

люцинацій, приступовъ тоски и страха и безумныхъ и насильственныхъ представлений. Чаше другихъ могутъ быть преступленія подъ вліяніемъ тоски и потому по механизму они относятся къ отдѣлу патологическихъ аффектовъ. Естественно, всѣ преступленія этихъ періодовъ невмѣняемы, какъ продуктъ болѣзненного состоянія центровъ чувствъ, мышленія и психомоторныхъ рефлексовъ.

Нѣсколько въ иномъ видѣ являются преступленія въ свѣтлые промежутки.

С л а б о у м і е.

(DEMENTIA).

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 соціальному положенію. Слабоуміе можетъ быть или исходнымъ явленіемъ 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 познаній какъ о собственной личности, такъ и внѣшнемъ мірѣ. Хотя по картинѣ болѣзни эти два состоянія представляютъ и много общаго, но за то много между ними и разницы. Соотвѣтственно вышесказанному, всѣ случаи слабоумія дѣлятся на двѣ большія группы: случаи слабоумія приобрѣтеннаго,—это будутъ случаи *слабоумія* (Dementia) въ полномъ смыслѣ слова,—и случаи слабоумія врожденнаго или *идіотизма* (Idiotismus).

Долгое время думали, что послѣдовательное слабоуміе, въ тѣсномъ смыслѣ слова, можетъ являться только вторично за свѣжими и первичными психозами, какъ меланхолія и мания; поэтому нѣкоторые психіатры называли всѣ формы слабоумія *вторичнымъ* психозомъ,—появленіе же слабоумія первично считалось невозможнымъ. Однако болѣе точныя клиническія наблюденія показали, что слабоуміе можетъ являться у взрослыхъ и умственно сформированныхъ людей и *первично* и притомъ со всѣми свойствами вторичнаго слабоумія. Поэтому всѣ виды приобрѣтеннаго слабоумія дѣлятъ на два отдѣла: на слабоуміе первичное и слабоуміе вторичное.

Первичное слабоуміе (*Dementia primaria*).

Первичнымъ слабоуміемъ называется такая форма душевнаго заболѣванія, въ которой дефекты въ области представлений являются первично, безъ предшествовавшихъ первичныхъ психозовъ, какъ меланхолія, манія и проч. Таково, наприм., слабоуміе въ старческомъ возрастѣ, послѣ эпилепсїи, при сифилисѣ, послѣ новообразованій, кровоизліяній, размягченій, эхинококковъ въ мозгу и проч. Разсматривая всѣ эти разнообразныя формы первичнаго слабоумія, мы замѣчаемъ, что однѣ изъ нихъ протекають остро, другія—хронически, однѣ изъ нихъ имѣють благопріятный исходъ въ смыслѣ выздоровленія, другія—неблагопріятный. Въ виду этого всѣ формы первичнаго слабоумія можно раздѣлить на два вида: *слабоуміе острое* (*dementia acuta*) и *хроническое* (*dementia chronica*). Острое слабоуміе имѣетъ полное сходство съ формою психозовъ, описанною нѣкоторыми авторами подъ именемъ *ступора* (*stupor*). Къ хроническому слабоумію (*dementia*) относятся: старческое слабоуміе, эпилептическое, алкогольное, сифилитическое, послѣ тифа, послѣ кровоизліяній и проч. Къ вторичнымъ слабоуміямъ относится слабоуміе послѣ меланхоліи, маніи, паранои и аменціи.

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, алкоголизмѣ, эпилепсїи, истеро-эпилепсїи 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, обязаны 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 разсматриваетъ это состояніе какъ крайнюю степень напряженія пассивной меланхоліи. *Dagonet*²⁾ пошелъ въ этомъ отношеніи далѣе и разсматриваетъ это болѣзненное состояніе какъ самостоятельную форму болѣзни, описывая ее подъ именемъ *ступорозности* (*stupidité*). Съ этихъ поръ все болѣе и болѣе начало устанавли-

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

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

ваться взгляду 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. Вслѣдъ за работами указанныхъ авторовъ появился цѣлый рядъ статей и замѣтокъ о ступорѣ другихъ авторовъ, какъ: *Detazhу, Aubanel'я, Morel'я, Marcè, 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 *идіопатическій ступоръ*,—такъ и въ видѣ комбинаціи другихъ болѣзненныхъ психическихъ состояній, меланхоліи, первичнаго помѣшательства, эпилепсіи и проч.,—это будетъ *деітеропатическій ступоръ*. Нѣкоторые авторы пошли даже далѣе, какъ напр. *Binswanger* ¹⁾ и дѣлятъ самостоятельную форму ступора на двѣ разновидности, собственно ступоръ и острую деменцію, хотя противъ этого взгляда возсталъ такой серьезный наблюдатель, какъ *Schüle* ²⁾.

Болѣзнь эта встрѣчается очень рѣдко, по *Spratling'у*, на 1300 душевныхъ заболѣваній на долю *dementia primaria* выпало только 27 случаевъ.

Какъ самостоятельная форма болѣзни, ступоръ наступаетъ всегда внезапно и развивается въ теченіе 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 лишенъ вполне способности воспринимать эти раздраженія,—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 брезливости къ отдѣленнымъ подъ себя экскрементамъ. Нужно имъ напоминать о пищѣ и водѣ и иногда даже насильно вводить 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 ощущений, у иныхъ ступорозныхъ больныхъ

¹⁾ *Binswanger*, Charité-Annalen. VI Jahrgang.

²⁾ *Schüle*, Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, B-d. XXXVIII, 1881.

³⁾ *Spratling*, The Journal of Nervous and mental Disease, 1889, № 5.

развивается масса галлюцинацій самого разнообразнаго свойства. Въ иныхъ случаяхъ это будутъ преимущественно половыя галлюцинаціи, еще въ иныхъ смѣшанныя галлюцинаціи. Содержаніе этихъ галлюцинацій и оттѣнокъ также не одинаковы: иногда онѣ поражающаго и подавляющаго свойства,—въ рѣдкихъ случаяхъ пріятнаго и веселаго содержанія,—чаще же всего смѣшанныя.

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 галлюцинаній, 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 настоящій моментъ,—этимъ самымъ выясняются дефекты 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 восполненія, такъ и способность воспоминанія бездѣйствуютъ.* Такъ какъ больной въ данный моментъ не имѣетъ ни одного представленія, то по этому *отсутствуетъ и способность ассоціаціи представленій.* Если даже и существуетъ иногда какое нибудь неясное представленіе, то оно становится фиксированнымъ или же имѣетъ характеръ насильственнаго представленія, почему опять таки ассоціація представленія или затруднена, или невозможна. Этимъ самымъ *устраняется рѣчь о ходѣ и смѣнѣ представленій, равно какъ и о понятіяхъ и другихъ проявленіяхъ высшей мыслительной дѣятельности.* Такимъ явленіемъ объясняется и то обстоятельство, что больные, излечившись отъ ступора, *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, — представленіе. А такъ какъ состояніе ступора отличается именно отсутствіемъ образованія ощущеній и представленій, то воспроизводитъ собственно нечего. Смутно только воспоминаютъ они о чемъ-то тяжеломъ, о какихъ-то пережитыхъ ими поражающихъ минутахъ, но въ чемъ 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 умственнаго сна.

Наряду съ этой умственной и чувственной подавленностью, у больного существуетъ такая же подавленность и въ области произвольныхъ рефлекторныхъ движеній. Уже наружный видъ больныхъ представляетъ крайнюю степень слабоумія (*Blödsinn*), неподвижности и нечистоплотности. Больные въ большинствѣ стоятъ въ углу или лежатъ въ постели, закрыты съ головою одѣяломъ. Это ихъ излюбленная поза. Волосы всклокочены, набиты пылью и соромъ, а иногда наскочены; 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, цианотичны и иногда покрыты холоднымъ потомъ; платье крайне небрежно держится: все испачкано, сидитъ неправильно, растегнуто, изъ брюкъ торчитъ рубаха, часто платье обмарано. Если заставить больного пройти, онъ дѣлаетъ это неохотно, машинально, неумѣло и часто только лишь при постороннемъ насиліи. 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 содержанію всегда бессмысленны, иногда же еще сопровождаются полуулыбкою на лицѣ, совершенно лишенномъ всякаго выраженія и бессмысленномъ. Часто можно застать этихъ больныхъ обмочившимися и обмаравшимися 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 холодѣ, даже при видѣ пицци сами не протянутся къ ней и берутся за ложку только лишь при энергич-

номъ донуканьи со стороны прислуги,—иногда же они 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 жалуется 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 катетеризаціи, иногда переполненные органы выдѣляютъ непроизвольно 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 галлюцинаторныхъ картинъ отъ сновидѣнія, по наружному же ихъ виду тоже трудно констатировать сонъ, такъ какъ общее положеніе ихъ организма снаподобно. Члены организма больныхъ лишены какой либо активности: они плетеподобны и иногда удерживаютъ придаваемое имъ положеніе подолгу, представляя въ этихъ случаяхъ пассивное напряженіе, въ другихъ же случаяхъ эти члены подчиняются только лишь закону тяготѣнія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные обнаруживаютъ активное сопротивленіе при стремленіи вывести ихъ изъ того 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 рефлексы почти вовсе отсутствуютъ; даже такіе чувствительные рефлексы, какъ зрачка, глотки и пульсовой, подъ вліяніемъ болевыхъ раздраженій, при сфигмографическомъ изслѣдованіи тоже остаются безъ проявленій (Ball¹). 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 реакція почти вовсе не получается; моча свѣтлая, соответствующая

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

по Фогелю № 1, уд. вѣсъ 1,006—1,010, безъ особыхъ какихъ либо патологическихъ примѣсей. Вѣсъ тѣла съ ухудшеніемъ болѣзни значительно падаетъ, а затѣмъ съ улучшеніемъ быстро повышается.

У иныхъ больныхъ внѣшній 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, обусловливающагося сильными галлюцинаціями. Иногда у такихъ больныхъ являются усиленные рефлексы въ одной какой-нибудь части организма, иногда, при стремленіи вывести такихъ больныхъ изъ разъ принятаго ими положенія, они обнаруживаютъ отчаянное сопротивленіе, опять таки почти всегда подъ вліяніемъ галлюцинацій или же какого-то ужаснаго чувства внѣшняго 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 атоническимъ ступоромъ (торпиднымъ), вторая съ конгестивнымъ (ирритативнымъ) ступоромъ (Schüle¹⁾).

Острое слабоуміе длится очень недолго—отъ нѣсколькихъ недѣль и до нѣсколькихъ мѣсяцевъ и оканчивается въ болѣшинствѣ или выздоровленіемъ или смертію, — въ рѣдкихъ случаяхъ, при нѣкоторомъ ослабленіи симптомовъ, оно можетъ переходить въ хроническое слабоуміе (Blödsinn). Нѣкоторые авторы указываютъ еще на переходъ ступора въ галлюцинаторное сумашествіе, но трудно сказать—были ли то дѣйствительно явленія самостоятельнаго ступора, или же, быть можетъ, то было только ступорозное или каталептическое состояніе сумашествія. Иногда ступоръ наблюдается при первичномъ помѣшательствѣ, на каковыя случаи указываетъ *Laufenauer*²⁾, Я. А. Давидовъ³⁾ и какіе случаи мнѣ самому приходилось наблюдать, но эти случаи рѣдки.

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

¹⁾ Schule, l. c.

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

³⁾ Я. А. Давидовъ, Архивъ психіатріи, Т. XI, ч. 1.

все таки довольно быстро—въ теченіе 2—3 недѣль, много полтора мѣсяца. Въ послѣднемъ случаѣ можно наблюдать то интересное явленіе, что приходящіе въ сознаніе больные обнаруживаютъ явленія общаго слабоумія (*dementia*), но затѣмъ съ каждымъ днемъ это состояніе улучшается и улучшается.

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 ихъ родителей и родственниковъ можно найти психозы, нейрозы, пьянство, преступленія, сифилисъ, чахотку и проч.,—такъ и въ поколѣніи равномъ больному, какъ: у братьевъ, сестеръ, двоюродныхъ братьевъ и проч.—встрѣчаются тѣ же аномаліи. Въ предыдущей жизни ступорозныхъ больныхъ попадаютъ отдаленныя темныя точки на ихъ умственномъ и нравственномъ горизонтѣ, которыя хотя сами по себѣ и не имѣютъ особенно серьезнаго значенія, однако, въ связи съ наступившимъ ступоромъ, выясняютъ ненормальность нервной натуры даннаго лица. Иногда ступоръ или острое слабоуміе наступаетъ послѣ травматическихъ поврежденій (*Давидовъ* ¹⁾, *Hartmann* ²⁾, инфекціонныхъ болѣзней (*Андрюзскій* ³⁾ и проч.

Появившись и исчезнувши разъ, болѣзнь обнаруживаетъ склонность къ возвратамъ, которые бывають три и четыре раза въ теченіе жизни. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь появляется вслѣдствіе травматическихъ поврежденій въ области черепа.

Условія появленія болѣзни, ея картина, теченіе и исходъ не позволяютъ 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 серозную инфильтрацію нервной ткани мозговыхъ гемисферъ. Сравнивая признаки идиопатическаго ступора со ступоромъ, являющимся какъ комбинація при другихъ психозахъ, особенно при пассивной меланхоліи, мы не находимъ никакой существенной разницы

¹⁾ Я. А. Давидовъ, Архивъ психіатріи, т. VII, кн. 2.

²⁾ Hartmann, Arch. f. Psych. B. XV, H. 1.

³⁾ Э. И. Андрюзскій, Архивъ психіатріи, т. II, № 2-й.

между ними. Очевидно, слѣдуетъ ожидать, что и патолого-анатомическія явленія должны быть болѣе или менѣе одинаковы. Въ дейтеропатическихъ же или вторичныхъ ступорахъ почти 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 явленіи—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 лимфатическихъ полостей серозной жидкостью, набуханіе и помутнѣніе многихъ нервныхъ элементовъ. Тѣ же самыя явленія приходится наблюдать и въ отдѣльныхъ случаяхъ идиопатического и самостоятельнаго ступора. *Whitwell* ¹⁾ находитъ, что въ основѣ ступора лежитъ нарушеніе питанія нервныхъ элементовъ, причиною котораго на первомъ планѣ должно признать врожденную или патологически развившуюся узкость сосудовъ, а также патологическое состояніе сердца, обуславливающего недостаточный притокъ питательнаго матеріала къ центральной нервной системѣ.

Леченіе самостоятельнаго ступора неодинаково, въ зависимости отъ періода состоянія болѣзни. Въ первые дни, когда болѣзнь только начинается, необходимо употребить усиленные отвлекающія средства: мушки на затылокъ и темя, 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 теченіе остальнаго времени дня нужно 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 тѣ же средства, но менѣе энергично. Кромѣ того часто приходится прибѣгать къ искусственному кормленію, такъ какъ больные неспособны сами кормиться. Слѣдуетъ слѣдить за чистотою ихъ содержанія, тѣмъ болѣе, что кожа этихъ больныхъ очень расположена къ заболѣваніямъ. Слѣдуетъ напоминать больнымъ объ отдѣленіяхъ мочи и экскрементовъ, лучше всего

¹⁾ *Whitwell*, The Journal of mental Science, 1889, N. 4.

въ одни и тѣ же часы дня и тѣмъ недопускать къ испражненіямъ подѣ себя—если же послѣднее почему либо просмотрѣно, то тотчасъ нужно мѣнять бѣлье. Хорошую пользу во всѣхъ случаяхъ приносятъ теплыя ванны. *Ball* совѣтуетъ горчичныя ванны: 2—3 kilo горчицы на ванну, при чемъ 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 подѣ надзоромъ надежнаго человѣка.

Въ началѣ выздоровленія требуется абсолютный нравственный покой и рядомъ съ этимъ приученіе къ физическимъ занятіямъ. Такъ какъ въ умственномъ отношеніи у нихъ обнаруживаются очень сильныя пробѣлы, то недурно понемногу напоминать имъ прежнія ихъ занятія, строго обходя всѣ тѣ обстоятельства, которыя дурно вліяли на ихъ нравственное состояніе, а тѣмъ болѣе тѣхъ, которыя послужили причиною болѣзни. Въ этотъ періодъ времени можно уже допускать свиданіе съ родными, но все таки подѣ наблюдениемъ довѣреннаго лица и съ крайними предосторожностями; въ это же время возможно допускать понемногу и чтеніе.

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

Binswanger, разбирая различные случаи ступора, находитъ правильнымъ между прочимъ дѣлить ихъ на двѣ формы: въ собственномъ смыслѣ ступоръ и *dementia acuta*. Разница между ними та, что при *dementia acuta* 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 ни было 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 въ томъ, что ступоръ является сразу на относительно здоровой почвѣ, тогда какъ *dementia* обыкновенно послѣ инфекціонныхъ болѣзней, какъ тифъ и проч.

*D-r Clouston*²⁾ различаетъ форму дементнаго ступора отъ особенной формы первичнаго слабоумія, при чемъ на дементный ступоръ онъ смотритъ, какъ на болѣзнь являющуюся двоюроднымъ братомъ деменціи и легко поправимую и излечимую, тогда какъ первичная деменція даетъ дурное предсказаніе. *Turner*³⁾ однако полагаетъ, что такого дѣленія меж-

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

²⁾ *Clouston*, The Journal of mental Science, 1889, № 1.

³⁾ *Turner*, The Journal of mental Science, 1888, № 4.

ду дементнымъ ступоромъ и острой деменціей нельзя поставить, такъ какъ и при дементномъ ступорѣ могутъ быть весьма серьезныя въ корковой и менингеальной областяхъ мозга органическія измѣненія, которыя сглаживаютъ между ступоромъ и деменціей и эту количественную разницу. Такого же мнѣнія держится и Schüle. Мы также кажется¹⁾, что разница между дементными ступорами и острой деменціей чисто кажущаяся и количественная, не представляющая практическаго значенія.

b. *Dementia chronica D. senilis.*

Извѣстно, что организмъ нашъ въ теченіе жизни подвергается нѣкоторымъ чисто физиологическимъ превращеніямъ, болѣе или менѣе обязательнымъ для каждой osoby. Clouston говоритъ, что каждый человѣкъ долженъ пройти извѣстный жизненный путь: развитіе, воспитаніе, дѣятельность, состарѣніе и смерть. Превращенія эти представляютъ особенности для каждаго періода возраста. Мы знаемъ, что особенныя свойства присущи младенческому возрасту, другія—дѣтскому, иныя—взрослому и еще иныя 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 и неопытностью. 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 положенію, по крайней мѣрѣ не всѣ въ одинаковыя годы, а одни раньше—другіе позже; но существуютъ черты, которыя свойственны почти каждому старческому организму.

¹⁾ П. И. Ковалевскій, Архивъ психіатріи, т. 1, к. 2.

Начало этого состарѣнія прекрасно описано англійскимъ психіатромъ проф. *Маудсли*¹⁾. «Существуетъ въ дѣйствительности особый складъ ума, свойственный старости. Старикъ проникателенъ, остороженъ, осмотрительнъ, 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 влияніемъ 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 стариною, и какъ *laudator temporis acti* 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. Поэтому, хотя старикъ можетъ быть полезнымъ совѣтникомъ, благодаря своему обширному опыту, его ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ выбирать руководителемъ дѣйствій.... Далѣе, въ старикѣ проявляется не только нежеланіе или нерасположеніе получать новыя впечатлѣнія, но и прямая неспособность воспринимать и удерживать ихъ; мозгъ теряетъ какъ воспримчивость 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 относительно близкихъ событій. Кромѣ того умъ старика теряетъ способность воспроизведенія или воспоминанія, такъ что идеи не могутъ быть вновь вызваны по привычнымъ путямъ ассоціаціи. Наконецъ, изъ соединенія этихъ трехъ причинъ — слабости пониманія, памяти и воспроизведенія, необходимо возникаетъ неспособность комбинировать старыя и новыя впечатлѣнія въ новый продуктъ умственной дѣятельности. Это начало того упадка, который въ окончательномъ развитіи превращается въ неспособность сравнивать между собою понятія и въ спутанность мыслей, характеризующія старческое слабоуміе». Иногда къ этой картинѣ упадка душевной дѣятельности присоединяется еще упадокъ нравственныхъ началъ.

Такимъ образомъ въ силу чисто фізіологическихъ условій существованія, организмъ стариковъ является болѣе или менѣе неустойчивымъ, а равно и его нервная система. Если мы прибавимъ къ этому массу всевозможныхъ неблагопріятныхъ воздѣйствій, которыя приходится пережить или перетерпѣть данному лицу въ теченіе его долготѣйшей жизни; если мы прибавимъ къ этому у нѣкоторыхъ лицъ не менѣе продолжительныя злоупотребленія *in Baccho, Venere* и проч., то для насъ станетъ понятнымъ, почему старческой возрастъ обнаруживаетъ наклонность къ нервнымъ и душевнымъ заболѣваніямъ. Но изъ всѣхъ этихъ заболѣваній первенство

¹⁾ *Маудсли*, Отвѣтственность при душевныхъ болѣзняхъ.

все таки должно отдать старческому слабоумію (Marie ¹⁾, Fürstner ²⁾, Rouillard ³⁾ и др.).

Въ теченіи первичнаго старческаго слабоумія Rouillard различаетъ три періода: инниціальный періодъ, періодъ слабоумія и періодъ кахектической. Инниціальный періодъ часто напоминаетъ собою маниакальное возбужденіе. Иногда у такихъ лицъ является особое возбужденіе эротическое: человѣкъ очень почтенный, съ виднымъ общественнымъ положеніемъ, женатый, отецъ взрослога семейства, вдругъ обнаруживаетъ самые несвойственные ему признаки возбужденія, влюбляется въ какую-нибудь авантюристку, хлопочетъ о разводѣ, толкуетъ о новомъ бракѣ, соритъ деньгами, обнаруживаетъ особенный эротизмъ, начинаетъ выпивать, посѣщаетъ непозволительныя мѣста, ведетъ открытыя знакомства съ далеко недвусмысленными женщинами, обнаруживаетъ въ поступкахъ, костюмѣ и разговорѣ особенное стремленіе молодиться, старается примкнуть къ молодой безшабашной компаніи, участвуетъ въ попойкахъ и кутежахъ и т. д. Иногда къ этому присоединяется ненормальное половое влеченіе къ мальчикамъ, маленькимъ дѣвочкамъ, животнымъ и проч. Другой обнаруживаетъ особую наклонность къ различнаго рода спекуляціямъ, коммерческимъ предпріятіямъ, оборотамъ, игрѣ на биржѣ и проч. Бываютъ случаи, когда у такихъ лицъ развивается бессмысленная страсть къ воровству. Въ характерѣ этихъ людей является особенная, несвойственная имъ суетливость, поспѣшность и стремительность. 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; въ этомъ случаѣ почти всегда развитіе болѣзни совершается скачками (Biante ⁴⁾), обуславливающимися жизненными условіями, или неблагоприятными условіями со стороны собственнаго организма.

Первый признакъ старческаго слабоумія—это *ослабленіе способности запоминанія*. Это явленіе обуславливается двумя причинами: ослабленіемъ вниманія къ окружающей обстановкѣ и плохимъ усвоеніемъ воспринимаемаго. Слѣдствіемъ перваго состоянія будетъ уменьшеніе количества ощущеній, обра-

¹⁾ Marie, Le Progres medical, 1888, № 43.

²⁾ Fürstner, Archiv f. Psychiatrie, B. XX, H. 2.

³⁾ Rouillard, Gaz. des hopitaux, 1889.

⁴⁾ Biante, Annal. medico-psychol., 1889.

зующихся у извѣстнаго лица въ каждый данный моментъ, а слѣдствіемъ второго—быстрая улетучиваемость воспринятыхъ 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 воспринятое. Если первое свойство—нарушеніе вниманія—можно объяснить общею усталостью всего организма, сосредоточіемъ на себѣ самомъ и отчасти ослабленіемъ органовъ чувствъ, то второе несомнѣнно должно обусловливаться измѣненіемъ въ существѣ самихъ мозговыхъ клѣтокъ, какъ центровъ ощущеній и представлений. Но у стариковъ *нарушается* не только способность запоминанія, а также и *способность воспоминанія* и притомъ такъ, что сначала забываются обстоятельства болѣе близкія, воспринятые при болѣе или менѣе нарушенной уже протоплазмѣ клѣтки,—и затѣмъ уже забываются событія все болѣе и болѣе отдаленныя—прогрессирующая амнезія (проф. С. С. Корсаковъ ¹⁾).

Очень характернымъ признакомъ для старческаго слабоумія является *бредъ*, отличающійся отрывочностью, неосновательностью и видимою нелѣпостью. Самымъ характернымъ оттѣнкомъ бреда старческаго слабоумія будетъ: бредъ ограбленія и воровства, мистическій бредъ и эротическій,—хотя встрѣчается также бредъ меланхолическій, преслѣдованія и даже величія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ старческое слабоуміе носитъ оттѣнокъ меланхолическаго бреда или бреда преслѣдованія. Какъ то, такъ и другое явленіе часто имѣютъ кое-какую реальную основу, доводимую больными до патологическихъ размѣровъ. Такъ *меланхолическій оттѣнокъ бреда* можетъ основываться на физической неспособности лица выполнять свои служебныя обязанности, послѣдовавшей по этой причинѣ отставка, отказъ отъ веденія коммерческихъ дѣлъ и проч. Такой естественный исходъ, какъ прямое послѣдствіе физической и умственной немощи даннаго лица, часто создаетъ у больныхъ отрывочный бредъ о самоуменьшеніи, самоуниженіи и проч. отрывки *бреда преслѣдованія* часто также имѣютъ въ основѣ жизненную дѣйствительность, когда больной сознаетъ, что окружающіе тяготятся присутствіемъ лишняго человѣка,—на этомъ основаніи создаются осколки бреда, что его хотятъ отравить, задушить и

¹⁾ Проф. С. С. Корсаковъ, Болѣзненные разстройства памяти, 1889.

проч. Нерѣдко бредъ ограбленія или даже убійства возникаетъ изъ самыхъ простыхъ и обычныхъ приѣмовъ со стороны окружающихъ. Несомнѣнно, что ослабленіе памяти при старческомъ слабоуміи является однимъ изъ серьезныхъ симптомовъ, характеризующихъ болѣзнь; однако и другія формы слабоумія представляютъ иногда очень рѣзкія измѣненія памяти, какъ напр. слабоуміе послѣ инфекціонныхъ заболѣваній. Въ настоящее время выдвинутъ, и по справедливости, новый важный признакъ старческаго слабоумія— это именно бредъ: его содержаніе и самый характеръ. Чаще всего при старческомъ слабоуміи встрѣчается три формы бреда: бредъ ограбленія и воровства, бредъ эротическій и, бредъ съ мистическимъ содержаніемъ. *Бредъ ограбленія и воровства* (Д-ръ Бѣляковъ, Fürstner¹⁾ и др.) очень часто касается очень близкихъ людей, какъ родныхъ, жены, дѣтей и проч. Больному кажется, что окружающіе хотятъ отнять у него состояніе, ограбить, убить, отравить и проч.; часто такіе больные замѣчаютъ по ночамъ различные стуки въ окна и другіе весьма опасные симптомы неблагонадежности; поэтому они тщательно запираютъ окна, держатъ двойныя рамы въ окнахъ и лѣтомъ и зимою, окружаютъ себя стражами и сворами собакъ, запасаются оружіемъ и проч. Подъ вліяніемъ этихъ идей ограбленія и воровства они нерѣдко мѣняютъ штатъ окружающихъ ихъ лицъ, изгоняя по временамъ людей очень близкихъ и замѣняя ихъ людьми по истинѣ недобросовѣстными, но умѣющими имъ угодить. *Бредъ эротизма* у стариковъ выражается особенною склонностью къ разговорамъ о пошлостяхъ, частыхъ стремленіяхъ имѣть около себя подходящихъ женщинъ съ подходящей обстановкой, особенно любовной болтовнѣ о разныхъ пошлостяхъ, тѣлодвиженіяхъ и, главное поступкахъ и попыткахъ, превышающихъ нерѣдко всякія границы общественной нравственности. *Бредъ мистицизма* явленіе нерѣдкое у стариковъ интеллигентныхъ; они очень склонны увлекаться спиритизмомъ, магнетизмомъ и проч. Часто ихъ мистицизмъ поддерживается иллюзіями и галлюцинаціями Marie²⁾, которыя составляютъ прочный базисъ для ихъ болѣзненного легковѣрія, увлеченія и подчиненія «духамъ». Отдаваясь этимъ эфемернымъ увлеченіямъ, такіе больные твердо вѣрятъ въ существованіе духовъ и строго выполняютъ всѣ ихъ приказанія и велѣнія; слѣдствіемъ такого лег-

¹⁾ Fürstner, Archiv f. Psychiatrie, B. XX, H. 2.

²⁾ Marie, Le Progrès médical., 1888, 43.

ковѣрія и неспособности отнестись критически къ окружающимъ явленіямъ, приближенные этихъ больныхъ пользуются ихъ слабоуміемъ и тяготѣютъ въ видѣ вѣдѣнія духовъ, надѣ больными, при составленіи ими духовныхъ завѣщаній и прочихъ юридическихъ актовъ. Каждый изъ этихъ отѣнковъ бреда старческаго слабоумія уже самъ по себѣ составляетъ характерную черту данной болѣзни; но еще болѣе характерно для старческаго слабоумія сочетание этихъ видовъ бреда вмѣстѣ.

Не менѣе важенъ и характеръ этихъ видовъ бреда старческаго слабоумія. По Marie¹⁾, этотъ бредъ является отрывочнымъ, несистематизированнымъ, до очевидности нелѣпымъ и нерѣдко связаннымъ съ самыми обычными жизненными приемами,—такъ больному хотятъ завязать галстухъ, а ему кажется, что его хотятъ удушить и проч. Takie осколки систематизированнаго бреда Marie называетъ «сенильнымъ бредомъ».

Нарушеніе способности запоминанія и припоминанія дѣлѣйшимъ своимъ слѣдствіемъ даетъ поводъ къ смѣшенію обстоятельствъ настоящаго и прошлаго, смѣшенію 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. Иногда такой старикъ, находясь подъ вліяніемъ 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. Эротизмъ явленіе весьма частое въ старческомъ слабоуміи,—въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ можетъ и не быть, но если обнаруживается въ 60—70 лѣтнемъ возрастѣ, то во всякомъ случаѣ представляетъ явленіе далеко не физиологическое (Андрузскій²⁾). 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 теперь или ночь, лѣто или зима,—больные требуютъ обѣдать сейчасъ послѣ обѣда, и отказываются отъ обѣда, ничего не ѣвши. Иногда старческое слабоуміе начинается упорной бессонницей, а оканчивается усиленной сонливостью (Mendel³⁾). Съ теченіемъ вре-

¹⁾ Marie, Le Progrès medical., 1888, 43.

²⁾ Э. М. Андрузскій, Архивъ психіатріи, 1890, № 3.

³⁾ Mendel, Real—Encyclopädie, 1886.

мени такіе старики становятся неряшливыми, нечистоплотными, *кахектичными* и обнаруживают истощеніе силъ. Рядомъ съ этими явленіями часто существуетъ дрожь мускуловъ шеи, рукъ и ногъ, слабая походка и вообще слабость движеній, разстройство сфинктеровъ, разница въ зрачкахъ, неравномѣрность мускульнаго напряженія въ лицѣ, иногда апоплекти- и эпилептиформные приступы (*Pick*¹⁾, по временамъ бѣлокъ въ мочѣ (*Huppert*). Во всѣхъ артеріяхъ обнаруживается полный артеріосклерозъ.

Старческое слабоуміе свойственно возрасту старости, т. е. отъ 60 лѣтъ. Всматриваясь однако въ казуистику данной болѣзни и факты нормальной жизни, мы наблюдаемъ съ одной стороны то, что многія личности подвергаются старческому слабоумію, далеко не достигши старческаго возраста, лѣтъ съ 50—55, а съ другой стороны—многія лица, доживши до 70—80 лѣтъ, обладаютъ мощнымъ мозгомъ и потентными умственными свойствами. Является вопросъ: обязательно ли бо-лѣтній возрастъ уже самъ по себѣ обуславливаетъ эту болѣзнь и если нѣтъ, то какія условія способствуютъ ея возникновенію? Анализируя случаи старческаго слабоумія, является ли оно до шестидесятилѣтняго возраста или послѣ этого, мы усматриваемъ двѣ особенности: первая—та, что болѣзнь наступаетъ почти всегда у тѣхъ лицъ, у кого въ жизни было слишкомъ много излишествъ: половыхъ, алкогольныхъ и проч., и вторая,—что эта болѣзнь почти всегда сопровождается гнѣздными пораженіями въ двигательной области (*Marcé, Wille, Krafft-Ebing, Шюле, Ковалевскій, Pick*, и др.) къ этому должно добавить, что у такихъ лицъ часто въ наличности существуетъ «тенденція къ деменціи» (*Clouston*), т. е. патологическое предрасположеніе. Очевидно, значить, что болѣзнь наступаетъ у лицъ съ подорванной чрезмѣрными излишествами организаціею, на фонѣ которой легко могутъ являться гнѣздныя пораженія въ формѣ аневризмовъ, размягченій, кровоизліяній и проч. Изъ дальнѣйшаго мы увидимъ, что фокусныя пораженія сами по себѣ нерѣдко даютъ въ результатъ слабоуміе,—естественно по-этому, что у лицъ съ измѣненными сосудами и тканями подъ вліяніемъ лѣтъ, разстроенныхъ и ослабленныхъ различными излишествами и имѣющихъ, какъ результатъ этого, фокусныя пораженія мозга, легко можетъ явиться и существовать слабоуміе и притомъ вполне неизлечимое.

Патолого-анатомическія данныя при старческомъ слабоуміи мы заимствуемъ изъ сочиненія д-ра Бѣлякова. Кости че-

¹⁾ *Pick*, Real Encyclopädie, 1886.

репа въ однихъ мѣстахъ склерозированы и утолщены, въ другихъ, наоборотъ, представляютъ утонченія, одностороннія или съ обѣихъ сторонъ; diploë въ большинствѣ совершенно отсутствовало. На внутренней поверхности черепныхъ костей артеріальныя бороздки довольно глубоки. Мозговые оболочки часто на значительномъ пространствѣ сращены, какъ со сводомъ черепа, такъ и между собою; вообще онѣ утолщены, плотны, съ обширными помутнѣніями, рѣзче выраженными по ходу сосудовъ, особенно въ лобныхъ и теменныхъ доляхъ, въ области fossae Sylvii и височной. По направленію fissurae longitudinalis вообще замѣчено огромное развитіе пахионовыхъ грануляцій. Мелкіе сосуды мягкой оболочки очень извилисты; сосуды основанія мозга въ высокой степени атероматозны и склерозированы. По наружному виду, извилины представляются узкими, уплощенными, поверхность ихъ мѣстами морщиниста, борозды между ними расширены и менѣе обыкновеннаго глубоки. Наиболѣе глубокія атрофическія измѣненія констатированы въ лобныхъ доляхъ и психомоторной области. Количество субъарахноидальной жидкости было болѣе нормальнаго. Желудочки расширены и наполнены серозной жидкостью. Въ plexus choroideus находились кисты. Сѣрое вещество мозговыхъ узловъ пигментировано болѣе нормальнаго. Всѣ головнаго мозга несомнѣнно уменьшонъ. Тѣ-же измѣненія наблюдались и въ оболочкахъ спиннаго мозга. При микроскопическомъ изслѣдованіи получилось: субъадвентиціальныя пространства расширены и содержали въ себѣ жиръ, темный пигментъ и форменные элементы крови. Стѣнки сосудовъ утолщены въ такой мѣрѣ, что просвѣтъ нѣкоторыхъ изъ нихъ обнаруживалъ значительныя степени суженія. Иногда въ сосудахъ наблюдались также и расширения и аневризмы. Во всѣхъ случаяхъ сосудистыя оболочки подвергались въ большей или меньшей степени жировому перерожденію. Одновременно съ жиромъ, въ стѣнкахъ сосудовъ наблюдался также и темно-желтоватый пигментъ. Въ окружности сосудовъ попадались часто красныя или бѣлыя кровяныя шарики, разсыянные то по направленію ихъ, то разсыянные въ мозговой ткани. Въ нервныхъ клѣткахъ очень значительныя измѣненія: слои нервныхъ клѣтокъ нерѣзко отграничены другъ отъ друга, особенно пирамидальный и зернистый. При этомъ многія клѣтки рѣзко измѣнены, протоплазма потеряла свой обычный исчерченный видъ и представляется наполненной желтовато-бураго цвѣта зернышками; рядомъ съ пигментомъ наблюдается и жиръ. Кромѣ того, тѣло клѣтокъ представляетъ

ся порознымъ, протоплазма разрѣжена; по краямъ клѣтокъ потери вещества въ видѣ узуръ. Углы пирамидальныхъ клѣтокъ становятся болѣе широкими, почему клѣтка закругляется. Въ иныхъ случаяхъ клѣтки представляются неправильными комками, окруженными громадными перичеселлюлярными пространствами. Разрушеніе ядра наступаетъ слишкомъ поздно. Отростки клѣтокъ извѣдены, укорочены, а иногда совсѣмъ отсутствуютъ. Перичеселлюлярныя пространства всюду чрезвычайно велики. Нервные волокна подвергаются аналогичной жировой дегенерации. Какъ въ корѣ, такъ и въ бѣломъ веществѣ наблюдается значительное количество круглыхъ зернистыхъ тѣлъ. Нейроглія сильно измѣнена. На однихъ мѣстахъ она кажется до того разрѣженной, нѣжной и прозрачной, что самое существованіе ея можно отрицать,—въ другихъ мѣстахъ она мутновата. Какъ въ сѣромъ, такъ и въ бѣломъ веществѣ замѣчается довольно значительное количество клѣтокъ закругленной и овальной формы, бывшихъ прежде паукообразной или звѣздчатой формы. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ встрѣчаются амилоидныя тѣла. Почти такія же измѣненія встрѣчаются и въ остальныхъ частяхъ нервной системы, хотя значительно слабѣе выраженные. Еще раньше д-ра Бѣлякова микроскопическими изслѣдованіями мозговой корки у стариковъ занимался проф. Костюринъ и получилъ почти тѣже данныя, какъ и докторъ Бѣляковъ. Проф. Костюринъ обратилъ особенное вниманіе тоже на сосуды мозга и нашелъ, что мозговые сосуды подвергаются атеротоматозному перерожденію, пропитыванію солями извести (соединительно-тканному) и утолщенію стѣнокъ, иногда до полного уничтоженія просвѣта. Количество пигмента, лежащаго въ вѣтвистыхъ пространствахъ, сравнительно съ нормальнымъ нѣсколько увеличено; въ мѣстахъ атрофіи клѣточекъ и волоконъ замѣчается нѣсколько увеличенное количество соединительной ткани; въ периферическомъ слое мозговыхъ извилинъ, прикрытыхъ паутинной и мягкой мозговыми оболочками, а также и въ слабомъ веществѣ мозга, но въ меньшемъ количествѣ, постоянно имѣется много амилоидныхъ тѣлецъ; присутствіе гіалOIDныхъ глыбокъ въ сосудахъ мозга не есть слѣдствіе старческаго состоянія; сила атрофическихъ процессовъ и въ головномъ мозгу стариковъ идетъ скорѣе параллельно съ вѣсомъ мозга, чѣмъ съ числомъ прожитыхъ лѣтъ.

Весьма важное явленіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ старческаго слабоумія—это значительныя колебанія въ состояніи умственныхъ способностей. Случается, что больной сегодня

помнить то обстоятельство, лицо или событие, которое завтра забудет совершенно, и разъ онъ не узнаетъ личности, которую въ другой разъ отлично признаетъ. Это обстоятельство весьма важно въ *судебно-психиатрическомъ* отношеніи. Этимъ объясняется, что такіе старики, при составленіи духовнаго завѣщанія, иногда забываютъ совершенно записать въ завѣщаніи 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 инфекціонныхъ болѣзней.

Слабоуміе послѣ инфекціонныхъ болѣзней встрѣчается во всѣхъ возрастахъ, но гораздо чаще въ дѣтскомъ и молодомъ возрастѣ. Обыкновенно оно развивается послѣ длительнаго и сильно выраженнаго брюшнаго тифа, хотя является и послѣ сыпного тифа ¹⁾ и другихъ инфекціонныхъ болѣзней. Случается, что, перенесши такой тифъ, больные начинаютъ физически очень быстро поправляться. Они полнѣютъ и жирѣютъ. У нихъ является необыкновенный, волчій аппетитъ и даже прожорливость. Но рядомъ съ этимъ иногда замѣчается весьма прискорбное явленіе—полное ослабленіе умственной дѣятельности. Больные превращаются въ совершенныхъ дѣтей. Они забываютъ все то, чему до сихъ поръ учились. Иностранные языки, различные предметы пройденнаго курса, уроки рисованья и проч.,—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 бездѣлицами, набрасывается съ восторгомъ на всякія мелочи, интересующія и радующія дѣтей, не прочь заняться дѣтскими играми и дѣтскимъ обществомъ. Способность усвоенія свѣдѣній въ данный моментъ тоже значительно ослаблена; такіе больные хотя и воспринимаютъ впечатлѣнія, но очень быстро ихъ забываютъ. Это явленіе наводитъ ужасъ на родныхъ и окружающихъ, грозя оставить больного въ состояніи дѣтства на всю жизнь. Но, разумѣется, съ теченіемъ времени физическая тучность понемногу спадаетъ, а взамѣнъ 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 отчета. Малѣйшій какой нибудь намекъ, малѣйшее какое ни-

¹⁾ П. И. Ковалевскій, Манія, Московск. Медицинск. Газета, 1876 с.

будь обстоятельство вызываетъ болѣе или менѣе обширную ассоціацію и восстановление прежнихъ свѣдѣній и прежнихъ знаній. Такимъ образомъ, кругъ свѣдѣній понемногу увеличивается, расширяется и обогащается и больные возвращаются къ прежнему состоянію своей мыслительной и разумной дѣятельности. Это было временное затмѣніе, временное поражение мыслительной дѣятельности, и только въ рѣдкихъ случаяхъ слабоуміе послѣ инфекціонныхъ болѣзней остается на всю жизнь. Иногда потеря памяти восстанавливается сразу. *Карпентеръ* ¹⁾ передаетъ слѣдующій фактъ: одинъ господинъ послѣ тифа потерялъ всѣ свои, до того богатые, свѣдѣнія. Когда здоровье его поправилось, онъ началъ заниматься латинской грамматикой; разъ какъ-то онъ сдѣлалъ напряженіе, чтобы припомнить часть своего урока, при этомъ всѣ его потерянные впечатлѣнія вернулись къ нему цѣлкомъ, такъ что онъ сразу овладѣлъ всѣми прежними познаніями. Вся суть пораженія въ слабоуміи послѣ инфекціонныхъ болѣзней заключается въ потерѣ памяти, какъ способности припоминанія, такъ и способности запоминанія, потому человѣкъ остается безъ знаній и свѣдѣній. Возвратъ мозговыхъ клѣточекъ къ прежней своей функціи—усвоенію и воспроизведенію—возвращаетъ и разумную жизнь человѣка. По изслѣдованіямъ *Emminghaus'a* ²⁾, слабоуміе послѣ инфекціонныхъ процессовъ обуславливается паренхиматознымъ бѣловымъ набуханіемъ нервныхъ элементовъ. Это состояніе воспаленія не представляетъ большой опасности по своему исходу, почему формы слабоумія послѣ инфекціонныхъ процессовъ и даютъ такой хорошій исходъ; только при неблагоприятныхъ жизненныхъ условіяхъ паренхиматозное бѣловое набуханіе можетъ переходить въ жировое перерожденіе, обуславливая переходъ временнаго слабоумія въ постоянное.

Слабоуміе послѣ кровоизліяній.

Къ ідиопатическимъ или первичнымъ слабоуміямъ должно отнести также: слабоуміе послѣ кровоизліяній, новообразований и другихъ гнѣздныхъ процессовъ, а также сифилитическое, алкогольное и эпилептическое слабоуміе. Послѣднія три формы мы рассмотримъ въ соотвѣтствующихъ отдѣлахъ, теперь же остановимся на первыхъ.

¹⁾ *Карпентеръ*, Основанія физиологіи мысли, т. II.

²⁾ *Emminghaus*, Archiv für Psychiatrie, B. XIII, N. 3

Результатомъ болѣе или менѣе значительныхъ мозговыхъ кровоизліяній бывають почти обязательно два явленія: послѣдовательная *атрофія волоконъ проекціонной системы*, цѣлость которыхъ въ нѣкоторой мѣрѣ нарушена и *атрофія* соотвѣтствующаго или обоихъ *полушарій мозга*. Для насъ важно послѣднее явленіе. Если оно есть такой частый фактъ, то слѣдуетъ ожидать, что столь же часто должно наблюдаться и слабоуміе послѣ кровоизліяній. Клиническія наблюденія это до нѣкоторой степени подтверждаютъ.

Для уясненія дальнѣйшаго изложенія, мы позволимъ себѣ сказать нѣсколько словъ о кровоизліяніи въ мозгъ вообще.

Главною и основною причиною кровоизліяній слѣдуетъ считать *патологическія измѣненія въ стѣнкахъ кровеносныхъ сосудовъ мозга*, особенно же артеріальныхъ. Лучшимъ доказательствомъ тому служить присутствіе, почти во всѣхъ случаяхъ мозговыхъ кровоизліяній, милиарныхъ аневризмъ. На первомъ планѣ этихъ сосулистыхъ страданій стоитъ *arteriitis chronica*, сифилисъ, артеріо-склерозъ и гораздо рѣже атероматозное и жировое перерожденіе сосудовъ. Далѣе, къ причинамъ, обуславливающимъ кровоизліяніе, при вышеуказанномъ состояніи сосудовъ, слѣдуетъ отнести *повышеніе кровяного давленія*,—несравненно рѣже эта причина можетъ быть самостоятельною. Повышенное кровяное давленіе не есть однако обязательная причина кровоизліянія, лучшимъ доказательствомъ этого служатъ случаи кровоизліяній въ теченіе сна. Хуже другихъ случаевъ дѣйствуетъ повышенное давленіе при гипертрофіи сердца вслѣдствіе сморщиванія почекъ. Повышенное давленіе имѣетъ губительное вліяніе какъ въ *артеріальной системѣ*, такъ и въ *венозной*,—въ послѣдней обязательно съ *предшествующимъ измѣненіемъ стѣнокъ сосудовъ*. Кромѣ того, къ причинамъ кровоизліянія въ мозгъ слѣдуетъ отнести *болѣзни*, характеризующіяся измѣненіемъ *крови*, какъ: тифъ, піемія, желтуха, лейкемія и пр. Къ предрасполагающимъ моментамъ относятся: *возрастъ* при переходѣ за 40 лѣтъ и далѣе, *полъ*—болѣе мужской, *время года*—болѣе зимнее, и особенное коренастое апоплектическое сложеніе.

Кровоизліянія могутъ быть очень разнообразны по количеству, величинѣ и мѣсту нахожденія. Въ большинствѣ случаевъ бываетъ одинъ фокусъ, но иногда является 2, 3, 4, 5 и болѣе. Одни изъ нихъ могутъ быть современниками, другіе неодинаковыхъ возрастовъ и времени происхожденія. Бывають случаи симметричныхъ кровоизліяній, какъ въ полосатыхъ тѣлахъ и пр. (особенно это часто при сифилисѣ—*Фурье*). Величина кровоизліяній разнообразна, она колеблется отъ точечныхъ кровоизліяній (въ большинствѣ случаевъ во множественномъ числѣ—*капиллярная апоплексія*) до величины горошины, орѣха, яблока и иногда на все полушаріе; чаще другихъ встрѣчается отъ горошины до небольшого яблока. По частотѣ появленія мѣстонахожденіе кровоизліянія можно расположить такъ: полосатое тѣло съ чечевичнымъ зерномъ, зрительные бугры, извилины, варолиевъ мостъ, *centrum ovale*, среднія ножки мозжечка, ножки большого мозга, продолговатый мозгъ. Кровоизліянія въ желудочки проникають почти всегда изъ окружающихъ ихъ частей. Сѣбкій фокусъ состоитъ изъ темнокраснаго свертка крови. Стѣнки фокуса бывають неравны и состоятъ изъ клочковатой массы мозга, — содержимое кашицеобразно и состоитъ изъ смѣси крови и разможенного мозгового вещества,—въ этой же массѣ можно найти разорванные сосуды. Если фокусъ тщательно промыть, то тамъ почти всегда можно найти разорван-

ную милиарную аневризму. Аневризмы эти красного цвѣта, отъ едва замѣтной величины и до булавочной головки (отъ 0,2 до 1 мм.). Эти аневризмы сидятъ на мельчайшихъ артеріяхъ. Количество ихъ различно, иногда во всемъ мозгу простирается до 100.

Если случай не оканчивается смертью, то въ фокусѣ постепенно происходить дальнѣйшія превращенія. Содержимое постепенно размягчается и превращается въ шексальную массу, водянистыя части которой постепенно всасываются. Въ стѣнкахъ фокуса тоже идетъ обратное превращеніе; иногда же, вслѣдствіе раздраженія, въ окружающей ткани развивается воспалительный процессъ, могущій повлечь за собою смертельный исходъ. Съ теченіемъ времени стѣнка очага становится плотною, гладкою, пигментированною, внутри которой содержится или жидкое содержимое, или мягкое жирозернистое и распадается, — иногда полость пронизана мягкою соединительною тканью, — все это окрашено въ коричневый или сѣдоблѣдный пигментъ. Такъ образуются *кисты* на мѣстѣ кровавого очага. Величина этихъ кистъ находится въ зависимости отъ величины очага. Иногда этихъ кистъ бываетъ, нѣсколько подрядъ съ различнымъ содержаниемъ, указывающимъ на различное происхожденіе по времени. Случается, что на мѣстѣ этихъ кистъ, вслѣдствіе значительнаго разраженія соединительной ткани, является плоскій *рубецъ*. Если киста или рубецъ образуется на корковой поверхности, то въ образованіи его принимаетъ участіе и мягкая мозговая оболочка. Если очагъ существуетъ очень долго, то слѣдствіемъ этого можетъ явиться *атрофія* прерванныхъ имъ нервныхъ волоконъ, идущая тогда на очень отдаленное пространство; бывають нерѣдкіе случаи, что атрофія становится общею, распространяясь на цѣлое полушаріе и даже оба.

При разсмотрѣніи признаковъ болѣзни нужно отличать общіе, свойственные всемъ кровоизліаніямъ, признаки, которыми можно отличить кровоизліаніе отъ некровоизліанія, *типическіе признаки*, — и затѣмъ мѣстные *тоническіе*, зависящіе отъ мѣстонахожденія очага, при чемъ болѣзненные явленія будутъ безразличны, будетъ ли то кровоизліаніе, опухоль, паразитъ и пр. Для насъ въ настоящій моментъ представляютъ важность признаки, характеризующіе кровоизліаніе вообще.

Часто являются признаки, предшествующіе кровоизліанію — *предвѣстники*. Если они и бывають, то не во всѣхъ случаяхъ и притомъ крайне общи. Они находятся въ зависимости отъ точечныхъ кровоизліаній, производя легкіе парезы и парестезіи, — или же отъ легкой мозговой гипереміи и будутъ состоять въ слѣдующемъ: головокруженіе, головная боль, шумъ въ ушахъ, мерцанье и потемнѣніе въ глазахъ, раздражительность и возбудимость или же сонливость и безразличіе, — временная потеря рѣчи, безъ ясно выраженныхъ паралитическихъ явленій со стороны языка. Иногда являются: онѣмѣніе руки и ноги, ползанье мурашекъ по нимъ, нѣкоторая тяжесть въ нихъ, чувство тоски и скорби, иногда двойственность зрѣнія и временный амаврозъ, рѣдко носовыя кровотеченія. Эти нехарактерныя явленія бывають нерѣдко очень долго (мѣсяцы) до приступа къ кровоизліанію.

При описаніи *признаковъ кровоизліанія въ мозгу*, мы должны распределить ихъ на три періода, соотвѣтственно тройкому измѣненію въ ходѣ болѣзни. Это будутъ: періодъ кровоизліанія, періодъ воспалительной реакціи и послѣдовательнаго хроническаго теченія или періодъ параличей.

Главнѣйшій и самый важный признакъ кровоизліанія это то, что всѣ болѣзненные явленія наступаютъ *быстро, скоро, внезапно*. Далѣе, почти всегда при этомъ является *потеря сознанія* — апоплексія. Признакъ этотъ настолько бываетъ частъ, что самое болѣзненное явленіе — кровоизліаніе — геморрагія — окрестили этимъ однимъ изъ наиболѣе постоянныхъ призна-

ковъ — апоплексія. Но какъ бы онъ ни былъ частью и постоянною, онъ все таки бываетъ не всегда и существуютъ случаи, правда очень рѣдкіе, кровоизліяній безъ потери сознанія или безъ апоплексіи.

Самый приступъ начинается различно. Въ однихъ случаяхъ внезапно наступаетъ потеря сознанія и больной, съ крикомъ или безъ него, моментально падаетъ на землю и лежитъ какъ трупъ. Иногда такое состояніе длится до самой смерти, — иногда же явленія постепенно ослабѣваютъ и на сцену выступаютъ только фокусныя пораженія. Въ другихъ случаяхъ припадку предшествуютъ предвѣстники, какъ ползанье мурашекъ, одеревенѣніе, терпкость, подергиванье въ тѣхъ частяхъ, которыя должны быть поражены, — параличное же состояніе съ потерей сознанія наступаетъ медленно, въ теченіе часовъ. Иногда потери сознанія при этомъ и вовсе не бываетъ. Еще въ иныхъ случаяхъ наступаетъ сразу параличъ той или другой части тѣла и затѣмъ уже, и то не всегда, наступаетъ потеря сознанія; иногда параличъ поражаетъ во время сна и больные просыпаются уже готовые. Если приступъ очень тяжелый, то не только теряется сознаніе, но и чувствительность, а иногда и явленія рефлексовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при этомъ являются эпилептиформенныя судорги. Цвѣтъ лица у такихъ больныхъ синебагровый, дыханіе нервное и затрудненное, хриплое, стертосное; въ мускулахъ рта особенное измѣненіе при вдыханіи и выдыханіи, такъ называемое куренье табаку, — иногда является шейнестокосово дыханіе; иногда тошнота и позывъ къ рвотѣ; зрачки въ большинствѣ неравнобѣрной величины, — чаще расширены, рѣже — сужены; пульсъ нѣрѣдко неправильный; температура пораженной части въ началѣ повышается, иногда происходитъ произвольное отдѣленіе мочи и испражнений. Въ случаяхъ сомнительныхъ, какъ на діагностическій признакъ кровоизліянія, указываютъ на отклоненіе осей обоихъ глазъ въ сторону, противоположную пораженный параличемъ, сопровождающееся иногда такимъ же поворотомъ головы (*Prevost*).

Приступъ длится отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ дней, чаще нѣсколькихъ часовъ. Если при этомъ дѣло оканчивается смертью, то она наступаетъ въ большинствѣ при явленіяхъ паралича *p. vagi*. При болѣе счастливомъ исходѣ, мало-по-малу возвращается сознаніе, но больные находятся въ какомъ-то подавленномъ, угнетенномъ, сонливомъ состояніи. Они плаксивы. Мысли въ головѣ путаются. Движенія непораженныхъ мускуловъ вялы и неповоротливы. Температура въ первые дни ниже нормы, но затѣмъ наступаетъ быстрое повышеніе ея. Затѣмъ чрезъ 2—3 дня наступаютъ явленія *воспалительной реакціи*: боль и тяжесть головы, безпокойство, бредъ, лихорадочное состояніе, нѣрѣдко съ замедленнымъ пульсомъ, — въ пораженныхъ частяхъ подергиванья и общее томленіе. Если этотъ періодъ оканчивается тоже благополучно, то тогда уже выступаютъ одни мѣстныя явленія, имѣющія хроническій характеръ.

На первомъ планѣ при этомъ являются *параличи и парезы*, какъ слѣдствіе нарушенія цѣлости проводниковъ. Въ первые дни область параличей обыкновенно нѣсколько обширнѣе того, какъ выяснится это нѣсколько позже; такое явленіе обуславливается временнымъ пораженіемъ соедѣнителей частей, частью травмою при прохожденіи очага, частью послѣдовательною воспалительною реакціею. Чаще бываютъ параличи двусторонніе и вмѣстѣ съ тѣмъ перекрестные. Поражается или одна половина тѣла (*Hemiplegia*) или одинаковыя части обоихъ сторонъ (*Paraplegia*). Рѣже бываютъ альтернирующіе параличи. Рѣже другихъ выражаются параличическія явленія въ мускулахъ лица и конечностяхъ. Подобному же пораженію подлежатъ и мускулы спины, груди и пр., но на нихъ эти явленія не такъ ясно замѣтны.

Не смотря на поражение парализованных органовъ, въ нихъ иногда замѣтны бываютъ движенія, именно *совмѣстныя движенія и рефлекторныя движенія*. Если органы не парализованы, а только парезованы, то движенія ихъ иногда имѣютъ характеръ хореическихкихъ, иногда же табетическихкихъ. Иногда въ парализованныхъ конечностяхъ наблюдаются *контрактуры*. При изслѣдованіи парализованныхъ частей постояннымъ и индуктивнымъ токомъ, реакція остается неизмѣнною,—въ рѣдкихъ только случаяхъ замѣтно повышеніе или пониженіе ея. *Трофическія разстройства*: въ началѣ парализованныхъ конечности являются красными и температура ихъ нѣсколько выше здоровой, кромѣ того въ кожѣ замѣтна припухлость, отечность и обильное потѣніе. Спустя нѣкоторое время температура ослабѣваетъ, иногда становится ниже здоровой, даже на нѣсколько градусовъ, конечности становятся цвѣта синеватаго, потѣніе, хотя значительно слабѣе, но существуетъ; амплитуда колебаній пульса меньше, чѣмъ на соотвѣтствующей здоровой конечности; во многихъ случаяхъ является разрастаніе кожи, неправильный ростъ ногтей и волосъ; иногда на пораженной сторонѣ являются пролежни, что составляетъ дурной признакъ для предсказанія (*Charcot*). Что касается кожной чувствительности, то обыкновенно является ея пониженіе на пораженномъ мѣстѣ, которое однако скоро уничтожается въ центробѣжномъ направленіи; въ рѣдкихъ случаяхъ бываютъ гиперестезіи и гипералгезіи. Рядомъ съ послѣдними бываютъ иногда самостоятельныя боли одеревѣніе, ползанье, мурашекъ, онѣмѣніе и проч. Иногда бываетъ половинное пораженіе органа обонянія, вкуса, слуха и зрѣнія. Характерно письмо этихъ людей при пораженіи правой стороны: сначала они ставятъ однѣ только отдѣльные буквы или слоги,—разумѣется, неровные и всегда понемногу въ одной строкѣ; затѣмъ они пишутъ цѣлыя слова, но почти всегда съ пропусками буквъ,—наконецъ, пишутъ мысли, но съ такими пропусками словъ, что мысли-то и не выходятъ. Интересная черта у нѣкоторыхъ паралитиковъ: послѣ поправленія, почеркъ письма совершенно измѣняется и, кто зналъ ихъ руку до болѣзни, тотъ едва ли признаетъ ихъ письмо послѣ болѣзни.

Что касается состоянія умственныхъ способностей при кровоизліяніи въ мозгъ, то оно не одинаково въ различные періоды его. Нужно отличать это состояніе въ моментъ кровоизліянія, послѣ этого, въ моментъ воспалительной реакціи и послѣдующій періодъ.

Въ моментъ кровоизліянія часто наступаетъ полная подавленность мыслительной дѣятельности, полная кома (*Workmann*), изъ которой больной, въ иныхъ случаяхъ, не выходитъ до смерти. Въ болѣе благоприятныхъ случаяхъ, спустя нѣсколько часовъ, больные опаматовываются, но при этомъ душевная ихъ дѣятельность является значительно нарушенною: они плаксивы, раздражительны, придиричивы и иногда безпокойны. Въ тѣхъ случаяхъ, когда рѣчь не потеряна, они повидимому могутъ мыслить, но въ большинствѣ случаевъ слишкомъ ограничиваютъ эту операцію, сосредоточиваясь на своей болѣзни. Еще хуже, если одновременно съ этимъ является полная или неполная афазія или анартрія. Больные произносятъ одинъ какой-ни-

будь звукъ, одно слово и думаютъ, что они выражаютъ мысль. Ихъ жестикуляція еще менѣе понятна. Естественнымъ слѣдствіемъ такого состоянія бываетъ крайняя раздражительность и беспокойство 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.

Слабоуміе послѣ кровоизліянія можетъ наступать двояко: въ однихъ случаяхъ оно обнаруживается непосредственно послѣ періода воспалительной реакціи, являясь непосредственнымъ ея продолженіемъ, — въ другихъ случаяхъ оно обнаруживается спустя значительный періодъ времени послѣ періода воспалительной реакціи, иногда 5—6 мѣсяцевъ.

Случаи слабоумія первой категоріи, т. е. появляющееся непосредственно послѣ періода воспалительной реакціи, бываютъ различной напряженности, что часто стоитъ въ прямомъ соотношеніи съ тѣмъ, сопровождается ли паралитической періодъ афазіей и аграфіей, —или нѣтъ. Случаи, сопровождающиеся афазіей, будутъ значительно труднѣе, чѣмъ случаи второй категоріи. Въ тѣхъ случаяхъ, когда больные могутъ говорить, замѣчаютъ, что эти лица относятся очень индифферентно къ самимъ себѣ, своимъ интересамъ и ко всему окружающему. Лица, прежде дѣятельныя, энергичныя, заботливыя, теперь становятся равнодушными, апатичными и лѣнливыми. Они неспособны ни къ какой активной мозговой дѣятельности, или къ работѣ мысли, требующей инициативы энергіи и извѣстной доли нравственной силы. Иногда мыслительная дѣятельность у нихъ и проявляется, но она темна, неустойчива и не достигаетъ прежней высоты. Память такихъ лицъ также ослабѣваетъ, при чемъ больше въ словахъ, чѣмъ въ фактахъ, въ настоящемъ болѣе, чѣмъ въ прошедшемъ. Рѣчь менѣе оживлена, безцвѣтна со скачками и непродолжительна. Часто къ этому присоединяются головныя боли, тоска и уныніе. Все ихъ раздражаетъ и дѣлаетъ суровыми, дѣтски капризными, придирчивыми, эгоистичными и раздражительными. Личность человѣка измѣняется: прежде добрый—становится хитрымъ и злымъ. Часто семья забывается и у больныхъ являются странныя симпатіи и необъяснимыя антипатіи, нерѣдко у людей почтенныхъ и пожилыхъ является разнузданность и безнравственность. Такия лица являются безъ устойчивости и характера и под-

даются влиянію льстивыхъ проходимцевъ; вопреки интересамъ людей близкихъ они нерѣдко дѣлають завѣщанія въ пользу людей чужихъ, умѣвшихъ овладѣть волею больныхъ. Вообще по своимъ проявленіямъ этотъ видъ слабоумія очень походитъ на старческое слабоуміе. Это сходство обуславливается, быть можетъ, и тѣмъ, что кровоизліянія болѣе свойственны лицамъ за сорокъ лѣтъ.

Такое *совлѣстное* или, какъ его называетъ Workmann¹⁾, конкомитивное слабоуміе нерѣдко оканчивается выздоровленіемъ, при чемъ мало по малу, иногда въ теченіе 8—12 мѣсяцевъ, болѣзнь постепенно выправляется и больной достигаетъ своего обычнаго состоянія. Правда, на личности такихъ людей всегда лежитъ отпечатокъ нѣкоторой дефективности, въ видѣ ослабленія инициативы, пониженія этическихъ принциповъ нѣкоего индифферентизма къ окружающему, быстрой умственной утомляемости и проч., — тѣмъ не менѣе эти лица далеко уходятъ отъ состоянія слабоумія и приобретаютъ правоспособность. Существуетъ и другой исходъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда кровоизліяніе сопровождается афазіей и аграфіей, — такія лица нерѣдко остаются въ состояніи слабоумія пожизненно. Мало по малу болѣзнь ихъ ухудшается, низводитъ ихъ въ состояніе дѣтства, дѣлаетъ неряшливыми и нечистоплотными и лишаетъ всякой правоспособности.

Иной ходъ имѣютъ случаи слабоумія *последовательнаго* или консекитивнаго (Workmann). Вскорѣ послѣ уничтоженія явленій воспалительной реакціи больной можетъ и не обнаруживать явленій слабоумія. У такихъ лицъ замѣчается только индифферентизмъ и ослабленіе вниманія, равнодушіе, ослабленіе нравственныхъ началъ, забывчивость, затрудненіе и лѣнь въ области численій, отвращеніе къ мысленію, ошибки въ сужденіи, нелѣпыя поступки и т. д. Все это въ началѣ бываетъ выражено очень слабо и проявляется временами, — но за тѣмъ постепенно усиливается и низводитъ больного въ полное слабоуміе, слабоуміе при томъ непоправимое.

Такимъ образомъ конкомитивное слабоуміе характеризуется тѣмъ, что оно съ теченіемъ времени можетъ поправляться и переходить въ выздоровленіе; тогда какъ слабоуміе консекитивное постепенно ведетъ къ ухудшенію и полной неизлечимости.

¹⁾ Workmann, The american Journal of Insanity, 1886.

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 является только первый разъ; напротивъ, кровоизліяніемъ вторичному и третичному болѣе свойственно второе состояніе и изъ него едва-ли бываетъ хорошій исходъ.

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 данного 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 проч. 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 коркѣ,—но при этомъ сосуды и всего остального мозга также находятся не въ добромъ здоровьѣ и не сегодня—завтра послѣдуетъ новое кровоизліяніе. Это положеніе для насъ настолько важно, что мы въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно принимаемъ соотвѣтственные предупредительныя мѣры. А это положеніе даетъ намъ право на выволъ, что питаніе всего мозга, при такомъ его состояніи, 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 перероженію 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, т. е. нарушеніе цѣлости сосуда, то это явленіе не можетъ не отозваться на состояніи всей сосудистой системы мозга, результатомъ чего получается общее ухудшеніе, пока все мало-по-малу не придетъ въ состояніе умственного здоровья, 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 больной иной разъ можетъ сойти и за совершенно здороваго челоѣка.

Случаи консекитивнаго слабоумія и доведенія субъекта до полного непониманія самыхъ первичныхъ представленій имѣютъ, повидимому, другую патологическую основу. Для насъ весьма важенъ слѣдующій патолого-анатомическій фактъ: бывають случаи, когда явившееся кровоизліяніе, будучи ли оно очень большой величины или средней величины, влечетъ за собою атрофію волоконъ проекціонныхъ путей, которые при этомъ случайно захвачены, и атрофію всего соотвѣтственнаго полушарія, а иногда и обоихъ полушарій. Какъ бы ни были благоприятны условія развитія атрофіи, она все таки не можетъ явиться сразу, а обыкновенно развивается постепенно, исподволь. Естественно, что и функциональныя нарушенія, обуславливаемые ею, будутъ идти постепенно и испо-

дволь. Но за то разъ явившаяся атрофія не вознаграждена и остается навсегда. Тоже можно сказать и о явленіяхъ, вызванныхъ ею,—они остаются на всю жизнь. Поэтому-то и слабоуміе, явившееся на подобной почвѣ, имѣть 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 патологическій препаратъ. Особенно ужасно положеніе такихъ больныхъ, если фокусы будутъ находиться на обѣихъ сторонахъ полушарій.

Состояніе душевной дѣятельности въ различные моменты кровоизліянія въ мозгу настолько серьезно въ *судебно-психіатрическомъ отношеніи*, что мы позволимъ себѣ нѣсколько остановиться на этомъ пунктѣ.

Случаи расстройства умственныхъ способностей вслѣдствіе кровоизліяній въ мозгу нерѣдко фигурируютъ на судѣ, преимущественно относительно гражданской правоспособности того или другого лица. Моменты этого заболѣванія, подвергающіеся экспертизѣ, будутъ слѣдующіе: періодъ кровоизліянія, періодъ тотчасъ послѣ кровоизліянія, періодъ воспалительной реакціи и періодъ послѣдующій за нею.

Періодъ *кровоизліянія* едва ли можетъ составлять въ судебно-психіатрическомъ отношеніи особый интересъ, такъ какъ казуистика этихъ случаевъ съ судебной точки зрѣнія слаба и едва-ли можетъ быть затрудненіе въ вопросѣ объ отвѣтственности и гражданской правоспособности по этому вопросу.

Гораздо важнѣе *моментъ слѣдующій за кровоизліяніемъ*, до наступленія воспалительной реакціи. Длительность его можетъ быть различна и интенсивность его можетъ быть весьма разнообразна. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ этого момента обходится безъ расстройства душевной дѣятельности,—это должны быть очень легкіе случаи. Обыкновенно такіе больные плаксивы, нѣсколько умственно спутаны, плоховато ориентируются въ текущихъ дѣлахъ; но все таки они, въ большинствѣ, отчетливо дѣлаютъ распоряженія, въ большинствѣ, имѣютъ цѣлесообразность и правоспособность. Хотя и этотъ моментъ не вполне надеженъ, такъ какъ подъ вліяніемъ ихъ состоянія на нихъ можно имѣть больше, чѣмъ слѣдуетъ, воздѣйствія и такимъ образомъ измѣнить ихъ намѣренія вопреки должной справедливости, по нормальному взгляду даннаго заболѣваго субъекта. Нужно быть гораздо осторожнѣе въ тѣхъ случаяхъ, когда расстройство сопровождается пораженіемъ рѣчи. Въ этомъ случаѣ важно различить—будутъ ли въ данномъ случаѣ только явленія анартрії, или афазіи. Если дѣло идетъ только о затрудненіи способа произношенія, а не пониманія, и при-

томъ сохранена способность письма, то такіе случаи будутъ представлять меньше трудности для оріентировки эксперта, такъ какъ такой больной можетъ объясняться мимикою и письмомъ. Слѣдовательно, подобные случаи будутъ приравниваться къ предыдущей категоріи и осложняться только разстройствомъ произношенія.—Труднѣе будутъ тѣ случаи, когда рядомъ съ анартріей существуетъ и аграфія,—здѣсь все дѣло рѣшается мимикою, при чемъ въ такихъ случаяхъ во многомъ приходится судить по догадкамъ—будетъ ли дѣло состоять только въ анартріи, или же сюда примѣшана и амнезія. Несравненно труднѣе для рѣшенія вопроса о правоспособности тѣ случаи, когда у больного ясно выражена афазія и амнезія,—такіе случаи граничатъ съ полной гражданской неправопоспособностью. Вообще второй періодъ или періодъ, слѣдующій за моментомъ кровоизліянія, играетъ весьма важную роль. Родные и окружающіе, видя тягостное и опасное состояніе больного, спѣшатъ совершать законные акты: духовное завѣщаніе, дарственные записи и проч. Въ этихъ случаяхъ, мнѣ кажется, нотаріусы должны быть очень осторожны въ своихъ свидѣтельствваніяхъ и безъ заявленія врача, желателно спеціалиста, рѣшать съ крайнею осмотрительностію. Для врача же важно въ этомъ случаѣ изучать каждый отдѣльный случай и не подводить его подъ общій шаблонъ. Мнѣ кажется, что во многихъ случаяхъ акты, совершенные больнымъ въ этомъ періодѣ, по его выздоровленіи, если онъ считаетъ ихъ совершенно несогласными съ своими обычными міровоззрѣніями, могутъ быть отмѣнены.—Что касается *періода воспалительной реакціи*, то почти всѣ дѣянія больного въ этомъ періодѣ должны считаться неправопоспособными.

Случаи *слабоумія*, появляющіеся въ періодъ, слѣдующій за воспалительной реакціей, должны быть раздѣлены на двѣ категоріи: въ одной изъ нихъ слабоуміе наступаетъ непосредственно послѣ періода воспалительной реакціи, въ другой—спустя долгое время, иногда полтора—три мѣсяца послѣ этого момента. Случаи эти бываютъ далеко не одинаковы въ судебно-медицинскомъ отношеніи. Конкомитивное слабоуміе, являющееся непосредственно послѣ момента воспалительной реакціи, подъ вліяніемъ леченія, естественныхъ силъ организма и проч., мало-по-малу можетъ исправляться и по истеченіи 5—9 мѣсяцевъ пройти вовсе. Его явленія на этотъ разъ могутъ обуславливаться нарушеніемъ питанія нервныхъ элементовъ, ихъ компрессіей патологическимъ продуктомъ, нарушеніемъ ассоціаціи и заторможеніемъ прово-

димости и т. д. Въ такихъ случаяхъ возстановленіе надлежащаго питанія, уменьшеніе или уничтоженіе патологическаго продукта, возстановленіе или проложеніе новой ассоціаціи могутъ возвратитъ человѣка *ad integrum* и не кажется удивительнымъ, если такой человѣкъ, являющійся въ данный моментъ очень слабоумнымъ, по истеченіи болѣе или менѣе долгаго времени, мало-по-малу выправляется. Иное положеніе въ тѣхъ случаяхъ, если слабоуміе наступаетъ спустя болѣе или менѣе долгое время послѣ періода воспалительной реакціи,—тогда, очевидно, болѣзненный процессъ, въ большинствѣ, наступаетъ вслѣдствіе атрофіи нервныхъ элементовъ и *prognosis* такихъ случаевъ въ большинствѣ бываетъ *infausta*, а тѣмъ самымъ опредѣляется и правоспособность субъекта. Въ судебно-медицинскомъ отношеніи такіе случаи консекутивнаго слабоумія всплываютъ на свѣтъ спустя долгое время послѣ своего существованія, послѣ смерти даннаго субъекта и рѣшаются на основаніи письменныхъ документовъ и свидѣтельскихъ показаній. Въ большинствѣ тѣхъ случаевъ, когда слабоуміе наступило непосредственно послѣ періода воспалительной реакціи, еще есть кое-какая возможность имѣть для этого субъекта въ будущемъ правоспособность (*Ковалевскій*¹⁾); гораздо меньше шансовъ на эту правоспособность представляютъ тѣ случаи, когда слабоуміе наступило далеко спустя послѣ періода послѣвоспалительной реакціи; во всѣхъ же случаяхъ должно строго придерживаться индивидуальныхъ условій.

Слабоуміе при новообразованіяхъ мозга.

Всякое новообразованіе, является ли оно въ мозгу или его оболочкахъ, въ полости черепа будетъ постороннимъ тѣломъ, а такъ какъ въ этой полости нѣтъ запасныхъ свободныхъ пространствъ, то всякая такая опухоль развивается на счетъ объема органовъ черепной полости. Наболѣе податливымъ въ этомъ отношеніи будетъ мозгъ и притомъ именно сѣрое вещество, какъ тѣло слабѣйшей консистенціи. Мы знаемъ, что большинство опухолей растетъ очень медленно. Медленно, значитъ, идетъ и атрофія мозгового вещества, а слѣдовательно, медленно будутъ образоваться и уклоненія въ отправленіяхъ атрофируемаго мозгового вещества.

Слабоуміе при новообразованіяхъ развивается очень медленно и почти незамѣтно за другими явленіями со стороны нервной системы. Мы знаемъ, что въ большинствѣ при опу-

¹⁾ П. И. Ковалевскій, «Юридическое обозрѣніе», 1882 г.

хотяхъ мозга являются сильныя головныя боли, то болѣе острыя, то болѣе тупыя, головокруженія, чувство давленія въ головѣ, приступы рвоты и мѣстныя явленія, въ зависимости отъ локализациі. Въ эту же пору со стороны душевной дѣятельности замѣчаемъ какую-то подавленность, безучастность, апатію, нерасположеніе, бездѣятельность, отклоненіе отъ своихъ общественныхъ и семейныхъ обязанностей и пр. Сначала все это объясняется болѣзненнымъ состояніемъ больного; но затѣмъ, присматриваясь ближе, замѣчаемъ, что мыслительная дѣятельность такихъ больныхъ тоже начинаетъ ослабѣвать. Память постепенно теряется, они почти ничего не воспринимаютъ, или, воспринявъ, быстро забываютъ,—изъ прошлаго тоже много забыто. Ассоціаціи представленій замедлена. Въ ассоціаціи замѣтные дефекты. Выводы или отсутствуютъ, или часто нелѣпы. Больные ведутъ жизнь болѣе однообразную, угнетенную и рѣдко представляютъ свое излюбленное мѣстечко. Иногда это обусловливается и параличами. Часто въ значительномъ развитіи болѣзни головныя боли ослабѣваютъ, что нерѣдко обуславливается не дѣйствительнымъ ослабленіемъ болей, а притупленіемъ сознанія больныхъ и ихъ отношенія къ внѣшнимъ и внутреннимъ перемѣнамъ. Они являются равнодушными и безразличными даже къ своимъ внутреннимъ побужденіямъ и ощущеніямъ, забываютъ о ѣдѣ, питъѣ, отдѣленіяхъ, безропотно лежатъ въ своихъ отдѣленіяхъ, а иногда даже занимаются живописью при ихъ помощи. Забвеніе ихъ иногда доходитъ до того, что они могутъ заблудиться въ одной комнатѣ,—стать между стульями и не знать, какъ изъ нихъ выпутаться.

Разумѣется, объемъ и интензивность всѣхъ этихъ пораженій обуславливаются теченіемъ, мѣстонахожденіемъ и объемомъ опухоли. Чѣмъ меньше будетъ опухоль, тѣмъ слабѣе будутъ болѣзненные явленія,—и наоборотъ. Однимъ изъ признаковъ слабоумія при новообразованіяхъ—постепенное развитіе слабоумія съ совмѣстными мѣстными явленіями. Иногда въ теченіи болѣзни замѣчаются временныя ожесточенія, приступы усиленной плаксивости и брюзжанья, приступы усиленной раздражительности и гнѣва и, въ весьма рѣдкихъ случаяхъ, приступы усиленной веселости. Эти обостренія, въ большинствѣ, обуславливаются различными случайностями и превращеніями въ судьбѣ и теченіи опухоли и окололежащихъ мѣстъ.

Считая вполне возможнымъ объясненіе слабоумія при мозговыхъ опухоляхъ, приходится иногда затрудняться въ объ-

ясненіи слабоумія при цистицеркахъ и эхинококкахъ мозга. Бываютъ случаи, когда эхинококкъ достигаетъ большой величины¹⁾ или цистицерки—большого количества, какъ напр. въ случаяхъ И. Я. Платонова²⁾ и Бѣлякова³⁾, — тогда явленія слабоумія очень легко понятны и объяснимы, — но бываютъ случаи, когда явленія слабоумія развиваются и при очень ограниченномъ количествѣ цистицерковъ. Правда, въ иныхъ случаяхъ цистицерки вѣдряются въ самое мозговое вещество и притомъ именно на поверхности мозга, въ сѣрое вещество, и такимъ образомъ производятъ узору и дефекты сѣраго вещества; но часто бываетъ и такъ, что такихъ вѣдреній очень мало, цистицерки имѣютъ мѣстожительство въ мягкой оболочкѣ или же лежатъ свободно на поверхности мозговой, — и при всемъ томъ послѣдствіемъ даютъ слабоуміе. Можно думать, что въ этихъ случаяхъ играютъ не послѣднюю роль нарушенія питанія подъ вліяніемъ приступовъ absence и epilepti-форменныхъ припадковъ, — по крайней мѣрѣ послѣдніе приступы бываютъ почти всегда въ этихъ случаяхъ; а мы знаемъ, что въ другихъ случаяхъ они остаются далеко безслѣдными по отношенію къ мыслительной дѣятельности.

Вторичное слабоуміе.

Вторичное слабоуміе появляется всегда послѣ одного изъ первичныхъ психозовъ—меланхоліи, маніи или паранойи. Огромное большинство случаевъ слабоумія въ больницахъ падаетъ именно на этотъ отдѣлъ. Мы рассмотримъ отдѣльно случаи слабоумія послѣ меланхоліи и послѣ маніи, — что же касается случаевъ слабоумія послѣ паранойи, то о нихъ будетъ сказано въ отдѣлѣ паранойи.

Меланхолическое слабоуміе.

Переходъ меланхоліи въ слабоуміе совершается двоякимъ образомъ: или меланхолія непосредственно переходитъ въ слабоуміе (dementia), или же она сначала переходитъ въ ограниченное вторичное помѣшательство, безсмысліе (Wahnsinn), а затѣмъ уже въ слабоуміе. Мы рассмотримъ сначала второе состояніе, а затѣмъ первое.

Безсмысліе или вторичное помѣшательство (Wahnsinn, Secundäre Verrücktheit). По прошествіи 6—9 мѣсяцевъ те-

¹⁾ П. И. Ковалевскій, Архивъ психіатріи, т. IV. в. 2.

²⁾ И. Я. Платоновъ, Медицинское обозрѣніе, 1882.

³⁾ С. А. Бѣляковъ, Архивъ психіатріи, 1890, № 1.

ченія меланхолии, если не наступает 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 говорить о дѣлѣ. Но вмѣстѣ съ этимъ у нихъ нѣтъ нормальнаго живого участія, нѣтъ живого интереса къ людямъ и побужденія къ дѣламъ. Все это дѣлается какъ-то машинально и безразлично. Во всемъ проглядываетъ какой-то индифферентизмъ. У больныхъ не обнаруживаются страстные, аффективные порывы печали и гнѣва, — но больные вмѣстѣ съ тѣмъ и не радуются радостью здороваго человека. 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 онѣ 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 мировоззрѣніе, свойственное больному до его заболѣванія. Но и тотъ и другой міры нѣсколько измѣнены. Правда, у больного осталось прежнее ложное представленіе 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. Оставаясь одинокимъ, онъ часто перешоптывается съ слышимыми имъ головами и продолжаетъ бредить, жестикулировать и пр. Въ обществѣ же другихъ людей, больной скрываетъ идеи своего бреда, отрывается отъ нихъ и даже позволяетъ себѣ подсмѣиваться надъ ними, — а вмѣстѣ съ тѣмъ поступки больного часто являются результатомъ бреда.

Замѣтны также измѣненія и уклоненія и въ обычной мыслительной жизни такого больного. Онъ помнитъ всѣ обстоятельства, правильно ихъ толкуетъ и исправно все вы-

полняеть; 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 неоформленные, нерѣшительныя, неполныя и неоконченные. Выводы какіе-то темныя и подчасъ неправильныя. Во всемъ ходѣ мысли замѣтны какіе-то пробѣлы, какіе-то недостатки.

Поступки больныхъ вялые, нерѣшительныя. Больные большею частью держатъ себя тихо и смирно. 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 усвояютъ себѣ особенныя жесты, другіе при разговорѣ повторяютъ заученныя фразы или слова. Общее состояніе организма удовлетворительно. Они охотно ѣдятъ, достаточно спятъ, общее питаніе улучшается, вѣсѣ тѣла поправляется, пульсъ и дыханіе принимаютъ нормальное состояніе.

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

Слабоуміе (dementia), будетъ ли оно служить исходомъ безсмыслія, или является непосредственно изъ меланхоліи, отличается ограниченою, ослабленною и уменьшеною мыслительною дѣятельностью. Печальное, грустное, раздраженное и озлобленное настроеніе духа постепенно ослабѣваетъ. Больной является скорѣе благодушнымъ, тихимъ, смирнымъ и кроткимъ. Онъ, по привычкѣ, заноситъ вамъ еще жалобы,—но въ поступкахъ своихъ ничуть не обнаруживаетъ солидарности съ ними. Это скорѣе проявленіе механическое. Въ настроеніи духа почти вовсе не замѣчается ни особенно подавленныхъ аффектацій, ни особенно гнѣвныхъ. Въ рѣдкихъ только случаяхъ, подъ вліяніемъ исключительныхъ какіхъ либо раздраженій, больной обнаруживаетъ 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, ничто его не злитъ,—но ничему онъ и не радуется.

Въ области органовъ чувствъ является смѣшеніе гиперестезій, анестезій и нормальнаго состоянія.— все это перемѣшано такъ, что трудно въ немъ разобраться, тѣмъ болѣе, что слабоумные не въ состояніи сосредоточиться на чемъ 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, ограниченной прежде представленіями съ печальнымъ и грустнымъ содержаніемъ, въ настоящее время становится нѣсколько шире, но и при этомъ замѣтны значительные дефекты. Область ассоціаціи нѣсколько расширяется, при чемъ еще рѣзче обнаруживаются пробѣлы и недостаточность сочетанія. Изъ прежняго уже видно, что способность усвоенія представленій въ настоящій моментъ значительно ослаблена, слѣдовательно, одинъ отдѣлъ памяти—запоминаніе—страдаетъ. Усвоенныя представленія тотчасъ исчезаютъ и больные скоро забываютъ, что они нѣсколько часовъ назадъ 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 сжилъ 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 правильномъ пути. Они постоянно смѣшиваютъ обстоятельства различныхъ временъ, мѣстъ, лицъ и событій. Въ ихъ отношеніи къ жизни нѣтъ личнаго участія, энергіи, жизненности и инициативы. Слабоумные 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 на столько суживается, что они не могутъ дать правильного отчета даже о своей личности,—они забываютъ—кто они и смѣшиваютъ себя съ другими. Весь лексиконъ ихъ понятій и словъ сводится на какой нибудь 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 обыкновенныхъ занятіяхъ, но затѣмъ скоро это имъ надоѣдаетъ, или они перепутываютъ все и надъ ними требуется надзоръ и побужденіе. Ихъ равнодушіе проявляется во всемъ,—не только въ дѣлахъ общественныхъ и семейныхъ, но даже личныхъ. Иногда дѣло доходитъ до забывчивости принимать пищу, производить физиологическія отправления, пачкотни экскрементами и даже поѣданія своихъ собственныхъ экскрементовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ истощеніе организма, наблюдаемое при меланхолии, продолжается и при послѣдующемъ слабоуміи, при чемъ у такихъ больныхъ замѣчаютъ гипоглобулію, т. е. недостаточное количество красныхъ кровяныхъ шариковъ (Seppilli¹⁾; Rutherford Maephail²⁾ нашелъ при слабоуміи процентное содержаніе гемоглобина крови значительно ниже нормального, процентное содержаніе форменныхъ элементовъ точно также уменьшеннымъ, каковое уменьшеніе прогрессируетъ съ возрастомъ,—отношеніе же бѣлыхъ и красныхъ шариковъ между собою не измѣнено; иногда у слабоумныхъ наблюдаютъ ненормально низкую температуру (Sighicelli³⁾). 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 меланхолію слабоуміемъ главная отличительная черта состоитъ въ томъ, 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 отлчїе, слѣ-

¹⁾ Seppilli, Rivista speriment. di freniatria, XII, F. 4.

²⁾ Rutherford Maephail, The Journ. of nerv. and ment dis. 1887.

³⁾ Sighicelli, Archivio italian. per l. mala. nerv. 1887, F. 1.

дуетъ добавить, что оно скорѣе кажущееся, такъ какъ и при безсмыслии ясно выражаются основныя черты слабоумія—отсутствіе вниманія и интереса къ жизни, полное равнодушіе и значительные дефекты въ области мыслительной дѣятельности.

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

Первичное помѣшательство состоитъ въ пораженіи мыслительной области, при чемъ пораженіе это ограниченное, частичное, при незатронутой остальной части мыслительнаго поля. Тоже до нѣкоторой степени бываетъ и при безсмыслии: 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 безсмыслии является равнодушіе, благодушіе и во всякомъ случаѣ страстность—рѣдкое явленіе. При первичномъ помѣшательствѣ въ первомъ періодѣ являются идеи преслѣдованія,—тоже иногда и при безсмыслии. Вотъ въ чемъ собственно проявляется сходство первичнаго помѣшательства съ безсмысліемъ и поэтому послѣднее нѣкоторые называютъ вторичнымъ помѣшательствомъ. Но это сходство скорѣе кажущееся.

При первичномъ помѣшательствѣ, помимо безумныхъ представлений, мыслительная дѣятельность остается на долго непораженной и болѣзнь рѣдко переходитъ въ слабоуміе,—тогда какъ при безсмыслии слабоуміе наступаетъ уже съ самаго начала и только лишь скрывается большими прелъ 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 представлений. При первичномъ помѣшательствѣ человѣкъ интересуется своимъ бредомъ,—это главное ядро его мысли, это суть его жизни. При безуміи больной относится къ своему бреду равнодушно,—онъ съ нимъ свыкся, но не отстаетъ отъ него. 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 меланхоліи—при посредствѣ *безсмыслія* и *непосредственно* въ слабоуміе.

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 иде-

яхъ и образахъ величія, какъ: божества, поэзіи, власти, силы и проч., 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 міровоззрѣнія 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 онѣ почти все 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 фиксацію этого безсмысленнаго представленія. — Занятые своимъ внутреннимъ новымъ міровоззрѣніемъ, эти больные мало интересуются внѣшними жизненными проявленіями и болѣе сосредоточены въ себѣ, — отсюда вытекаетъ ослабленный жизненный интересъ, вниманіе къ внѣшнему міру также ослаблено. Это явленіе служитъ основою къ дальнѣйшему полному безразличію и безучастію отношеній къ внѣшнему міру, полной апатіи и пустотѣ. При такой внутренней сосредоточенности, количество представленій, образующихся въ данный моментъ, уменьшается также количество представленій, возстановляемыхъ по слѣдамъ прежде бывшихъ ощущеній, такъ какъ при этомъ ассоціируются только тѣ представленія, которыя имѣютъ прямое отношеніе къ безсмысленному фиксированію. Такимъ образомъ, количество представленій 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 него. Онъ къ нимъ безучастенъ. Они мало-по-малу атрофируются въ его сознаніи. Новыя представленія не образуются или образуются очень слабо, старыя постепенно исчезаютъ. Отсюда

случайныя его сужденія о прежнемъ и теперешнемъ его дѣйствительномъ существованіи отличаются недостаточностью, недомыслиемъ и даже просто непониманіемъ и глупостью. Большой живетъ только лишь своимъ новымъ міровоззрѣніемъ, — старое же постепенно падаетъ, разрушается и атрофируется. Онъ часто теперь смѣшиваетъ обстоятельства прежняго времени съ настоящими, не даетъ отчета о прошломъ и настоящимъ, живетъ на нѣсколько лѣтъ впередъ, смѣшиваетъ знакомыхъ лицъ съ незнакомыми и наоборотъ, — смѣшиваетъ обстоятельства воображаемыя съ дѣйствительными, да и вообще не любитъ выходить изъ своей фиксированной скорлупы.

Создавши болѣе или менѣе складно свое новое міровоззрѣніе, больные держатъ себя относительно очень тихо, смиренно и прилично, соотвѣтственно своему новому положенію; хотя въ первое время они не терпятъ никакихъ возраженій и противорѣчій. Возраженіе 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-благодарно. Еще дальше идетъ время — и противорѣчія не только не вызываютъ протеста, а на противъ, согласіе и даже подсмѣиванье надъ самимъ собою. Это ужъ періодъ полной душевной пустоты и безсодержательности. Мыслительная дѣятельность въ первое время, хотя и ограничена бываетъ извѣстнымъ только кругомъ дѣятельности, но все таки идетъ довольно оживлено. Большой 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 безсмысленныя 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. Иногда они заплетаютъ туда перья, прутики, щепочки и пр. и принимаютъ видъ краснокожихъ. На головѣ иногда корона, діадема, каска, киверъ и проч. 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 безсмысленному представленію. Полководцы принимаютъ на себя видъ Ахилла изъ «Прекрасной Елены», держатъ плечи вверхъ, громко кашляютъ, стучать пятками своихъ туфель; патріархи принимаютъ постно-елейный видъ—благоговѣйно закрываютъ глаза, двигаются какъ тѣни, голосъ едва слышный и т. д.; художники отращиваютъ волосы, запускаютъ гривы, держатъ себя крайне неряшливо и грязно и всюду вносятъ слѣды своей невозможной живописи. Разумѣется, образованію такихъ безсмысленныхъ представлений 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 больнымъ выбирается спеціальность вовсе не по призванію,—такъ адвокатъ воображаетъ себя полководцемъ, дипломатъ—администраторомъ, земледѣлецъ—финансистомъ и проч. Въ поведеніи больныхъ замѣчается полная гармонія съ ихъ идеями величія и горделиваго бреда. Ораторы во все горло стараются произносить рѣчи, поэты декламируютъ стихи, полководцы командуютъ арміями, императоры повелѣваютъ государствами, боги пересоздаютъ міръ и т. д. Во всѣхъ ихъ поступкахъ и въ осанкѣ замѣтны: гармонія, сдержанность, величавость, соотвѣтствие 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 внѣшности проявляется тупоуміе, неряшливость, нечистоплотность и небрежность. Къ прежней здоровой жизни онѣ уже неспособны. Теперь у нихъ остаются одни какіе-то осколки отъ прежняго и новаго міровоззрѣнія. Все это смѣшивается вмѣстѣ и даетъ картину прямого общаго слабоумія.

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

По своему проявленію маниакальное безмысліе имѣетъ большое сходство съ меланхолическимъ безмысліемъ: та же послѣдовательность проявленія изъ первичнаго психоза, та же обособленность отъ общаго міровоззрѣнія, то же ослабленіе мыслительной дѣятельности вообще и то же окончаніе общимъ слабоуміемъ. Отличіе между ними заключается въ поддержаніи бреда и, соотвѣтственно тому, въ проявленіи поступковъ и поведенія.

Отличіе маниакальнаго безсмыслія отъ общаго слабоумія заключается въ образованіи 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 маниакальнымъ безсмысліемъ и періодомъ идей величія первичнаго помѣшательства. Какъ въ этомъ, такъ и въ другомъ случаѣ является бредъ величія, строгая система бреда и гармонія поступковъ. Но несравненно большая и разница между ними.

Первичному помѣшательству предшествуетъ насильственность и нервная раздражительная слабость, — бредъ безсмысленнаго является въ большинствѣ случайно, въ мозгахъ мощныхъ, неповрежденныхъ. Бредъ помѣшаннаго является послѣ бреда преслѣдованія и иногда сутяжничества, — бредъ безсмысленнаго возникаетъ изъ маниакальнаго 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 слабоуміе. Бредъ помѣшаннаго существуетъ одновременно съ непоразженной остальною мыслительною дѣятельностью, — бредъ безсмысленнаго существуетъ рядомъ съ ослабленною и слабоумною мыслительною дѣятельностью.

Маниакальное слабоуміе. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ манія переходитъ въ слабоуміе безъ посредствующаго періода безсмыслія. Съ теченіемъ времени состояніе возбужденія понемногу ослабѣваетъ, страстные порывы радости, счастья и довольства постепенно утихаютъ и замѣняются безразличіемъ и пустотою. Въ области самочувствія являются тѣ же пробѣлы и та же 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 онѣ не особенно часты. Вниманіе къ внѣшнему міру значительно ослаблено, большой относится къ нему очень равнодушно. Слѣдствіемъ этого бываетъ то, что центральные нервные элементы или вовсе не усвояютъ внѣшнихъ раздраженій или, усвоивши ихъ очень непрочно, быстро осваиваютъ 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 слабѣвать 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 прежнимъ слѣдамъ. Вслѣдствіе нарушенія питанія, нервные элементы будутъ или вовсе раз-

рушены, или подвергнуты очень серьезнымъ перерожденіямъ, отсюда истекаютъ или полныя пробѣлы въ области представленій, или же неправильности и извращенности. Ассоціація представленій становится медленнѣе и, при значительныхъ дефектахъ, затрудненною и невозможною; естественнымъ слѣдствіемъ будетъ нелѣпость суждений 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, — затѣмъ 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 вслухъ нецензурные стихи, рассказы, остроты и пр.; любятъ разговоръ о женщинахъ и о половыхъ похожденіяхъ; позволяютъ себѣ неприличныя выходки въ обществѣ. 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 отвѣчныхъ вопросахъ и неспособность понимать и проникаться высшими нравственными началами и общественными интересами. Уже въ началѣ слабоумія больные являются лгунами, сплетниками; часто они нагугутъ 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, наклонности къ пьянству и разврату, эти люди нерѣдко представляютъ несчастье семьи. Не обнаруживая полнаго (въ смыслѣ пониманія общества) сумасшествія, они въ то же время являются невыносимыми для общества. У этихъ больныхъ, на основаніи заученныхъ ассоціацій, обнаруживается иногда наклонность къ проявле-

¹⁾ С. Н. *Совѣтовъ*, Архивъ психіатріи, и пр. 1884, т. III, № 3.

нію поступковъ, довольно мудреныхъ и глубокомысленныхъ, при полной неспособности къ поступкамъ, гдѣ хоть сколько-нибудь требуется сообразительности въ данный моментъ; такъ напр., такіе слабоумные могутъ играть въ шахматы и дѣлать очень трудные и разумные ходы; могутъ играть самыя трудныя, но извѣстныя пьесы на віолончели и фортепьяно, не будучи въ состояніи разыграть самой простой новой пьесы.

Нѣкоторые больные могутъ продолжать самое трудное и тонкое 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 подѣ 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. 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.

Разсматривая случаи вторичнаго слабоумія послѣ меланхоліи и маніи, невольно находишь въ этомъ положеніи дѣла нѣкоторыя странности. Мы знаемъ многіе случаи меланхоліи и маніи, которые тянутся очень долго, выражены бываютъ очень рѣзко и тѣмъ не менѣ заканчиваются выздоровленіемъ. Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, болѣзнь длится недолго, проявляется не рѣзко, а оканчивается слабоуміемъ. Несомнѣнно, что какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ, мы имѣемъ дѣло съ нарушеніемъ питанія нервныхъ элементовъ. Несомнѣнно, что какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ нервныя кѣтки одинаково склонны къ перероженію и распаденію. Но почему же въ однихъ случаяхъ, и при томъ иногда болѣе легкихъ, болѣзнь оканчивается смертью кѣтокъ, а въ другихъ случаяхъ, на видъ болѣе трудныхъ, ихъ воскресеніемъ? Это состояніе Clouston¹⁾ объясняетъ особенной склонностью, особенной тенденціей къ деменціи нѣкоторыхъ лицъ, присущей ихъ натурѣ. Только въ силу этой тенденціи къ деменціи одни изъ страдающихъ первичными психозами заканчиваютъ ею, а другіе выздоровленіемъ.

Патологическая анатомія.

Патологическія измѣненія, встрѣчающіяся при слабоуміи, крайне разнообразны и обильны. Лучше сказать: всѣ пато-

¹⁾ Clouston, The Journal of mental Science, 1888, 4.

лого-анатомическія измѣненія, находимыя когда либо въ мозгу, не чужды слабоумію.

Со стороны черепа встрѣчаются: склерозъ, періоститы, остеодиты, иногда костныя пластинки на поверхности твердой мозговой оболочки. Последнее 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 молочно-бѣлыми пятнами, склерозированными артеріями, сращеніями и пахименингитомъ, иногда даже кровянымъ. Мягкая мозговая оболочка часто является утолщенной, 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 уплощенными, 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 последнемъ случаѣ могутъ вызывать очень сильныя измѣненія мозговыхъ отправленій. Иногда на поверхности рубцы эти невелики, но за то проникаютъ больше въ глубь. Во всѣхъ случаяхъ поверхностныхъ рубцовъ мозга происходитъ сращеніе его съ мягкою оболочкою. Иногда можно находить перетягиваніе и островчатость извилинъ.

Въ случаяхъ внутримозговыхъ измѣненій, 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 уплотнѣлое, блестящее, нѣсколько съ матовымъ или грязноватымъ отливомъ. Въ случаяхъ старческаго слабоумія мозговое вещество является оплотнѣвшимъ съ значительнымъ развитіемъ 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 развиваются быстро, или принимаютъ значительныя размѣры и давятъ на вещество мозга; иногда же трудно бываетъ указать такое вліяніе. Чаше другихъ опухолей можно встрѣчать при слабоуміи сифилитическія образованія.

Желудочки мозга то расширены и переполнены жидкостью, то, напротивъ, сдавлены. Часто въ нихъ замѣчается утолщеніе стѣнокъ, разрастаніе соединительной ткани и стягиваніе мозга,—уже по положенію твердой мозговой оболочки можно судить объ атрофіи мозга, такъ какъ она является сложенною 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 *Паршанпа*, *Букниля*, *Розе* и др. Микроскопическія измѣненія, встрѣчаемыя при слабоуміи, могутъ быть весьма разнообразны, соотвѣтственно то болѣе легкимъ и излечимымъ случаямъ, то болѣе тяжелымъ. Примѣромъ первыхъ измѣненій могутъ служить данныя, полученныя *Emminghaus'омъ* при слабоуміи, вслѣдствіе лихорадочныхъ заболѣваній,—примѣромъ второго измѣненія, найденныя *Костюринымъ* и *Бѣляковымъ* при старческомъ слабоуміи.

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 считается явленіемъ рѣдкимъ. Въ этомъ случаѣ содѣйствуютъ иногда инфекціонныя заболѣванія. Иногда смерть наступаетъ отъ кровоизліянія ех васцо. Дальнѣйшій ходъ общаго слабоумія будетъ постепенный, шагъ за шагомъ, до полнаго обезличенія человѣка и даже до забвенія рѣчи и собственной личности.

Старческое слабоуміе тоже безвозвратно и идетъ исподволь и постепенно. Въ теченіи его бываютъ иногда минутныя просвѣтленія, явленія весьма важныя въ судебно-психіатрическомъ отношеніи. Слабоуміе послѣ тифа двухъ родовъ: являющееся первично послѣ тифа, или какъ исходъ послѣ меланхолии, слѣдующей за тифомъ. Въ первомъ случаѣ, въ огромномъ большинствѣ, исходъ бываетъ благопріятный,—больные

постепенно выздоравливают. Иной исходъ при вторичномъ слабоуміи послѣ тифа—почти всѣ такіе больные остаются въ состояніи слабоумія на всю жизнь. Весьма вѣроятно, что хороший 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 не согласенъ, чтобы оно было совершенно неблагоприятно.

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

Съ патолого-анатомической точки зрѣнія, эта форма психоза характеризуется разрушеніемъ нервныхъ элементовъ, служившихъ центрами ощущеній и представленій,—отсюда естественно вытекаютъ пробѣлы 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, а ихъ перероженіе, разрушеніе и уничтоженіе. Естественно, что разъ элементъ претерпѣлъ разрушеніе—онъ невознаградимъ,—а что можно сказать о единицѣ, то также вѣрно и по отношенію къ суммѣ единицъ.

Отсюда логическій выводъ: если слабоуміе съ патолого-анатомической точки зрѣнія есть процессъ разрушенія нервныхъ элементовъ, процессъ уничтоженія ихъ, то, естественно, и съ клинической точки зрѣнія это будетъ невознаградимое 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, возстановившійся послѣ слабоумія человѣкъ не является такимъ мощнымъ, такимъ бодрымъ, какимъ онъ былъ до заболѣванія. Онъ гораздо вялѣе, менѣе воспримчивъ, чѣмъ былъ до болѣзни; но онъ можетъ правильно усвоить новыя ощущенія, достаточно ихъ ассимилировать и въ должномъ значеніи ими пользоваться въ своихъ отношеніяхъ къ вѣншему міру и самому себѣ.

Если мы полагаемъ, что клиническій терминъ слабоуміе есть выраженіе анатомическаго термина—разрушеніе, перероженіе (*degeneratio*) нервныхъ элементовъ, то естественно является вопросъ: можетъ ли быть это возстановленіе разрушенныхъ нервныхъ элементовъ *ad integrum*? возможно ли у слабоумныхъ пополненіе дефектовъ ихъ знаній и функцій познавательныхъ и мыслительныхъ центровъ, или нѣтъ?

Я высказался въ пользу того ¹⁾, что это возможно и позволяю себѣ сказать, какимъ образомъ это возможно, съ точки зрѣнія чисто апіорной.

¹⁾ *Paul Kovalevsky, Annal. medico-psychol.*, 1886, № 4.

Я исхожу из того положенія, принимаемаго большинством нейропатологовъ, что центромъ душевныхъ элементовъ въ головномъ мозгу служатъ нервныя кѣтки. Они есть носители и хранители воспринимаемыхъ извнѣ ощущений и представлений. 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 съ анатомической точки зрѣнія обусловливается, во 1-хъ, *количествомъ* этихъ нервныхъ элементовъ и *качествомъ* ихъ. Чѣмъ больше въ данномъ мозгу заключается кѣтокъ, чѣмъ больше въ нихъ занято квартиръ различными ощущениями и представлениями, — тѣмъ больше у насъ будетъ матеріала для сужденій и мышленій, тѣмъ богаче будутъ наши знанія и свѣдѣнія, тѣмъ больше возможности быть умнымъ и образованнымъ человѣкомъ. И наоборотъ, чѣмъ меньше кѣтокъ въ данномъ мозгу, чѣмъ больше онѣ въ своемъ развитіи стѣснены количествомъ нейроглии, тѣмъ меньше возможности данному индивиду попасть въ число людей умныхъ и образованныхъ и больше — остаться въ категоріи идиотовъ.

Такимъ образомъ, мнѣ кажется, *количество нервныхъ элементовъ* играетъ важную роль въ отношеніи количественнаго богатства мыслительнаго матеріала. Тѣмъ болѣе это важно, что помимо занятыхъ кѣтокъ, можно думать, въ мозгу человѣка должна быть еще масса свободныхъ кѣтокъ для ощущений и представлений новыхъ, имѣющихъ еще проникнуть въ мозгъ даннаго индивида, — словомъ, запасной складъ кѣтокъ незанятыхъ и свободныхъ, куда бы можно было сложить будущій матеріалъ. Такимъ образомъ, въ мозгу средняго здороваго человѣка, въ средній періодъ его жизни, мы можемъ допустить количество всѣхъ кѣтокъ мозгового (а), преимущественно кортикальнаго, вещества, какъ носителей и центровъ чувствительныхъ и двигательныхъ представлений, равнымъ количеству кѣтокъ, уже занятыхъ представлениями (b) + количеству кѣтокъ, еще не занятыхъ 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 кѣтокъ для всѣхъ ощущений и представлений человѣка въ теченіе всей его жизни, мнѣ кажется, рѣшенъ удовлетворительно, — по *Meunert'y*, кѣтокъ въ мозговой коркѣ отъ 600 до 1200 миллионовъ.

Количество же нашихъ представлений будетъ меньше. Полагаютъ, что на образованіе одного представленія въ мозгу человѣка тратится отъ 0,4 до 0,7" (*Wundt*), слѣдовательно, среднимъ числомъ 0,5". Допуская, что человѣкъ спитъ въ сутки 8 часовъ и живетъ среднимъ числомъ 35 лѣтъ, а начинаеть мыслить съ 2-хъ лѣтъ, мы должны прійти къ заключенію, что, при вышеуказанныхъ данныхъ, должно образоваться въ теченіе жизни такого человѣка не менѣе 1,387,584,000 представлений. Но это будетъ совершенно неправильно. И вотъ почему: помимо образованія представлений, душевная дѣятельность состоитъ еще изъ жизни чувствительной, на которую тратится по меньшей мѣрѣ столько же времени, — слѣдовательно, количество представлений будетъ вдвое меньше. Далѣе, тратится время на ассоціацію представлений, длительность которой въ процессъ сужденія по меньшей мѣрѣ втрое долѣе времени, необходимаго для образованія представлений. Тратится время на прохожденіе волевыхъ импульсовъ по проекціоннымъ 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 представленій. Такимъ образомъ, количество представленій въ теченіе жизни будетъ не 1,387,584,000, а по меньшей мѣрѣ 46,252,800.

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 въ-ковой культивировки, будутъ совершеннѣе таковыхъ же элементовъ монгола, негра и проч. Равнымъ образомъ, едва ли можно отрицать и то, что индивидъ, получившій свою нервную систему отъ пьяницы отца и матери, отъ эпилептика, отъ паралитика, отъ помѣшаннаго и проч., будетъ имѣть нервныя элементы безусловно болѣе неустойчивыми, чѣмъ нервныя элементы индивида, происходящаго отъ здоровыхъ родителей. Патологическая анатомія идиотизма (*Luys* и друг.) 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 категорія случаевъ идиотизма показываетъ намъ, что недостаточно еще имѣть надлежащее количество нервныхъ клѣтокъ для правильной мыслительной или душевной дѣятельности, но что нужно, чтобы эти элементы были *правильно построены 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 жизни обуславливается количествомъ и качествомъ нервныхъ клѣтокъ въ мозгу*.

Но этого еще недостаточно и требуется 2-е обязательное условіе: *богатые ассоціаціонныя пути и безпрепятственное и быстрое по нимъ сообщеніе*. Это есть второй факторъ, обуславливающій богатую умственную дѣятельность. Изслѣдованія мозговъ идиотовъ показали, и мнѣ самому неоднократно приходилось наблюдать, что иногда, при достаточномъ количествѣ сѣраго вещества, даже иногда болѣе чѣмъ достаточно, бѣлаго вещества было очень мало. Сравнительно-анатомическія данныя намъ говорятъ, что отношеніе сѣраго вещества къ бѣлому въ животномъ царствѣ обратно пропорціонально близости животнаго къ чело-вѣку. *Мейнертъ* вполне доказалъ, что для богатой умственной дѣятельности недостаточно большого количества нервныхъ клѣтокъ, какъ центровъ представленій; нужно еще обильное ихъ соединеніе между собою при помощи ассоціаціонныхъ путей (*Luys, Meynert* и друг.). 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 умственнаго богатства здороваго человѣка.

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

Я съ этимъ, однако, не согласенъ.

Извѣстны эксперименты *Mink'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 назвалъ *душевною слѣпотою* (*Seelenblindheit*); спустя, однако, двѣ—три недѣли, собака вновь выучивалась узнавать своего хозяина.

Очевидно, дѣло происходило такъ: экспериментаторъ удалилъ часть нервныхъ элементовъ и именно, вѣроятно, тѣхъ элементовъ, которые служили центрами обыденныхъ знаній. Этихъ знаній собака лишилась на всегда. Но у собаки оставались еще запасныя клѣтки, незанятые. Проекціонныя пути отъ органа чувства и до этихъ свободныхъ клѣтокъ если и не были прямы, то во всякомъ случаѣ существовали, при помощи еще сохранившихся другихъ ассоціаціонныхъ путей. Къ этимъ-то свободнымъ, незанатымъ клѣткамъ послѣ экстрипаціи части затылочной доли, приносились новыя свѣдѣнія о хозяинѣ, хлѣбѣ, плети и пр. Эти клѣтки становились центрами и собака начинала жить вновь, какъ бы прежнею жизнью. Изъ всего этого для насъ важно то, что если въ мозгу, происходитъ разрушеніе однихъ клѣтокъ, однихъ центровъ, то существуютъ свободныя новыя клѣтки, которыя могутъ совершенно замѣнять собою старыя.

Другое дѣло, если процессъ будетъ разрушать всѣ клѣтки,—тогда наступитъ полная и невознаградимая потеря;—или тоже, что съ собакою *Mink'a*, когда онъ вырѣзывалъ ей обѣ половины затылочныхъ долей: собака лишалась способности видѣть и понимать значеніе предмета,—и лишалась безвозвратно, навсегда, при чемъ наступала *корковая слѣпота* (*Rindenblindheit*).

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 сообщенія 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 *commissur anterior*, пучковъ къ *nucleus caudatus* и проч. 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. Исслѣдованія *Тихомирова*, *Duret*, *Heubner'a* и др. показали, что различныя мозговые участки корки и субкортикальныхъ узловъ питаются отдѣльными сосудами. Слѣдовательно, при разстройствахъ въ одной области, въ области одного сосуда, нѣтъ еще абсолютной опасности для другихъ областей; поврежденная же область не непоправима, въ виду анастомозовъ съ другими областями.

Теперь мы приступаемъ къ сущности дѣла. Вторичное слабоуміе является въ большинствѣ исходомъ или меланхолии или мании. Въ первомъ случаѣ разрушеніе элементовъ идетъ отъ не-

достаточности притока, происходящего застоя крови, выпота и давления на нервные элементы.

Но при этомъ мы должны обратить вниманіе на слѣдующее обстоятельство: никогда вся корковая поверхность не подвергается равномерному злокачественному воздѣйствію; напротивъ, при общемъ дурномъ положеніи корки, одни участники ея подвержены большому вредоносному вліянію, другіе меньшему. Слѣдовательно, мы должны отмѣтить двойное состояніе нервныхъ элементовъ: общее и спеціальное отдѣльныхъ территорій. Въ то время, какъ въ отдѣльныхъ территорияхъ, вслѣдствіе ли прекращеннаго питанія, или вслѣдствіе усиленнаго давления, нервные элементы разрушаются безвозвратно, — въ остальной части корки они только остаются въ оупенѣломъ состояніи, въ состояніи неспособномъ къ временной функціи.

Если вы теперь поставите мозгъ въ условія правильнаго питанія, то атрофированныя части являются погибшими безвозвратно, остальные же могутъ по прежнему функціонировать. Результатомъ этого будетъ въ душевной жизни дефектъ, равняющійся потерянными элементами, и знанія, центрированные въ оставшихся элементахъ, и элементы свободные, незанятые. Если теперь человѣкъ вновь будетъ встрѣчаться съ тѣми предметами и занятіями, которыя у него погибли, то онъ можетъ вновь приобрести эти знанія и вновь правильно исполнять ихъ. Съ нимъ будетъ тоже самое, что съ собакою, обнаруживающею душевную слѣпоту.

Слѣдовательно, мнѣ кажется, слѣдуетъ только поставить мозгъ слабоумнаго въ условія правильнаго 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 поправленіе. Исправленіе абсолютно невозможно въ тѣхъ случаяхъ, когда всѣ запасные элементы 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, разумеется, съ значительнымъ затрудненіемъ во времени и съ достаточнымъ напряженіемъ въ воспріятіи.

Вотъ почему мнѣ кажется, что въ слабоуміи существуетъ возможность къ воздоровленію и я совершенно соглашаюсь съ *Marandon de Montyel*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 наследственной 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. Последнее 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. Воспринимаемыя 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 подѣ

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

нiемъ 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 слабоумiя.

Clouston¹⁾ говорить, что, въ начальномъ стадіи болѣзни, всѣ случаи слабоумiя излечимы; Palmer²⁾ же ищетъ далѣе, говоря, что нѣтъ такого слабоумнаго, какъ бы далеко ни зашло его слабоуміе, который остался бы нечувствительнымъ къ нашимъ разумнымъ и настойчивымъ усиліямъ. Фактическое подтвержденіе нашему мнѣнію мы находимъ также у Bianchi³⁾, который путемъ обученiя достигалъ очень хорошихъ результатовъ при леченiи словесной глухоты, которая въ сущности ничто иное, какъ частичное слабоуміе.

На основанiи всего сказаннаго, я прихожу къ слѣдующимъ выводамъ: а) Слабоуміе послѣ меланхоліи и маніи можетъ переходить въ выздоровленіе. б) Такіе выздоровѣвшіе больные представляютъ, однако, нѣкоторый отпечатокъ подавленности и психической медлительности. в) Весьма важнымъ факторомъ, способствующимъ ихъ выздоровленію, служатъ полевые и вообще грубыя физическія работы на чистомъ воздухѣ. д) Если въ основѣ душевной болѣзни даннаго больного лежитъ кромѣ того психопатологическая наслѣдственность, то возможность выздоровленiя почти утеряна, какъ напримѣръ при эпилепсіи.

Л е ч е н i е.

Въ виду длительного теченiя психоза, а также въ виду серьезныхъ патолого-анатомическихъ данныхъ, получаемыхъ при слабоумiи, неохотно произносятся слова—леченіе слабоумiя. Но тѣмъ не менѣе, когда попадаетъ намъ такой больной, не можемъ же мы оставить его на произволъ судьбы и должны сдѣлать все возможное въ этомъ отношенiи.

Нужно обращать вниманіе на то—существуютъ ли еще признаки раздраженiя, или же больной совершенно покоенъ и благодушенъ. Если больной обнаруживаетъ еще явленiя раздраженiя, то есть основаніе предполагать и допускать, что патологическій процессъ не законченъ еще и, быть можетъ, мы и въ состоянiи въ это время что-нибудь сдѣлать для больного; разъ мы приходимъ къ такому выводу, нужно уже употреблять энергическое леченіе.

Кромѣ того, во всѣхъ случаяхъ слабоумiя послѣ тифа, сифилиса и алкоголизма мы также не имѣемъ права оставить больного безъ леченiя; напротивъ, эти случаи слабоумiя часто оправдываютъ наши старанiя и заботы. Иногда также небезуспѣшно бываетъ леченіе и при слабоумiи апоплектическомъ, но далеко не всегда.

Въ періодъ безсмыслия, какъ меланхолическаго, такъ и маниакальнаго, надежда на излеченіе еще не потеряна. Нуж-

¹⁾ Clouston, The Journal of ment. Science, 1888, 4.

²⁾ Palmer, American Journal of Insanity, 1887.

³⁾ Bianchi, Rivista speriment. di fren., XII, F. 1 и 2.

но заботиться объ устраненіи причинъ и правильныхъ от-
правленіяхъ организма. Умѣстны въ этихъ случаяхъ энерги-
ческія отвлекающія, какъ мушки на темя и затылокъ, хо-
рошее питаніе, усиленныя работы на чистомъ воздухѣ, —
средства измѣняющія, какъ *kalı jodat.*, —улучшающія мало-
кровіе—желѣзо и рыбій жиръ, рыбій жиръ съ *ol. phospho-*
ratum, —теплыя ванны на ночь. Полезны въ эту пору сви-
данія съ родными, близкими людьми, возвратъ на родину,
въ семейство, для возбужденія мыслительнаго интереса и
влеченія къ жизненнымъ потребностямъ. Для людей состоя-
тельныхъ умѣстно совѣтовать путешествія въ красивыя мѣст-
ности съ порядочными климатическими условіями, какъ
Крымъ, Грузинская дорога, Абастуманъ, Днѣпровскія по-
роги, Волга, Уралъ и пр. Въ этотъ-то моментъ болѣе, чѣмъ
когда-либо, умѣстны посѣщенія увеселительныхъ мѣстъ,
какъ театръ, концерты, вечера, балы, прогулки и пр. Ра-
зумѣется, всѣ эти предпріятія, путешествія и посѣщенія
должны совершаться очень осторожно и подлѣ тщательнымъ
надзоромъ опытныхъ людей. Малѣйшія какія-либо уклоне-
нія въ физическихъ отправленияхъ этихъ больныхъ могутъ
отразиться на ихъ умственной дѣятельности, поэтому нужно
тщательно слѣдить за всѣми неисправностями организма и,
по мѣрѣ возможности, предупреждать и устранять ихъ. На-
дежда на выздоровленіе очень теряется, если безсмысліе пе-
реходить въ общее слабоуміе. Въ большинствѣ подобныхъ
случаевъ мы являемся почти безсильными помочь больнымъ
и смотримъ на нихъ часто, какъ на неизлечимыхъ.

При появленіи общаго слабоумія, развивающагося посред-
ственно или непосредственно изъ первичныхъ психозовъ,
слѣдуетъ также обращать вниманіе на то—будутъ ли при
этомъ явленія обостренія, или же болѣзнь идетъ ровно и
покойно. При явленіяхъ раздраженія и усиленія болѣзни
слѣдуетъ прибѣгать къ обычнымъ успокаивающимъ сред-
ствамъ. Во всѣхъ случаяхъ слѣдуетъ слѣдить за правильны-
ми отправлениями организма и, по мѣрѣ возможности, забо-
титься, чтобы былъ правильный аппетитъ, отравленіе ки-
шечника и стулъ. Если же болѣзнь достаточно укоренилась
и мы не видимъ никакой возможности къ возврату больного
къ прежней жизни, то на насъ лежитъ обязанность поза-
ботиться объ удовлетворительномъ и безобидномъ существо-
ваніи этихъ осколковъ мірового величія. Нужно сдѣлать такъ,
чтобы этотъ живой мертвецъ не терпѣлъ нужды въ пищѣ,
платьѣ, воздухѣ и удовлетвореніи обычныхъ прихотей. Но,
исполнивъ эти общечеловѣческія обязанности, болѣе или ме-

нѣе развитое общество должно позаботиться еще объ одномъ. Оно должно воспользоваться физическимъ трудомъ и физической силою данного лица на общественную пользу. Обыкновенно всѣ эти лица болѣе или менѣе хорошо упитаны, крѣпки и здоровы. Оставлятъ ихъ безъ употребленія въ дѣло было бы несправедливо. Да и сами они не прочь отъ этого, только по своему обычному и естественному равнодушію и безразличію къ всему окружающему, они не имѣютъ собственнаго начинанія, собственной инициативы. Такое начинаніе и толчекъ къ дѣлу должны 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 и отказываются отъ дѣла. Во всѣхъ этихъ случаяхъ нужно прибѣгать къ различнымъ побужденіямъ, какъ: просьба, усовѣщиваніе, выговоръ, небольшой нагоняй, назначеніе награды въ родѣ увеличеннаго количества папиросъ для любителя, конфетъ, пряниковъ, прибавки порціи къ пищѣ, лишняго выхода 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 наприм., при упорномъ отказѣ отъ работы или возложеннаго урока можно прибѣгнуть къ лишенію курительной экстра-порціи, къ лишенію добавочныхъ порцій, отказу въ выходѣ, неподачѣ руки при встрѣчѣ съ достодолжнымъ замѣчаніемъ и пр. Но при этомъ должно помнить, что къ подобнымъ мѣрамъ можетъ прибѣгать одинъ только медикъ и при томъ строго обдумавши свое мѣропріятіе.

При старческомъ слабоуміи приходится иногда принимать мѣры противъ усиленныхъ эротическихъ побужденій, а иногда и противъ слишкомъ крайняго скряжничества. Если же больные довольно покойны и не представляютъ особенныхъ колебаній, то достаточно заботиться объ ихъ покоѣ и удовлетвореніи ихъ нуждъ.

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., почаще ставить въ соприкосновеніе съ жизнью и ея проявленіями, возбуждать и пробуждать прежнія знанія и стремленіе къ жизненнымъ интересамъ. Но все это

приходится дѣлать постепенно и не торопясь, чтобы не утомить ихъ нервной системы.

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

При слабоуміи послѣ кровоизліяній, опухолей и пр. мы не имѣемъ средствъ бороться, кромѣ противоположнаго леченія и хорошаго содержанія. Одною изъ важныхъ заботъ 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. Кромѣ того мы видѣли здѣсь существенную пользу отъ электричества.

На вопросъ: гдѣ держать слабоумныхъ — дома или въ лечебницѣ, — мы рѣшительно отвѣчаемъ: въ земледѣльческихъ колоніяхъ для душевно-больныхъ. Этого требуютъ: во 1-хъ, человѣколюбіе, такъ какъ въ этомъ случаѣ является больше надежды на выздоровленіе больного, — во 2-хъ общественная безопасность и въ 3-хъ общественная польза ¹⁾.

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 представлений; могутъ быть слѣдствіемъ вспышки страсти, нерѣдко самой грубой и дикой, — и, наконецъ, слѣдствіемъ простаго недомыслія и непониманія дѣла. Въ большинствѣ случаевъ, удается прослѣдить источникъ того или другого проступка, — но бываютъ случаи, когда такого источника отыскать нельзя. Тогда возникаетъ вопросъ: какъ судить преступленіе слабоумнаго: нужно ли для каждаго 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

¹⁾ Ковалевскій, Леченіе душевныхъ и нервныхъ больныхъ.

преступленія находилса въ состояніи слабоумія, чтобы тѣмъ самымъ сдѣлать его невѣняемымъ. 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-психіатрическаго изслѣдованія въ гражданскомъ отношеніи, чѣмъ въ уголовномъ. Въ самомъ дѣлѣ, нерѣдко возникаютъ вопросы о гражданской правоспособности этого рода больныхъ при дачѣ духовныхъ завѣщаній, купчихъ крѣпостей, дарственныхъ записей, векселей и проч. При младенчески-благодарушномъ 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 въ послѣдующую афазію. Въ случаяхъ слабоумія послѣ кровоизліяній, особенно при наличномъ существованіи афазіи и аграфіи, нужно быть въ высокой степени осторожнымъ при дачѣ заключеній. Жесты и мимика весьма ненадежныя данныя для дачи заключенія о правоспособности или неспособности даннаго лица и въ огромномъ большинствѣ случаевъ мы будемъ правы, давъ заключенія въ пользу неспособности.