюцинацій. Человѣкъ въ это время живетъ одною только фантазіей и не въ состояніи отдѣлать ее отъ дѣйствительнаго міра. Этимъ самымъ объясняется также неспособность многихъ больныхъ ступоромъ отдѣлать своихъ галлюцинацій отъ сна. Они не могутъ сказать, гдѣ конецъ галлюцинаціямъ и начало сну и гдѣ конецъ сна и начало новымъ галлюцинаціямъ. Состояніе сна во многомъ представляетъ аналогію слабому состоянію ступора. Анатомически оно выражается анеміей корки, физиологически выведеніемъ ея изъ цѣпи нервной дѣятельности. Этимъ выведеніемъ корки изъ цѣпи нервной дѣятельности обуславливается несдерживаемая игра субкортикальных центровъ, продуцирующихъ цѣлый рядъ фантастическихъ картинъ сна. Слѣдовательно, основы сна во многомъ представляютъ аналогію ступорознаго состоянія и галлюцинацій ступора, почему, мнѣ кажется, Baillarger правъ, говоря, что больные ступоромъ находятся какъ бы въ сновидѣніи съ чрезвычайнымъ количествомъ галлюцинацій.—Но при дальнѣйшемъ усиленіи ступора исчезаютъ и самыя галлюцинаціи и больной находится теперь въ состояніи нулевой душевной дѣятельности. Это объясняется тѣмъ, что анатомическій процессъ въ черешной области усиливается настолько, что подавляетъ дѣятельность не только кортикальных, но и субкортикальных центровъ. Это доказывается уже тѣмъ, что галлюцинаціи свойственны преимущественно легкимъ степенямъ ступора, при крайне же напряженныхъ—галлюцинаціи бываютъ преимущественно въ началѣ болѣзни, въ концѣ ея, а также въ минуты послабленія болѣзни. Этимъ самымъ объясняется также и то, что иногда у больныхъ остаются фиксированныя отдѣльныя идеи. Идеи эти существуютъ только при легкихъ степеняхъ ступора, при болѣе тяжелыхъ они отсутствуютъ именно въ силу полной подавленности корки. Легко также объясняется и другое явленіе въ жизни страдающихъ ступоромъ. На ряду съ ослабленіемъ дѣятельности мыслительной и чувствительной областей, при ступорѣ замѣчается также крайнее ослабленіе и области движенія. Почти всѣ произвольныя движенія исключаются совершенно, больные движутся автоматами. Точно также исчезаютъ и рефлекторныя

¹⁾ Сѣченовъ, Психологическіе этюды.

движенія. Но, какъ бы на зло всему существующему, равновѣсіе организма при этомъ не только ничего не теряетъ, а, напротивъ, очень выигрываетъ. Такіе больные, избравъ какое либо положеніе, особенно часто стоячее, сохраняютъ его неподвижно сутки, двое и такъ могутъ сохранить его недѣли и того долѣе, если этому не воспрепятствуетъ посторонняя сила. Напротивъ, по мѣрѣ усиленія болѣзни, это состояніе неподвижности и, если позволительно такъ выразиться, цѣпкости и стойкости усиливается. Больные какъ бы оковываютъ въ этомъ состояніи и даже иногда оказываютъ сопротивленіе при попыткѣ вывести ихъ изъ этого положенія. Это на первый разъ парадоксальное явленіе, легко объясняется общимъ условіемъ существованія организма. По изслѣдованію Goltz'a ¹⁾ и Schiff'a ²⁾ центръ равновѣсія организма находится въ Corpora quadrigemina, что также подтверждается и проф. Meynert'омъ ³⁾. Corpora же quadrigemina относятся проф. Meynert'омъ къ субкортикальнымъ центрамъ. Выше былъ указанъ законъ Meynert'a отношенія кортикальных и субкортикальных центровъ. Въ силу этого — дѣятельность субкортикальных центровъ должна повыситься по мѣрѣ пониженія дѣятельности корки. Поэтому состояніе равновѣсія организма, какъ проявленіе дѣятельности субкортикальнаго центра—Corp. quadrigemina, должно быть тѣмъ рѣзче выражено, тѣмъ стойчѣе, тѣмъ цѣпче, чѣмъ болѣе будетъ понижена дѣятельность корки, или иначе: состояніе напряженія равновѣсія организма при ступорѣ прямо пропорціонально повышенію депрессіи кортикальных центровъ.

Условія появленія болѣзни, ея картина, теченіе и исходъ не позволяютъ намъ предполагать какое либо серьезное органическое страданіе нервной ткани. Процессъ очевидно болѣе или менѣе скоротечный и къ тому же не влекущій за собою разрушенія и полнаго уничтоженія нервныхъ элементовъ. Самое большее и ближайшее, что бросается въ глаза—это разстройство питанія нервныхъ элементовъ. И дѣйствительно, еще Guislain указываетъ, какъ на причину этого болѣзненнаго состоянія, на серьезную инфильтрацію нервной ткани мозговыхъ гемисферъ. Сравнивая признаки идио-

¹⁾ Goltz, Beiträge zu der Lehre von den Functionen der Nervencentren des Frosches. 1869.

²⁾ Schiff, Physiologie.

³⁾ Meynert, Über funktionelle Nervenkrankheiten.

патического ступора со ступоромъ, являющимся какъ комбинація при другихъ психозахъ, особенно при пассивной меланхолиі, мы не находимъ никакой существенной разницы между ними. Очевидно, слѣдуетъ ожидать, что и патолого-анатомическія явленія должны быть болѣе или менѣе одинаковы. Въ дейтеропатическихъ же или вторичныхъ ступорахъ всегда при вскрытіяхъ приходилось находить крайнюю артеріальную анемію, въ такой же мѣрѣ усиленный венозный застой и сильный отекъ оболочекъ и мозга. Самое главное, бросающееся въ глаза при этомъ явленіе—это отекъ. Мягкая мозговая оболочка помутнѣлая, субарахноидальныя пространства переполнены желатинозною жидкостью, существо мозга блестяще и тѣстовато, мозговые желудочки растянуты и переполнены серозною жидкостью,—микроскопическія изслѣдованія даютъ переполненіе капилляторовъ, переполненіе лимфатическихъ полостей серозной жидкостью и набуханіе и помутнѣніе многихъ нервныхъ элементовъ. Тѣже самыя явленія приходится наблюдать и въ отдѣльныхъ случаяхъ идиопатического и самостоятельнаго ступора.

Лечение самостоятельнаго супора неодинаково, въ зависимости отъ періода состоянія болѣзни. Въ первые дни, когда болѣзнь только начинается, необходимо употребить усиленные отвлекающія средства: мушки на затылокъ и темя, банки въ области шеи и спины, значительное количество горчичниковъ на различныя части тѣла и пр. Рядомъ съ этимъ необходимо назначить средства внутрь, поднимающія сердечную дѣятельность,—хорошее питаніе, пребываніе на свѣжемъ воздухѣ и, хотя небольшое насильственное, движеніе на свѣжемъ воздухѣ. Кромѣ того нужно строго слѣдить за опорожненіемъ желудка. Въ теченіи остального времени дня держать пузырь со льдомъ на головѣ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наблюдаются явленія конгестивной гипереміи. Если болѣзнь уже болѣе или менѣе запущена, то слѣдуетъ употреблять тѣже средства, но менѣе энергично. Кромѣ того часто приходится прибѣгать къ искусственному кормленію, такъ какъ большіе неспособны сами кормиться. Slѣдуетъ слѣдить за чистотою ихъ содержанія, тѣмъ болѣе, что кожа этихъ больныхъ очень расположена къ заболѣ-

ваніямъ. Слѣдуетъ напоминать больнымъ объ отдѣленіяхъ мочи и экскрементовъ, лучше всего въ одни и тѣже часы дня и тѣмъ не допустить къ испражненіямъ подъ себя,—если же послѣднее почему либо просмотрѣно, то тотъ часъ мѣнять бѣлье. Хорошую пользу во всѣхъ случаяхъ приносятъ теплыя ванны. Vall совѣтуетъ горчичныя ванны: 2—3 kilo горчицы на ванну, причемъ строго слѣдуетъ защищать половые органы. Еще лучше, по моему, въ этихъ случаяхъ дѣйствуетъ холодный душъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ минуты и затѣмъ крѣпкое вытиранье всего тѣла. Но только вся эта процедура должна производиться очень быстро и подъ надзоромъ надежнаго человѣка.

Въ началѣ выздоровленія требуется абсолютный нравственный покой и рядомъ съ этимъ приученіе къ физическимъ занятіямъ. Въ умственномъ отдѣлѣ ихъ обнаруживаются очень сильныя пробѣлы. Недурно понемногу напоминать имъ прежнія ихъ занятія, строго обходя всѣ тѣ обстоятельства, которыя дурно вліяли на ихъ нравственное состояніе, а тѣмъ болѣе тѣ, которыя послужили причиною болѣзни. Въ этотъ періодъ времени возможно уже свиданіе съ родными, но все таки подъ наблюденіемъ довѣреннаго лица и съ крайними предосторожностями. Въ это же время возможно допускать по немногу и чтеніе.

О судебно-психіатрическомъ значеніи этихъ случаевъ едва ли возможно говорить, такъ какъ это состояніе устраняетъ возможность самихъ преступленій.

Binswager, разбирая различные случаи ступора, находитъ правильнымъ между прочимъ дѣлить ихъ на двѣ формы: въ собственномъ смыслѣ ступоръ и dementia acuta. Острымъ слабоуміемъ (dementia acuta) онъ называетъ такіе случаи, которые наступаютъ сразу и сразу же доходятъ до наибольшей степени проявленія слабоумія (Blödsinn). Между острымъ и настоящимъ слабоуміемъ онъ полагаетъ только ту разницу, что острое слабоуміе наступаетъ сразу, въ кратчайшій срокъ, тогда какъ слабоуміе (Blödsinn) наступаетъ исподоволь и служитъ обыкновенно окончаніемъ другихъ формъ болѣзни. Между dementia acuta и stupor Binswager полагаетъ ту разницу, что при первой болѣзни происходитъ полное уничтоженіе сознанія, тогда какъ

при ступорѣ только лишь потемнѣніе его. Далѣе, при ступорѣ могутъ быть галлюцинаціи и сопровождающее ихъ по временамъ раздраженіе, тогда какъ при остромъ слабоуміи бываетъ полное отсутствіе какихъ бы то нибыло проявленій какъ со стороны чувствительной, такъ и со стороны двигательной. Наконецъ, при выздоровленіи отъ ступора у больныхъ остаются хотя кое какія смутныя воспоминанія о нѣкоторыхъ обстоятельствахъ болѣзни, тогда какъ послѣ остраго слабоумія всякое воспоминаніе отсутствуетъ. Э. И. Андрузскій ¹⁾ главное различіе между ступоромъ и dementia primaria curabilis полагаетъ то, что stupor является сразу на относительно здоровой почвѣ, тогда на dementia обыкновенно послѣ инфекціонныхъ болѣзней, какъ тифъ и проч.

Очевидно, рѣчь идетъ только лишь о различныхъ степеняхъ напряженія болѣзненныхъ проявленій: при ступорѣ, по Binswager'у, явленія всѣхъ областей нервной системы крайне подавлены, но не уничтожены вовсе, тогда какъ при остромъ слабоуміи проявленіе ихъ равняется нулю. Слѣдовательно, когда предъ нашими глазами стоитъ случай съ подавленнымъ состояніемъ мыслительной, чувствительной и двигательной областей, то это будетъ ступоръ, когда же эта подавленность возрастаетъ еще далѣе, когда она доходитъ до невозможности проявленія функціи, то это будетъ острое слабоуміе. Если такое дѣленіе и оправдывается сколько нибудь съ теоретической точки зрѣнія, то ужъ вовсе не оправдывается съ практической. Почти всѣ случаи самаго интензивнаго остраго слабоумія даютъ интервалы, послабленія, когда болѣзнь принимаетъ характеръ ступора и дѣлитъ эти два состоянія даже съ клинической точки зрѣнія въ практикѣ становится невозможнымъ. Поэтому можно вполне согласиться съ мнѣніемъ Schüle, что эта разница между указанными двумя состояніями чисто относительная и нѣтъ никакихъ особенныхъ специфическихъ явленій для той или другой болѣзни. Въ однихъ случаяхъ болѣзненный процессъ можетъ быть выраженъ слабѣе, въ другихъ

¹⁾ Э. И. Андрузскій, Архивъ психіатріи, нейрологіи и проч., т. II, кн. 2.

онъ будетъ сильнѣе. Въ однихъ случаяхъ онъ производитъ подавленность всѣхъ областей душевной дѣятельности, въ другихъ полное временное уничтоженіе ея,—но все это будетъ одна и таже картина, какъ по сущности, такъ и по частнымъ проявленіямъ. Миѣ кажется, что такое дѣленіе будетъ чисто искусственнымъ и неимѣющимъ серьезнаго значенія ни въ отношеніи предсказанія, ни въ отношеніи леченія.

b. Dementia chronica. D. Senilis.

Извѣстно, что организмъ нашъ въ теченіи жизни подвергается нѣкоторымъ чисто физиологическимъ превращеніямъ, болѣе или менѣе обязательнымъ для каждой особы. Превращенія эти представляютъ особенности для каждаго періода возраста. Мы знаемъ, что особенныя свойства присущи младенческому возрасту, другія — дѣтскому, инныя — взрослому и еще инныя старческому. Это положеніе относится не только къ физической сторонѣ жизни, но и къ душевной, въ частности мыслительной. Дѣтство отличается неопытностью, недостаткомъ знаній и стремленіемъ къ приобрѣтенію ихъ,—юношескій возрастъ уже обладаетъ массою знаній, но въ его поступкахъ беретъ перевѣсъ влеченіе чувства надъ разсудкомъ, его волевые поступки отличаются страстностью. Зрѣлый возрастъ есть господство ума надъ остальными областями душевной жизни. Это есть главный періодъ въ жизни каждаго человѣка, періодъ его правоспособности и гражданской отвѣтственности. Но съ теченіемъ времени организмъ хилѣетъ. Ткани становятся дряблыми и неспособными къ прежней подвижности и быстротѣ. Ткани организма подвергаются всевозможнымъ измѣненіямъ и перерожденіямъ, а соотвѣтственно этому и функціи ихъ нарушаются и измѣняются. Что касается всего организма, то относится въ частности и къ мозгу. И дѣйствительно, какъ мозгъ, такъ и его отправленія въ старческомъ возрастѣ настолько измѣняются, что до нѣкоторой степени вѣроятія можно указать на общую картину этого возраста какъ патолого-анатомическую, такъ и клиническую. Разумѣется, не всѣ лица подвергаются этому роковому положе-

нню, покрайній мѣръ не всѣ въ одинаковые годы, а одни раньше—другіе позже. Но существуютъ черты, которыя свойственны почти каждому старческому организму.

Начало этого состоянія прекрасно описано англійскимъ психіатромъ проф. Маудсли. „Существуетъ въ дѣйствительности особый складъ ума, свойственный старости. Старикъ проницателенъ, остороженъ, осмотрителенъ, скупъ на предположенія, зрѣлъ въ сужденіяхъ, расчитанъ въ рѣчахъ и движеніяхъ; онъ думаетъ и поступаетъ медленно и осторожно, потому что утратилъ значительную долю энергіи и подвижности души и тѣла; его воображеніе менѣе богато и плодотворно, замѣчается какая-то неподвижность ума, хотя подъ вліяніемъ сильнаго возбужденія онъ иногда можетъ вдругъ вспыхнуть съ прежней силой. Старикъ перестаетъ интересоваться настоящимъ и понимать его надлежащимъ образомъ; не можетъ усвоить себѣ новыхъ понятій, удаляется отъ участія въ современномъ движеніи, къ которому не чувствуетъ никакой симпатіи, а напротивъ, скорѣе антипатію; теряетъ способность инициативы, боится новыхъ предпріятій, вѣритъ только урокамъ прошлаго, восхищается только стариной, и какъ *laudator temporis asti* часто клеймитъ именемъ революціи то, что долженъ былъ бы привѣтствовать, какъ признакъ развитія. Ослабленіе способности усвоенія мозгомъ, — первый признакъ начинающагося разрушенія, — дѣлаетъ его неспособнымъ воспринимать и оцѣнивать должнымъ образомъ уроки настоящаго, и отнимаетъ у него самое необходимое условіе для вѣрнаго пониманія и обсужденія. По этому хотя старикъ можетъ быть полезнымъ совѣтникомъ, благодаря своему обширному опыту, его ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ выбирать руководителемъ дѣйствія.... Далѣе, въ старикѣ проявляется не только нежеланіе или нерасположеніе получать новыя впечатлѣнія, но и прямая неспособность воспринимать и удерживать ихъ; мозгъ теряетъ какъ воспріимчивость къ новымъ впечатлѣніямъ, такъ и способность запоминать ихъ, вслѣдствіе чего они проходятъ, не оставляя прочныхъ слѣдовъ. Это начало того упадка, который естественными ступенями переходитъ въ рѣзкую потерю памяти отно-

сительно близкихъ событій. Кромѣ того умъ старика теряетъ способность воспроизведенія или воспомина- нія, такъ что идеи не могутъ быть вновь вызваны по привычнымъ путямъ ассоціаціи. Наконецъ, изъ соеди- ненія этихъ трехъ причинъ—слабости пониманія, па- мяти и воспроизведенія, необходимо возникаетъ не- способность комбинировать старыя и новыя впечатлѣ- нія въ новый продуктъ умственной дѣятельности. Это начало того упадка, который въ окончательномъ раз- витіи превращается въ неспособность сравнивать меж- ду собою понятія и въ спутанность мыслей, характе- ризующія старческое слабоуміе». Иногда къ этой кар- тинѣ упадка душевной дѣятельности присоединяется еще упадокъ нравственныхъ началъ.

По мнѣнію v. Pfungen'a ¹⁾, у стариковъ образованіе новыхъ психическихъ комбинацій крайне затруднено, при томъ они тотъ часъ подавляются прочными соче- таніями, выработанными продолжительнымъ опытомъ и затмѣвающими всякій контрастъ. Нѣтъ, стало- бытъ, условій для сомнѣнія. Вотъ почему психическій міръ старца, такъ неисправимъ.

Это обыкновенное естественное состояніе старче- ского возраста въ нѣкоторыхъ случаяхъ доходить до полного слабоумія, съ нѣкоторыми особенностями, позволяющими характеризовать его старческимъ сла- боуміемъ. Переходъ этотъ совершается двоякимъ обра- зомъ: или упадокъ умственныхъ силъ совершается по- степенно, мало по малу, незамѣтно, — или же этому переходу предшествуетъ періодъ возбужденія, ирри- таціи. Иногда является особое возбужденіе эротиче- ское: человѣкъ очень почтенный, съ виднымъ обще- ственнымъ положеніемъ, женатый, отецъ взрослого се- мейства, вдругъ обнаруживаетъ самые несвойственные ему признаки возбужденія, влюбляется въ какую-ни- будь авантюристку, хлопочетъ о разводѣ, толкуетъ о новомъ бракѣ, соритъ деньгами, обнаруживаетъ осо- бенный эротизмъ, начинаетъ выпивать, посѣщаетъ не- позволительныя мѣста, ведетъ открытыя знакомства съ далеко недвусмысленными женщинами, обнаруживаетъ въ поступкахъ, костюмѣ и разговорѣ особенное стрем-

¹⁾ von Pfungen, I. c, стр. 184.

лече молодиться, старается примкнуть къ молодой безынабашной компаніи, участвуютъ въ попойкахъ и кутежахъ и т. д. Разумѣется, при этомъ всегда находятъ авантюристки, готовые продать свою полинявшую честь расхोдившемуся старичку. Другой обнаруживаетъ особую наклонность къ различнаго рода спекуляціямъ, коммерческимъ предпріятіямъ, оборотамъ, игрѣ на биржѣ и проч. Въ характерѣ этихъ людей является особенная несвойственная имъ суетливость, поспѣшность и стремительность. Все это разумѣется послѣдняя вспышка у потухающаго очага, послѣ которой остается одинъ пепелъ и зола. Послѣ этого наступаетъ быстрый и безповоротный упадокъ силъ физическихъ и умственныхъ и переходъ въ полное слабоуміе.

Въ другой разъ слабоуміе наступаетъ безъ предшествующаго періода возбужденія, путемъ постепеннаго упадка душевныхъ способностей.

Первый признакъ старческаго слабоумія,—это ослабленіе способности запоминанія. Это явленіе обнаруживается двояко: ослабленіемъ вниманія къ окружающей обстановкѣ и плохимъ условіемъ воспріятого. Слѣдствіемъ перваго состоянія будетъ уменьшеніе количества ощущеній, образующихся у извѣстнаго лица въ каждый данный моментъ, а слѣдствіемъ втораго—быстрая улетучиваемость воспріятыхъ уже ощущеній, скорая ихъ забывчивость. И дѣйствительно, какъ вѣрно то, что старики какъ то мало интересуются происходящимъ вокругъ нихъ, заняты больше своею усталостью, разбитостью и прежними думами,—такъ точно вѣрно и то, что они скоро забываютъ недавно воспріятое. Если первое свойство — нарушеніе вниманія можно объяснить общею усталостью всего организма, сосредоточіемъ на себѣ самомъ и отчасти ослабленіемъ органовъ чувствъ, то второе безспорно должно обусловливаться измѣненіемъ въ существѣ самихъ мозговыхъ клѣтокъ, какъ центровъ ощущеній и представлений. Разница между представленіями, образовавшимися въ прежнее время и послѣдними — та, что прежнія представленія хранились въ клѣткахъ неизмѣненныхъ, съ правильнымъ питаніемъ,—послѣднія же помѣщаются въ клѣткахъ измѣненныхъ, подвергшихся

уклоненію вслѣдствіе естественной фізіологической необходимости. Отсюда естественнымъ слѣдствіемъ является тотъ результатъ, что у стариковъ нарушается не только способность запоминанія, но и способность воспоминанія и при томъ такъ, что сначала забываются обстоятельства болѣе близкія, воспринятія при болѣе или менѣе нарушенной уже протоплазмѣ клѣтки, — и за тѣмъ уже забываются событія все болѣе и болѣе отдаленныя.

Нарушеніе способности запоминанія и припоминанія какъ дальнѣйшее слѣдствіе даетъ смѣшеніе обстоятельствъ настоящаго и прошлаго, смѣшеніе лицъ и событий. Такъ больной забываетъ въ которомъ году онъ живетъ и думаетъ, что живетъ лѣтъ на 20—30 назадъ. Естественно, у него возникаетъ въ представленіи вся прежняя жизнь и онъ думаетъ жить ею. Онъ, по забывчивости, требуетъ позвать къ нему жену, когда она давно умерла, велитъ высѣчь Кузьму, когда кулачное право давно схоронило свои концы, — велитъ готовить оранку, когда отъ имѣнія остался дырявый халатъ и пр. Иногда такой старикъ, находясь подъ влияніемъ своихъ воспоминаній, признаетъ незнакомыхъ лицъ за прежнихъ знакомыхъ, — и съ другой стороны вовсе забываетъ о тѣхъ, съ кѣмъ познакомился въ недавнее время, — позволяетъ дѣлать поступки, далеко уходящіе отъ него въ молодость. Имѣя 70—80 лѣтъ, онъ позволяетъ себѣ въ разныхъ закоулкахъ вольности съ горничными, болѣе приличныя 17—25-лѣтнему человѣку. Желая сдѣлать подарокъ кому-нибудь изъ своихъ дѣтей, онъ уже въ послѣдній моментъ можетъ совершенно забыть кому нужно его дать и отдаетъ другому. Иногда это доходитъ до забывчивости того — день ли это, или ночь, лѣто или зима, — они требуютъ обѣдать сей часъ послѣ обѣда, и отказываются отъ обѣда ничего не ѣвши. Съ теченіемъ времени такіе старики становятся неряшливыми, нечистоплотными и умираютъ отъ истощенія силъ. Рядомъ съ этими явленіями часто существуетъ дрожь мускуловъ шеи, рукъ и ногъ, слабая походка и вообще слабость движеній. Во всѣхъ артеріяхъ обнаруживается полный артеріосклерозъ.

Весьма важное явленіе въ старческомъ слабоуміи это значительныя колебанія въ состояніи умственныхъ способностей. Случается, что онъ сегодня помнить то обстоятельство, лицо или событіе, которое завтра забудетъ совершенно, и разъ онъ не узнаетъ личности, которую въ другой разъ отлично признаетъ. Это обстоятельство весьма важно въ судебно-психіатрическомъ отношеніи. Результатомъ этого будетъ то, что такіе старики, при составленіи духовнаго завѣщанія забываютъ совершенно записать тѣхъ, кому они хотѣли назначить и кому слѣдовало бы это сдѣлать, и вносятъ тѣхъ, кто ихъ окружаетъ въ данный моментъ и пользуется ихъ забывчивостью.

Слабоуміе послѣ тифа.

Вліяніе тифовъ на психозы разсматривается въ двоякомъ отношеніи: во первыхъ тифъ, являющійся въ теченіи психоза, при мозгахъ уже заболѣвшихъ, можетъ дѣйствовать благотворнымъ образомъ на исходъ психоза,—и во вторыхъ, являясь у людей психически здоровыхъ, при мозгахъ мощныхъ, тифъ самъ можетъ вызывать психическія болѣзненные заболѣванія. Что касается перваго отношенія тифовъ къ психозамъ, то въ этомъ направленіи существуетъ громадная литература. Всѣ добытыя данныя можно привести къ четыремъ положеніямъ: первое, тифъ производитъ свѣтлые промежутки во время самого приступа высокой температуры, —больные бывшіе до того въ безсознательномъ состояніи, теперь начинаютъ узнавать окружающихъ и давать болѣе или менѣе правильный отчетъ обо всемъ окружающемъ. Второе, не вліяя во время высокой температуры на теченіе психоза, тифъ можетъ благотворно дѣйствовать на психозъ въ періодъ выздоровленія отъ тифа,—въ это время наступаетъ свѣтлый промежутокъ въ психозѣ, который длится до общаго поправленія организма отъ тифа, послѣ чего психозъ развивается съ прежнею силой. Третье, свѣтлый промежутокъ можетъ длиться гораздо далѣе періода выздоровленія отъ тифа, мѣсяца три—шесть,—и оканчиваться или постепеннымъ выздоровленіемъ отъ психоза, или же постепеннымъ возвратомъ къ

прежнему психозу. И наконецъ четвертое, тифы могутъ давать полное выздоровленіе отъ психоза. Подобное благотворное вліяніе тифовъ на психозы наблюдалось довольно нерѣдко. Изъ видовъ тифа лучше и чаще другихъ вліяетъ брюшной тифъ и за тѣмъ возвратный. Очень рѣдко замѣчалось вліяніе сыпного тифа, но я ¹⁾ самъ наблюдалъ два случая выздоровленія отъ маніи подъ вліяніемъ сыпного тифа.

Но дѣйствуя такъ благотворно на психозы у людей до того больныхъ, тифъ производитъ и обратное вліяніе у людей до того психически здоровыхъ. Обыкновенно слабоуміе послѣ тифа является у людей нервныхъ и наслѣдственно расположенныхъ къ психозамъ.

Слабоуміе послѣ тифа встрѣчается во всѣхъ возрастахъ, но гораздо чаще въ дѣтскомъ и молодомъ возрастѣ. Обыкновенно оно развивается послѣ длительного и очень сильно выраженного брюшного тифа. Перенесши такой отчаянный тифъ, больные начинаютъ физически очень быстро поправляться.—Они полнѣютъ и жирѣютъ. У нихъ является необыкновенный, волчій аппетитъ и даже прожорливость. Иногда это доходитъ до того, что больные проглатываютъ непрежеванные куски и отъ этого заболѣваютъ. Но рядомъ съ этимъ замѣчается весьма прискорбное явленіе, — полное ослабленіе умственной дѣятельности. Больные превращаются въ совершенныхъ дѣтей. Они забываютъ все то, чему до сихъ учились. Иностранные языки, различные предметы курса, уроки рисованья и пр.,—все это улетучилось, не оставивъ послѣ себя даже слѣда. Такой взрослый ребенокъ забываетъ о своихъ дѣлахъ, занятіяхъ, прежнемъ обществѣ, прежнихъ удовольствіяхъ и держитъ себя крайне странно и несообразно: онъ интересуется всякой малостью, набрасывается съ неописаннымъ восторгомъ на всякія мелочи, интересующія и радующія дѣтей. Непрочъ заняться дѣтскими играми и дѣтскимъ обществомъ. Способность усвоенія свѣдѣній въ данный моментъ то же значительно ослаблена; такіе больные хотя и воспринимаютъ впечатлѣнія, но очень быстро ихъ забываютъ. Это явленіе наводитъ еще большій ужасъ на родныхъ

¹⁾ П. И. Ковалевскій, Манія, Москов. Медич. Газета. 1876.

и окружающихъ, грозя оставить больного въ состояніи дѣтства на всю жизнь. Но, разумѣется, это будетъ пріятная ошибка. Съ теченіемъ времени физическая тучность по немногу спадаетъ, а въ замѣнъ того мало-по-малу являются прежнія знанія. Больной по отношенію къ нимъ находится какъ бы въ туманѣ. Онъ что-то помнитъ, но что именно—не можетъ дать себѣ яснаго представленія и отчота. Малѣйшій какой-нибудь намекъ, малѣйшее какое-нибудь обстоятельство вызываетъ обширную ассоціацію и возстановленіе прежнихъ свѣдѣній и прежнихъ знаній. Такимъ образомъ кругъ свѣдѣній по немногу увеличивается, расширяется и обогащается и больные возвращаются къ прежнему состоянію своей мысли и разумной дѣятельности. Это было временное затмѣніе, временное пораженіе мыслительной дѣятельности, временный возвратъ къ прежнему дѣтскому состоянію. Въ рѣдкихъ только случаяхъ слабоуміе послѣ тифа остается на всю жизнь, при чемъ въ такихъ случаяхъ почти всегда остаются какія-нибудь указанія на болѣе серьезныя страданія въ области черепа, какъ гноетеченіе изъ уха и проч. Вся суть пораженія въ слабоуміи послѣ тифа заключается въ полной потерѣ памяти, какъ способности припоминанія, такъ и способности запоминанія и человѣкъ остается безъ всякихъ знаній и свѣдѣній. Возвратъ мозговыхъ клѣточекъ къ прежней своей функціи—усвоенію и воспроизведенію—возвращаетъ и разумную жизнь человѣку.

Псеудоафазическое помѣшательство и энцефалическое замѣшательство.

Какъ результатъ гнѣздныхъ заболѣваній въ головномъ мозгу, будутъ ли то геморрагіи, новообразованія, энцефалиты, тромбы и эмболии, цистицерки или акинококки, являются между прочимъ двѣ разновидности заболѣваній интеллекта описанные проф. Мейнертомъ ¹⁾ и его школою (И. Р. Пастернацкій ²⁾, Ав-

¹⁾ Meynert, Centralblatt für Psychiatrie, 1876.

²⁾ И. Р. Пастернацкій, Архивъ психіатріи, неврологіи и пр. 1883 г. т. II кн. I.

тократовъ ¹⁾, Fritsch ²⁾, Höstermann ³⁾, Schlangenhäuser ⁴⁾, Pfungen ⁵⁾ и др.), это—псейдоафазическое помѣшательство и энцефалическое замѣшательство. Эти два состоянія довольно похожи другъ на друга и иногда случается, что первое переходитъ во второе.

а) Псейдоафазическое помѣшательство.

Псейдоафазическое помѣшательство чаще наступаетъ при остро наступающихъ процессахъ, какъ геморрагія, тромбъ и эмболія. Во всѣхъ этихъ случаяхъ происходятъ два главные явленія: одно изъ нихъ necessarily—разрушеніе клѣточныхъ элементовъ, такъ какъ процессъ можетъ занять такое мѣсто, гдѣ лежатъ преимущественно ассоціаціонные и проэкціонные пути,—и другое обязательно—разрушеніе ассоціаціонныхъ путей.

Въ обоихъ этихъ случаяхъ эффектъ будетъ совершенно одинаковъ и Pfungen совершенно правъ, говоря, что абсолютный перерывъ соединеній какого-либо центра даетъ тотъ же эффектъ, что и абсолютное разрушеніе самого центра.

Въ томъ и другомъ случаѣ эти расстройства отразятся на способности рѣчи, почему это состояніе и названо псейдоафазическимъ помѣшательствомъ.

Уже въ моментъ кровоизліянія наступаетъ полная подавленность мыслительной дѣятельности, изъ которой больной въ иныхъ случаяхъ не выходитъ до смерти. Въ болѣе благопріятныхъ случаяхъ, спустя нѣсколько часовъ, больные опаматовываются, но при этомъ душевная ихъ дѣятельность является значительно нарушенною: они плаксивы, раздражительны, придирчивы и иногда безпокойны. Въ тѣхъ случаяхъ, когда рѣчь

¹⁾ П. М. Автократовъ, Архивъ психіатріи, неврологіи и пр. 1883 г. т. II, кн. 2.

²⁾ Fritsch, Jahrbücher für Psychiatrie, 1880.

³⁾ Höstermann, Centralblatt für Psychiatrie von Meynert, 1876.

⁴⁾ Schlangenhäuser, Jahrbücher für Psychiatrie von Meynert, 1881.

⁵⁾ Robert v. Pfungen, О расстройствахъ ассоціацій, 1885.

не потеряна, они, повидимому, могутъ еще выражать свои мысли, но въ большинствѣ случаевъ слишкомъ ограничиваютъ эту операцію, сосредоточиваясь на своемъ болѣзненномъ пассажѣ. Еще хуже, если одновременно съ этимъ является полная или неполная афазія. Больные произносятъ одинъ какой-нибудь звукъ, одно слово и думаютъ, что они по меньшей мѣрѣ ораторствуютъ. Ихъ жестикуляція также понятна, какъ и мычанье. Естественнымъ слѣдствіемъ этого бываетъ крайняя раздражительность и безпокойство больныхъ. Наступающая воспалительная реакція опять погружаетъ больного въ безсознательное положеніе на нѣсколько дней. Послѣ этого больной мало-по-малу приходитъ въ прежнее положеніе пониманія. Но это пониманіе является съ большими дефектами. Прежде всего является масса случаевъ съ афазіей и аграфіей, слѣдовательно, безъ всякаго способа изложить свое мнѣніе.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, при другихъ параличахъ, рѣчь остается сохраненною, наблюдается какое-то равнодушіе ко всему окружающему и апатія. Общественныя, религіозныя и семейныя побужденія совершенно падаютъ, больные ко всему глухи. По временамъ они безцѣльно плачутъ и капризничаютъ, по временамъ безъ повода раздражаются.

Проявленіе этого вида слабоумія бываетъ неодинаково въ различные періоды. Бываютъ случаи, что уже съ самаго начала послѣ воспалительной реакціи, мыслительная дѣятельность, бываетъ значительно угнетена и больные напоминаютъ собою шести-семилѣтнихъ дѣтей, — но за тѣмъ съ улучшеніемъ параличей постепенно улучшается и общая мыслительная дѣятельность и чрезъ нѣкоторое время становится близкою къ нормѣ. Главное, чего недостаетъ въ это время такимъ поправляющимся больнымъ, это будетъ — способность яснаго и отчетливаго усвоенія ощущеній въ данный моментъ, ослабленіе вниманія къ окружающей обстановкѣ и неясность воспроизведенія впечатлѣній недавняго времени. Больные не живутъ, а продолжаютъ жить, при содѣйствіи прежняго матеріала.

Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, послѣ воспалительной реакціи ослабленіе мыслительной дѣятельности выражено неособенно рѣзко, но за то съ каждой новой

недѣлей оно выступаетъ больше и больше и спустя 5—6 мѣсяцевъ болѣзнь представляетъ полное дѣтское состояніе.

Разумѣется, всѣ эти состоянія въ различныхъ случаяхъ будутъ неодинаковы, въ зависимости отъ того, какъ велико было пораженіе и который разъ оно является—первый, второй, или третій; въ какой мѣрѣ поражены сосуды мозга и проч. Болѣе или менѣе порядочный исходъ свойственъ тѣмъ случаямъ, гдѣ кровоизліяніе только первый разъ; напротивъ, кровоизліяніямъ вторичному и третичному болѣе свойственно второе состояніе и изъ него едва-ли бываетъ хорошій исходъ.

Къ этимъ явленіямъ интеллектуальнаго свойства нерѣдко присоединяются, въ зависимости отъ локализации гнѣзднаго процесса, галлюцинаціи органовъ чувствъ и паралитическія и паретическія явленія, то въ видѣ гемиплегій, то въ видѣ моноплегій. Разстройства рѣчевой способности или афазическое можетъ происходить въ этихъ случаяхъ какъ тогда, если гнѣздо лежитъ въ области центровъ рѣчи, такъ и въ тѣхъ случаяхъ, если оно внѣ области этихъ центровъ. Для лучшаго пониманія дѣла, мы сдѣлаемъ маленькое отступленіе. Единственнымъ выразителемъ нашихъ занятій, чувствованій, свѣдѣній и проч. служить слово, письмо и мимика. Но изъ всѣхъ этихъ трехъ проявленій безусловно важнѣйшее есть слово. Нужно сказать, что въ большинствѣ случаевъ при пораженіи рѣчи бываетъ пораженіе письма и мимики. По этому въ какой бы области ассоціацій не происходилъ дефектъ, онъ обязательно выразится дефектомъ рѣчи. Будетъ ли гнѣздо въ затылочной области и прерветъ ассоціаціонные пути зрительной области съ центромъ рѣчи—въ рѣчи субъекта будетъ дефектъ зрительныхъ представленій,—разъединитъ ли гнѣздный процессъ ассоціаціонные пути центра слуха, или мускульной инервации съ центромъ рѣчи—обязательно въ экономіи рѣчи наступитъ недостающій дефектъ. Слѣдовательно, во всѣхъ случаяхъ гнѣздныхъ страданій, имѣющихъ своимъ послѣдствіемъ уничтоженіе клѣточныхъ элементовъ или разъединеніе ассоціаціонныхъ путей съ центромъ рѣчи, послѣдуетъ дефектъ рѣчи. По этому

вовсе нѣтъ необходимости для пораженій рѣчевыхъ, чтобы гнѣздный процессъ лежалъ непременно въ области рѣчевой,—тотъ же совершенно результатъ получится и въ томъ случаѣ, если гнѣздный процессъ будетъ лежать внѣ этой зоны, но только разъединить эту зону съ тѣмъ или другимъ психическимъ центромъ. Несомнѣнно, что наши знанія помимо рѣчи выражаются еще и въ поступкахъ. Слѣдовательно, помимо рѣчи, дефекты въ области знаній и представленій могутъ еще выразиться и въ поступкахъ и при томъ именно въ ограниченной формѣ. Это совершенно вѣрно. И мнѣ самому приходилось наблюдать музыканта, который, при сифилитической геморрагіи, совершенно разучился играть на піанино. Онъ довольно быстро ударилъ по клавишамъ, но не могъ пройти правильно ни гаммы, ни какой-либо даже легкой піэски.

Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ гнѣздный дефектъ ясно и рельефно выразился въ ограниченномъ кругѣ движеній и поступковъ. Но это далеко не всегда можно подсмотрѣть и найти и лучше всего это разстройство ассоціаціи представленій до сихъ поръ выразилось въ области рѣчи. Какъ видно, дѣло идетъ собственно объ ограниченномъ слабоуміи, зависящемъ отъ гнѣздныхъ пороженій. Собственно говоря, едва ли можетъ быть рѣчь о слишкомъ ограниченномъ слабоуміи, такъ какъ локализованный дефектъ всегда отражается на общей экономіи ассоціаціи.

Для уясненія и пониманія этихъ положеній, я позволю себѣ слегка коснуться анатомической картины кровоизліяній. Безспорно доказано, что почти каждому кровоизліянію предшествуетъ то или другое пораженіе сосудистой системы. При каждомъ кровоизліяніи мы можемъ предполагать, что образованію даннаго фокуса предшествовало то или другое измѣненіе сосуда мозга и только при этомъ условіи могло произойти кровоизліяніе. Слѣдовательно, понятіе о мозговомъ кровоизліяніи всегда ассоциируется у насъ съ атеромой, жировымъ перерожденіемъ, періартеритомъ и пр. сосудовъ мозга. Установившись на этомъ взглядѣ, мы думаемъ дальше, что хотя фокусъ кровоизліянія образовался, положимъ, и во внутренней капсулѣ, или corpus caudatum, или въ мозговой ножкѣ; но при этомъ и сосуды

всего остального мозга также находятся не въ добромъ здоровьѣ и не сегодня завтра послѣдуетъ новое кровоизліяніе. И это положеніе для насъ настолько важно, что мы въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно принимаемъ соотвѣтственные предупредительныя мѣры. А это положеніе даетъ намъ право на выводъ, что питаніе всего мозга, при такомъ положеніи, будетъ неудовлетворительное и такъ какъ эта неудовлетворительность питанія обуславливается причиною хроническою, давнишнимъ измѣненіемъ сосудовъ, то и измѣненія въ мозговыхъ клѣткахъ будутъ настолько серьезныя, что ведутъ къ ихъ перерожденію и летальному исходу, или атрофіи. И эти условія будутъ тѣмъ хуже, чѣмъ хуже будутъ условія питанія и состояніе сосудистой системы. Теперь далѣе, разъ мы имѣемъ кровоизліяніе въ мозгу, нарушеніе цѣлости сосуда,—это явленіе не можетъ не отозваться на состояніи всей сосудистой системы и результатомъ этого получается общее ухудшеніе, пока все мало по малу не прійдетъ въ прежнее состояніе, или вѣрнѣе болѣе или менѣе близкое къ прежнему состоянію. Эта-то схема патологическихъ измѣненій болѣе всего могла-бы служить объясненію картины слабоумія послѣ первыхъ кровоизліяній. Въ большинствѣ случаевъ послѣ первыхъ кровоизліяній мы наблюдаемъ еще значительное улучшеніе мыслительной дѣятельности, такъ что, на глазъ человѣка неопытнаго, такой человѣкъ иной разъ можетъ сойти и за совершенно здороваго человѣка.

Случаи постепеннаго ухудшенія слабоумія и доведенія его до полнаго непониманія самыхъ первичныхъ представленій имѣютъ, повидимому, другую патологическую основу. Для насъ весьма важенъ слѣдующій патолого-анатомическій фактъ: разъ явившееся кровоизліяніе, будетъ-ли оно очень большой величины, или будетъ средней величины, влечетъ за собою атрофію волоконъ проекціонныхъ путей, которые при этомъ случайно захвачены, и атрофію всего соотвѣтственнаго полушарія, а иногда и обоихъ полушарій. Тѣмъ скорѣе и удачнѣе будетъ атрофія, если эти пораженія будутъ въ обоихъ полушаріяхъ, или же въ одномъ, но въ нѣсколькихъ мѣстахъ. Но какъ бы ни были благопріятны условія развитія атрофіи, она все таки не можетъ явить-

ей сразу, а обыкновенно развивается постепенно, исподволь. Естественно, что и функциональныя нарушения, обуславливаемые ею, будутъ идти постепенно и исподволь. Но за то разъ явилась атрофія, она невоснаградима и остается на всегда. То же можно сказать и о явленіяхъ, вызванныхъ ею,—они остаются на всю жизнь. Поэтому-то и слабоуміе, явившееся на подобной почвѣ, имѣетъ тѣ свойства, что оно ухудшается постепенно, достигаетъ крайняго своего развитія и не представляетъ уже никакихъ улучшеній. Иногда такіе больные безъ рѣчи (афазія), безъ движенія, безъ мысли, безъ способа выраженія мысли. Это живой трупъ,—живой патологической препаратъ. Особенно ужасно положеніе такихъ больныхъ, если фокусы будутъ находиться на обѣихъ сторонахъ полушарій.

в. Энцефалитическое замѣшательство.

Другое разстройство въ психической области подъ вліяніемъ гнѣздныхъ пораженій церебральнаго мозга, преимущественно же корки его, это энцефалитическое замѣшательство. Въ различныхъ стадіяхъ болѣзненнаго состоянія оно бываетъ то болѣе, то менѣе интенсивно выражено. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ все дѣло выражается только лишь въ невозможности больного ориентироваться. Явленія эти свойственны болѣе хроническимъ разстройствамъ, какъ атероматознымъ измѣненіямъ у стариковъ, появленію цистиперковъ, эхинококковъ и проч.; почему это состояніе свойственно старческому слабоумію и проч. Въ другихъ случаяхъ оно выражается въ особенностяхъ рѣчи,—именно больной теряетъ контроль надъ своей рѣчью. Онъ произноситъ цѣлый рядъ фразъ,—фразъ, правильно составленныхъ и въ отдѣльности содержащихъ смыслъ, но въ общемъ не имѣющихъ связи и представляющихъ полное безсмысліе. Иногда при этомъ бываетъ одинъ только простой наборъ словъ, непонятныхъ даже для самого больного.* Но что всего хуже для больного, такъ это то, что онъ самъ тогда сознаетъ всю несостоятельность своей рѣчи и съ одной стороны не можетъ этому горю помочь, а съ другой, вслѣдствіе этого сознанія еще болѣе путается и теряется.

Больной самъ сознаетъ, что дѣлаемый имъ выводъ совершенно не соотвѣтствуетъ его посылкамъ,—или же что процессъ его ассоціаціи идетъ несравненно ту же и плоше, чѣмъ въ нормальной жизни,—и потому сплошь и рядомъ, послѣ его продолжительной и горячей рѣчи, можно услышать, съ горечью произнесенныя, слова, «нѣтъ, не такъ»,—«нѣтъ, не то»,—«я не въ состояніи мыслить»,—«я не въ состояніи разобрать, что со мною...». Отсюда явствуется, что въ данныхъ случаяхъ нѣтъ необходимости допустить дефектъ клѣтокъ, какъ носителей и хранителей тѣхъ или другихъ представленій и разъединенія ассоціаціонныхъ путей, такъ какъ неправильность сознается самимъ больнымъ и тогда существуетъ стремленіе къ коррекціи, но только это покушеніе обыкновенно съ негодными средствами.

Это болѣзненное состояніе обыкновенно бываетъ при гнѣздныхъ пораженіяхъ мозга: опухоли, энцефалиты, цистицерки и проч. Но при этомъ естественно допустить, что дѣло не въ одномъ только гнѣздномъ процессѣ, а что и остальная часть ассоціаціонной системы поражена. «При этомъ, говоритъ Pfungen ¹⁾, мы имѣемъ предъ собою общее и довольно равномерное разстройство совокупнаго ассоціаціоннаго аппарата. Разстройство это сводится къ глубокому нарушенію питанія, вслѣдствіе котораго воспріимчивость большей части ассоціаціонныхъ путей совершенно прекращается и почти сводится къ нулю. Въ то же время ясность сознанія настолько сохраняется, что больной вполне отчетливо представляетъ себѣ всю свою безпомощность и невозможность ориентироваться, что вызываетъ въ немъ глубоко-тягостное ощущеніе».

По мнѣнію вышеуказаннаго автора, дѣло не ограничивается здѣсь однимъ гнѣзднымъ страданіемъ, но захватываетъ значительно ширшіе предѣлы. Можно думать, что при этомъ происходятъ вокругъ послѣднихъ болѣе нѣжныя измѣненія сѣраго гангліознаго вещества, которыя представляются настолько тон-

¹⁾ Pfungen, l. c. 188.

ними и неуловимыми, что ихъ нельзя причислить къ анатомическимъ. Это не будетъ воспаленіе, не будетъ некрозъ, инфарктъ, или геморрагическое раздраженіе. Неприкосновенность клѣтокъ и волоконъ въ грубо-анатомическомъ смыслѣ—обязательна,—сущность же намѣненій сводится къ нарушенію относительной воспримчивости ассоціаціонныхъ волоконъ. Это будетъ, такъ сказать, поясъ отдаленныхъ дѣйствій гнѣздныхъ заболѣваній. Проявленіе же клиническое ихъ будетъ состоять въ томъ, что при этомъ отшлифованныя ассоціаціи (Meynert) или механическія ассоціаціи (Ribot) теряютъ свое важное значеніе въ экономіи мыслительной дѣятельности. Они или приравниваются съ остальными, или же при этомъ дѣлаются скачки по неприличнымъ путямъ.

Для лучшаго пониманія вліянія гнѣздныхъ заболѣваній на отдаленныя области мозговыхъ ассоціацій, мы позволимъ себѣ остановиться на первомъ моментѣ кровоизліяній въ мозгу. Извѣстно, что иногда очень небольшой, геморрагическій фокусъ почти всегда вызываетъ безсознательное состояніе. Невольно рождается вопросъ: въ силу какихъ условій этотъ ничтожный гнѣздный процессъ производитъ такое громадное разстройство во всей черепной системѣ. Существовало множество объясненій этого очень интереснаго и загадочнаго явленія; но, по нашему, удовлетворительнѣе другихъ оно объясняется Wernicke и Meynert'омъ (Pfungen).

Уже въ давнишнее время апоплектическимъ инсультамъ при геморрагіи Andral далъ такое объясненіе, что они зависятъ отъ сжатія сосудовъ мозга изливающейся кровью. Натурально, что это объясненіе примѣнимо только лишь по отношенію къ изліянію большаго количества крови,—для малыхъ же оно не можетъ служить достаточнымъ. Экспериментальныя изслѣдованія Duret показали, что эффектъ, получаемый отъ медленнаго впрыскиванія большаго количества жидкости въ полость черепа, будетъ тотъ же самый, что и малаго, но только быстро впрыснутого. Слѣдовательно, на появленіе безсознательнаго состоянія при кровоизліяніяхъ имѣетъ вліяніе помимо количества излившейся крови еще быстрота этого изліянія. На оба эти пункты обра-

тить вниманіе Wernicke и обоимъ моментамъ приписывается почти одинаковое значеніе. Но послѣдній пунктъ—быстрота изліянія—являлся недостаточно выясненнымъ.

Принимая во вниманіе, что апоплектический инсультъ можетъ быть даже при кровоизліяніяхъ въ области субкортикальныхъ узловъ, слѣдовательно, вліяніе отсюда идетъ на все полушаріе, а при дальнѣйшемъ обсужденіи выходитъ, что не только на одно полушаріе, а и на оба,—Pfungen дѣлаетъ выводъ, что при кровоизліяніяхъ, даже ограниченныхъ, происходитъ импульсивное вліяніе на оба полушарія,—такой же импульсъ изъ гнѣздного процесса на оба полушарія можетъ получаться только при помощи базальныхъ сосудодвигательныхъ центровъ. Такимъ образомъ въ какой бы области не явилось подобное кровоизліяніе, оно непосредственно вызываетъ раздраженіе субкортикальнаго вазомоторнаго центра. Какъ немедленный естественный результатъ этого является импульсъ къ сосудамъ мозговыхъ полушарій въ видѣ шока. Слѣдствіемъ этого вліянія бываетъ повышеніе давленія обоихъ полушарій и нервные элементы лишаются питанія, необходимаго для сохраненія сознанія.

Изъ этого становится весьма яснымъ и понятнымъ вліяніе гнѣздныхъ заболѣваній мозга и особенно корки не только на дѣятельность нервныхъ элементовъ пораженной мѣстности, но и отдаленную, иногда на оба полушарія въ цѣломъ. Таковы явленія могутъ быть при псейдоафазическомъ помѣшательствѣ, таковыми же онѣ могутъ быть и при энцефалитическомъ замѣшательствѣ. Оба эти вида пораженія интеллектуальной дѣятельности отличаются другъ отъ друга, но они могутъ переходить другъ въ друга и проходить рядомъ другъ съ другомъ.

Патологическая анатомія.

Патологическія измѣненія, встрѣчающіяся при слабоуміи, крайне разнообразны и обильны. Лучше сказать: всѣ патолого-анатомическія измѣненія, находямыя когда либо въ мозгу, нечужды слабоумію. Но какъ бы они не были разнообразны, всѣ они по отношенію

къ слабоумію, какъ функціональному явленію, имѣютъ одно значеніе—вызываютъ атрофію нервныхъ элементовъ, чѣмъ и обусловливаютъ самое слабоуміе.

Со стороны черепа встрѣчаются: склерозъ, періоститы, остеопиты, иногда востанія различныхъ костныхъ остей въ ткань, иногда костныя пластинки на поверхности твердой мозговой оболочки. Послѣднее явленіе довольно нерѣдко,—мнѣ самому приходилось его наблюдать не менѣ десяти разъ и всегда въ лобной области вблизи пѣтушьяго гребешка, но безъ связи съ нимъ.

Твердая мозговая оболочка можетъ быть уплотнена, съ молочными пятнами, склерозированными артеріями, сращеніями и пахименингитомъ, иногда даже кровянымъ.

Мягкая мозговая оболочка часто является утолщеною, пропитанною серозною жидкостью, съ громаднымъ количествомъ застойной крови и серозной жидкости, иногда, напротивъ, суха и малокровна, иногда сращена съ поверхностью мозга.

Мозговые извилины иногда являются уплотненными, малокровными, сухими, съ сглаженными бороздками,—другой разъ, напротивъ, рѣзко выраженными, уплотненными и заостренными. На поверхности извилинъ мы иногда находимъ громадные дефекты въ видѣ плоскихъ рубцовъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ эти рубцы обоюдосторонни и въ послѣднемъ случаѣ могутъ вызывать очень сильныя измѣненія мозговыхъ отравленій.

Иногда на поверхности рубцы эти невелики, но зато проникаютъ больше въ глубь. Во всѣхъ случаяхъ поверхностныхъ рубцовъ мозга происходитъ сращеніе его съ мягкой оболочкою. Иногда можно находить перетягиваніе и островчатость извилинъ. Въ случаяхъ измѣненій внутри мозговыхъ, они не остаются безслѣдными и для корки мозговой. Въ тѣхъ случаяхъ, если являются новообразованія и постороннія тѣла происходитъ сплющиваніе и обезкровливаніе корки. Сѣрое вещество является блѣднымъ, разрыхленнымъ, уменьшеннымъ въ толщѣ слоя,—бѣлое вещество уплотненное, блестящее нѣсколько съ матовымъ или грязноватымъ отливомъ. Въ случаяхъ старческаго слабоумія мозговое вещество оплотнѣвшее съ значительнымъ

развитіємъ соединительной ткани. Подобныя же явленія наблюдаются при алкоголизмѣ и сифилисѣ. Нерѣдко мы находимъ въ мозгу кисты, гнѣзда размягченія, рубцы и всевозможныя опухоли. Изъ опухолей дѣйствуютъ болѣе рѣзко тѣ, которыя принимаютъ значительныя размѣры и давятъ на вещество мозга. Иногда же трудно бываетъ указать такое вліяніе. Чаще другихъ опухолей можно встрѣчать при слабоуміи это сифилитическія. Не безынтересна судьба кровоизліяній въ мозгу. Являющійся на мѣстѣ ихъ рубецъ сплошь и рядомъ вызываетъ послѣдовательную, вторичную атрофію мозга и какъ нарушеніе функціи его, слабоуміе.

При микроскопическомъ изслѣдованіи такихъ мозговъ встрѣчается уменьшеніе количества нервныхъ элементовъ, ихъ разрушеніе, жировое перерожденіе, жировая инфильтрація и расщепленіе волоконъ. Но особенно рѣзкія измѣненія встрѣчаются въ капиллярахъ. Они бываютъ жирно, амилоидно и коллоидно перерождены, атероматозны и склерозированны. По направленію сосудовъ, а также вокругъ различныхъ очаговъ значительное разрашеніе соединительной ткани. Желудочки мозга то расширены и переполнены жидкостью, то, напротивъ, сдавлены. Часто въ нихъ утолщеніе стѣнокъ, разрастаніе соединительной ткани, иногда же нейромы. Внѣшній видъ мозга измѣняется. При развитіи соединительной ткани и стягиваніи мозга уже по положенію твердой мозговой оболочки можно судить объ атрофіи мозга, такъ какъ она является сложенной въ складки. Въ другихъ случаяхъ, особенно при новообразованіяхъ, происходитъ сдавливаніе и смѣщеніе полушарія съ своего мѣста. Большіе сосуды мозга часто бываютъ склерозированы и атероматозны, болѣе мелкіе сосуды, какъ въ сплетеніяхъ, съ значительнымъ количествомъ кистъ и аневризмъ. Пазухи часто переполнены кровью. Атрофическое состояніе мозга ясно выражается въ потерѣ вѣса мозга, таковы изслѣдованія въ этомъ отношеніи Паршаппа, Букниля, Розе и др.

Какъ бы ни были разнообразны указанныя патологическія явленія, встрѣчаемыя при слабоуміи, однако всѣ они въ большинствѣ случаевъ служатъ только

поводомъ, толчкомъ и основою къ измѣненіямъ въ мыслительной дѣятельности. Всѣ они могутъ служить прямою причиною въ такомъ только случаѣ, если непосредственно будутъ развиваться въ корковомъ веществѣ полушарій, центрахъ мыслительной дѣятельности. Въ другихъ же случаяхъ атрофія мозговая будетъ являться вторично и послѣдовательно. Иначе дѣло стоитъ при старческомъ слабоуміи, тифозномъ и отчасти алкогольномъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ атрофія нервныхъ элементовъ будетъ являться какъ слѣдствіе нарушеннаго питанія этихъ элементовъ.

По Pfungen'у являющийся въ старческомъ возрастѣ некрозъ при заболѣваніяхъ мозговыхъ артерій представляетъ лишь высшее проявленіе ишеміи, охватывающей въ дѣйствительности несравненно большія территории, почему двигательныя расстройства и атаксіи рѣдчи у марантическихъ стариковъ могутъ развиваться безъ видимой некротизаціи ткани, исключительно вслѣдствіе распространеннаго атероматознаго процесса.

Единица мыслительной дѣятельности есть представленіе. Дефекты въ этой области служатъ основою слабоумія, представляя клиническую картину ослабленія и потери памяти. При этомъ я считаю возможнымъ привести ученіе Ribot ¹⁾ о расстройствахъ памяти при слабоуміи. Относительно пораженій памяти при слабоуміи, Ribot полагаетъ, что онѣ подчиняются закону обратнаго развитія (*loi de régression ou de réversion*). Сущность его ученія заключается въ слѣдующемъ: нужно думать, что воспоминанія занимаютъ тѣ же анатомическія области, какъ и первичныя впечатлѣнія и требуютъ участія тѣхъ же нервныхъ элементовъ (кѣтокъ и волоконъ). Эти элементы могутъ занимать весьма различныя мѣста, начиная съ коркового вещества головного мозга и кончая спиннымъ мозгомъ). Сохраненіе и воспроизведеніе воспоминаній зависитъ: 1) отъ извѣстной модификаціи кѣтокъ и 2) отъ образованія болѣе или менѣе сложныхъ группъ, которыя онъ называетъ динамическими ассоціаціями. Первичныя пріобрѣтенія памяти, получаемыя человѣкомъ въ дѣтствѣ, отличаются наибольшей простотой: это суть образованіе вторичныхъ автоматическихъ движеній и воспитаніе нашихъ чувствъ. Они зависятъ главнымъ образомъ отъ продолговатаго мозга и низ-

¹⁾ Ribot, Болѣзни памяти.

шихъ центровъ головного мозга. Независимо отъ простоты, эти пріобрѣтенія имѣютъ всѣ шансы сдѣлаться наиболѣе стойкими. Во первыхъ, впечатлѣнія получаютъ дѣйственными элементами. Питаніе совершается чрезвычайно дѣятельно; а это непрестанное молекулярное возобновленіе способствуетъ только большому укорененію впечатлѣній; точное замѣщеніе новыми молекулами прежнихъ содѣйствуетъ тому, что пріобрѣтенное расположеніе нервныхъ элементовъ въ концѣ концовъ становится равнозначущимъ врожденному расположенію. Сверхъ того, динамическія ассоціаціи, образовавшіяся между этими элементами, достигаютъ степени полного сліянія, благодаря безчисленнымъ повтореніямъ. Очевидно, что эти первыя пріобрѣтенія должны и лучше сохраниться, и легче воспроизводиться, чѣмъ всякія другія, и что они образуютъ наиболѣе прочную форму памяти. До тѣхъ поръ, пока взрослый индивидуумъ остается здоровымъ, впечатлѣнія и новыя ассоціаціи у него все еще обладаютъ большими шансами на устойчивость, хотя и оказываются уже гораздо болѣе сложными, чѣмъ у дитяти. Но если, благодаря возрасту или болѣзни, условія измѣняются, если жизненныя отправления, въ особенности питаніе, ослабѣваютъ, расходъ организма становится чрезвычайнымъ, то впечатлѣнія дѣлаются неустойчивыми, ассоціаціи — слабыми. Представимъ себѣ человѣка въ томъ періодѣ прогрессивной анеміи, когда недавнія обстоятельства очень быстро забываются. Человѣкъ этотъ слышитъ какой-нибудь рассказъ, или видитъ пейзажъ, или находится въ спектаклѣ. Психическое явленіе такого рода сводится въ конечномъ анализѣ къ суммѣ звуковыхъ или зрительныхъ впечатлѣній, образующихъ извѣстныя, очень сложныя группы. Въ новомъ рассказѣ, или новомъ пейзажѣ, обыкновенно, ново бываетъ только одно — группировка ассоціацій. Звуки, формы, цвѣта, служащія матеріаломъ для этой ассоціаціи, въ сущности уже были испытаны и воспоминаемы много разъ въ теченіе жизни. Но, благодаря болѣзненному состоянію мозга, эта новая группировка данныхъ не можетъ запечатлѣться въ немъ: элементы, составляющіе ее, участвуютъ въ другихъ гораздо болѣе стойкихъ группахъ и ассоціаціяхъ, которыя образовались въ здоровый періодъ жизни и повторялись много и много разъ. Конечно, между новою группировкою, слабо клонящейся къ установкѣ, и старыми ассоціаціями, крѣпко утвердившимися, борьба выходитъ очень неравная. Такимъ образомъ существуютъ всевозможные шансы за то, что эти старыя сочетанія не только опять пробудятся въ послѣдствіи, но даже займутъ мѣсто новыхъ.

Мы поставимъ тѣ положенія, изъ которыхъ авторъ исходитъ для своихъ выводовъ. 1) Память утрачивается постепенно, начиная съ неустойчиваго и кончая стойкимъ. 2) Высшія, наиболѣе сложныя, спеціальныя, произвольныя отправленія нервной системы исчезаютъ первыми, отправленія же низшія, простѣйшія, общія, автоматическія исчезаютъ послѣдними (Джексонъ). Исходя изъ этихъ положеній, Ribot дѣлаетъ такіе выводы: 1) Постепенный упадокъ касается прежде всего свѣжихъ фактовъ. Это происходитъ отъ того, что въ началѣ слабоумія происходитъ вожное анатомическое разстройство—нервные клетки начинаютъ перерождаться. Атрофирующіеся элементы не могутъ болѣе сохранять новыхъ впечатлѣній. Если фактъ совершенно новъ, то онъ вовсе не отмѣчается въ нервныхъ центрахъ, или же немедленно изглаживается. Если же фактъ представляетъ повтореніе предшествовавшихъ впечатлѣній, которые еще не успѣли изгладиться, то больной относитъ его къ своему прошлому, обстоятельства, сопровождающія этотъ фактъ быстро забываются и потому правильная локализція его по времени становится невозможной. Но измѣненія, укоренившіяся въ нервныхъ элементахъ въ теченіи многихъ лѣтъ и успѣвшія уже организовать, динамическія ассоціаціи и группы ассоціацій, повторившіяся сотню и тысячу разъ, еще существуютъ, онѣ сильнѣе противостоятъ разрушенію. Этимъ объясняется тотъ парадоксъ памяти, что новое въ ней погибаетъ прежде стараго. 2) Но вскорѣ начинаетъ колебаться и та основа памяти, на которой до сихъ поръ больной могъ еще умственно жить. Умственныя пріобрѣтенія мало по малу утрачиваются. Личныя воспоминанія изглаживаются въ нисходящемъ (удаляющемся) порядкѣ прошедшаго. Послѣдними исчезаютъ воспоминанія дѣтства. Часто слабоумные забываютъ большую часть словъ своего родного языка. 3) Аффективныя способности угасаютъ гораздо медленнѣе, чѣмъ умственныя. На первый взглядъ кажется страннымъ, что такія смутныя состоянія; какъ чувствованія, оказываются болѣе стойкими, чѣмъ идеи и вообще умственныя состоянія. Но дѣло въ томъ, что именно чувствованія представляютъ въ насъ нѣчто самое глубокое, самое сокровенное и самое живучее. Между тѣмъ какъ вся сумма нашихъ занятій, наша интеллегенція, есть нѣчто пріобрѣтенное и какъ бы существующее внѣ насъ,—наши чувствованія врождены намъ. Наши чувствованія—это мы сами,—амнезія нашихъ чувствованій—это забвеніе нами самихъ себя. Слѣдовательно, нѣтъ ничего нелогичнаго въ томъ, что подобная амнезія обнаруживается только въ ту эпоху, когда дезорганизація умственной жизни

достигаетъ высшей своей степени и личность человѣка начинаетъ уже, такъ сказать, распадаться на обломки. 4) Долѣе всего сохраняются тѣ воспріятія памяти, которыя успѣли почти вполнѣ организовать: обиходная рутина человѣка, его привычки, усвоенныя съ давнихъ поръ. Многіе слабоумные могутъ еще безъ посторонней помощи вставать утромъ и одѣваться,—въ свое время принимать пищу и ложиться спать,—заниматься ручными работами и играть въ карты и другія игры, иногда даже съ замѣчательною ловкостью, когда уже бывають совершенно утраченъ и разсудокъ, и воля и привязанности. Эта автоматическая дѣятельность, предполагающая только минимумъ сознательной памяти, принадлежитъ къ той низшей формѣ проявленій памяти вообще, для которой оказываются необходимыми только мозговые узлы, продолговатый мозгъ и спинной мозгъ.

Теченіе, исходъ и предсказаніе.

Теченіе слабоумія не во всѣхъ случаяхъ бываетъ одинаково. Состояніе меланхолическаго и маниакальнаго безсмыслія почти всегда имѣетъ своимъ исходомъ общее слабоуміе и только въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ перейти въ выздоровленіе. А разъ наступило общее слабоуміе—исходъ почти всегда одинъ только, смерть отъ случайныхъ осложненій. Исходъ въ выздоровленіе при общемъ слабоуміи—явленіе чрезвычайно рѣдкое. Въ этомъ случаѣ содѣйствуютъ иногда инфекціонныя заболѣванія. Иногда смерть наступаетъ отъ кровоизліяній ех васіо. Дальнѣйшій ходъ общаго слабоумія будетъ постепенный, шагъ за шагомъ до полнаго обезличиванія человѣка и даже до забвенія рѣчи и собственной личности.

Старческое слабоуміе тоже безвозвратно и идетъ исподоволь и постепенно. Въ теченіи его бывають иногда минутныя просвѣтленія явленія весьма важныя въ судебно-психіатрическомъ отношеніи. Слабоуміе послѣ тифа двухъ родовъ: являющееся первично послѣ тифа, или какъ исходъ послѣ меланхоліи. Въ первомъ случаѣ въ огромномъ большинствѣ исходъ бываетъ благоприятный, больные постепенно выздоравливають. Другой исходъ при вторичномъ слабоуміи послѣ тифа—почти такіе больные всѣ остаются въ состояніи слабоумія на всю жизнь. Весьма вѣроятно, что

хорошій исходъ въ первой половинѣ обуславливается анатомическими измѣненіями, которыя состоятъ не въ жировомъ перерожденіи нервныхъ клѣтокъ, а въ жировой инфильтраціи ихъ.

Предсказаніе при слабоуміи должно быть крайне осторожно, но я рѣшительно несогласенъ, чтобы оно было совершенно неблагоприятно.

Рассматривая различные отчеты о душевныхъ больныхъ въ различныхъ госпиталяхъ, мы въ графѣ объ излеченіи почти не встрѣчаемъ цифръ на долю слабоумія, или же цифры эти очень не велики и единичны. Точно также въ учебникахъ и специальныхъ статьяхъ мы встрѣчаемъ мнѣніе, что слабоуміе неизлечимо.

Съ патологоанатомической точки зрѣнія эта форма психоза характеризуется дезорганизаціей нервныхъ элементовъ, служившихъ центрами ощущеній и представленій,—отсюда естественно вытекаютъ дефекты въ области представленій. Анатомическіе ассоціаціонные пути точно также подвергаются разрушенію,—отсюда естественно слѣдуетъ нарушеніе ассоціаціи представленій, нелѣпость сужденій и выводовъ. Проекціонные анатомическіе пути тоже подвергаются патологическимъ измѣненіямъ,—отсюда слѣдуетъ нелѣпость поступковъ, поведения и дѣйствій.

Словомъ, деменція представляетъ собою не нарушеніе только питанія нервныхъ элементовъ, но ихъ перерожденіе, разрушеніе и уничтоженіе. Естественно отсюда, что разъ элементъ претерпѣлъ разрушеніе—онъ вознаградимъ,—а что можно сказать о единицѣ, то также вѣрно и по отношенію къ суммѣ единицъ.

Отсюда логическій выводъ: если слабоуміе съ патологоанатомической точки зрѣнія есть процессъ разрушенія нервныхъ элементовъ, процессъ уничтоженія ихъ, то естественно и съ клинической точки зрѣнія это будетъ вознаграждаемое состояніе. И все то, что при слабоуміи является дефектомъ вслѣдствіе разрушенія нервныхъ элементовъ, какъ центровъ этихъ утерянныхъ данныхъ,—все это утеряно для данныхъ центровъ субъекта безвозвратно. Вотъ почему слабоуміе считалось и считается съ клинической точки зрѣнія психозомъ неизлечимымъ.

Но случаи излеченія слабоумія безусловно существуютъ, хотя они весьма рѣдки.

Натурально, восстановившійся послѣ слабоумія человекъ не является такимъ мощнымъ, такимъ бодрымъ, какимъ онъ былъ до заболѣванія. Онъ гораздо вялѣе, менѣе воспримчивъ, чѣмъ

былъ до болѣзни; онъ можетъ правильно усвоить новыя ощущенія, достаточно ихъ ассимилировать и въ должномъ значеніи ими пользоваться въ своихъ отношеніяхъ къ внѣшнему міру и самому себѣ.

Если мы полагаемъ, что клиническій терминъ слабоуміе есть выраженіе анатомическаго термина—разрушеніе, перерожденіе (degeneration) нервныхъ элементовъ, то естественно является вопросъ: можетъ ли быть это возстановленіе разрушенныхъ нервныхъ элементовъ *ad integrum* и какимъ образомъ это возможно?

Я полагаю, что это возможно и позволяю себѣ сказать какимъ это образомъ возможно съ точки зрѣнія чисто апіорной.

Предварительно прямого разсмотрѣнія дѣла, я позволю себѣ сдѣлать нѣсколько общихъ положеній.

Я исхожу изъ того положенія, принимаемаго большинствомъ нейропатологовъ, что центромъ душевныхъ элементовъ въ головномъ мозгу служатъ нервныя клѣтки. Они есть носители и хранители воспринимаемыхъ извнѣ ощущеній и представленій. Это есть архивъ душевной жизни, куда человѣкъ обращается за различными справками во всѣхъ случаяхъ своей жизни при столкновеніи съ тѣми или другими жизненными условіями.

Богатство нашей умственной жизни обусловливается въ 1-хъ количествомъ этихъ нервныхъ элементовъ и качествомъ ихъ. Чѣмъ больше въ данномъ мозгу заключается клѣтокъ, чѣмъ больше въ нихъ занято квартиръ различными ощущеніями и представленіями, тѣмъ больше у насъ будетъ въ матерьяла для сужденій и мышленія,—тѣмъ богаче будутъ наши знанія и свѣдѣнія, тѣмъ больше шансовъ быть умнымъ и образованнымъ человекомъ. И наоборотъ, чѣмъ меньше клѣтокъ въ данномъ мозгу, чѣмъ больше они въ своемъ развитіи стѣснены количествомъ нейроглии, тѣмъ меньше шансовъ данному индивиду попасть въ число людей умныхъ и образованныхъ и больше шансовъ остаться въ категоріи идіотовъ.

Такимъ образомъ, мнѣ кажется, что количество нервныхъ элементовъ безусловно играетъ важную роль въ отношеніи количественнаго богатства мыслительнаго матерьяла. Тѣмъ болѣе это важно, что помимо занятыхъ клѣтокъ, можно думать, въ мозгу человѣка должны быть еще и масса свободныхъ клѣтокъ для ощущеній и представленій новыхъ, имѣющихъ еще проникнуть въ мозгъ данного индивида,—словомъ запасной складъ клѣтокъ незанятыхъ и свободныхъ, куда бы можно было сложить будущій матерьялъ. Такимъ образомъ въ мозгу средняго здороваго человѣка въ средній періодъ его жизни мы можемъ допустить

количество всѣхъ клѣтокъ мозгового (а), преимущественно кортикальных, вещества, какъ носителей и центровъ чувствительныхъ и двигательныхъ представлений, равнымъ количеству клѣтокъ, уже занятыхъ представленіями (b) + количеству клѣтокъ, еще незанятыхъ и свободныхъ (с), $-a=b+c$. Естественно, что величина b въ дѣтствѣ=0, затѣмъ постепенно увеличивается, въ юношескіе годы b почти равно с, въ зрѣлые же годы с уже будетъ меньше b. Вопросъ о томъ: будетъ ли достаточно мозговыхъ клѣтокъ для всѣхъ ощущеній и представлений человѣка въ теченіи всей его жизни, мнѣ кажется рѣшенъ удовлетворительно,—по Meynert'у ¹⁾ клѣтокъ въ мозговой коркѣ отъ 600 до 1200 милліоновъ.

Количество же нашихъ представлений будетъ и того несравненно меньше. Полагають, что на образованіе одного представленія въ мозгу человѣка тратится отъ 0,4" до 0,7" (Wundt), слѣдовательно, среднимъ числомъ 0,55". Допуская, что человѣкъ спитъ въ сутки 8 часовъ и живетъ среднимъ числомъ 35 лѣтъ, а начинаетъ мыслить съ 2-хъ лѣтъ, мы должны прійти къ заключенію, что при вышеуказанныхъ данныхъ должно образоваться въ теченіи жизни не менѣе 1387584000 представлений. Но это будетъ совершенно неправильно. И вотъ почему: помимо образованія представлений душевная дѣятельность состоитъ еще изъ жизни чув-

¹⁾ Опредѣленіе приблизительнаго количества нервныхъ клѣтокъ можетъ быть произведено двояко. Зная величину нервныхъ клѣтокъ (Luys, Meynert, Betz и др.),—количество сѣраго и бѣлаго вещества (Baillarger, Wagner и др.), величину поверхности сѣраго вещества и среднюю толщю сѣраго вещества (Bevan-Lewis, Meynert и др.), мы легко можемъ вычислить количество нервныхъ клѣтокъ въ мозговой корѣ. Къ тому же результату можно придти и другимъ способомъ: мы знаемъ, что сѣрое вещество мозга состоитъ изъ нервныхъ клѣтокъ и нервныхъ волоконъ. Зная удѣльный вѣсъ сѣраго и бѣлаго вещества, путемъ уравненій съ двумя неизвѣстными легко можно высчитать вѣсовое количество мозговыхъ клѣтокъ и волоконъ сѣраго вещества. Если P —вѣсу всего мозга, p —удѣльному вѣсу всего мозга, a —удѣльному вѣсу всего бѣлаго вещества, b —удѣльному вѣсу сѣраго вещества, x —количеству нервныхъ волоконъ, y —количеству нервныхъ клѣтокъ, то будетъ $-x + y = P$, $\frac{x}{a} + \frac{y}{b} = \frac{P}{p}$ отсюда $x = \frac{Pb(b-p)}{p(b-a)}$, $y = \frac{Pa(a-p)}{p(b-a)}$.

ствительной, на которую тратится по меньшей мѣрѣ столько же времени,—слѣдовательно, количество представлений будетъ вдвое меньше. Далѣе тратится время на ассоціацію представлений, длительность которой въ процессѣ сужденія по меньшей мѣрѣ въ трое долѣе времени, потребнаго для образованія представлений. Тратится время на прохожденіе волевыхъ импульсовъ по проэкціоннымъ путямъ, а также и на исполненіе этихъ импульсовъ въ видѣ произвольныхъ движеній, какъ рѣчь, письмо и проч. И на эти процессы потратится по меньшей мѣрѣ времени въ пять разъ болѣе, чѣмъ на образованіе представлений. Такимъ образомъ количество представлений въ теченіи жизни будетъ не 1387584000, а по меньшей мѣрѣ 46252800.

Вотъ почему съ правомъ можно полагать, что въ мозгу каждаго человѣка будутъ нервныя элементы не только заняты представленіями, но и свободныя, готовые всегда воспринять новыя ощущенія и представленія.

Но помимо количества нервныхъ элементовъ въ мозгу того или другого субъекта, мы должны еще обратить вниманіе и на качество ихъ. Въ этомъ отношеніи едва ли можно отрицать значеніе наслѣдственности. Съ убѣжденіемъ можно говорить, что элементы европейца, путемъ вѣковой культивировки, будутъ совершеннѣе таковыхъ же элементовъ монгола, негра и пр. Равнымъ образомъ, едва ли можно отрицать и то, что индивидъ, получившій свою нервную систему отъ пьяницы отца или матери, отъ эпилептика, отъ паралитика, отъ помѣшаннаго и пр. будетъ имѣть нервныя элементы безусловно болѣе неустойчивыя, чѣмъ нервныя элементы индивида, происходящаго отъ здоровыхъ родителей. Патологическая анатомія идиотизма (Luys и др.) показала намъ, что въ однихъ случаяхъ идиотизма микроскопъ даетъ очень большое количество нейроглии и небольшое количество нервныхъ клѣтокъ,—въ другихъ же случаяхъ количество нервныхъ клѣтокъ достаточное, но клѣтки эти являются пигментированными, сухими, сморщенными, зазубренными и проч.

Вторая категория случаевъ показываетъ намъ, что недостаточно еще имѣть надлежащее количество нервныхъ клѣтокъ для правильной мыслительной или душевной дѣятельности, но что нужно, чтобы эти элементы были правильно конструированы и правильно питались. Естественно, что если будетъ неправильное питаніе нервныхъ клѣтокъ, то будетъ и неправильное качество ихъ и слѣдовательно явится неправильная функція ихъ.

Вотъ почему я поддерживаю 1-е положеніе, что богатство и правильность интеллектуальной или душевной жиз-

ни обуславливается количествомъ и качествомъ мозговыхъ клітокъ въ мозгу.

Но этого еще недостаточно и требуется 2-е обязательное условие—богатые ассоціаціонные пути и безпрепятственный и быстрое по нимъ сообщеніе. Это есть второй факторъ, обуславливающий богатую умственную дѣятельность. Извѣстна наследованія мозговъ идіотовъ и мнѣ самому неоднократно приходилось наблюдать, что при достаточномъ количествѣ сѣраго вещества, даже иногда болѣе чѣмъ достаточномъ, сѣраго вещества было очень мало. Сравнительно анатомическія данныя намъ говорятъ, что отношеніе сѣраго вещества къ бѣлому въ животномъ царствѣ обратно пропорціонально близости животного къ человѣку. По Meynert'у, очевидно, для богатой умственной дѣятельности недостаточно большаго количества нервныхъ клітокъ, какъ центровъ представленій; нужно еще обильное ихъ соединеніе между собою при помощи ассоціаціонныхъ путей (Luys, Meynert и др.). Чѣмъ обильнѣе это соединеніе и чѣмъ быстрѣ индивидъ можетъ ассоціировать однѣ группы представленій съ другими, тѣмъ обширнѣе и блестящее умственный капиталъ даннаго индивида.

Вотъ главные основы умственного богатства здороваго человѣка.

При деменціи происходитъ разрушеніе какъ нервныхъ клітокъ, такъ и нервныхъ волоконъ, т. е. какъ центровъ представленій, такъ и ассоціаціонныхъ путей. Разрушеніе это идетъ путемъ атрофіи, или путемъ жировой дегенераціи. И въ томъ и въ другомъ случаѣ дегенерированные элементы невознаградимы, а потому очевидно является невозможнымъ выздоровленіе при деменціи.

И съ этимъ рѣшительно несогласенъ. Для доказательства противнаго я позволяю себѣ еще нѣсколько отклониться отъ сущности.

Извѣстны эксперименты Munk'a надъ вырѣзываніемъ затылочныхъ долей. Когда онъ у собаки вырѣзывалъ часть затылочной доли, то собака даннымъ глазомъ лишалась возможности узнавать своего хозяина. Она видѣла его, но она не понимала его. Это состояніе онъ называлъ душевной слѣпотой (Seelenblindheit). Спустя однако двѣ, три недѣли она вновь выучивалась узнавать своего хозяина.

Очевидно, дѣло происходило такъ: экспериментаторъ удалилъ часть нервныхъ элементовъ, и именно выходило такъ, что тѣхъ элементовъ, которые служили центрами обыденныхъ знаній. Этихъ знаній собака лишилась на всегда. Но у собаки оставались еще

запасныя клітки, незанятая. А проекціонныя пути отъ органа чувства и до этихъ свободныхъ клітокъ если и не были прямы, то они существовали при помощи еще сохранившихся другихъ ассоціаціонныхъ путей. Къ этимъ-то свободнымъ, незанатымъ кліткамъ приносились новыя свѣдѣнія о хозяйнѣ, хлѣбѣ, плети и проч. Эти клітки становились центрами и собака начинала жить вновь, какъ бы прежнюю жизнью. Для насъ важно изъ всего этого то, что въ мозгу, если происходитъ разрушеніе однихъ клітокъ, однихъ центровъ, то существуютъ свободныя новыя клітки, которыя могутъ совершенно викаріировать и замѣнять собою старыя.

Другое дѣло, если процессъ будетъ разрушать всѣ клітки, тогда наступитъ полная и невознаградимая потеря,—или тоже, что съ собакою Munk'a, когда онъ вырѣзывалъ ей обѣ половинныя затылочныя доли: собака лишилась способности видѣть и понимать значеніе предмета,—и лишалась безвозвратно, навсегда,—корковая слѣпота (*Rindblindheit*).

Второе, на что я желаю обратить вниманіе, это то, что ассоціація различныхъ отдѣловъ головного мозга существуетъ прямая и сложная,—слѣдовательно, при разрушеніи одного пути, существуетъ всегда возможность общенія посредствомъ другой дороги, правда нѣсколько длиннѣйшей; но возможность сообщенія вовсе не потеряна. Такъ мы знаемъ, что оба полушарія связаны между собою посредствомъ *Corpus callosum*, *commissura anterior* и проч. Слѣдовательно, при разрушеніи одного пути, существуетъ еще другой путь, который даетъ возможность общенія обѣихъ полушарій. Точно также обонятельная часть лобной доли связана съ височною посредствомъ *fasciculus uncinatus*; но эти же доли связаны между собою и посредствомъ болѣе длиннаго пути—*fasciculus arcuatus*. Теперь, если первое сообщеніе будетъ нарушено, то остается всегда еще второе. Но если бы и второе сообщеніе было нарушено, то существуютъ еще гораздо сложнѣйшіе пути, при помощи *Commissura anterior*, пучковъ къ *Nucleus caudatus* и пр.

Для насъ изъ этого важно то, что при разрушеніи прямыхъ ассоціаціонныхъ путей является не полная невозможность ассоціаціи, а только лишь затрудненная, болѣе сложная. Потребуется время и трудъ для того, чтобы проложить эти пути,—но они все-таки не невозможны.

Для насъ остается еще одинъ пунктъ. Ислѣдованія Duret, Neubner'a и др. показали, что различныя мозговые участки корки и субкортикальныхъ узловъ питаются отдѣльными сосудами. Слѣ-

довательно, при разстройствахъ въ одной области, въ области иного сосуда, нѣтъ еще абсолютной опасности для другихъ областей; да и поврежденная область не непоправима, въ виду анастомозовъ съ другими областями.

Теперь мы приступаемъ къ сущности дѣла.

Вторичное слабоуміе является въ большинствѣ исходомъ или меланхоліи, или маніи. Въ первомъ случаѣ разрушеніе элементовъ идетъ отъ недостаточности притока питательнаго матерьяла, во второй—отъ слишкомъ большого притока, происходящего отъ этого выпота и давленія на нервные элементы.

Но при этомъ мы должны обратить вниманіе на слѣдующее обстоятельство: никогда вся корковая поверхность не подвергается равномерному зловредному воздѣйствію; напротивъ, при общемъ дурномъ положеніи корки, одни участки ея подвержены большому вредоносному вліянію, другіе меньшему.

Слѣдовательно, мы должны отмѣтить двойное состояніе нервныхъ элементовъ: общее и специальное отдѣльныхъ территорій.

Въ то время какъ въ отдѣльныхъ территорияхъ, вслѣдствіе ли прекращеннаго питанія, или вслѣдствіе усиленнаго давленія, нервные элементы разрушаются безвозвратно,—въ остальной части корки они только остаются въ оцѣпенѣломъ состояніи, въ состояніи, неспособномъ къ функціи.

Если вы теперь поставите мозгъ въ условія правильного питанія, то атрофированныя части являются погибшими безвозвратно, остальные же могутъ по прежнему функціонировать. Результатомъ этого будетъ въ душевной жизни дефектъ, равняющійся потеряннѣмъ элементамъ,—знанія, центрированные въ оставшихся элементахъ и элементы свободные, незанятые. Если теперь человѣкъ вновь будетъ встрѣчаться съ тѣми предметами и занятіями, которые у него дефенированы, то онъ можетъ вновь пріобрѣсти о нихъ знанія и вновь правильно исполнять ихъ. Съ нимъ будетъ тоже самое, что съ собакою съ душевною слѣпотою.

Слѣдовательно, мнѣ кажется, слѣдуетъ только поставить мозгъ въ условія правильного питанія и дѣятельность его не только можетъ возобновиться, но и обновиться. Тѣмъ болѣе это возможно, что различныя участки мозга питаются различными сосудами, и при разстройствѣ въ области одного изъ нихъ возможно поправленіе въ другихъ.

Мнѣ кажется, что поправленіе при слабоуміи возможно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ остаются неразрушенными запасные, свободные элементы. И чѣмъ ихъ больше, тѣмъ возможнѣе по-

правленіе. Исправленіе абсолютно невозможно въ тѣхъ случаяхъ, когда всѣ запасные элементы также процессомъ уничтожены.

Хуже нѣсколько дѣло, если рядомъ съ нервными клѣтками разрушены процессомъ также и нервныя волокна, ассоціаціонныя пути. Но и здѣсь дѣло поправимо при помощи побочныхъ, сложныхъ путей, разумѣется, со значительнымъ затрудненіемъ во времени и съ достаточнымъ напряженіемъ въ воспріятіи.

Вотъ почему мнѣ кажется, что въ слабоуміи существуетъ возможность къ выздоровленію и я совершенно соглашаюсь съ М. Marandon de Montyel'емъ ¹⁾, что могутъ существовать случаи выздоровленія и при слабоуміи.

Не могу не согласиться и съ слѣдующими двумя положеніями того же автора: 1) что слабоуміе, являющееся на наслѣдственной почвѣ, едва ли излечимо, и 2) что слабоуміе и въ состояніи выздоровленія не будетъ представлять прежняго умственнаго богатства и блеска, а будетъ носить нѣкоторый отпечатокъ подавленности и туманности.

Послѣднее обстоятельство весьма естественно. Состояніе мозга, способное къ воспріятію новыхъ впечатлѣній, наиболѣе присуще дѣтскому и молодому возрасту. Зрѣлый возрастъ есть возрастъ жизни мыслительной, жизни сужденія и пользованія прежнимъ матеріаломъ. Воспринимаемая теперь свѣдѣнія не отличаются тою ясностью и отчетливостью, какъ это дѣлается въ дѣтскомъ возрастѣ. Если мы теперь добавимъ къ этому еще то потрясеніе, которое приходится перенести нервнымъ элементамъ подъ вліяніемъ болѣзненнаго процесса, если добавить къ этому новыя, непривычныя и болѣе сложныя пути ассоціаціи, то этимъ легко возможно объяснить ту медлительность, нѣкоторую инертность и подавленность, которыя замѣчаются у выздоровѣвшихъ отъ слабоумія. Я позволю себѣ еще сказать нѣсколько словъ о мѣрахъ, способствующихъ выздоровленію при слабоуміи.

Изъ всѣхъ лекарственныхъ, нравственныхъ и физическихъ средствъ, употребляемыхъ мною въ громадномъ числѣ случаевъ при слабоуміи, я вижу могущественное средство въ тяжеломъ и грубомъ физическомъ трудѣ на свѣжемъ воздухѣ.

Правда, всѣ дементики крайне лѣнныя,—ихъ трудно побудить къ работѣ; но если вы достигните этого, то они тогда довольно быстро поправляются и охотно работаютъ. Но работа должна быть тяжелой, до усталости. Усталость даетъ крѣпкій сонъ,

¹⁾ Marandon de Montyel, *Archive de Neurologie*, № 22.

крѣпкій сонъ и работа даютъ прекрасный аппетитъ и правильную ассимиляцію пищи. Правильное питаніе организма, а вмѣстѣ съ тѣмъ и мозга ведетъ къ возстановленію прежде бывшихъ знаній, центрированныхъ въ неразрушенныхъ нервныхъ клѣткахъ и даетъ возможность пріобрѣтенія потерянныхъ знаній въ новыхъ незнаемыхъ элементахъ.

Правда, эти больные требуютъ постоянного надзора, постоянного побужденія и постоянного понуканья, — но въ концѣ концовъ могутъ прійти къ выздоровленію.

Въ завѣдываемой мною больницѣ въ прошломъ году открыты работы въ самыхъ широкихъ размѣрахъ: полевая, огородная, швейная, красильная, штукатурная и проч. За это время мы видѣли достаточное количество случаевъ выздоровленія отъ слабоумія.

На основаніи всего сказаннаго я прихожу къ слѣдующимъ выводамъ: а) Слабоуміе послѣ меланхоліи и маніи можетъ переходить въ выздоровленіе.

б) Если въ основѣ лежитъ кромѣ того психопатологическая наслѣдственность, то возможность выздоровленія почти утеряна, какъ напр. при эпилепсіи.

в) Такіе выздоровѣвшіе больные представляютъ однако нѣкоторый отпечатокъ подавленности и психической медлительности.

д) Весьма важнымъ факторомъ, способствующимъ ихъ выздоровленію, служатъ полевая и вообще грубая физическія работы на чистомъ воздухѣ и я совершенно соглашаюсь съ Mr Lunier въ необходимости строить для такихъ больныхъ особыя заведенія, разумѣется, въ видѣ фермъ.

Лечение.

Въ виду длительного теченія психоза, а также въ виду серьезныхъ патологоанатомическихъ данныхъ, получаемыхъ при слабоуміи, неохотно произносятся слова — лечение слабоумія. Но тѣмъ не менѣе, когда попадается намъ такой больной, не можемъ же мы оставить его на произволъ судьбы и должны сдѣлать все возможное въ этомъ отношеніи.

Нужно обращать вниманіе на то — существуютъ ли еще признаки раздраженія, или же больной совершенно покоенъ и благодушенъ. Если больной обнаруживаетъ еще явленія раздраженія, то есть нѣкоторое основаніе предполагать и допускать, что патологическій

процессъ незаконченъ еще и быть можетъ мы и въ состояніи въ это время что-нибудь сдѣлать для больного. Только разъ мы приходимъ къ такому выводу, нужно уже употреблять энергическое леченіе.

Кромѣ того, во всѣхъ случаяхъ слабоумія послѣ тифа, сифилиса и алкоголизма мы также не имѣемъ права оставить больного безъ леченія,—напротивъ, эти случаи слабоумія часто оправдываютъ наши старанія и заботы. Иногда также небезуспѣшно бываетъ леченіе и при слабоуміи апоплектическомъ, но далеко не всегда.

Въ періодѣ безсмыслія, какъ меланхолическаго, такъ и маниакальнаго, надежда на излеченіе еще не потеряна. Нужно заботиться объ устраненіи причинъ и правильныхъ отправленій организма. Умѣстны въ этихъ случаяхъ энергическія отвлекающія, какъ мушки на темя и затылокъ, хорошее питаніе, усиленныя работы на чистомъ воздухѣ,—средства измѣняющія, какъ *cali jodati*,—улучшающія малокровіе—желѣзо и рыбій жиръ,—рыбій жиръ съ *ol. phosphoratum*,—теплыя ванны на ночь. Полезны въ эту пору свиданія съ родными, близкими людьми, возвратъ на родину, въ семейство, для возбужденія мыслительнаго интереса и влеченія къ жизненнымъ потребностямъ. Для людей состоятельныхъ умѣстно совѣтывать путешествія въ красивыя мѣстности съ порядочными климатическими условіями, какъ: Крымъ, Грузинская дорога, Абастуманъ, Днѣпровскіе пороги, Волга, Уралъ и пр. Въ этотъ-то моментъ болѣе, чѣмъ когда либо, умѣстны посѣщенія увеселительныхъ мѣстъ, какъ: театръ, концерты, вечера, балы, прогулки и пр. Разумѣется, всѣ эти предпріятія, путешествія и посѣщенія должны совершаться очень осторожно и подъ тщательнымъ надзоромъ опытныхъ людей. Малѣйшія какія-либо уклоненія въ физическихъ отправленіяхъ этихъ больныхъ могутъ отразиться на ихъ умственной дѣятельности, поэтому нужно очень тщательно слѣдить за всѣми неисправностями организма и по мѣрѣ возможности предупреждать и устранять ихъ. Надежда на выздоровленіе очень теряется, если безсмысліе переходитъ въ общее слабоуміе. Въ большинствѣ подобныхъ случаевъ мы являемся почти без-

сильными помочь больнымъ и смотримъ на нихъ часто, какъ на неизлечимыхъ.

При появленіи общаго слабоумія, являющагося посредственно или непосредственно изъ первичныхъ психовъ, слѣдуетъ также обращать вниманіе на то—будутъ ли при этомъ явленія обострѣнія, или же болѣзнь идетъ ровно и покойно. При явленіяхъ раздраженія и усиленія болѣзни слѣдуетъ прибѣгать къ обычнымъ успокаивающимъ средствамъ. Во всѣхъ случаяхъ слѣдуетъ слѣдить за правильными отправленіями организма и по мѣрѣ возможности заботиться, чтобы былъ правильный аппетитъ, отправленіе кишечника и стулъ. Если же болѣзнь достаточно укоренилась и мы не видимъ никакой возможности къ возврату больного къ прежней жизни, то на насъ лежитъ обязанность позаботиться объ удовлетворительномъ и безобидномъ существованіи этихъ осколковъ мірового величія. Нужно сдѣлать такъ, чтобы этотъ живой мертвецъ не терпѣлъ нужды въ пищѣ, платьѣ, воздухѣ и удовлетвореніи обычныхъ прихотей, какъ куреніе, нюханье и пр. Но, исполнивъ эти общечеловѣческія обязанности, болѣе или менѣе развитое общество должно позаботиться еще объ одномъ. Оно должно воспользоваться физическимъ трудомъ и физическою силою даннаго лица на общественную пользу. Обыкновенно всѣ эти лица болѣе или менѣе хорошо упитаны, крѣпки и здоровы. Оставлять ихъ безъ употребленія въ дѣло было бы несправедливо. Да и сами они не прочь отъ этого, только они, по своему обычному и естественному равнодушію и безразличію ко всему окружающему, никогда не имѣютъ собственнаго начинанія, собственной инициативы. Такое начинаніе и толчокъ къ дѣлу долженъ исходить отъ другихъ, окружающихъ больного.

Разумѣется, не всякій больной идетъ охотно на подобную работу. Свойственная слабоумнымъ лѣнь также много мѣшаетъ дѣлу. Иногда во время работы они капризничаютъ, артачатся и отказываются отъ дѣла. Во всѣхъ этихъ случаяхъ нужно прибѣгать къ различнымъ побужденіямъ, какъ просьба, усовѣщиваніе, выговоръ, небольшой нагоняй, назначеніе наградъ (замѣчаніе въ скобкахъ—избѣгайте заводить по отдѣленіямъ попрошайничества, выражающагося во многихъ мѣстахъ прось-

бой папіросъ, копѣчки пр. Это явленіе очень распространено и поддерживается даже въ очень хорошихъ заведеніяхъ самими медиками, раздающими папіросы на право и на лѣво. У нѣкоторыхъ изъ такихъ медиковъ существуетъ даже два сорта папіросъ — для себя и для больныхъ. Подобная повальная подачка папіросъ всегда напоминаетъ мнѣ кормленіе звѣрей въ звѣринникахъ и вся эта процедура по меньшей мѣрѣ оскорбительна какъ для больныхъ, такъ и подающаго милостыню. Папіросы должны быть такой же принадлежностью и необходимостью, при отдѣленіяхъ душевно-больныхъ, какъ порція чая, хлѣба и пр., находиться на рукахъ надзирателей и ими въ обычные періоды дня раздаваться. Медики же и посторонніе посѣтителіе никоимъ образомъ не должны удовлетворять и поощрять попрошайничество), — назначеніе награды въ родѣ: увеличеннаго количества папіросъ, для любителя, конфетъ, пряниковъ, прибавки порціи къ пищѣ, лишнему выходу на прогулку и пр. Подобныя мѣры поощренія сами собою допускаютъ и мѣры если не наказанія, то лишенія и, дѣйствительно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ нимъ приходится прибѣгать. Такъ напр. при упорномъ отказѣ отъ работы или возложеннаго урока можно прибѣгнуть къ лишенію курительной экстрапорціи, уменьшенію добавочныхъ порцій, отказу въ выходѣ, неподачѣ руки при встрѣчѣ съ доподолжнымъ замѣчаніемъ и пр. Но при этомъ должно помнить, что къ подобнымъ мѣрамъ можетъ прибѣгать одинъ только медикъ и при томъ строго обдумавши свое мѣропріятіе. Нѣкоторые быть можетъ уличать меня въ жестокости по отношенію къ неспособнымъ существамъ. Но я думаю, что это будетъ ложное фарисейство или теоретическое миндальничанье. Кто имѣлъ самъ дѣло съ значительнымъ количествомъ больныхъ, тотъ пойметъ, что въ данномъ случаѣ будетъ только ограниченіе экстренныхъ преимуществъ, допускаемыхъ за работу, а не лишеніе необходимаго дневнаго удовлетворенія. Между тѣмъ сама по себѣ работа дѣлаетъ имъ жизнь болѣе разнообразную и служитъ на пользу какъ имъ самимъ, такъ и окружающимъ, и обществу, содержащему этихъ неспособныхъ членовъ.

При старческом слабоуміи приходится иногда принимать мѣры противъ ихъ усиленныхъ эротическихъ побужденій и иногда и противъ слишкомъ крайняго скряжничества. Если же больные довольно покойны и не представляють особенныхъ колебаній, то достаточно заботиться объ ихъ покоѣ и удовлетвореніи ихъ нуждъ. Важно также ограждать этихъ лицъ отъ расхищенія ихъ имущества различными проходимцами, готовыми воспользоваться ихъ полнымъ благодушіемъ и безразличнымъ отношеніемъ къ собственности.

При слабоуміи послѣ тифа, помимо достаточнаго питанія и правильнаго содержанія организма, особенно необходимо позаботиться о наполненіи внутренней пустоты и безсодержательности. Нужно возбудить интересъ къ жизни, занятіямъ и пр., по чаще ставить въ соприкосновеніе съ жизнью и ея проявленіемъ; возбуждать и пробуждать прежнія знанія и стремленіе къ жизненнымъ интересамъ. Но все это приходится дѣлать постепенно и не торопясь, чтобы не утомить нѣтъ нервной системы.

Противъ сифилитическаго слабоумія должны быть цѣнимы очень серьезныя антисифилитическія мѣры леченія и при этомъ часто возможно бываетъ помочь дѣлу.

При слабоуміи послѣ кровоизліяній, опухолѣхъ и ~~т.п.~~ мы не имѣемъ средствъ бороться, кромѣ противупричиннаго леченія и хорошаго содержанія. Одной изъ важнѣйш. работъ въ этихъ случаяхъ должно быть устраненіе различныхъ случайныхъ осложненій со стороны организма, а также возможныхъ проявленій возбужденія и раздраженія. Забота о чистотѣ, опрятности и хорошемъ положеніи больныхъ обязательна и здѣсь, какъ во всѣхъ другихъ случаяхъ.

При этомъ я считаю удобнымъ сказать нѣсколько словъ о заведеніяхъ для душевныхъ больныхъ. Всякій душевный больной нетерпимъ въ обществѣ, какъ человѣкъ нарушающій или могущій нарушить, подъ вліяніемъ его болѣзненнаго состоянія, общественныя условія, общественныя приличія, общественные законы. Во избѣжаніе всѣхъ этихъ жалкихъ и печальныхъ случайностей на каждомъ порядочномъ и образованномъ обществѣ лежитъ обязанность позаботиться съ одной

стороны объ огражденіи себя отъ этихъ случайностей, а съ другой—о предоставленіи всѣхъ удобствъ и потребностей для этихъ изгнанныхъ и удаленныхъ изъ общества членовъ его. Съ этой цѣлью въ каждомъ образованномъ обществѣ имѣются особыя лечебницы для душевныхъ больныхъ, содержимыя на счетъ того же общества. Въ эти то лечебницы помѣщаются и должны помѣщаться больные и опасные члены общества, т. е. душевные больные. Я говорю, что эти лечебницы должны быть и есть, но только у людей болѣе образованныхъ.... Уже изъ разсмотрѣннаго до сихъ поръ вамъ становится яснымъ, что одни изъ этихъ душевныхъ больныхъ излечимы, опять возвращаются въ общество и опять становятся правоспособными и дѣтельными членами его. Другіе, напротивъ, въ теченіи всей жизни остаются неизлечимыми и слѣдовательно на всю жизнь лишены возможности быть дѣтельными членами общества.

Это поверхностное различіе указываетъ, что содержаніе и положеніе этихъ больныхъ должно быть далеко неодинаково въ томъ и другомъ случаѣ. Въ самомъ дѣлѣ, въ первомъ случаѣ требуется леченіе, во второмъ только содержаніе больныхъ. Этимъ выясняется огромная разниа въ финансовомъ отношеніи при устройствѣ помѣщенія для излечимыхъ и неизлечимыхъ больныхъ. Въ первомъ случаѣ нужно устраивать лечебницы для душевныхъ больныхъ,—во второмъ случаѣ пріюты для душевныхъ больныхъ. Въ первомъ случаѣ требуется немало всевозможныхъ приспособленій, какъ: мастерскія — слесарная, токарная, переплетная, столярная, ажурная, швейная и проч., — бильярдъ, кегли, карты и проч. Во второмъ случаѣ чистое, свѣтлое, сухое помѣщеніе, хорошая пища и поле, гдѣ больные могли бы работать. Устройство лечебницъ для душевныхъ больныхъ обходится весьма дорого,—устройство пріютовъ, несравненно дешевле. Въ дополненіе нужно сказать, что излечимыхъ больныхъ всегда въ больницахъ несравненно меньше, чѣмъ неизлечимыхъ. Приблизительно можно сказать, что изъ всего количества больныхъ 25% будетъ излечимыхъ и 75% неизлечимыхъ.

Уже съ давнихъ поръ въ странахъ болѣе образованныхъ и просвѣщенныхъ начали устраивать отдѣльные дома умалишенныхъ для излечимыхъ больныхъ и отдѣльные для неизлечимыхъ больныхъ. Но подобное подраздѣленіе ихъ оказалось очень неудобнымъ во многихъ отношеніяхъ и потому въ послѣднее время предпочитаютъ совмѣстное устройство лечебницъ—пріютовъ подъ управленіемъ одной и той же администраціи. И дѣйствительно это было бы самое разумное устройство дома умалишенныхъ, гдѣ одна треть помѣщенія назначалась бы для излечимыхъ больныхъ и двѣ трети для неизлечимыхъ больныхъ. При этомъ всегда слѣдуетъ имѣть значительное количество пахатной земли для устройства фермы, огорода, сада и проч. Отъ души желательно, чтобы и наши земства просыпались и добросовѣстнѣ заботились объ интересахъ ввѣренныхъ ихъ попеченію неправоспособныхъ лицъ.

На первый взглядъ кажется, что слабоумные неизлечимые не должны быть въ домѣ умалишенныхъ, а какъ покойные и безопасные—дома.

Такое мнѣніе можетъ исходить только отъ людей невѣжественныхъ и необразованныхъ, а если они это утверждаютъ и послѣ того, когда это имъ разъяснятъ, то это уже будутъ нечестные люди, желающіе своей родинѣ не добра, а зла. Покойные слабоумные въ домѣ умалишенныхъ покойны потому, что они въ домѣ умалишенныхъ,—если же выпустить ихъ на свободу, то это будутъ носители пожаровъ, убійствъ, воровства, насилій и проч. Кто любитъ свою родину и имѣетъ хотя каплю здраваго смысла въ головѣ, тотъ долженъ не закрывать двери дома умалишенныхъ для неизлечимыхъ больныхъ, а открывать ихъ. Если теперь мы имѣемъ въ домахъ умалишенныхъ 200—300 душевныхъ больныхъ, а чрезъ годъ 600—900, то чрезъ годъ же мы будемъ имѣть уменьшеніе преступленій этихъ больныхъ въ 3 раза меньше.

Но и этого мало. Большинство земствъ экономны во вредъ своей собственной экономіи. Въ самомъ дѣлѣ, отъ чего бы имъ не сдѣлать слѣдующій опытъ: ишутъ, что за границей есть такіе сумашедшіе дома, гдѣ трудъ больныхъ окупаютъ содержаніе заведенія,—

за симъ слѣдуетъ такое объявленіе: такое-то земство ищетъ такого психіатра, который смогъ бы вначалѣ уменьшить расходы по дому умалишенныхъ, а по истеченіи нѣсколькихъ лѣтъ вовсе прекратить таковыя расходы. Можете быть убѣждены, что такіе психіатры найдутся, только поставятъ одно условіе: быть хозяиномъ дѣла и чтобы лица, непонимающія дѣла, въ него не вмѣшивались бы. Для этого онъ потребуетъ 1) увеличить пріемъ неизлечимыхъ больныхъ (само собою разумѣется и излѣчимыхъ), такъ какъ только при большемъ количествѣ больныхъ можно имѣть доходъ, — 2) устроить ферму и колонію (съ землею, коровами, свиньями и проч.), — 3) дать надлежащее количество помощниковъ—врачей, разумѣется, съ приличнымъ содержаніемъ, — 4) устроить всевозможныя мастерскія, — 5) устроить не дорогія постройки для дома умалишенныхъ, а самыя ограниченныя, приближающіяся къ обычному состоянію крестьянина, только гигиеничныя и проч. И земцы могутъ быть убѣждены, что всѣ эти затраты не въ расходъ будутъ вводить ихъ, а будутъ давать доходъ. Натурально, и содержаніе психіатровъ должно повыситься, ибо кто же будетъ служить на 1000 р., за исключеніемъ фанатика, или любящаго 1000 р. Объ этомъ можно было бы сказать много....

Судебно-психіатрическое значеніе.

Слабоумные, какъ и другіе психопаты, также склонны совершать преступленія. Преступленія эти могутъ быть результатомъ галлюцинацій, которыхъ больные слушаются слишкомъ безотчетно и нерѣдко отдаются имъ всецѣло, — могутъ быть слѣдствіемъ безсмысленныхъ и безумныхъ представленій; могутъ быть слѣдствіемъ вспышки страсти, нерѣдко самой грубой и дикой, — и, наконецъ, слѣдствіемъ простого недомыслия и непониманія дѣла. Въ большинствѣ случаевъ удастся прослѣдить источникъ того или другаго проступка, — но бываютъ случаи, когда такого источника отыскать нельзя. Тогда возникаетъ вопросъ: какъ судить преступленіе слабоумнаго: нужно ли для cadaго даннаго случая найти ненормальный исходный пунктъ и доказать, что въ томъ или другомъ случаѣ преступленіе

было слѣдствіемъ галлюцинацій, безумныхъ представлений и пр.,—или достаточно уже доказать, что подсудимый въ моментъ совершенія преступленія былъ въ состояніи слабоумія, чтобы тѣмъ самымъ сдѣлать его невмѣняемымъ? Я думаю, что достаточно доказать, что подсудимый въ моментъ совершенія преступленія находился въ состояніи слабоумія, чтобы тѣмъ самымъ сдѣлать его невмѣняемымъ. Еще лучше было бы, если бы помимо этого возможно было для того или другого случая выяснить и механизмъ преступленія,—но если этого невозможно, то достаточно уже будетъ доказательства его состоянія слабоумія.

Слабоуміе чаще представляется предметомъ судебно-психиатрическаго изслѣдованія въ гражданскомъ отношеніи, чѣмъ въ уголовномъ. Въ самомъ дѣлѣ, нерѣдко возникаютъ вопросы о гражданской правоспособности этого рода больныхъ при выдачѣ духовныхъ завѣщаній, купчихъ крѣпостей, дарственныхъ записей, векселей и пр. При младенчески — благодушномъ состояніи больныхъ, при достаточномъ недомыслии, ихъ очень легко склонить къ выдачѣ всевозможнаго рода гражданскихъ документовъ. Можно иногда за нѣсколько конфетъ, красныхъ бумажекъ или лоскутковъ купить у нихъ домъ, землю, вексель на 1000 р. и пр. И въ данномъ случаѣ я также придерживаюсь того мнѣнія, что достаточно доказать, что данное лицо въ тотъ моментъ находилось въ состояніи слабоумія, чтобы извѣстный документъ признать недѣйствительнымъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это удается очень легко, — самъ поступокъ иногда говоритъ за нелѣпость его. За то въ другихъ случаяхъ приходится тщательно допрашивать свидѣтелей, чтобы выяснить себѣ положеніе лица въ моментъ выдачи того или другого документа, — особенно часто это относится къ старческому слабоумію и слабоумію послѣ кровоизліяній съ послѣдующею афазіею.
